

TIDSSKRIFTET **aldring og helse**

AKTUELT – Tropisk trivsel

FAG – Aldring med schizofreni

YTRING – Frivillighet en ressurs



AKTUELT TEMA:
Innovasjon i omsorg

4



10



12



18



AKTUELT

- 4 Tvilte seg inn i psykiatrien.
Portrett av Håkon Holvik Torgunrud
- 8 Norge vertskap for europeisk samarbeidsmøte
- 10 Et liv med paranoid schizofreni.
Intervju med Grete Nørjordet
- 12 Fjell kommune inviterer til samskaping
- 16 Kurs for pårørende ga ny kunnskap og inspirasjon
- 18 Os har landets første sykehjem med tropehage
- 22 Exergames utfordrer eldre på flere nivåere
- 26 Eksperter på demens gjør Oslo bedre

YTRING

- 28 Nasjonalforeningen har ordet. Samarbeid er nøkkelen
Aurora Eck Nilsen og Eline Sannes Riiser, begge rådgivere i Aktivitetsvenn

BOKANMELDELSE

- 29 Når «de gamle» blir oss.
Aldringsmeditasjoner og doble refleksjoner
Kirsten Thorsen

VITENSKAP

- 31 Tilfredse ansatte øker pasientenes livskvalitet
Disputas Irene Røen

FAGARTIKKEL

- 32 Vurdering av kognitiv funksjon hos minoritetsetniske
Peter Bekkhus-Wetterberg
- 35 Kognitiv aldring og demens ved schizofreni
Cecilie Bhandari Hartberg



Eldre helse i fokus

Det har lenge vært et uttrykt mål at samfunnet skal bli mere lydhørt for synspunkt fra dem som har skoene på. At brukerrepresentantene finner sin naturlige plass på stadig flere arenaer er bra. I denne utgaven av tidsskriftet kan du blant annet lese om demensekspertene i Oslo som bidrar til å gjøre hovedstaden mere aldersvennlig. Flere steder finnes det nå tiltak for å gjøre nærmiljøene både med demensvennlige og mer aldersvennlige. Sammen kan de bidra til økt livskvalitet for oss alle.

Sammenliknet med det øvrige Europa tror vi kanskje at vi har kommet langt på dette området. Men rådene som arbeidsgruppen for diagnostikk- og oppfølging av personer med demens i EUs *Act on dementia*-program kan med fordel fremmes også her hjemme. Mange vegrer seg for tidlig diagnostikk, og rutinene for oppfølging av personer med nydiagnostisert demenssykdom og deres nære kunne vært bedre.

Sammenhengen mellom god ernæring og eldre helse har i flere år vært et tema i Tidsskriftet aldring og helse. At Regjeringen i revidert nasjonalbudsjett nå vil sette av 12,5 millioner kroner i tilskudd til renovering og etablering av kjøkken ved sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, er en fin start. Like viktig blir det nå å sørge for kompetent personale som kan realisere drømmen om matlukt på avdelingene til beboernes beste.

Bente Wallander
redaktør
bente.wallander@aldringoghelse.no

UTGIVER
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse
tidsskriftet@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 22. mai 2019.

 **Fagpressen**

ABONNEMENT
Aldring og helse
Tlf: 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET ALDRING OG HELSE
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 420
Norden: kr 500
Skriftlig oppsigelse.

Forside:
Joachim Kvinge (t.v.)
og Olav Haugland
fra Os trophage.
Foto: Charlotte Nagell





Håkon Holvik Torgunrud som møteleder på første dag av Landskonferansen i alderspsykiatri. Foto: Martin Lundsvoll

Tvilte seg inn i psykiatrien

Bente Wallander (tekst)

Helt siden Håkon Holvik Torgunrud jobbet som pleiemedhjelper ved Frogner menighets- hjem har han likt å jobbe med gamle. At han skulle bli overlege ved en alderspsykiatrisk poliklinikk lå likevel ikke i kortene. Den frittalende sørlendingen pleier å si at han tvilte seg inn i psykiatrien.

Noen tvil kunne ikke spores da Håkon Holvik Torgunrud i mai loset deltakerne på Landskonferansen i alderspsykiatri gjennom åpningsdagens program. Sikkert og scenevant slo han den faglige tonen an. At overlegen fra Arendal de siste årene har vært gjennom to perioder med alvorlig sykdom kunne heller ikke sees.

– Det er likevel ingen tvil om at jeg drar stor nytte av mine personlige erfaringer i arbeidet, sier han.

Liten telemarking

Da Håkon ble født arbeidet foreldrene ved en barneskole i Bø i Telemark.

– Det ligger en liten telemarking i meg, pleier han å si.

Sju år senere flyttet familien til farens hjemby, Grimstad. Det var her Håkon fikk sin oppvekst, men ferdig med videregående skole flyttet han

til Oslo, der han fikk han sin første jobb som pleiemedhjelper ved Frogner menighetshjem.

– Jeg har alltid likt å arbeide med gamle, det har gått som en rød tråd gjennom mitt yrkesliv. Eldre har mye å fare med. Det er viktig å snakke med dem! Jeg trivdes i stillingen som pleiemedhjelper, til tross for at det var litt av et damemiljø. Som ung mann kunne man til tider føle seg litt ensom.

Lærerike år

Håkon tok sin legeutdannelse ved Oslo universitet. Da han var ferdig utdannet i 1990 gikk ferden videre til Molde.

– Turnustjenesten hadde jeg ved Molde sykehus og i Aukra kommune, det ble en veldig lærerik og artig periode. Deretter fulgte 16 måneders sivilteneste ved akuttavdelingen på Psykiatrisk storavdeling ved Molde sykehus. De hadde på den tida store bemanningsproblemer, så der ble det mange utfordringer å takle for en fersk doktor, husker Håkon.

Sin første stilling etter turnus- og sivilteneste søkte han i Eidsvoll:

– Både kona mi og etternavnet mitt kommer fra Feiring i Eidsvoll.

Håkon trivdes godt som kommunelege II i Eidsvoll kommune.

– Det var mye å sette seg inn i for en fersk lege, og mange ulike oppgaver og utfordringer, deriblant de som hadde med sykehjemmene å gjøre.

Her fikk han også sin spesialitet i allmennmedisin. Etter sju år i stillingen tok han permisjon for å være hjemme med sin yngste datter et år.

– Deretter jobbet jeg i fem år ved legesenteret på Kapp i Østre Toten. Det var en godt organisert og fin kommune å jobbe i. Her hadde jeg også en bistilling som sykehjemslege.

Forlot landlig idyll

Familien bodde i disse årene på et lite småbruk i Feiring. Det var mye arbeid med å pusset opp stedet, men det ble til en landlig idyll, med katt, kaniner og høner på tunet og skauen rett utenfor døra.

– Vi var veldig glade i stedet, men valgte allikevel å selge og flytte til Arendal i 2006.

– Jeg trengte en jobb, søkte stillingen ved Psykiatrisk avdeling her i Arendal og fikk den. I utgangspunktet tenkte jeg at det bare skulle være et

Navn	Håkon Holvik Torgunrud
Alder	55 år
Familie	Gift, tre voksne døtre, to svigersønner og snart tre barnebarn
Bor	Arendal
Stilling	Overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk, Psykiatrisk avdeling, Sørlandet Sykehus HF

lite avbrudd fra allmennpraksis, men siden miljøet og de kollegiale forholdene er så gode har jeg blitt her.

Håkon drar fortsatt stor nytte av erfaringene han høstet i sine første år som lege.

– På sykehjemmet møter du spennende lege-faglige oppgaver; pasientene er jo så syke, og du kommer bort i hele det medisinske spekteret; fra alvorlig hjertesvikt, kols og alvorlig diabetes til ulike former for demens. Selv kunne jeg veldig lite om demens da jeg kom fra doktor-skolen, så alt måtte læres. Det var bare å ta fatt på Engedal og Haugen¹. Jeg satte ellers stor pris på den tverrfaglige jobbingen, med mange dedikerte folk. Hvis man engasjerer seg som lege på sykehjemmet, kan man få til veldig mye.

Omreisende virksomhet

Ferdig med sin psykiatriske spesialitet ble Håkon i 2010 bedt om å bygge opp en, alderspsykiatrisk poliklinikk og ambulant virksomhet ved Sørlandet sykehus HF, avdeling Arendal. Enheten ble åpnet i 2011.

– Vi har ingen senger, men er i samme avdeling som alderspsykiatrien i Kristiansand, der man har hatt en alderspsykiatrisk sengepost i mange år. Aust-Agder, med sine 15 kommuner og et befolkningsgrunnlag på rett under 120.000 innbyggere, er vårt ansvarsområde. Teamet som gjør jobben består foruten meg av to psykologspesialister, en spesialsykepleier, en spesialist på ergoterapi og for tida en LIS-lege, forteller Håkon.

– Vi vektlegger ambulant virksomhet fordi vi ser at det bærer mange positive frukter. Vi er en lilleputt i alderspsykiatrisk sammenheng, men har mange gode «venner» både på sykehuset og i kommunene, så jeg synes vi får gjort ganske mye selv om vi har lite ressurser. Samarbeidet med hjemmesykepleien i de ulike kommunene er gjennomgående godt. Det samme gjelder demenskoordinatorer, fastleger og pårørende. Klimaet mellom oss og geriatrik avdeling, som utreder demens i området, er bra. Mange saker vil naturlig nok befinne seg i et grenseland mellom våre avdelinger, men ved et godt, konstruktivt samarbeid kan oppgavene ofte løses til pasientenes beste.

«Vi møter lidende mennesker, med små gjenværende ressurser til å håndtere sin lidelse.»

Få faglige skott

Klinikken mottar og behandler i hovedsak to store diagnosegrupper: Demens og problematikk rundt dette samt affektive lidelser som depresjon, angst og bipolare lidelser.

– Storparten av befolkningen bor i kystbyene og vi når de fleste i løpet av en halvtime, men noen bor langt unna. Det tar oss tre-fire timer å kjøre til Bykle kommune. Når eldre, skrøpelige sykehjemspasienter besøkes, snakker vi samtidig med personens sykehjemslege, ansatte og pårørende. Vi høster av deres kunnskap om lokale forhold og bidrar selv med kompetanse. Samtidig blir vi bedre kjent, noe som er viktig. Det samme gjelder besøk hos hjemmeboende pasienter.

– Vi har takket være dette få skott i overgangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er noe helt annet å møtes og være til stede. Ved å snakke sammen, flyter det faglige også så mye bedre, mener Torgunrud.

– Det ville nok vært mye mere innbringende for oss å sitte her med fulltegnede lister. Betaling og refusjon for ambulant virksomhet er latterlig i forhold til tids- og ressursbruk. Men når vi får til det gode samarbeidet, og har en god relasjon til dem som står i daglig kontakt med pasientene, kan vi være mere i bakhånd. Det frigjør ressurser hos oss, slik at vi kan holde ventetiden kort, komme raskt på banen og levere når det er behov for det. Slik liker vi å jobbe alle sammen, vi vil være fleksible. Min bakgrunn som allmennlege bidrar nok til denne holdningen.

Demens en hovedkategori

– Hvilke pasienter møter dere?

– Spennet er stort, men demens, ofte med utfordrende atferd, er en hovedkategori. Blant sykehjemspasienter med langt kommet demenssykdom kan vi møte mye fortvilelse. Gråt, hallusiner og utagering er vanlig, og nesten alltid vanskelig. Andre situasjoner kan være dramatiske. Vold og trusler sprer mye frykt i en avdeling. Vi møter lidende mennesker, med små gjenværende ressurser til å håndtere sin lidelse. Ofte dreier vår jobb seg om å skape forståelse for hva det dreier seg om. Vi har ikke løsningen, den må vi finne i samspill med sykehjemets ansatte slik at hverdagen kan forbedres, både for den syke selv og andre berørte.

– Ofte sitter de ansatte med nøkkelen selv. Det kan være nok at vi gir dem bekreftelse og backing slik at de opplever større trygghet i arbeidet og situasjonen blir til å leve med eller kanskje til og med løser problemet.

1) Engedal K., Haugen PK. Aldersdemens. Fakta og utfordringer. En lærebok. Revidert og utvidet utgave. SEM: Info-banken, 1996.

Depresjon

Den andre store pasientgruppen Håkon og kollegene ser er de med alvorlige depresjoner, depressive episoder og bipolar lidelse.

– Det er lidende mennesker. Vi møter mye fortvilelse, skam, selvbekreidelser samt tungsinn og håpløshet.

– Eldre henvises i mindre grad enn andre til poliklinisk behandling og terskelen for å få et tilbud er ofte høy. Min erfaring er at eldre dessuten har vanskelig for å komme gjennom nåløyet til kommunal Psykisk helsetjeneste. De blir heller ikke i løftet frem i psykiatrien. Det er trist. Behovet, fortvilelsen og lidelsen er jo akkurat like dyp for en 78-åring som en 42-åring. Og mulighetene for å få til en endring er så absolutt til stede, understreker han.

Høye terskler

– Det viktigste vi kan gjøre er å møte den som står i lidelsen der han eller hun er – og prøve å formidle håp og at det er en vei ut. Å bli der, ikke avslutte eller gi opp for raskt. Det er jo så stor variasjon. Noen kommer seg raskt ut av en depresjon, gjenvinner funksjon og finner tilbake til glede i samvær med andre. For andre er dette en lang vei å gå. Det at vi er med på det, ikke avslutter for tidlig og aldri gir opp håpet, er viktig. Og at vi spiller på lag med familien, ektefeller og barn. At vi sammen prøver vi å etablere en felles forståelse og enes om små enkle tiltak i hverdagen. Det kan ofte være vanskelig å følge opp ting vi blir enige om når man sitter der i sin depresjon, men igjen er det i samarbeid med pasientens nære, hjemme-sykepleie og fastlege at mye kan bli gjort.

Egne erfaringer

– *Er det noe i jobben din du brenner særlig for?*

– Det som har forma meg mest, som ligger meg nærmest akkurat nå, er at jeg selv har hatt et par alvorlige depresjoner de siste fem åra. Jeg vet hvordan det kjennes å være dypt depriert, fortvila og hjelpetrengende. At egen mestring og alt jeg støttet meg til og kunne, at det faller fra hverandre. Det er dét som har lært meg aller mest. Og de erfaringene, det er de som ligger tette inn i hjertet nå. Det er dette jeg gjerne vil at arbeidet vårt skal preges av.

Håkon trengte og fikk mye kompetent hjelp i disse periodene.

– Men like viktig ble det å møte mennesker som tålte meg i lidelsen, evnet å møte meg der jeg har var og aldri slapp taket. For det tok tid, det ble en lang labyrintvandring. Det var samtidig et sammenbrudd det har kommet mye godt ut av. I dag er jeg glad for å ha vært depri-



mert, det har vært en viktig livshendelse. Mitt store håp er at vi som arbeider her skal klare å møte menneskene på den måten jeg selv ble møtt. At vi har kompetanse og kan vårt fag er en forutsetning, vi er en spesialisthelsetjeneste og det skal vi være. Men den andre pilaren er like viktig. At vi evner å lytte, være til stede og møte den andre der den er. Det fordrer ofte at vi er i stand til å legge til side egne ambisjoner og alle disse tingene vi i større og større grad pålegges utenfra.

Keiserens nye klær

Politikernes pakkeforløp har Håkon derfor ikke noen sans for.

– Det er Keiserens nye klær; et tullete påfunn for juristene og byråkratenes skyld, ikke en ordning for lidende mennesker. I beste fall er det bare tull – i verste fall skadelig. For vi blir fort så opptatt av at byråkratiet skal «smile» at vi kan miste den syke av syne. Det er både synd og giftig for helsevesenet at den type tilnærming blir den førende. Jeg er ikke mot systemer eller grundige utredninger, men de må ikke få lov til å komme i første rekke. Mennesker som kommer til oss med sin smerte må møtes. Vi må forvalte kunnskap med klokskap. Hvis vi skal kverne alle gjennom den samme kverna fordi byråkratiet krever det, ja da bommer vi. Den skadelidende blir den som kommer til oss med sin lidelse.

▲ Håkon prøver å leve et roligere liv, ut fra ideen om at «less is more». – Jeg har erfart at langsomhet og stillhet bærer store verdier i seg. Foto: Bente Wallander

Medlidende lege

Håkon vet at hans erklæring kan oppfattes som politisk ukorrekt.

– For en landsens doktor som meg er det viktigste forholdet mellom lege og pasient. Vi har ulike roller i konsultasjonen og må skille mellom dem, men vi har samtidig en samhörighet som mennesker. Det er viktig å være medlidende, å kunne lytte, ikke bare med ørene, men med hele kroppen. Det skaper resonans i oss og det merkes også hos den som sitter på den andre siden av bordet.

– Det er bra å kunne ulike terapimetoder, vi må lære oss det. Men det er ofte i de såkalte «uspesifikke faktorene» i terapi at kraften ligger. Det er jo dét som er så skummelt med pakkeforløp og prosedyrer pålagt oss utenfra. De berøres med den viktigste ingrediensen i terapi som handler om møtet mellom mennesker.

Håkon fikk gjennom sin livskrise muligheten til endring og læring. Erfaringene endret også hans syn på behandling av depresjon.

– Hvis perspektivet skal være å forte seg ut av lidelse vil man ende tilbake til det gamle. Det motsatte er å utholde smerte. For oss i helsevesenet er det en stor utfordring å tåle andres smerte over tid, uten å tro at jeg gjør noe feil fordi den andre ikke blir bra. Det tar ofte tid, det har jeg selv opplevd. Det gjør vondt når ens ytre ferniss krakelerer. Å bli møtt med tålmodighet, håp og bekreftelse blir viktig da.

Less is more

Håkon setter stor pris på stillhet og i å være ute i naturen. Han liker å gå i heiene i Froland.

– Det er også fine kystområder her. Jeg trives på sjøen. En padletur en stille morgen er en fin opplevelse. Jeg er glad i å sykle også, men jeg sykler saktere enn før. Jeg beveger meg generelt litt saktere gjennom livet. Og så er jeg en familiens mann. Det er fantastisk å få bli bestefar, det er en stor gave å få være sammen med barnebarna.

I det daglige er Håkon også opptatt av musikk.

– Jeg er med både i en jazzklubb og et kor, og har stor glede av det. Ellers prøver jeg å leve et roligere liv, ut fra ideen om at «less is more». Jeg har erfart at langsomhet og stillhet bærer store verdier i seg. Jeg har stor glede av stillhet, og så er det viktig fordi jeg bærer på en sårbarhet. Må jo passe på å ta litt vare på meg sjøl også.

Prosjektlederne
Mona Michelet (tv.)
og Rita Weum
presenterte
resultatene av den
norske undersøkelsen
for de øvrige
deltakerne i
arbeidsgruppa.



Norge vertskap for

Bente Wallander (tekst/foto)

Norge deltar i EUs demensprogram *Act on dementia*; European Joint Action 2. Det forventes at programmet skal bidra til økt livskvalitet for europeiske pasienter med demens og deres omsorgsgivere.



Arbeidsgruppen som har ansvar for temaet diagnostikk og oppfølging av personer med demens holdt i april sitt avsluttende møte i Oslo. Deltakerne møttes i Helsedirektoratets lokaler, og fra Norge deltok representanter fra Helsedirektoratet og Aldring og helse.

Målet med EUs samarbeid er å forbedre livene til personer med demens og deres omsorgsgivere. Lederen av arbeidsgruppen, professor Pierre Krolak-Salmon (t.v.) fra Frankrike, oppsummerte arbeidsgruppas innsats slik:

– Vi har nå jobbet med temaet diagnostikk og postdiagnostisk oppfølging i tre år. På dette møtet skal vi bli enige om et hovedbudskap som kan formidles til samfunnet.



europaisk samarbeidsmøte

Arbeidsgruppa vil:

- foreslå tiltak som kan forbedre oppdagelse og diagnostikk av nevrokognitive forstyrrelser, fortrinnsvis i primærhelsetjenesten
- gi evidensbaserte anbefalinger om oppfølging etter diagnose og
- komme med anbefalinger om oppfølging av omsorgsgiver etter diagnose.

Underdiagnostisert

– Hva arbeidsgruppa forventer av europeisk politikk er at man nå må se underdiagnostiseringen i øynene, fortsetter Krolak-Salmon.

– Bare 50 til 60 prosent av pasientene får riktig diagnose til rett tidspunkt. Noen av dem, kanskje så mange som 40 prosent, må vente helt til et sent tidspunkt i forløpet før de får diagnosen. Vi ønsker å bidra til at andelen som blir diagnostisert til rett tid i primærhelsetjenesten øker, slik at vi med god oppfølging kan bidra til økt livskvalitet for pasienter og

«... slik at vi med god oppfølging kan bidra til økt livskvalitet for pasienter og pårørende.»

pårørende. Det er vår hovedforventning til ny praksis i de europeiske land på dette området.

Undersøkte samarbeid

I Norge har prosjektet gjennomført en undersøkelse av samarbeidet mellom fastleger og helsepersonell i kommunehelsetjenesten i etterkant av diagnosen.

– En hovedanbefaling fra den norske undersøkelsen er at et fysisk møte, hvor pasient, pårørende, lege og helsepersonell fra kommunehelsetjenesten er til stede sammen, har betydning for god oppfølging etter diagnose. Dette er i tråd med anbefalingen i nasjonal faglig retningslinje for demens, hvor det heter at det kan være hensiktsmessig at en pårørende, tverrfaglig team/koordinator eller en fast kontakt i hjemmetjenesten er med ved konsultasjoner dersom pasienten ønsker det, sier Kari Midtbø Kristiansen, daglig leder i Aldring og helse.

Les mer om Act on Dementia og last ned arbeidsgruppas rapport her: <https://www.actondementia.eu/>



Et liv med paranoid schizofreni

Bente Wallander (tekst/foto)

Grete Nørjordet ble første gang tvangsinnlagt på Blakstad for mer enn 40 år siden. Psykoser og paranoide forestillinger preger hennes livsfortelling. – Men de gode dagene har vært i flertall, poengterer hun.

Gretes etternavn Nørjordet stammer fra Gudbrandsdalen.

– Nørst i jordet, som de sier. Foreldrene mine kommer derfra, men flyttet før jeg ble født. Jeg vokste opp på en liten gård i Ski, forteller Grete.

Barneårene var gode. Som yngst av fem søsken ble Grete en bortskjemt attpåklatt.

– Jeg var en fri fugl, omgitt av familiens kjærlighet, og bodde hjemme til jeg gifta meg, 24 år gammel.

Nygifte Grete og ektemannen flyttet inn i huset de hadde bygd i Oppegård.

– Der hadde vi det veldig fint. Vi fikk etter hvert to barn og var gift i 25 år, forteller hun.

Grete var i begynnelsen av 30-åra da de første tegnene på sykdom dukket opp. Slik erindrer hun debuten:

– Jeg hadde lyst til å bidra i det lokale idrettslaget, og påtok meg derfor vervet som kasserer. Snart følte jeg at folk mistenkte meg for å stjele fra kassa. Dette ble etter hvert så vanskelig for meg at jeg tok det opp med fastlegen, som igjen henviste meg til en psykiater. Etter en del samtaler mente psykiateren at problemene mine kunne forklares med min medfødte mangel på lukt- og smaksans. Opplevelsen utviklet seg etter hvert til en psykose.

Gretes første tvangsinnleggelse førte henne til Blakstad sykehus. 74-åringen husker de fleste psykosene sine godt, men fra denne første har hun kun fragmenterte minner.

– Mannen min besøkte meg hver dag, ofte sammen med datteren vår som den gang bare var ni år. De fikk være i miljøet sammen med meg, og det var fint. Mannen min var veldig glad i meg, det er synd at mine følelser ikke var like sterke som hans.

◀ – Jeg erkjenner sjelden selv signalene om at en psykose er i anmarsj, så omgivelsene har måttet hjelpe meg hver gang, sier Grete Nørjordet.

For Grete mistrivdes etter hvert i ekteskapet, noe hun antar kan forklare litt av det hun så gjorde.

– En dag følte jeg at «alt løste seg opp». Nå vet jeg at det alltid oppleves slik når jeg blir syk, men på den tida hadde jeg ikke slik innsikt, så jeg forlot familien og flyttet inn på krisesenteret. Min arbeidsplass har i alle år vært i politiet, men selv arbeidsgiver slet litt med å finne meg den gang, på grunn av krisesenterets rutiner for anonymitet, smiler hun.

Da den neste psykosen kom, begynte Grete å «jobbe» hele natta.

– Jeg plukka fram alle verdensdelene på kartet. Så tok jeg dem for meg én etter én, for å prioritere hva vi burde ordne opp i akkurat der.

Etter å ha holdt på slik hver natt i to uker, ble Grete igjen innlagt.

– Søvnløs i fjorten dager. Det måtte jo ende galt!

Hormonene løp deretter litt løpsk for Grete.

– Som nyskilt ble jeg psykotisk i to omganger. I begge tilfeller «løp» jeg sånn etter mannebein at jeg mistenkte folk for å betrakte meg som ei hore.

På denne tida hadde en venn av Grete fått herpes. Hun var ikke selv smittet, men én episode fra denne tida sitter som spikret i hennes hukommelse.

– Etter en lang periode med både dag- og «nattarbeid» reiste jeg en dag på jobben kledd i bikinibukse, svarte stay-ups og bunadsko. En hvit forknappet blondebluse ble for anledningen knappet i ryggen, og i den ene hånda bar jeg håndvesken; det vil si ei kobberpanne. Vel fremme var jeg først innom jobben en tur. Deretter oppsøkte jeg folkeregisteret som hadde kontoret sitt vis-à-vis, og ba dem endre etternavnet mitt til Herpes.

Det var Gretes sjef som kontaktet datteren hennes den gang, snart var hun innlagt inn på ny.

– Jeg hadde vært på byen i det samme utstyret dagen før. Det er veldig rart å tenke på nå, men jeg kan samtidig se det humoristiske i det.

Grete føler ikke at hun har schizofreni:

– Men en del av symptomene på det har jeg kanskje.

74-åringen er glad for at hun ikke hører andre stemmer enn sin egen, ei heller ser hun syner.

Hun har tatt medisiner i alle år, uten å merke bivirkninger.

– Samtaleterapi fungerer bra for meg, i hvert fall med psykiaterne. Jeg prøvde å gå til psykolog en gang, men synes ikke at det ga meg like mye.

Grete har som oftest oppfattet det som greit å bli hentet for innleggelse.

– Jeg erkjenner sjelden selv signalene om at en psykose er i anmarsj, så omgivelsene har måttet hjelpe meg hver gang. Nå sist ble det forresten veldig heftig. To personer grep meg, én i hver arm, og dro meg bortetter gulvet. Da ble jeg sint! Eller, det var jo redd jeg var – veldig redd! Til og med for legen. Hun som sa at jeg hadde så pene tær. «Det er sikkert fordi hun ser meg for seg liggende på Lit de parade», tenkte jeg da. Jeg må innrømme at jeg ikke er i spesielt god form akkurat nå heller.

For tiden er det klimaet som bekymrer 74-åringen mest.

– **Jeg er paranoid**, vet du, det har jeg til en viss grad vært i alle år. Jeg trekker meg tilbake, inn mot meg selv. Blir redd for så mye; at noen skal kikke inn på meg gjennom sprekken i gardinene, for eksempel. Jeg har ganske mye angst, noen ganger fullstendig lammende. Så sitter jeg der da, klarer verken å ta til meg drikke eller mat. Alt handler om å holde ut til jeg skal legge meg klokka ti.

Det uttalte skremmer Grete mest.

– Fordi naboene hørte meg da jeg var syk, føler jeg at de er på vakt mot meg hele tida. Jeg våger sjelden å ha på radioen eller tv-apparatet annet enn for å høre nyhetene, og da med styrken lavt på. Jeg ønsker derfor å flytte, og håper på plass i en Omsorg+-bolig.

Når sønnen uteblir over tid blir Grete syk.

– Jeg har masse angst – uten å bli syk. Og paradoksalt nok, når jeg blir psykotisk har jeg ikke angst. Bortsett fra at jeg kan bli redd for enkelte personer.

Når psykosen er der har hun også stor glede av tv-en sin.

– Da løser alt seg. Jeg tror at jeg kan berge jorda, alle psykosene har dreid seg om det. Jeg ser på tv hele tida og løser alt via apparatet. Under den spente situasjonen mellom atommaktene nå sist snakka jeg svært mye med NASA. Jeg spurte og svarte, eller nei – jeg forteller vel mest? I slike faser hører «de» meg alltid, selv om jeg ikke vet hvem «disse» er. Jeg begynte å ringe legevakta også, for å fortelle dem at jeg var paranoid. «Det er fint at du har så god innsikt i deg selv», svarte de – og ba meg holde meg hjemme, der jeg ble stadig verre.

Intervjuet med Grete finner sted på Harry Holes stamsted Restaurant Schrøder i Oslo, der hun pleier å kjøpe seg middag.

– Også her på Schrøder satt jeg og snakket høyt med meg selv da jeg var syk. Det ble derfor inngått en avtale med han som driver stedet. Neste gang det skjer noe liknende skal han ringe og varsle sønnen min, forteller hun.

To barn fikk Grete og mannen før de skilte lag. Sønnen og datteren bor begge rett utenfor Oslo. De fire barnebarna i alderen fem til 21 år er til stor glede for sin bestemor.

– Vi snakker lite om sykdommen, men det har som oftest vært barna som har sørget for å få meg innlagt. Den siste gangen ble jeg og sønnen min sittende helt fra tidlig ettermiddag til klokka fire på natta før jeg ble lagt inn. Det er fælt at det må være slik.

Skammet seg over psykosene sine har hun likevel aldri gjort:

– Jeg tror det skyldes barndommen min. At den var så god har ført til at jeg tross alt har taklet sykdommen ganske bra.

Les mer om aldring og schizofreni i fagartikkel side 35.

Aktiv gjeng på Fjell: Helen Ellingsen (t.v.), Arnold Bjarne Angeltveit, Magne Ågotnes og Øyvind Angeltveit.



Fjell kommune inviterer til samskaping

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Kommunen legger til rette for private og frivillige aktører som vil utvikle tilbud for kommunens seniorer. Det har blant annet resultert i et dagsenter for personer med demens ved treningssenteret *Aktiv 365*.

– Vår strategi er at alle skal få leve livet slik de ønsker det, selv om man får en demensdiagnose, sier Bodil Giil, prosjektkoordinator for demens i Fjell kommune i Hordaland.

Kommunen består av mer enn 500 øyer, holmer og skjær og ble først landfast da Sotrabrua åpnet i 1971. Oljealderen forvandlet kommunen fra et fiskersamfunn til et industri-samfunn og førte til voldsom befolkningsvekst.

I dag har Fjell omkring 26 000 innbyggere, men i 2020 blir kommunen slått sammen med Sund og Øygarden til Nye Øygarden, som får nærmere 40 000 innbyggere. Antallet personer over 80 år vil øke med 300 prosent fram mot 2040, og man antar at omkring 750 personer vil komme til å ha en demensdiagnose.

– Seniorer ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og etterspør en rekke tjenester for at trivsel og trygghet skal kunne opprettholdes i hverdagen. Mange av disse tjenestene ligger utenfor tradisjonelt lovpålagte helsetjenester, men det er likevel viktig for kommunen å legge til rette for disse, slik at eventuelt behov for offentlige tjenester kan utsettes. Derfor har kommunen tatt initiativ til samarbeid med frivillige og private aktører, og vi opplever at det er et enormt engasjement i kommunen for sammen å skape et godt lokalsamfunn, sier Giil.

Tøffet seg til kontrakt

Fjell har arbeidet med tjenesteinnovasjon innenfor eldreomsorgen siden 2013. Da vedtok kommunestyret plan for utvikling av framtidens helse- og omsorgstjenester, «Sjef i eige liv». De kartla hva som var viktig for omkring 100 av kommunens seniorer, og svarene har vært styrkende for delprosjektene som har blitt satt i gang siden.

– Helsetjenester havnet overraskende nok ikke øverst på lista, forteller Giil; – Svarene viste at det viktigste for folk var å ha møtesteder med mulighet for sosialt samvær og fysisk aktivitet, men også tilbud som kunne øke trygghet og gjøre det enklere å bo hjemme. De fleste innbyggerne bor på bygda. Hvis de mister sertifikatet, får det store konsekvenser. Derfor var de spurte også opptatt av et godt transporttilbud.

Kommunen inviterte frivillige og private aktører inn til en stor workshop med spørsmålet: Hva kan dere bidra med i forhold til seniorer generelt og personer med demens? Sissel Tangerås var en av dem som satt i salen. Hun eier Aktiv 365, som driver åtte trenings-sentre i Bergens-regionen.

– Jeg tøffet meg litt og sa: Hvis dere har behov for å starte noe, er det bare å sette i gang hos oss! Vi har lite kunder på dagtid og flinke ansatte med mye kompetanse.

Kommunen var raske på labben. Bare noen måneder seinere hadde Tangerås skrevet kontrakt på et pilotprosjekt for å drive dagsenter for personer med demens ved avdelingen på Straume, kommunesenteret i Fjell.

– Dette var en ny kundegruppe for oss, og vi famlet naturligvis litt i starten. I første omgang handlet det om å finne de rette ansatte, få på plass rutiner og logistikk, samt bli kjent med deltakerne. Hukommelsesteamet underviste oss om kommunikasjon, og vi har to kontaktpersoner i kommunen som vi forholder oss til angående spørsmål. Kommunen har hele tiden vært tett på prosjektet og en super støttespiller underveis. Det tror jeg er en av suksessfaktorene for at dagsenteret har blitt så vellykket.

Tangerås er tydelig på at tilbudet fordrer at Aktiv 365, som privat aktør, skal sitte igjen med økonomisk fortjeneste: – Det forstår kommunen. Vi har ikke skyhøy margin, men jobber heller ikke frivillig. Vi skal overleve.

Brenner for tilbudet

Fire år seinere er gruppa fullbooket, med til sammen ti kvinner og menn som blir hentet og kjørt til trening to ganger i uka. Deltakerne starter dagen med kaffe og noe attåt, pluss samtale eller quiz. Deretter er det oppvarming på ergometersykel, før en personlig trener leder gruppetrening i sal. Dagen avsluttes med felles middag.

To ansatte ved Aktiv 365 følger til enhver tid gruppa og får hjelp av en frivillig. Deltakerne er under utredning for demens eller i en tidlig fase av sykdommen.

– Det er viktig at de er fysisk i stand til å være med på aktivitetene, slik at de ikke holder igjen resten av gruppa. Men vi strekker oss så langt som mulig, understreker Tangerås og legger til at deltakerne skaper liv på senteret.

– De gir uttrykk for å være fornøyd. De pårørende likeså. De vet at i løpet av dagen har deres kjære trent, hatt sosialt samvær og spist middag. Vi sender også ut en felles-SMS til alle pårørende etter endt dag slik at de hjemme får en fersk oppdatering.

Tilbudet startet med 47 uker i året, men i fjor sommer fikk kommunene spørsmål om Aktiv 365 kunne utvide til 50 uker. De pårørende syntes det var godt med avlastning.

– Jeg brenner for dette tilbudet og håper vi kan fortsette, sier Tangerås.

– Det er ingenting som varmer hjertet mitt mer enn å bidra til at den eldre garde får beveget seg!

Fjell
kommune



«Seniorer ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og etterspør en rekke tjenester for at trivsel og trygghet skal kunne opprettholdes i hverdagen.»

Føler seg privilegert

I treningssalen får deltaker Randi Møvik hjelp av frivillig Gunnar Angeltveit til å stille ergometersykkelen inn på riktig motstand. Han er heller ikke fremmed for å slå av en vits på strilemål, og latteren sitter løst hos begge to.

– Det er viktig å holde seg i form, men vel så viktig å komme seg ut, sier Møvik.

– Blir en sittende ensom og aleine, er det slutt. Da visner vi vekk. Det er kjekt å trene samtidig som en kan være sosial. Her snakker vi med alle, og det er folk i alle aldre. Det er godt å være her. Vi er privilegerte, vil jeg påstå.

Angeltveit har vært frivillig for gruppa i et par år. Det startet med at han var aktivitetsvenn for en av deltakerne. Da vedkommende ikke lenger kunne delta, ble Angeltveit bedt om å bidra som frivillig mot gratis årskort på treningssenteret. Han svarte: Ja, tusen takk!

– Det er altfor mange eldre som sitter aleine. Hvis jeg kan bidra til at noen får en mer meningsfull hverdag, gir det også meg et bedre liv. Menneskene her har gitt meg kunnskap og forståelse for hvordan det er å leve med demens, men først og fremst mye glede. Den

dagen jeg ikke lenger har anledning til å komme hit, vil være en fryktelig trist dag, sier Angeltveit.

Holdt kurs på storsenteret

Dagsenteret ved Aktiv 365 er bare ett av flere tilbud for kommunens seniorer, hvor kommunen har bidratt som «fødselshjelper» for private eller frivillige aktører. Mange av aktivitetene er utviklet for eldre generelt, men Giil legger vekt på at de kan tilpasses etter individuelle behov, som for eksempel utfordringer knyttet til demenssykdom.

Kommunen har frivillige innenfor en rekke områder, alt fra turvenner til følgetjeneste. Alle må vise politiattest før de starter. Alle deltar på et tre timer kurs, og aktivitetsvenner for personer med demens får ekstra kursing.

De frivillige får ingen kompensasjon, utenom to fester i året, og frivillighetskoordinatorer er linken mellom frivillige og brukere. Giil understreker at det er viktig at de frivillige føler seg verdsatt og møter et velfungerende system.

– Vi har fått erfaring i forhold til hva som må til for at ulike aktører vil inngå i forpliktende

I treningssalen får deltaker Randi Møvik (t.h.) hjelp av frivillig Gunnar Angeltveit til å stille ergometersykkelen inn på riktig motstand.



samarbeid med kommunen. Vi har i dag en «verktøykasse» av tjenestetilbud levert av det offentlige, frivillige og private aktører, sier Giil.

– For eksempel Aktiv + som har 300 medlemmer. Det er et gratis aktivitetstilbud for seniorer i Sotra Arena. Hver uke samles opp mot 150 personer, mellom 60 og 100 år, for å trimme sammen. Kommunen bidrar med gratis bruk av idrettshallen og én time fallforebyggende trening med fysioterapeut. Tilbudet forøvrig er drevet av frivillige og består av fellestrim ute og inne, foredrag og privat kafé. Det er kamp om plassene.

De som trenger skyss kan lage avtale med bestillingsbussen. Den kan også transportere eldre til Treff + på Sartor Storsenter. Der samarbeider frivillige, senterledelsen og leietakere om aktiviteter for seniorer. De får blant annet tilbud om kino, bowling, litterær lunsj og handlehjelp, og et eget Treff+-kort, som gir rabatter på senteret. Giil har holdt undervisning for 110 ansatte ved storsenteret om samhandling med personer med demens.

– Kurset vakte voldsomt engasjement. Uka etter fikk jeg mail fra direktøren. Han fortalte at en av de ansatte ved Elkjøp var blitt så inspirert at han hadde gått rett tilbake på jobb og søkt støtte fra Elkjøp-fondet. Han fikk 30 000, og de kjøpte inn ti nettbrett til bruk i arbeid med personer med demens. De benyttes for eksempel av musikkterapeutene i kommunen, forteller Giil.

Tar tidlig kontakt

Fjell fikk i 2016 støtte til å utvikle en modell for systematisk oppfølging av personer med demens og deres pårørende, som del av det overordnede prosjektet «Sjef i eget liv». Giil startet som prosjektkoordinator i april 2017.

– Tidligere har det vært sånn at personer med demens har fått mulighet til å delta på de tilbudene som allerede eksisterer i kommunen, for eksempel dagsenter ved sykehjem. Det passer



▲ Bodil Giil, prosjekt-koordinator for demens i Fjell kommune.



▲ Sissel Tangerås eier Aktiv 365, som driver åtte treningssentre i Bergens-regionen.

ikke for alle. Nå er vi i ferd med å få en mer individuell tilnærming, men vi opplever ofte at det er utfordrende å komme tidlig nok på banen.

Kommunen tilbyr i dag «Førebyggjande og helsefremjande heimebesøk» til alle 75-åringar. Dagens 75-åringar er som regel spreke, men det er likevel ikke oppe til drøfting å heve alderen.

– Hvis vi skal snakke forebygging, nytter det ikke om han eller hun allerede har en fot i tjenesten. Under besøket lytter vi til behov og diskuterer for eksempel hva som skal til for å forbli hjemmeboende, og hvilke faktorer som kan være med på å forebygge demenssykdom.

I fjor sendte Giil brev med tilbud om besøk til 151 personer. Hun legger ved avisutklipp med bilde, telefonnummer og mailadresse. 115 takket ja.

– Noen er travle. Andre er i Syden. Men uansett har de navnet mitt og et telefonnummer de kan ringe. Vi håper og tror at informasjon og åpenhet omkring demenssykdom også kan gjøre terskelen lavere for å be om hjelp, sier Giil.

Ønsker skreddersøm

Som del av modellkommuneprosjektet har Fjell, i samskaping med firmaet Noen AS, pilotert en ny tjenestemodell der personer med demenssykdom får tilbud om kunnskapsbasert, personsentrert aktivitet i hjemmet. Kommunen er også i kontakt med private aktører i den nye storkommunen som tilbyr overnatting, for å se på muligheter for alternativer til avlastningsopphold i sykehjem.

– Utviklingsarbeid som skjer i samskaping mellom offentlige, private og frivillige aktører, er nybrottsarbeid som tar tid, men jeg opplever at vi har rom for, og vilje til, nytenkning i Fjell. Vi er framtidsretta og arbeider videre med å videreutvikle «verktøykassa», slik at vi i økende grad kan tilby skreddersøm til brukere og pårørende, avslutter Giil.

SAMSKAPING

Den danske forskeren Jakob Torfing definerer samskaping slik:

Når to eller flere offentlige og private parter inngår i et likeverdig samarbeid, med hensikt å definere problemer og designe og implementere nye og bedre løsninger. Samskaping er altså en måte å arbeide med samfunnsutvikling på, der innbyggerne og kommunen skaper det gode lokalsamfunnet sammen. Arbeidsmåten vektlegger at alle mennesker er en ressurs, og har ressurser som kan brukes i utviklingen av lokalsamfunnet.

Kilde: Distriktsenteret.no



Kurs for pårørende ga ny kunnskap og inspirasjon

Bente Wallander (tekst/foto)

Aldring var ett av temaene som ble grundig belyst på Eidskog kommunes kurs for pårørende til personer med utviklingshemning. Påfyll av kunnskap ga deltakerne mersmak; nå vil de videreføre fellesskapet.

Pårørende til personer med utviklingshemning gjør seg mange tanker om livsløpet til den de har kjær. Ansvaret oppfattes som livslangt, selv om personen med utviklingshemning for lengst har flyttet hjemmefra. Påkjeningen dette innebærer kan oppleves som ekstra sterk dersom foreldre og barn gjennomgår et parallelt aldringsforløp.

«Hvordan vil datteren min få det når jeg blir gammel? Vil noen gi henne kjærlighet og omsorg utover det rent pliktmessige? Forstå henne slik jeg gjør? Oppfatte hennes behov?»

Bekymringene lyder kjent for kursdeltakerne som møtes på Skotterud denne tirsdagsettermiddagen.

– Du er pårørende hele livet og jeg har tenkt mye på dette. Aldringen medfører en dobbelt sorg. Hva vil skje med Magnus (28) hvis jeg går herfra først, sier Ole Erik Gusterud.

Videreutdanning med ringvirkninger

– Ideen om et pårørendekurs oppsto i forbindelse med at helsefagarbeider Marit Hauger og omsorgsarbeider Anne Marthe Gaustads tok en toårig videreutdanning i aldring og psykiske lidelser (60 p), opplyser Anne-Mari Furuseth, lederen for bolig tjenestetilbudet i Eidskog kommune.

– Vi hadde tidligere deltatt på et kurs om aldring og utviklingshemning i Trondheim og ble da svært interessert i temaet. Da vi i forbindelse med videreutdanningen skulle ha praksis på egen arbeidsplass ønsket vi å gjøre noe nytt og annerledes. Vårt forslag om å arrangere kurs for pårørende til personer med utviklingshemning ble positivt mottatt av Eidskog kommune. De har hele veien fulgt oss opp på alle måter, også økonomisk, forteller Anne Marthe Gaustad.

Godt gjennomført

Deltakelsen ble god. I løpet av seks kurskvelder fikk elleve pårørende styrket sine kunnskaper om blant annet psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, kosthold og fysisk aktivitet, seksualitet og utviklingshemning, lovverk og vergemål samt to fordypningskvelder i temaet utviklingshemning, aldring og demens.

ALDRING OG UTVIKLINGSHEMNING

Antallet eldre med utviklingshemning i Norge vil øke i tiden framover, og flere enn før vil få aldersrelaterte sykdommer, inkludert demens. Enkelte personer med utviklingshemning kan ha et tidligere aldringsforløp, og mange foreldre vil samtidig oppleve egen aldring. Pårørende opplever sin situasjon ulikt, men et fellestrekk er et behov for støtte og hjelp til å mestre sin rolle som pårørende.

I Demensplan 2020 satses det på tilbud for pårørende. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Aldring og helse ansvaret for gjennomføringen av en rekke tiltak, blant annet etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper gjennom en egen tilskuddsordning. Pårørendeskolene skal være en møteplass som gir pårørende støtte til å mestre praktiske og følelsesmessige utfordringer.

Kommuner og spesialisthelsetjeneste kan søke om tilskudd, og de kan inngå avtale med andre om gjennomføringen av tilbudene. Les mer om etablering og drift av pårørendeskoler på aldringoghelse.no.

Har du spørsmål om ordningen for pårørende til eldre personer med utviklingshemning, send e-post til lene.kristiansen@aldringoghelse.no

– Eldre med utviklingshemning søker ikke på egen hånd opp informasjon om aldring på nett, slik vi ser at mange i den øvrige eldrebefolkningen nå gjør. Det er derfor ekstra viktig at deres pårørende får oppdatert sine kunnskaper om dette, sier Marit Hauger.

– Av og til kan det i tillegg være godt for pårørende å møtes uten at «hovedpersonene» er til stede, føyer Anne-Mari Furuseth til.

Det bekrefter Hans Dyblie, stefar til snart 50 år gamle Thomas:

– Det ble satt ord på ting som jeg og kona mi, Bjørg, har hatt i bakhodet lenge. Kurset var profesjonelt lagt opp og vi hadde stort utbytte av å delta.

Muliggjør samarbeid

For Hans Dyblie ble filmen *Marita, søstera mi*¹, som deltakerne så den siste kurskvelden en særlig sterk opplevelse.

– Den grep meg sterkt. Vi har fortsatt mye ugjort, det finnes fortsatt de som snakker om «dessa der» i et eget tonefall, sier han.

Dyblie vil nå sammen med de andre kursdeltakerne videreføre fellesskapet. Målet er å starte en forening for pårørende til personer med utviklingshemning.

Ole Erik Gusterud understreker at ønsket ikke først og fremst dreier seg om å skaffe penger til nye tiltak.

– Slik vi ser det vil et pårørendefellesskap være bra, også for de andre tingene vi hørte om på kurset, sier han.

Anne-Mari Furuseth støtter ideen fullt ut.

– At pårørendegruppen får et talerør er fint. Det er også i tråd med den nasjonale *Pårørendeveilederen*², som understreker kommunens forpliktelser til å samarbeide med pårørende, sier hun.

– Et godt samarbeid mellom pårørende og kommunen er helt avgjørende. Gjennom det får vi også muligheten til å gi dere større trygghet. Vi har og skal ha ulike roller, men målet må være likt for alle: At våre brukere og deres kjære skal ha det så godt som mulig, sier Anne Marthe.

Hun understreker samtidig viktigheten av åpenhet.

– Vi må ikke feie ting under teppet om denne prosessen skal bli god.

– Det er sant, men mye har skjedd allerede. Nærheten mellom oss og dere ansatte har blitt mye bedre etter skolen, sier Ole Erik Gusterud.

1) Fritt tilgjengelig på www.aldringoghelse.no

2) Kan lastes ned fra helsedirektoratet.no



Olav Haugland (t.v.) og Joachim Kvinge mimrer om røverhistorier fra barndommen.

Os har landets første sykehjem med tropehage

Charlotte Nagell (tekst/foto)

1700 eksotiske planter har fått plass under glasstak ved nye Luranetunet bo- og behandlingssenter. Sykehjemmets grønne lunge er blitt en populær møteplass og kulturarena.

– Vi kunne kalt den for «innehage», men da hadde det ikke nådd lenger enn til Fusa, sier prosjektleder Tor Inge Døsen og sikter til nabokommunen på andre siden av fjorden.

Tropehage derimot, får folk til å spisse ørene. Nysgjerrige fra hele landet har strømmet til for å oppleve det nye sykehjemmet, med den 1 300 kvadratmeter store tropehagen, på nært hold.

– Folk blir sjokkert når de ser hvor frodig det er her. Vi har laget en oase. Nærmest et forværelse til Edens hage, sier Døsen, og tilføyer at hagen først og fremst er anlagt for å framelske trivsel blant beboere, ansatte og pårørende.

– Luranetunet skal ikke være et sted hvor du er fram til du dør. Dette skal være et hjem hvor du skal leve helt til din siste dag. (Fint sitat)

Ville ikke herme

Økning i antall eldre kom raskere til Os i Hordaland enn landsgjennomsnittet. Døsen forklarer at god markedsføring av kommunen har sørget for stor tilflytting.

– Mange barnefamilier foretrekker enebolig i Os framfor blokkleilighet i Bergen. Når foreldre og svigerforeldre hører at barna trives så godt, flytter de etter. Det har ført til en opphopning av eldre. Vi er kry over at folk vil bo her, men samtidig gir det økt belastning på institusjonsomsorgen.

Kommunestyret gjorde i 2013 et vedtak om å utvide sykehjemmet med 100 plasser. Arbeidet ble satt i gang senhøstes 2015, og to år seinere sto nye Luranetunet bo- og behandlingssenter

ferdig, med 96 nye rom samt et gjesterom til pårørende. Sykehjemmet har nå totalt 175 plasser.

– Det nye tilbygget ga oss et indre gårdsrom. Vi kunne ha laget en sansehage, men når vi først skulle bygge nytt, ville vi ikke bare herme etter alle andre. Det blir kjedelig. Vi ville finne på noe nytt og annerledes, sier Døsen.

Han fikk ideen om å legge glasstak med begrunnelsen: Hvorfor skal ikke folk få være ute i hagen, selv om de bor på Vestlandet?

– Her er det sørpe og regn hele vinteren og ikke spesielt fristende å gå tur. Det er derimot attraktivt å gå ned i tropehagen. Du trenger ikke være god til beins. Her kommer en seg fram med alle slags ganghjelpemidler, og det er satt opp benker for å ta seg en hvil. Utgangspunktet var å heve kapasiteten ved sykehjemmet, men også trivselsnivået. Det er viktig for de eldre å se mer enn avdelingen og rommets fire vegger. Vi har også en utendørs sansehage med høner og kaniner.

Generasjoner møtes

Før arkitekten startet å tegne satte Døsen sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe som jobbet sammen i ett år, for å kartlegge hva ansatte savnet i det gamle bygget og ønsket seg i det nye. Enhetsleder Aud Winsents forteller at flere var skeptiske til å anlegge en tropehage på bekostning av flere rom, men tvilen er nå gjort til skamme.

«Folk blir sjokkert når de ser hvor frodig det er her. Vi har laget en oase. Nærmest et forværelse til Edens hage.»



– Tropehagen har blitt så mye mer enn hva vi så for oss, sier Winsents; – Den er en samlingsplass og en flott arena for arrangementer. I går hadde vi live-streaming på storskjerm fra konsert med Jan Eggum og Halvdan Sivertsen i kulturhuset Oseana. Kvelden før arrangerte Os Fotball en hyggelig kveld for beboerne med quiz og dans, og Eirik Søfteland (kjent fra Stjerne-kamp og Skal vi danse) har underholdt med sang. Det var stort å se at ungdom ba eldre opp til dans, og veldig kjekt å oppleve at folk hadde det hyggelig sammen på tvers av generasjoner. Tropehagen er også et flott sted å vise seg fram for elevene ved kulturskolen i Os.

Tropehagen inneholder 1 000 kvadratmeter med lydabsorbenter. Døsen forteller at rommet har veldig god akustikk.

– Men der må jeg innrømme at vi kanskje har vært mer heldige enn smarte, sier prosjektlederen.

FrP har arrangert vinterfest for beboerne. Da fikk tropehagens Bambus Bar skjenkebevilling, og folk kunne kjøpe seg et glass øl. Her kunne også partiets ordfører, Terje Søviknes, by på alkoholfrie drinker da forhenværende eldre- og folkehelseminister og partifelle Åse Michaelsen og hennes danske kollega Thyra Frank var på besøk i mars.

Michaelsen skriver i en mail til Tidsskriftet aldring og helse at hun er imponert over arbeidet Os kommune har gjort for sine eldre.

– At flere eldre vil flytte til Os fordi kommunen leverer så gode pleie- og omsorgstjenester, sier sitt. Tropehagen er fantastisk. Beboerne kan sitte på balkongene sine under tak, titte ned i tropehagen og høre bekken sildre. Den har blitt en møteplass for folk i alle aldre. Det er veldig bra!

Lufta virker oppkvikkende

Prislappen på Luranetunet var 280 millioner. 20 millioner gikk til tropehagen. Anleggs-gartneren fikk frie hender og plantet 35–40 ulike eksotiske vekster. Det er satt opp små skilt med navn på alle vekstene, men både sitron- og banantrærne er lette å kjenne igjen på frukten.

Døsen forteller at temperaturen i rommet aldri skal synke under 13 grader eller stige høyere enn 27 grader, uansett vær utendørs. 120 takluker trekker ut varmen hvis det blir for varmt. Bergvarme sørger for energi til hele sykehjemmet.

– Da vi holdt på å bygge, var jeg litt stresset en dag, forteller Winsents.

Prosjektleder Tor Inge Døsen foran karpe-dammen.



– Da ba Tor Inge meg bli med ut i tropehagen og trekke pusten godt inn. Lufta her inne er fantastisk, også når vi har store arrangementer med mye folk. Rommet gir energi. Det er godt å være her.

Anleggsgartneren har ansvaret for hagen fram til sommeren. Deretter tar kommunen over.

– Foreløpig er hagen bare et drøyt år gammel. Teknisk sett fungerer alt som det skal, men det er opp til mennesker å passe på plantene. Da er vi selvsagt avhengige av dedikerte personer, og har god tro på at det skal gå bra. Det kommer ikke mange bier flyvende for å pollinere, så vi er litt usikre på hvor mye frukt vi kan høste framover, men Aud har plukket noen sitroner allerede, sier Døsen.

Trekkes mot hagen

Tropehagen gir også rom til «Diamanten», et dråpeformet bygg over to etasjer, med treningsrom i første etasje og kombinert møterom og selskapslokale til fri bruk for beboere og pårørende i andre etasje. Det er enkel adgang til hagen slik at barnebarn og oldebarn fritt kan løpe ut og leke.

– Glasstaket sørger for at ansatte kan bevege seg på tvers av avdelingene tørrskodd. Det hadde vært temmelig bløtt på en dag som denne, sier Winsents.

– Når vi bygde nytt, ville vi ha stue, kjøkken og vaktrom midt i avdelingene. Det skal være hjertet i hver avdeling. Stuene vender ut mot omgivelsene. Kjøkkenet, som også er et allrom med sofa, stoler og bord, vender inn mot tropehagen. Vi opplever at det er mest populært å sitte på kjøkkenet for å følge med på folk som kommer og går under glasstaket.

Blir ikke bedre

Beboer og 1926-modell Olav Haugland kommer ruslende med rullatoren mellom de eksotiske



plantene. Det tar ikke lang tid før han møter på kjente, både fra barndommen og arbeidslivet.

– Det er alltid kjekt å komme inn hit, spesielt når det er underholdning. Her om kvelden var det en som trikset med fotball. Han var en kunstner! sier Haugland.

Over lydanlegget høres fuglesang, og en dam har blitt bolig for fargesterke koi-fisker, som er nære slektninger av gullfisken. Døsen stikker hånda nedi og forsikrer om at de selskapspsyke skapningene ikke biter.

– Kvaliteten i et samfunn kan måles ut fra hvordan vi tar oss av våre eldre og andre som trenger omsorg. Med utbyggingen av Lurane-tunet har Os fått et markant løft. Bedre enn dette får vi det ikke på våre siste dager. Vår kreativitet rekker i hvert fall ikke lenger, avslutter Døsen.

▲
Enhetsleder Aud Winsents (t.v.) og prosjektleder Tor Inge Døsen.

TROPEHAGE

TEGNET PINGVINER I TROPEHAGEN

I januar 2018 inntok Vebjørn Sand kulturhuset i Os, Oseana, med pop-up-utstillingen «Individets valg». En dag sto plutselig broren, Aune Sand, på døra ved Lurane-tunet bo- og behandlingssenter. Han spurte enhetsleder Aud Winsents om sykehjemmet ville ha noen bilder av Vebjørn. Hun takket ja, og Aune bar inn 15 innrammede trykk. Et par dager seinere ringte Aune og fortalte at Vebjørn vanligvis holder tegnekurs for barn, der de har pop-up utstillinger. Nå lurte de på om han ikke kunne holde tegnekurs for de eldre. Det syntes Winsents var en god idé. Brødrene troppet opp, og Vebjørn lærte beboerne å tegne pingvin i Antarktis i tropehagen.

– Det er viktig å velge spill som framkaller effekten man er ute etter, sier Nina Skjæret Maroni (t.v.).

Foto: Thor Nielsen, NTNU





Exergames utfordrer eldre på flere nivåer

Charlotte Nagell (tekst)

– Bevegelsesstyrte videospill kan være et nyttig, og ikke minst artig, supplement til trening av fysisk og kognitiv funksjon hos eldre. Men det er viktig å velge spill som framkaller effekten man er ute etter, sier Nina Skjæret Maroni, fysioterapeut og førsteamanuensis ved NTNU i Trondheim.

Hun jobber innen prosjektet EXACT, som har fokus på utvikling av velferdsteknologi ved bruk av exergames, en forkortelse for «exercise games», eller treningsspill på norsk. Exergames betegner videospill hvor deltakerne bruker kroppslige bevegelser til å styre spillet.

– Det kan dreie seg om alt fra en enkel håndbevegelse til sammensatte bevegelser som foregår over store områder, for eksempel Pokémon Go. Noen spill har håndholdte kontrollere, andre bruker kamera eller sensorer som fanger opp bevegelsene til den som spiller, forklarer Maroni.

Forventet levealder i Norge har aldri vært høyere enn i dag, men å leve lenge innebærer økt risiko for sykdom og funksjonstap. Fysisk aktivitet er et av de viktigste tiltakene for å bedre helse, redusere alvorlighetsgraden av en rekke kroniske sykdommer og antall fall blant eldre. Helsedirektoratet anbefaler eldre å være fysisk aktive i minst 150 minutter, med moderat intensitet, per uke.

– Vi ønsker at folk skal være selvstendige og kunne bo hjemme så lenge som mulig, men ikke alle greier å følge anbefalingene. Noen ganger er det et tiltak å trene. Exergames kan være en lystbetont avveksling, og forskning viser at treningsspill også kan ha positiv effekt på livskvalitet, sier fysioterapeuten.

Overøser med stimuli

Da Maroni startet sitt doktorgradsarbeid i 2013, var innfallsvinkelen til exergames fallforebygging hos eldre. Det første hun gjorde, var å undersøke om eldre i det hele tatt kunne tenke seg å ta spillene i bruk, og responsen var positiv.

– Det fantes allerede mange spill på markedet, som spillkonsollene Wii og Xbox Fitness, men de fleste spillene var designet for å tiltrekke seg barn og inneholdt store mengder stimuli, i form av lyd og bilder. Det kan bli for mye informasjon å forholde seg til, spesielt for personer med kognitiv svikt. Vi fant noen firma som hadde begynt å lage spill for eldre, men erfarte at det var lite fokus på hva slags bevegelser de framkalte hos spillerne.

Maroni og medarbeidere har siden utført flere studier hvor de har sett på hvilke bevegelsesutfordringer spillere får med exergames. De har for eksempel målt variasjon i steg og mengde bevegelse hos yngre og eldre, som spilte stegbaserte exergames, blant annet «The Moll» (Muldvarpen), som er spesialdesignet for eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

I dette spillet beveger deltakerne seg innenfor et område som kan stilles inn fra én til fem meter. Et Kinect-kamera detekterer personens bevegelser og gjengir dem i form av to fot-



Det er utviklet en testlab med EEG.

Foto: Kim L'Orange Sørensen, NTNU

avtrykk på en skjerm. Der vises også et rutenett bestående av ni firkanter. En muldvarp dukker opp i de ulike rutene, og deltakerne skal jage den bort ved å tråkke i riktig rute. Vanskelighetsgraden øker når ei mus kommer til, og tiltar ytterligere når dyra får selskap av ei marihøne, som deltakeren skal unngå å tråkke på. Jo fortere du spiller, desto fortere går spillet.

Deltakerne må variere steglengde, hastighet og retning. Resultatene fra studiene indikerer at «The Moll» førte til større variasjon i nevnte faktorer enn spill utviklet for det kommersielle markedet.

– Trening av riktige og raske steg har en viktig rolle i fallforebyggende trening. Vi erfarte at exergames også stimulerer til spontane og kompliserte bevegelser, som kan være utfordrende å få til i en vanlig treningssituasjon. Når du spiller «Muldvarpen» trener du vektoverføring over begge bein, samtidig som du må ta inn informasjonen fra skjermen foran deg. Du er tvunget til å se opp, ikke ned på føttene dine, som vi vet mange gjør når balansen er redusert, forklarer Maroni.

Samarbeid står sentralt

Studiene viste også at eldre, i motsetning til yngre, beveget seg mindre når vanskelighetsgraden økte. Eksekutive funksjoner reduseres med økende alder, for eksempel evnen til å løse problemer eller gjennomføre oppgaver.

– Derfor er det viktig å velge spill i forhold til hva man ønsker at utfallet skal være. Hvis formålet først og fremst er økt fysisk aktivitet, kan introduksjon av kognitive utfordringer gi mindre effekt, sier fysioterapeuten.

Forskerne har også sett på bruk av exergames for opptrening etter skade, som en kjærkommen avveksling til repetitive rehabiliteringsøvelser, men har erfart at det skal mye til for å avdekke spesifikke bevegelser godt nok. Deltakerne kunne jukse, men likevel oppnå poeng.

– Et spill skiller ikke nødvendigvis mellom 70 og 100 grader bevegelsesutslag i skulderleddet, men det utgjør en viktig forskjell for en fysioterapeut. Samarbeid mellom spillutviklere og fysioterapeuter er derfor viktig. En del av vårt arbeid er å observere bevegelser og forstå hva som hindrer folk fra å utføre disse optimalt. Denne kunnskapen må vi videreformidle til spillutviklere slik at teknologien kan leve opp til våre krav, understreker Maroni.

Erstatter ikke fagfolk

Da hun presenterte doktorgradsarbeidet sitt for første gang for fem år siden, møtte kollegaer henne med spørsmålet: Mener du, som fysioterapeut, at teknologi kan erstatte klinisk praksis?

– Selvsagt ikke. Teknologi erstatter ikke vår fagkunnskap, men kan fungere som et godt supplement til vår yrkesutøvelse. Fysioterapeuter har hengt etter med å ta teknologien i bruk, men hvis exergames kan bidra til bedre livskvalitet og funksjon hos eldre, hvorfor skal vi ikke benytte dem? Vi står foran den såkalte «eldrebølgen». Teknologi kan være en viktig ressurs for å bidra til å holde folk i aktivitet. Vi skal ikke være redde for at exergames ikke passer for eldre. Min erfaring er at de fleste synes det er kjempeartig, sier Maroni.

Utfordringen i dag er tilgang på exergames og tilrettelegging av omgivelsene, men teknologien utvikler seg i et rasende tempo. Kinect-kameraet er allerede ute av markedet.

– Vi ser at det dukker opp stadig nye konsepter og løsninger hvor man ikke er avhengig av en stor skjerm eller romslige omgivelser. Det holder med en smarttelefon eller nettbrett, som allerede er tilgjengelig for de fleste, sier Maroni.

Tester med EEG

Det siste året har forskerne ved NTNU blitt stadig mer nysgjerrige på det kognitive aspektet ved exergames.

– I andre studier har det blitt utført kognitive tester før og etter bruk av videospill. Siden vi vet at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på



kognitiv funksjon, vil den type testing ikke gi direkte svar på om exergames gir ekstra kognitivt utbytte. Vi ønsket å teste dette direkte og festet EEG-elektroder på hodene til deltakerne, for å måle hjerneaktivitet mens de spilte. Det har ikke blitt gjort tidligere, og i etterkant har vi forstått hvorfor, ler Maroni.

EEG er nemlig et svært sensitivt system, og det ble hentet ut enorme mengder informasjon på testlaben. Dataingeniører er nå i ferd med å utvikle et program som kan renske dataene, for å skille interessant hjerneaktivitet fra støy.

– Vi sitter med data fra unge og eldre deltakere og ser at det er mer kognitiv aktivitet hos eldre enn yngre under exergames, men kan ikke si noe mer om resultatene før materialet er ferdig analysert. Vi er spente, sier Maroni.

Teknologi erstatter ikke vår fagkunnskap, men kan fungere som et godt supplement til vår yrkesutøvelse, sier Maroni. Foto: Kim L'Orange Sørensen, NTNU

OM EXACT

EXACT (Exergaming for active healthy ageing and rehabilitation) har som hovedmål å etablere exergames som en omfattende trenings- og rehabiliteringsteknologi for eldre. Både for å øke generell aktivitet og forebygge funksjonstap, men også som spesifikk trening etter sykdom og skade.

EXACT er et samarbeid mellom fysioterapeuter, bevegelsesvitere og dataeksperter ved NTNU. Tverrfaglighet skal sørge for best mulig interaksjon mellom mennesker og teknologi.

Kilde: ntnu.no

ANBEFALINGER

Anbefalinger fysisk aktivitet voksne og eldre

- Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minst 150 minutter med moderat intensitet (tilsvarer hurtig gange) per uke eller minst 75 minutter med høy intensitet (tilsvarer løping) per uke. Aktiviteten kan deles opp i bolker på minst 10 minutters varighet.
- Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper bør utføres to eller flere dager i uken.
- Eldre med nedsatt mobilitet, personer som er ustø, anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og redusere risikoen for fall.
- Voksne og eldre som ikke kan følge rådene på grunn av nedsatt funksjonsnivå eller en sviktende helse, anbefales å være så fysisk aktive som evne og helsetilstand tillater.

Kilde: Helsedirektoratet.no

Ekspertene på demens gjør Oslo bedre

Bente Wallander (tekst)

– Med sin unike kompetanse er personer med demens til stor nytte i vårt arbeid med å utvikle Oslo i en mere aldersvennlig retning.



Det sier fagkonsulent Sissel Karlsson-Haig ved Senter for fagutvikling og forskning, Utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune.

Karlsson-Haig er opptatt av å synliggjøre Oslo-modellen, en form for strukturert rådgivning som Senter for fagutvikling og forskning har samarbeidet om med personer med demens.

– De er eksperter på hvordan det er å ha demens, mens vi er eksperter på hvordan man kan møte dette faglig. Sammen bidrar vi til et mere demens- og aldersvennlig samfunn, mener hun, og presiserer at aldersvennlig er i betydningen vennlig for alle aldre.

Strukturert mal

Nasjonalforeningen for folkehelsen var tidlig ute med å etablere erfaringspanel for personer med demens¹. Det er fra dem Oslo kommune siden 2015 har fått anledning til å låne deltakere til sin ekspertgruppe. Solfrid Lyngroth, Sigrid Aketun og Torhild Holthe sto for etablering og organisering i starten. Sissel Karlsson-Haig har jobbet med gruppa siden våren 2016, og hatt ansvaret for den siden årsskiftet 2017/2018. Lederen av Almas hus, Sigrid Aketun, overtok ansvaret igjen fra februar 2019.

Fagkonsulenten har selv bidratt til den strukturerte malen som følges når gruppa spørres til råds.



Fagkonsulent
Sissel Karlsson-Haig.
Foto: Mai Myhre / USHT Oslo

– Når brukerrepresentantene inviteres til oss er de «våre» eksperter på demens, sier hun.

At møtene foregår i Almas hus er et poeng, det gir dem en hjemmekoselig ramme.

– Samarbeidet preges av mye trivsel og hygge, men er samtidig faglig forankret og godt organisert. Målet er å gi personer med demens mulighet til å uttrykke seg best mulig om hva som er viktig for dem, sier hun.

Bygger folk opp

En brukerrepresentant på konferansen Alzheimer Europe 2018 sa: «Hvis vi får de rette oppgavene er vi en ressurssterk gjeng. Det skal så innmari lite til før vi får til ting. Men husk; det skal samtidig så lite til før alt blir galt – før hele vår verden rakner.»

– Det stemmer bra med våre erfaringer. Det er viktig at deltakerne opplever settingen som hyggelig og trygg. Gjennom vår faglige og relasjonelle tilnærming søker vi å bygge opp personens ressurser ved å senke omgivelsenes krav, forklarer Sissel.

Når gruppa møtes varierer antall deltakere fra to til ni personer. Deltakerne er hjemmeboende og noen har med seg en partner eller venn.

– Det som blir sagt på møtene blir tatt opp. Uttalelsene blir senere referert ordrett, sier hun.

1) Les mer om erfaringspanelet i Tidsskriftet aldring og helse nr. 1-2018.



I de hjemlige omgivelsene på Almas hus møtes Oslo kommunes ekspertgruppe for personer med demens. Foto: Sigrid Aketun / USHT Oslo

Begrunnede råd

Temaene som har vært drøftet er varierte, og det er mange instanser innen Oslo kommune som ønsker ekspertgruppes råd, men tilgjengelighet har ofte vært et viktig stikkord. Brukermedvirkning på gruppas egne premisser er et sentralt mål.

– Vi er konkrete i vår tilnærming, med research som metode. Noen ganger illustrerer vi det aktuelle spørsmålet med et bilde, andre ganger drar vi sammen ut på besøk. Aker sykehus er et av stedene vi har gjestet. Der sjekket vi blant annet inngangspartiet. Er det demensvennlig? Representantene ble så oppfordret til å finne røntgenavdelingen og deretter toalettet. Hvor informasjonen burde være mest mulig tydelig og forståelig, og hvor oversiktlig og enkelt det var å finne fram ble drøftet, både i gruppesamtaler og på enkeltnivå, forteller Sissel Karlsson-Haig.

Personer med demens kan ikke forventes å abstrahere, og husker heller ikke alt fra gang til gang.

– Det blir enklere å mene noe om noe når man ser det, eller rent fysisk er på stedet. I samarbeid har vi blant annet bidratt til utvikling av demensvennlig servise og råd til personer som nylig har fått demenssykdom samt forbedret informasjon til innbyggerne på internett, i brosjyrer og bibliotek.

Stor, utnyttet ressurs

Så stolt er Sissel Karlsson-Haig av gruppas innsats at hun gjerne oppfordrer andre kommuner til å tenke brukermedvirkning i praksis.

– Det ligger en enorm ressurs her, som det offentlige må vite å ta i bruk på en god måte. Behovet i Oslo har allerede økt så mye at vi må ha flere møter i året. Husk også at det går an å etablere flere ekspertgrupper i kommunen, og søk gjerne inspirasjon hos oss eller andre for å komme i gang. Nasjonalforeningen for folkehelsen er flere steder en naturlig samarbeidspartner, men grupper som dette må ikke alltid springe ut av et foreningssamarbeid. Det offentlige kan selv starte noe liknende.

SPRÅK OG GAP-TEORI

Et viktig fundament for vår tilnærming er hvordan vi omtaler demens. Oslo-modellen støtter seg til GAP-teorien*, som blant annet sier at «Ved å bruke begreper som dement, utviklings- eller funksjonshemmet om en person, kan denne lett oppfattes som redusert på et eller annet vis i forhold til de fleste andre. Når man snakker om en person med demens eller funksjonsnedsettelse settes personen i fokus. Sykdommen eller funksjonsnedsettelsen blir kun en del av et større bilde, og personen frarøves ikke noe av sitt menneskeverd.

I stedet for å forholde seg til menneskers begrensninger i dagliglivets aktiviteter og restriksjoner for sosial deltakelse, kan fokus vendes bort fra det personlige til muligheter. Ved å bygge opp personens ressurser gjennom å senke omgivelsenes krav, kan man samtidig redusere gapet mellom den enkelte og samfunnets forventninger.

* Lie, I. (1989). *Rehabilitering: prinsipper og praktisk organisering*. [Oslo]: Gyldendal.

Din helse – vår hjertesak!Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Samarbeid er nøkkelen

Frivilligheten kan bli en betydelig ressurs i helse- og omsorgssektoren, selv om omfanget foreløpig er beskjedent. Frivilligheten har en egenverdi som handler om aktivitet, livskvalitet og sosialt samvær.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har god erfaring med frivillighet gjennom våre erfaringer med tilbudet Aktivitetsvenn. For at frivilligheten og helse- og omsorgssektoren skal ha nytte av hverandre, kreves godt samarbeid og forutsigbare avtaler.

Et fritidstilbud for personer med demens

Aktivitetsvenn er i dag etablert i 220 kommuner, og nærmere 3 000 frivillige aktivitetsvenner gjør aktiviteter sammen med personer med demens. Ved å tilby Aktivitetsvenn gir kommunen et bedre omsorgstilbud til demenssyke.

Aktivitetsvenn baserer seg på koblingen mellom den frivillige og personen med demens, på bakgrunn av felles interesser. På denne måten får personer med demens muligheten til å fortsette sine fritidsaktiviteter. Forskning viser at meningsfulle og stimulerende aktiviteter kan bidra til å bremse sykdomsutviklingen, særlig i tidlig fase. Selv i de tilfellene der sykdommen har kommet så langt at opplevelser raskt glemmes, viser det seg at de gode følelsene og stemningen varer.

Unikt samarbeid

Aktivitetsvennmodellen baserer seg på lokale arbeidsgrupper i kommunen, som tar ansvar for etablering og drift av tilbudet. Dette er kjernen i samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. I en arbeidsgruppe sitter vanligvis representanter fra demensteam/hukommelsesteam, hjemmetjenesten, sykehjem, frivilligkoordinator, frivillighetssentralen og frivillige fra lokale lag og foreninger.

Det er viktig å lytte til frivilliges ønsker. De må få delta på sine egne premisser. Frivillige motiveres av å gjøre noe meningsfylt for andre, og aktiviteten må oppleves lærerik og interessant. 95 prosent av våre aktivitetsvenner, som

får bidra med aktiviteter de selv liker, ville anbefalt dette til andre. Det er interessene til frivillige som bør være utgangspunktet for aktiviteten, dersom engasjementet skal vedvare og blomstre.

Hvorfor fungerer det?

For å starte opp Aktivitetsvenn lokalt inngår kommunen og Nasjonalforeningen for folkehelsen en samarbeidsavtale. I denne avtalen er det en tydelig arbeidsfordeling. Typisk er det slik at for eksempel lederen av frivilligsentralen rekrutterer de frivillige, mens demenskoordinatoren rekrutterer de som ønsker seg en aktivitetsvenn. «Vi utfyller hverandre og har forskjellige vinklinger», som en leder av en lokal arbeidsgruppe uttrykte det.

Aktivitetsvenn er et viktig supplement til kommunens tjenester. Mange forteller at de endelig har fått et trivselstilbud til personer med demens.

Nasjonalforeningen for folkehelsen bidrar med administrasjonsarbeid, utvikling av tilbudet og verktøy til drift. De som driver tilbudet lokalt får rådgiving og oppfølging gjennom hele prosessen. Tilbakemeldinger fra kommunene er at Aktivitetsvenn er enkelt å drive, og at alt ligger til rette. Ved å stå sammen med en organisasjon har man fellesskapet i ryggen. Det er særlig viktig for de frivillige.

Billig, men ikke gratis

Selv om de frivillige yter en gratis innsats, må kommunen også bidra. En viktig forutsetning for å drive Aktivitetsvenn er at kommunen dedikerer ressurser til å koordinere. Det er viktig at kommunalt ansatte får bruke arbeidstid til å drive tilbudet. Når disse forutsetningene er til stede, kan vi få til et flott samarbeid. I fellesskap kan vi skape en bedre hverdag for personer med demens.

SKREVET AV



Aurora Eck Nilsen og

Eline Sannes Riiser,
begge rådgivere i
Aktivitetsvenn



Sissel Gran
Inni er vi alltid unge. Aldringsmeditasjoner
 207 sider
 H. Aschehoug & Co. Oslo. 2019
 Finnes også som lydbok

Anmeldt av Kirsten Thorsen, psykolog, seniorforsker, tidligere professor i gerontologi.
 Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Når «de gamle» blir oss. Aldringsmeditasjoner og doble refleksjoner

«Straks våren er her for fullt, skal han rømme frå sjukeheimen. Han drømmer om å sjå Jæren, Lofoten og Buenos Aires. Han er 91, verda venter.» Dette diktet av Frode Grytten har Sissel Gran valgt som introduksjon på sin siste bok: *Inni er vi alltid unge. Aldringsmeditasjoner*.

Sissel Gran er en mangfoldig psykolog. Hun presenteres i sin siste bok som psykolog, samlivsekspert og forfatter. Hun har vært spaltist i Morgenbladet og skrevet flere bøker, blant annet «Kjærligheten i hastighetens tid» og «Det er slutt». Sissel Gran skriver levende og reflektert. Hun blander egne erfaringer, private møter, kulturelle opplevelser, skjønnlitteratur og faglig viten om aktuelle temaer til en meget lesverdig og innsiktsfull cocktail. Hun får stadig større lesekreter.

Sissel Gran er underveis i aldringen, på vei inn i alderdommens tidlige fase. Hun ser seg selv i speilet, og møter stadig oftere sin mor som eldre: «En høy tynn skikkelse med et steilt ganglag og et ubekvent uttrykk i fjeset.» Hennes mor har vært et omdreiningspunkt i hennes publikasjoner – en kvinne fanget i datidens kvinnerolle som husmor, som vantrivdes i livet og var bitter like til det siste. At Sissel Gran ser seg selv i sin mors skikkelse, blir et sjokkartet møte med egen aldring. «Alle anstrengelser for ikke å bli som henne ser ut til å ha vært forgjeves.»

*«Når skal vi gå over
 fra å si 'de gamle'
 til å si 'vi gamle'?»*

Hun observerer hvordan aldringen viser seg i det ytre. Speilet avslører rynkene, furene, det grånende håret, kroppens slapphet og sigen. Hun siterer Simone de Beauvoir som i boken *Alderdommen* (1970), sier: «Ingenting burde være mer forventet, men ingenting er mer uventet enn alderdommen».

Alderdommen overrumpler oss, ikke minst meg som har vært gerontolog – aldersforsker – hele mitt yrkesliv, og fremdeles fortsetter. Min aldring er om mulig enda mer overrumplende, jeg som hele min yrkeskarriere har skrevet om «de eldre», «de gamle» og «de andre». Begrepene ga et kategorisk gap til dem, det var definitivt ikke meg. Den vitenskapelige terminologi holdt alderdommen trygt på avstand. Gerontologien er vel det eneste fagfelt hvor alle forskere uvegerlig vokser inn i sitt forskningstema. De går fra å være objekt til å bli subjekt – fra dem til oss. Når skal vi gå over fra å si «de gamle» til å si «vi gamle»? Nå er jeg der selv, motstrebende, strittende, møter stadig nye overraskelser og må gjøre nye justeringer, ikke minst til andres

oppfatninger og reaksjoner. Det er gjerne slik det begynner, og det går definitivt ikke tilbake.

Sissel Gran skriver om oppdagelsen av at en stadig blir mer og mer usynlig ettersom en blir eldre. Hennes far, midt i åttiårene, fortalte om hvordan han plutselig hadde merket noe nytt: Det var ingen som så i hans retning. Det var som om han ikke fantes. Hun viser til forfatteren Arne Schrøder Kvalvik som beskriver hvordan han sanser menneskene rundt – skyene, stjernene, været, blomstene og eika. Men ingen gamle. Særlig kvinner – som Wenche Mühleisen – skriver om, snakker om og protesterer mot å bli trukket inn under usynlighetskappen, aldringens burka, når kvinnelighetens attraktivitet blekner. Når all verdens remedier, farging, utskiftninger og oppstramminger ikke bringer kjønnsattraktivitet tilbake. Mennenes og de andres dvelende blikk er rettet mot andre.

Menns grå hår i tinningen er lenge «distingvert», et tegn på mer modenhet, status og erfaring, inntil aldringen gjør dem til «gamle gubber». Menns aldringsproblemer er fortiet, slik som prostata- og potensproblemer. Skammen over manndommens svakheter og krankheter gjør disse til et individuelt problem, mens kvinner i større grad har løftet fram sine kollektive erfaringer. De inngår som et ledd i kvinnekampen for å gi kvinner større plass og synlighet – også i alderdommen.

Sissel Gran viser til de berømte historiske menn Simone de Beauvoir omtaler, som hatet å bli gamle. Det de hatet, var ikke først og fremst de ytre tegnene på kroppens forfall, men tapet av makt og opplevelsen av kraftløshet. Den tradisjonelle kvinneverken, med husmor- og omsorgsrollen som sentral, har gitt mange kvinner en beskyttelse mot alderdommens tap av roller. De kan fortsette disse rollene langt inn i alderdommen, inntil sykdom og svekkelser eventuelt gjør at de selv må ta imot hjelp og omsorg. I min bok *Kjønn, livsløp og aldring*, har jeg beskrevet disse kvinnene som vedblir å være sentrale familiekvinner opp i høy alder. Men jeg omtalte også de som opplever lettelse og ny frihet ved å være mindre omsorgsgivere og blir mer mangfoldige og frodige. Noen av de frodigste gamle damene kler seg i rødt – som Mia Berner gjorde det. De er blikkfang og stoppsignal mot å bli oversette gamle grå mus. Sissel Gran trekker fram de kvinner som opplever at det er en lettelse å slippe å føle seg observert, å se seg selv gjennom andre blikk – gjerne menns blikk.

Boken heter: *Inni er vi alle unge*. Er det slik? Gerontologiske studier viser at alle vil være yngre enn de er, også de yngste voksne. Vi lever i en ungdomsdyrkende kultur. Knappt noen ønsker å være gamle, så gamle som de er. De med en realistisk aldersoppfatning er gjerne mer skrøpelige og med flere sykdommer enn de som føler seg mye yngre. Men motsatt av hva vi skulle tro, er kvinner faktisk mer aksepterende av sin alder enn menn. De ønsker ikke å være så unge av år som mennene, de mener aldringen starter senere enn mennene. Mens menn ser seg selv som eldre fra 62 års alder, setter kvinnene denne overgangen til 66 år. At kvinner overlever mennene og i økende grad befinner seg i en kvinneverden, kan se ut til å ha gitt dem en større forsonlighet overfor aldringen og alderen.

Sissel Gran korrigerer sin boktittel og kaller det aldersløshet, «Denne følelsen av på merkelig vis å være uforanderlig, ikke i det ytre, men i det indre». Jeg tror, ut fra egne erfaringer og andres fortellinger, at aldringsopplevelsen ikke er å være uforanderlig, men være foranderlig og likevel «den samme». Vi lever med en dobbelthet, eller snarere mangfoldighet, i livsopplevelsen. Det er en erfaring som bærer med seg alle faser i eget livshjul – barndom, ungdom, voksen alder, eldre år. Det er en stor berikelse å oppleve flertydigheten og mangfoldigheten i aldersopplevelsen: Å samtidig være ung med sine livsvenner og sin livsledsager – dette flotte gammelmødige ordet – og støl bestemor som møysommelig prøver å reise seg fra gulvet etter lek med toåringen. Jeg og mine barnebarn er enige om at jeg er «litt gammel». Sissel Gran sier om de unge: «Å være gammel og samtidig ung, finnes foreløpig ikke i deres erfaring».

«Denne følelsen av på merkelig vis å være uforanderlig, ikke i det ytre, men i det indre.»

For dem som opplever alderdommen uten livsgnist og livsmot, føler seg oversett og glansløs – går i ett med tapetet – kan det å bryte ut være en befrielse. Flere skiller seg i høy alder. «Det menneske som ser og elsker vårt unge jeg, er en hjertemagnet.» Slik kan det sies. Sissel Gran understreker at også eldre mennesker har erotiske lengsler.

Det har tidvis vært stor ideologisk kritikk mot alderssegregering i «eldrelandsbyer» og «eldreghettoer». Men i miljøer hvor alle deler høy alder, blir fødselsdatoen uinteressant. Der kan du lettere ses og bekreftes som en unik person, unngå bli et bakteppe eller bare «en gammel». Våre samtidige – de gamle gamle vennene – har samme rolle.

Hva skal en så gjøre? Sissel Gran har *modeller*, to venninner på 80 og 81 år. «De har vært ytende og aktive gjennom et milelangt yrkesliv, men har også hatt en gudbenådet evne til å nyte livets gaver.» Hun har en plan: «Ikke mer pinging. Jeg skal snakke mer ut.» Hun har et «livsvitne», sin mann Ola. Og hun har en støttegruppe, gruppen Uff; Ufaglig Forum, 12 psykologvenner som har holdt sammen siden 1970-årene. «Så lenge vi lever, skal vi være våre vitner på at vi fortsatt finnes (...). Det er et leirbål der svakhet og sykdom aldri skal møtes med skam og avvising.» Hennes oppskrift: Ta vare på vennene, livsvitnene. Eller som Peter Hjort formulerte det i sine råd for alderdommen: «Hold fred med familien!»

Til sist, min anbefaling: Les boken, opplev frodigheten i erfaringene, refleksjonene, og sammenvevingen av ulike kilder til å gripe aldringsopplevelsen. Se forskningsresultater omsatt til levende skrift. Opplev friske ord i overraskende formuleringer, der fagterminologi kan ha kamuflert hva det egentlig dreier seg om. Kjenn deg igjen, eller kjenn andre igjen, og innse at gammelhet er din egen framtid. Eller nåtid.



Foto: Øvind Kirkevold

Irene Røen disputerte i mars over avhandlingen *Pathways through care - organizational-, staff- and patient characteristics, person centred care, and its association with quality of life in Norwegian nursing homes*. Doktorgraden er gjennomført ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Prøveforelesning ble holdt over temaet *Personsentrert omsorg for personer med demens. En kritisk gjennomgang av forskning med fokus både på effekt og betydning for pasienter og omsorgsgivere/personell*.

REFERANSER

Roen, I., Selbaek, G., Kirkevold, O., Engedal, K., Lerdal, A., & Bergh, S. (2015). The Reliability and Validity of the Norwegian Version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40(3-4), 233-242.

Roen, I., Selbaek, G., Kirkevold, O., Engedal, K., Testad, I., & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC HealthServ Res*, 17(1), 365.

Roen, I., Kirkevold, O., Testad, I., Selbaek, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2017). Personcentered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr*, 1-12.

Roen, I., Benth, J. S., Kirkevold, O., Testad, I., Selbaek, G., Engedal, K., & Bergh, S. Exploring the trajectories of Quality of Life and its covariates in nursing home patients: A longitudinal study. Submitted, 2018.

Bente Wallander (tekst)

Tilfredse ansatte øker pasientenes livskvalitet

Irene Røen og medarbeidere har studert sammenhengen mellom organisatoriske og strukturelle forhold i sykehjem, grad av personsentrert omsorg, forhold hos personalet og ved pasientene, samt fulgt pasientenes livskvalitet. Grad av personsentrert omsorg har tydelig sammenheng med forhold hos personalet, med enhetstype og fysiske omgivelser. I tillegg til personalets jobbtilfredshet er det i størst grad forhold hos pasienten som påvirker deres livskvalitet.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Demens er en kronisk og progressiv sykdom som det per i dag ikke finnes kurativ behandling for, og å bedre eller opprettholde samme nivå av livskvalitet er et viktig mål for omsorg og behandling av personer med demens.

Hva undersøkte du?

– Vi undersøkte sammenhengen mellom organisatoriske og strukturelle forhold i sykehjem, forhold hos personalet, grad av personsentrert omsorg, forhold hos pasientene samt fulgte pasientenes livskvalitet i løpet av sykehjemsoppholdet.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Vi fant at livskvalitet hos pasientene var stabil etter innleggelse i sykehjem, og at reduksjon i livskvalitet hadde sammenheng med økt smerte, alvorligere grad av demens, mer affektive symptom, redusert ADL-funksjon, alvorligere nevropsykiatriske symptomer hos pasientene og dårligere jobbtilfredshet hos personalet.

Hva oppdaget du ellers?

– At grad av personsentrert omsorg i sykehjemsenhetene hadde sammenheng med personalets opplevelse av sin jobbsituasjon, nærmere bestemt deres jobbtillfredshet, om de hadde tre år eller mer helserelatert utdanning, deres opplevelse av kvantitative jobbkraav og rollekonflikt, grad av mestring, bemyndigende ledelse, innovativt klima og opplevelse av gruppearbeid. I tillegg hadde enhetstype (skjermet enhet) og fysiske omgivelser tilpasset personer med demens sammenheng med graden av personsentrert omsorg.

Hvilke planer har du videre?

– Å bruke kompetansen jeg har fått gjennom dette doktorgradsarbeidet på en konstruktiv måte som leder for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark. Da tenker jeg både på kunnskap om demens, personsentrert omsorg og livskvalitet og på metodisk arbeid, samt et nettverk av dyktige fagpersoner som jeg gjerne samarbeider med videre.

Avhandlingen er tilgjengelig her: <http://hdl.handle.net/10852/67503>

Vurdering av kognitiv funksjon hos minoritetsetniske

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje om demens (1) er «... *minoritetsbakgrunn i seg selv ikke et eget kriterium for utredning i spesialisthelsetjenesten. Men der det er behov for tolketjenester kan det være tjenlig å utrede personer med minoritetsbakgrunn i spesialisthelsetjenesten. Likeledes er lavt utdannelsesnivå og/eller manglende lese- og skriveferdigheter indikasjon for utredning i spesialisthelsetjenesten på grunn av behov for tilpassede utredningsverktøy. Kulturelle forskjeller ser ut til å være av mindre betydning ved demensutredning, men det må vurderes i hvert enkelt tilfelle om utredningen skal skje i spesialisthelsetjenesten.*»

Introduksjon

Ettersom antall eldre i befolkningen øker, vil antall personer med demens øke betydelig de kommende tiårene. Vi vet ikke sikkert hvor stor forekomsten av demens er i etniske minoritetspopulasjoner i Norge, men studier fra land som Storbritannia og USA tyder på at forekomsten av demens kan være høyere i disse gruppene. Derfor kan det tenkes at økningen i antall personer med demens kan bli spesielt høy blant personer fra etniske minoriteter (2, 3).

En utfordring når man skal undersøke kognitiv funksjon hos minoritetsetniske, er at resultatene på kognitive tester påvirkes sterkt av utdanningsnivå og i noen grad av språkbakgrunn og kulturelle faktorer. Det vil si at dersom man har lite skolegang, eller ikke har gått på skole i det hele tatt, vil man få «dårlige» resultater på vanlige kognitive tester, selv om man er helt normalfungerende. Hvis man testes på et språk man ikke taler eller forstår så godt, vil det også påvirke resultatet negativt. Selv om man taler og forstår hverdagsspråk, er ikke det alltid nok for å klare kognitive tester.

De vanlige testene og utredningsverktøyene vi bruker i Norge er ikke utformet for å teste personer med annet språk, kulturell bakgrunn og lite skolegang. De er heller ikke utformet med tanke på å brukes med tolk. Dermed kan de gi villedende resultater, slik at man tror at personer som er normalfungerende har en kognitiv svikt. Dette gjelder særlig når man skal vurdere eldre minoritetsetniske med lite eller ingen skolegang og lite eller ingen kunnskaper i norsk (4, 5).

De viktigste faktorene som avgjør hvor godt man skårer på tester (utover hvilket språk man blir testet på) er hvor mange år man har gått på skole, og kvaliteten på skolegangen (6). Dette er selvfølgelig ikke unikt for minoritetsetniske. Eldre nordmenn som fikk sin grunnleggende skolegang under krigen har for eksempel ofte hatt en veldig dårlig skolegang. De kan ha gått på skole bare visse tider på året, eller annenhver uke, og hatt ukvalifiserte lærere, dårlige skolelokaler og begrenset med læremidler. Disse personene vil også ha relativt sett dårlige resultater på kognitive tester, selv om de er friske og normalt fungerende.

Selv når tester ikke krever noen åpenbar skolerelatert kunnskap, så vil måten man løser

oppgavene på ofte være påvirket av skolerelatert erfaring. Utdanning gir ikke bare spesifikk kunnskap og ferdigheter, men også bedre evne til informasjonsbearbeiding og bedre generelle ferdigheter når det gjelder å prestere på teoretiske tester (7).

I tradisjonelt multikulturelle samfunn som for eksempel USA, har man lenge anerkjent disse problemene. Undersøkelser fra Europa viser imidlertid at nesten ingen hukommelsesklinner har noe spesielt opplegg for å undersøke personer fra etniske minoritetspopulasjoner (8). Det mangler også tverrkulturelle validerte tester eller testbatterier med normer for hvordan etniske minoritetsbefolkninger i Europa klarer dem (9).

CNTB, et tverrkulturelt nevropsykologisk testbatteri

Rune Nielsen, nevropsykolog ved Rikshospitalet i København, og medarbeidere har utformet et testbatteri spesielt for å prøve å komme rundt noen av disse vanskene. Batteriet har fått navnet CNTB (Cross-cultural Neuropsychological Test Battery) (10). Det er blitt gjort undersøkelser av hvordan friske personer fra minoritets- og majoritetsetniske populasjoner skårer på dette batteriet, og hvordan batteriet klarer å skille mellom personer med demens og friske (11).

Målet var å sette sammen et batteri av tester som (10)

1. var relevante for vurdering av kognitiv svikt ved Alzheimers sykdom (AD) og andre former for demens
2. kunne brukes i ulike etniske grupper og på ulike språk uten å måtte endre innholdet
3. kunne administreres med tolk på en enkel måte
4. utføres på personer med begrenset eller ingen skolegang.

Batteriet er satt sammen dels av et utvalg av tidligere publiserte tester, dels av en ny bildehukommelsestest og en visuell hukommelsestest utviklet av Nielsen. Rowland Universal

SKREVET AV

Peter Bekkhus-Wetterberg, overlege

Hukommelsesklinnen, Geriatrik avdeling, OUS Ullevål

Dementia Assessment Scale (RUDAS) (12), og er den testen som har presise trykte instruksjoner som krever oversettelse på forhånd. Alle andre tester er basert på ganske enkle muntlige instruksjoner, som lett kan oversettes direkte av en tolk. I testene brukes hovedsakelig bilder framfor verbale stimuli.

Det endelige CNTB består av 12 tester som kan administreres på cirka 60 minutter. Testbatteriet er ment å dekke fem brede kognitive domener: global kognitiv funksjon, minne, språk, eksekutive funksjoner og visuospatiale funksjoner.

De ulike komponentene i CNTB

Global kognitiv funksjon

Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) (12) er en kort kognitiv screeningstest som er utviklet i Australia for multikulturelle populasjoner. Den inneholder seks elementer som vurderer kroppssorientering, praksis, tegning, dømmekraft, hukommelse og språk. Som Mini Mental State Examination (MMSE) har den en maksskår på 30 poeng, er enkel å administrere, og tar omtrent 10 minutter å gjennomføre.

Hukommelsestester

1. Recall of Pictures Test (RPT) (13) vurderer umiddelbar og forsinket verbal hukommelse. Testen likner på vanlige verbale hukommelsestester, men materialet som skal gjenkalles er ti bilder av hverdagslige gjenstander som deltakeren selv benevner på sitt eget språk, og deretter gjenkaller. Man gir tre innlæringsforsøk, og tester utsatt gjenkalling etter et tidsintervall på ti minutter. Deretter testes gjenkjenning ved at de opprinnelige ti bildene vises igjen, sammen med ti nye bilder.
2. Den andre hukommelsestesten i batteriet er den betydelig enklere Enhanced Cued Recall (ECR) (14). Der viser man 16 bilder på fire kort med fire bilder på hvert kort. Det blir gitt en semantisk ledetråd til hvert bilde, og testpersonen skal benevne det bildet som passer med ledetråden. For eksempel sier man «Her er det et dyr, hvilket dyr er det?», og testpersonen svarer «Det er en tiger». Man tester umiddelbar gjenkalling etter at hvert kort er gjennomgått på denne måten, og utsatt gjenkalling etter at alle kortene er gjennomgått og man har gitt en distraksjonsoppgave (telle baklengs fra 20 eller si årets måneder baklengs). De gjenstandene testpersonen ikke husker gir man lede-

tråden til, og man teller deretter det totale antallet huskede gjenstander både med og uten ledetråd.

3. Den tredje hukommelsestesten er en forenklet versjon av den klassiske Rey-figuren (15) med 11 elementer istedenfor de opprinnelige 18, utviklet av Nielsen for å gjøre den mer egnet for personer med lite skolegang. Denne brukes for å vurdere visuokonstruktive evner og visuell hukommelse. Figuren skåres på samme måte som Rey-figuren med en maksimal skår på 22 poeng.

Språklige oppgaver

1. Benevning testes ved at man registrerer hvor mange bilder testpersonen kan benevne i RPT.
2. For å vurdere ordflyt gjør man ordflyt for dyr, og for varer på et supermarked. I løpet av ett minutt skal testpersonen her si så mange forskjellige dyr eller ting man kan kjøpe på et supermarked, som mulig.

Eksekutive funksjoner

1. Color Trails Test (CTT) (16) er en test som ligner på Trail Making Test, men der man ikke bruker bokstaver, bare tall og farger. CTT ble spesielt utviklet for bruk i tverrkulturelle populasjoner. Den kan brukes også for personer som ikke har kjennskap til vestlig alfabet, forutsatt at de kan tall. En majoritet av analfabeter kan lese og forstå tall, forutsatt at de er vokst opp i et samfunn som bruker penger.
2. En annen test spesielt utformet for bruk til analfabeter, er Five Digits Test (FDT) (17) som tester en liknende evne som Stroop Color and Word Test, men uten at man trenger å kunne lese. Man må bare kunne telle til fem og kunne lese tall opp til fem. Testpersonen skal på tid lese tall fra en til fem plassert i 50 ruter, telle stjerner i en serie av 50 ruter med en til fem stjerner, og deretter telle antall siffer i 50 ruter. I den tredje betingelsen er det en konflikt mellom siffer og antall. For eksempel kan det være to femtall, og da skal man si «to», og så videre. En fjerde betingelse som involverer veksling mellom betingelse en og tre, ble ikke inkludert i dette batteriet.
3. Subtraksjon av 3 fra 20 (ned til 2) er en enklere versjon av subtraksjonsoppgaven fra MMSE.

Visuospatiale funksjoner

1. Kopiering av to enkle figurer, et kors med like lange armer, og en stjerne med fire spisser, skåres etter en trepoengsskala.
2. Kopieringen av den forenklete Rey-figuren nevnt under «Hukommelse» blir også skåret med en maksimal skår på 22 poeng.
3. Klokketesten (CDT) blir utført på vanlig måte med en 10 cm stor sirkel der testpersonen skal sette inn tall og visere slik at klokken viser 11:10. Klokken skåres etter en fempoengsskala etter Shulman (18).
4. Klokkesnningstesten (CRT) (19) utføres på samme måte som den norske varianten (KLT-NR). Testpersonen skal lese 12 klokker som viser ulike klokkeslett. Klokkene har timemarkeringer og visere, men ikke tall. Klokkesnningstesten krever ikke visuokonstruktive evner.

Normering og validering av CNTB

Testbatteriet har blitt brukt i en stor europeisk studie (10), et samarbeidsprosjekt mellom hukommelsesklinikker i Tyskland, Belgia, Danmark, Sverige,

Norge og Hellas. Der har man testet ulike minoritetspopulasjoner i ulike land, og i tillegg friske personer fra majoritetsbefolkning, totalt 330 personer. Dermed har man kunnet lage normer for hvordan man kan forvente at personer med ulike utdanningsnivå skårer på testbatteriet.

Minoritetspopulasjonene som er blitt testet er: Tyrkiske, punjabitalende pakistanske og indiske, marokkanske, polske, og personer fra det tidligere Jugoslavia. Personer fra majoritetsbefolkning som er blitt testet kommer fra Belgia (flamsk- og fransktalende), Danmark, Tyskland, Hellas, Norge og Sverige.

Resultatene fra normeringsstudien viser at landbakgrunn og språk har svært lite å si for hvordan man presterer på dette testbatteriet. Det som er avgjørende er hvor mye skolegang man har, ikke hvor man kommer fra eller hvilket språk man snakker.

Effekten av landbakgrunn er beskjedent og omtrent like stor som effekten av alder, som i gjennomsnitt forklarer 2–5 prosent av variansen i testpoeng, mens utdanningsnivå forklarer 14–16 prosent av variansen.

De to deltestene som ikke er påvirket av utdanningsnivå er Recall of Pictures Test (RPT) og Enhanced Cued Recall (ECR). Det er også minimale forskjeller mellom ulike landbakgrunn på disse testene. Dette er i samsvar med tidligere forskningsresultater på bildegjenkallingstester og på ECR, og tyder på at disse to testene er spesielt verdifulle for å vurdere hukommelse hos personer med varierende utdanningsnivå og kulturell bakgrunn.

RUDAS var den eneste deltesten som var helt upåvirket av landbakgrunn, noe som er enda et bevis for de gode tverrkulturelle egenskapene til dette screeningsinstrumentet.

Valideringsstudien av CNTB (11) tyder på at testbatteriet har god validitet for demensdiagnostikk, uansett forskjeller i utdanningsnivå og landbakgrunn.

Blant de ulike deltestene i CNTB er det bare RUDAS som tidligere er blitt undersøkt og validert i flerkulturelle populasjoner i ulike land.

Resultatene fra denne valideringen er i tråd med tidligere forskning, med god sensitivitet og spesifisitet for demensdiagnostikk.

Totalt sett framstår CNTB som et godt instrument for demensdiagnostikk. Når man analyserte de ulike deltestenes evne til å skille friske fra pasienter med demens, var hu-

kommelsestester, RUDAS og verbal flyt de testene som differensierte best. Bildebenevning og visuokonstruktive oppgaver var de som var dårligst til å påvise forskjeller. Dette stemmer overens med funn fra andre undersøkelser av korte nevropsykologiske testbatterier som RBANS og CERAD-batteriet.

CNTB kan dermed være et supplement til tilgjengelige nevropsykologiske metoder, og forbedre kvaliteten på demensdiagnostikk i minoritetsetniske pasientgrupper.

■ peterwetterberg@gmail.com

«... disse to testene er spesielt verdifulle for å vurdere hukommelse hos personer med varierende utdanningsnivå og kulturell bakgrunn.»

REFERANSER:

1. Nasjonal retningslinje for demens. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>. 2018
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.
3. Nielsen TR, et al. Dementia care for people from ethnic minorities: a Nordic perspective. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2015; 30: 217–218.
4. Nielsen TR, Vogel A, Phung TK, Gade A, Waldemar G. Over- and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: A nationwide register-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 26: 1128–1135.
5. Nielsen TR, Andersen BB, Kastrup M, Phung TK, Waldemar G. Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: A nationwide study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2011; 31: 388–396.
6. Manly JJ, Byrd DA, Touradji P, Stern Y. Acculturation, reading level, and neuropsychological test performance among African American elders. *Applied Neuropsychology* 2004; 11: 37–46.
7. Ardila A, Bertolucci PH, Braga LW, Castro-Caldas A, Judd T, et al. Illiteracy: The neuropsychology of cognition without reading. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2010; 25: 689–712.
8. Nielsen TR, Vogel A, Riepe MW, de Mendonca A, Rodriguez G, et al. Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: A European Alzheimer's disease consortium survey. *International Psychogeriatrics* 2011; 23: 86–95.
9. Mukadam N, Cooper C, Livingston G. Improving access to dementia services for people from minority ethnic groups. *Current Opinion in Psychiatry* 2013; 26: 409–414.
10. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, Bekkhus-Wetterberg P, Minthon L, et al. Performance of middle-aged and elderly European minority and majority populations on a Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB). *Clinical Neuropsychologist* 2018 Nov; 32(8): 1411–1430.
11. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, Beinhoff U, Minthon L et al. Validation of a European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) for evaluation of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2019 Jan; 34(1): 144–152.
12. Storey JE, Rowland JT, Basic D, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): A multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics* 2004; 16: 13–31.
13. Nielsen TR, Vogel A, Waldemar G. Comparison of performance on three neuropsychological tests in healthy Turkish immigrants and Danish elderly. *International Psychogeriatrics* 2012; 24: 1515–1521.
14. Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, Relin M, Brush M et al. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology* 1998; 55: 349–355.
15. Meyers J E, Meyers KR. Rey complex figure test and recognition trial: Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources 1995.
16. D'Elia LF, Satz P, Uchiyama CL, White T. Color trails test. Odessa, FL, PAR 1996.
17. Sedó MA. Five digit test: Manual. Madrid: TEA Ediciones 2007.
18. Shulman KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 15: 548–561.
19. Schmidtke K, Olbrich S. The clock reading test: Validation of an instrument for the diagnosis of dementia and disorders of visuo-spatial cognition. *International Psychogeriatrics* 2007; 19: 307–321.

Kognitiv aldring og demens ved schizofreni

Hovedbudskap

- Kognitiv svikt ved schizofreni er vanlig og er stabil gjennom livet hos de fleste med sykdommen.
- En liten andel opplever progredierende kognitiv svikt med økende alder og utvikler demens.
- Livstilsfaktorer er av betydning for demensutvikling og fokus på disse kan forhåpentligvis bidra til å redusere risiko for demens ved schizofreni

Introduksjon

Schizofreni ble først beskrevet av den tyske psykiateren Kraepelin, som omtalte lidelsen som Dementia Praecox (1). Han mente at kognitiv fungering ble forverret etter hvert som schizofrenilidelsen progredierte og, som navnet antyder, mente han at sykdommen førte til tidlig demens. Symptomene ved schizofreni kan deles inn i positive og negative symptomer. De positive symptomene er for eksempel vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser, mens eksempler på negative symptomer er at en person er følelsesmessig flat, likegyldig, gledsløs, mangler ansiktsmimikk og strever med konsentrasjonen. I tillegg er det vist at så mange som 75 prosent av de med schizofreni har redusert kognitiv funksjon på ett eller flere områder (2). Schizofreni er en sykdom som oftest rammer i ungdomstid eller tidlig i voksenlivet. Selv om sykdommen er relativt sjeldent forekommende får den store konsekvenser for den enkelte person og for samfunnet. Det er en hyppig årsak til at man faller ut av arbeid og får tidlig uføretrygd (3). Schizofreni er en sykdom som hos de fleste gir symptomer i perioder av livet. Til tross for at man har perioder med lettere eller ingen psykosesyntomer er det mange som syns det er vanskelig å arbeide. Den nedsatte evnen til å fungere i arbeidslivet skyldes til en viss grad kognitive vansker (4).

De siste tiårene har forskning avdekket at de kognitive vanskene er til stede allerede når sykdommen oppstår, og at de kan prege hverdagen i stor grad (5). Man har imidlertid hatt lite kunnskap om hvordan den kognitive fungeringen utvikler seg i et livsperspektiv og om det er økt risiko for å få demens ved schizofreni. I det følgende presenteres et subjektivt utvalg av studier som er gjort på dette området basert på relevans. For å begrense litteraturlisten omtales flere metaanalyser og oversiktsartikler.

Normal kognitiv aldring

Kognisjon er en samlebetegnelse som brukes om de mentale prosessene som inngår i tankevirksomheten vår. Kognitive funksjoner omfatter blant annet å tenke, huske, lære, gjenkalle, oppfatte og vurdere kunnskap eller informasjon om miljøet og å reagere på omgivelsene. Det er vanlig å bruke kartleggingsverktøy, som MMSE og klokketest i demensutredning ved alderspsykiatriske og geriatrike avdelinger for å vurdere om det finnes en kognitiv svikt, og om den progredierer over tid. Fagpersoner, som nevropsykologer, kan ved hjelp av samtale, observasjon og bruk av nevropsykologiske tester gjøre en bredere vurdering av kognitiv funksjon. Det er flere måter å kategorisere de ulike kognitive funksjonene på. Innenfor schizofreniforskning har man de siste årene forsøkt å samle seg om å bruke et testbatteri basert på konsensus fra MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) (6), som er utarbeidet i USA. Det MATRICS-baserte testbatteriet kartlegger syv utvalgte kognitive kategorier (Tekstboks 1). Man har også inkludert et område som kalles sosial kognisjon, som undersøker evnen til å forstå og tolke sosial informasjon, oppfatte og tolke andres emosjonelle uttrykk og forstå og reagere i henhold til sosiale normer.

For å finne ut om kognitiv fungering endrer seg over tid, for eksempel etter en periode med legemiddelbehandling eller ved aldring, er det nødvendig å undersøke samme person flere ganger. Testene som inngår i dette batteriet skal i mindre grad være sensitive for læringseffekt, slik at man kan undersøke samme person flere ganger uten at det påvirker resultatene, men retesting vil nok alltid være forbundet med en viss grad av læring.

Det er også utfordrende å måle rene alders effekter med tanke på at alderdommen er forbundet med sykdommer, som Alzheimers demens, Parkinsons, hypertensjon og diabetes, som kan påvirke hjernen og dermed kognitiv funksjon. Det er likevel gjort undersøkelser av selekterte og friske personer, som har vist at aldring er forbundet med visse forandringer.

SKREVET AV
Cecilie Bhandari
Hartberg,
Cand.med, Ph.d.
og spesialist i psykiatri

Overlege ved enhet
for psykosomatikk/
CL-voksen, Rikshospitalet,
Klinikk for psykisk helse
og avhengighet, OUS

Tekstboks 1.

Kognitive funksjoner (MATRICS) (6)

Prosesseringshastighet
 Oppmerksomhet
 Arbeidshukommelse
 Verbal læring
 Visuell læring
 Problemløsning
 Sosial kognisjon

Med unntak av prosesseringshastighet som synker gradvis gjennom hele voksenlivet, vil de fleste friske oppleve en stabilitet av kognitive funksjoner fram til 40–50 år alder, før det tilkommer en gradvis reduksjon. Kognitive funksjoner som involverer godt innøvede oppgaver eller er kunnskapsbaserte er oftest bevart til sent i livet. Et eksempel på dette er språkkunnskap og ordforråd. Det er verdt å nevne at sosial kognisjon og fokus på emosjonelle mentale aspekter vedvarer hos eldre (7).

Kognitiv utvikling og svikt ved schizofreni

På bakgrunn av Kraepelins beskrivelser av sykdomsprogresjon trodde man lenge at schizofreni var en rent nevrodegenerativ sykdom. De første studiene som benyttet billedundersøkelser av hjernen støttet også den teorien. I 1976 publiserte Eve Johnstone en CT-studie av 18 menn med schizofreni, som viste nedsatt global kognitiv fungering, samtidig med forstyrrede hulrom (hjerneventrikler), som tydet på reduksjon av hjernestruktur og -funksjon (8). At schizofreni gir en form for tidlig demens eller fører til tidlig eller akselerert aldring, kan også være en plausibel teori med tanke på andre forhold ved sykdommen. De som har schizofreni har større risiko for tidlig død på grunn av uheldig livsstil, diabetes, mellitus, kreft og kardiovaskulær sykdom, og man finner delte risikofaktorer mellom schizofreni og aldersrelaterte tilstander, som for eksempel høy alder hos far, lav fødselsvekt og spesifikke gener. Senere ble det publisert studier som hadde fulgt pasienter over lang tid (gjennomsnittlig 37 år), og som framstilte et mye mer nyansert bilde (9). En del personer klarte seg bra med hensyn til sosial funksjon til tross for vedvarende positive psykotiske symptomer, mens funksjonen til andre kunne forverres uten at tydelige symptomer var til stede. Kun en liten andel på åtte prosent ble diagnostisert med demensliknende tilstander (9). Det er dessuten ikke

funnet noen form for organisk sykdom eller skade i hjernen som er ensbetydende med schizofreni og som man kan finne ved andre nevrodegenerative sykdommer. Sykdommen er kategorisert som en ikke-organisk lidelse i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-V.

De siste tiårene har schizofreniforskningen dreid fokuset mot utviklingen av nervesystemet fra fødsel til sykdommen manifesterer seg i voksenlivet. På slutten av 80-tallet ble «nevrotviklingshypotesen» lansert (10) og i de påfølgende årene ble det publisert mange vitenskapelige studier som støtter at det foreligger en forstyrrelse i utviklingen tidlig i livet ved schizofreni. Blant annet er det vist at mange som får schizofreni har kognitive vansker allerede før de kommer til behandling første gang, noe som tyder på at den kognitive svikten oppstår før symptomene blir tydelige for en selv og andre (11). I årene etter sykdomsdebut er den kognitive fungeringen lavere enn hos friske, men relativt stabil (11).

Tilsvarende har man funnet stabil fungering over en femårsperiode blant personer med kronisk schizofreni i 40–50-årene (12). Siden personer med schizofreni ofte har en vedvarende kognitiv svikt er det av interesse om utviklingen følger den man ser hos friske eldre, som har en gradvis reduksjon i kognitiv fungering etter 50–60 års alder, eller om de opplever en raskere progresjon av kognitiv svikt. En meta-analyse av eldre personer (gjennomsnittlig 65 år gamle) sammenfattet resultatene fra 29 tverrsnittsstudier og 14 longitudinelle studier med oppfølgingstid mellom ett og seks år (13). Sammenfatningen konkluderte med betydelig og generell kognitiv reduksjon i denne gruppen, men konkluderte med at det ikke forelå signifikant kognitiv endring over tid. En annen oversiktsartikkel konkluderte imidlertid med at det var tegn til kognitiv reduksjon over tid. Blant de 20 studiene som var inkludert, var det tolv studier som antydte kognitiv reduksjon over tid, mens åtte studier fant ingen endring over tid (14). Forskjellene mellom studiene skyldes sannsynligvis forskjeller mellom deltakerne i studiene, for det er klare metodiske utfordringer når man skal undersøke personer som har levd med sykdom over tid. Flere forhold ved sykdomsforløpet, behandlingen og livsstilen kan påvirke den kognitive utviklingen.

Demensutvikling

Demens er en samlebetegnelse på kognitiv svikt og funksjonsendring som følge av organiske sykdommer eller skader. Alzheimers sykdom er den hyppigst årsaken til demens, men det finnes flere årsaker. Ulike metoder har blitt

benyttet for å undersøke forekomsten av demens ved schizofreni. Forskerne bak en nevropatologisk studie av 100 pasienter med schizofreni, undersøkte først kognitiv funksjon og konkluderte med at 72 prosent av pasientene hadde moderat til alvorlig kognitiv reduksjon. Pasientene ble senere obdusert og man fant at kun ni prosent oppfylte de nevropatologiske kriterier for Alzheimers sykdom. Det vil si at Alzheimers sykdom som hovedregel ikke var årsaken til den kognitive svikten som personene hadde (15). En dansk registerstudie fra 2003 undersøkte forekomsten av demensdiagnoser hos de som har schizofrenidiagnose fra tidligere. Av omkring 2,8 millioner mennesker var det 0,7 prosent som hadde diagnosen schizofreni. I diagnoseregistrene 18 år senere fant man dobbelt så ofte demenslidelse hos de med schizofrenidiagnose sammenliknet med friske. Det er verdt å merke seg at risikoøkningen var mest uttalt for de under 65 år og mindre dersom man korrigerer for rusbruk. Ifølge registerstudien var absolutt risiko for demensdiagnose 0,6 prosent for tidligere friske kontroll, mens den var 1,8 prosent for de med tidligere schizofrenidiagnose (16). Resultatene fra en nylig publisert meta-analyse som har vurdert resultatene fra seks studier, deriblant den danske registerstudien, er i tråd med de danske resultatene og viser en relativ risiko på 2,3 prosent for demensdiagnose ved schizofreni (17), men forfatterne av meta-analysen mente de enkelte studiene ga for lite informasjon om subgrupper til å avgjøre om hvilke typer demensrisikoen var økt for.

«Demens er en samlebetegnelse på kognitiv svikt og funksjonsendring som følge av organiske sykdommer eller skader.»

Utrede og diagnostisere demensutvikling

Å diagnostisere demens ved schizofreni byr på en rekke utfordringer. Det kan være vanskelig å skille mellom eksisterende og langvarig kognitiv svikt fra en nyoppstått demensutvikling. Dessuten kan negative symptomer og legemiddelbivirkninger bidra til ytterligere vansker, for eksempel ved at personen har redusert psykomotorisk tempo og dermed oppfattes å ha kognitiv dysfunksjon. En samtale med pasienten og en pårørende eller omsorgsperson bør ha fokus på omfanget av tidligere kognitiv svekkelse og funksjonsnivå. Dersom kognitiv fungering svinger med grad av psykotiske symptomer er demensutvikling mindre sannsynlig. Dersom den kognitive fungeringen blir gradvis redusert er demensutvikling mer sannsynlig. Videre bør man foreta en gjennomgang av hvilke antipsykotiske legemidler som benyttes, dosering og serumkonsentrasjon. Ved økt alder kan det være hensiktsmessig å redusere dose av legemidler på grunn av endring i farmakokinetiske forhold.

Ved bruk av strukturerte metoder bør man velge flere verktøy slik at man kartlegger et bredt spekter av kognitiv funksjon, blant annet eksekutiv fungering, og negative psykotiske symptomer. Noen anbefalte strukturerte intervjuer (18) med kommentarer finnes i tabell 1. Flere av intervjuene bør utføres og fortolkes i samarbeid med nevropsykolog.

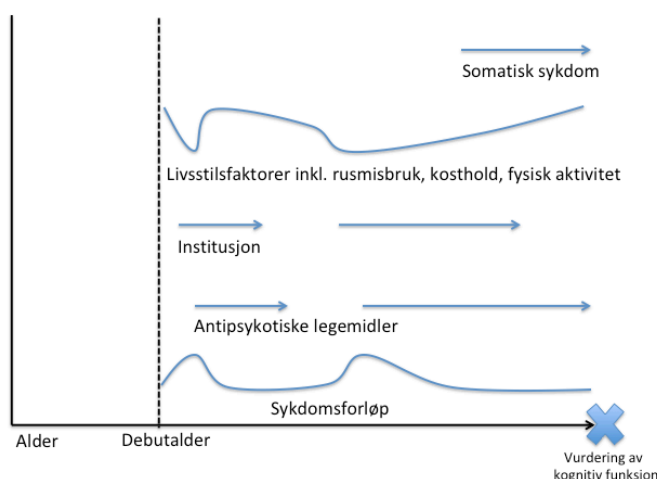
Som ved andre psykiske lidelser benyttes CT og MR caput for å utelukke hjerneorganisk årsak til kognitiv svikt, men strukturelle hjerneforandringer er ikke spesifikke for schizofreni, Alzheimers sykdom eller vaskulær demens og kan dermed ikke brukes til å stille demensdiagnose ved schizofreni. Ved schizofreni er forstørrede sideventrikler det vanligste funnet, mens ved demens er hjerneatrofi og småkarforandringer vanlige funn. De omtalte hjerneforandringene kan også forekomme hos friske, eldre mennesker.

Diagnosen stilles på bakgrunn av kriteriene for demens dersom det foreligger en endring i kognitiv funksjon og dagliglivs funksjon og man ikke finner annen årsak til endring. Dersom man har resultater fra tidligere utført kognitiv utredning og billedundersøkelser, er de svært nyttige i en pågående utredning slik at man vurderer om det har forekommet en progresjon. Alternativt kan man avtale at pasienten gjennomfører en ny undersøkelse etter ett år, for å avdekke om det foreligger en progredierende tilstand.

Tabell 1. Oversikt over strukturerte intervjuer som kan benyttes ved utredning av demens ved schizofreni.

MMSE	Screeningverktøy ved demensutvikling. Ofte ikke tilstrekkelig som verktøy for å avdekke demens ved en kompleks lidelse som schizofreni
ADAS-Cog og Addenbrookes cognitive examination	Har blitt benyttet i studie for å kartlegge demensutvikling hos eldre med schizofreni med tilfredsstillende resultater (19).
MATRICES test	Utviklet for utredning av kognitiv funksjon ved schizofreni, kartlegger syv kognitive domener.
CERAD test	Nyttig ved mistanke om Alzheimers demens, men fungerer muligens dårlig som verktøy hos de som har lav funksjon.
PANSS	Nyttig for å kartlegge grad av negative symptomer ved schizofreni

Forkortelser: MMSE, Mini Mental State Evaluation, ADAS-L Cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale- Late version Cognitive subscale, MATRICES, Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia, CERAD, Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease Neuropsychological Battery, PANSS, Positive and Negative Symptom Scale in Schizophrenia



Figur 1.

Behandling av kognitiv svikt eller demens

Schizofreni behandles med antipsykotiske legemidler, noe som kan forbedre kognitiv funksjon dersom den kognitive svikten er forbundet med psykotiske symptomer. Legemidlene har liten eller ingen effekt på kognitiv svikt som er uavhengig av symptomene, det vil si som er til stede i symptomfrie faser (20). Det er gjort en rekke studier for å undersøke effekten av målrettet kognitiv trening. Treningen består av vitenskapelige prinsipper for læring for å øke kognitive prestasjoner på de områdene som svikter, for eksempel oppmerksomhet, hukommelse, eksekutiv og sosial funksjon. Helst bør treningen utføres i den sammenhengen personen har bruk for den, for eksempel på skole eller i arbeid. Kognitiv trening har vist seg å ha en liten, men varig effekt på hukommelse og oppmerksomhet ved schizofreni (21).

Det finnes ingen retningslinjer for behandling av nyoppstått demens ved schizofreni. Man har nokså god dokumentasjon på at man skal være varsom med bruk av antipsykotiske legemidler for å behandle psykose som tilleggssymptomer ved demens på grunn av økt risiko for hjerneslag og ekstrapyramidale symptomer (22), men det er usikkert om denne risikoen er økt hos personer som har schizofreni fra tidligere eller om bruk av demenslegemidler kan forbedre kognitiv funksjon. Det er ingen kunnskapsoppsummering på dette feltet, men det finnes noen enkeltstudier som har vist lovende resultater. Det mangler studier som undersøker langtidseffekten av å legge til demenslegemidler. De få studiene som er utført antyder at acetylkolinesterasehemmere i kombinasjon med antipsykotiske legemidler kan ha en positiv effekt på negative symptomer, depresjon og kognisjon (23).

«Da andregenerasjons antipsykotika ble lansert var det knyttet forventninger til at de kunne virke positivt på kognisjon ...»

Diskusjon

For den andelen som opplever progresjon av kognitiv svikt eller får en demenslidelse er det vanskelig å vurdere om det er schizofrenilidelsen i seg selv som progredierer eller om det er andre forhold som påvirker, for eksempel alder ved debut av sykdom, sykdomsforløp, legemiddelbehandling, institusjonsopphold, livsstilsfaktorer og somatisk sykdom (Figur 1).

En studie fra 1994 undersøkte om alder ved debut av sykdom hadde effekt på kognitiv svikt. Kognitiv funksjon hos en gruppe med unge schizofrenipasienter ble sammenliknet med eldre pasienter. De eldre pasientene ble igjen delt inn i to grupper med henholdsvis tidlig og sen debut etter 45 års alder. De konkluderte med at kognitiv svekkelse ved schizofreni ikke er knyttet til nåværende alder, debutalder eller varighet av sykdom (24). Oversiktsartikkelen av Shah et al (14), fant heller ingen forskjell mellom de som ble syke i ung alder og de som ble syke sent.

Når det gjelder om alvorlighetsgrad av symptomer og sykdomsforløp påvirker kognitiv utvikling, ble dette undersøkt i en finsk studie. De finske forskerne har fulgt en kohort av pasienter over mange år. Deres undersøkelser konkluderte med at symptomgrad ikke var forbundet med påfølgende kognitiv reduksjon, men at utdanning og skoleprestasjoner spilte en betydelig rolle for kognitiv funksjon senere i livet (25).

Flere av de studiene som har funnet holdpunkter for progresjon av kognitiv svikt hos eldre personer, har inkludert mennesker som har bodd eller oppholdt seg på institusjon i lange perioder (26, 27). Personene kan ha blitt påvirket av oppholdet og blitt lite stimulert. Det motsatte er også mulig. At personer som har progredierende sykdom i større grad har behov for lange institusjonsopphold enn andre (28).

Da andregenerasjons antipsykotika ble lansert var det knyttet forventninger til at de kunne virke positivt på kognisjon, men selv om kognitiv fungering kan forbedres noe på grunn av symptomlette etter oppstart, er det vanligvis beskjedne forbedringer ved langvarig behandling (20, 29). Det er dessuten lite evidens for at langsiktig behandling med antipsykotisk legemiddel kan forhindre utviklingen av demens ved schizofreni.

Høyere forekomst av rusmisbruk, dårlig kosthold, somatisk sykdom og lite fysisk aktivitet blant personer med schizofreni gjør denne pasientgruppen mer utsatt for kognitiv svikt og demensutvikling. Samlet sett synes det som institusjonsopphold og livsstil har mer betyd-

ning for den kognitive utviklingen enn sykdomsforløp og medikamentell behandling, og bør tas med i betraktning når man fortolker forskningen om utvikling av kognitiv funksjon ved schizofreni. Det er lite som tyder på at det å ha sykdommen schizofreni i seg selv automatisk fører til progresjon av kognitiv svikt når man blir eldre, men en viss andel kan, på grunn av livsstil eller genetiske faktorer, være mer utsatt for en negativ utvikling.

Utredningen av demens ved schizofreni kan være utfordrende hvis man ikke kjenner til tidligere kognitiv funksjon og utvikling. En eksisterende svikt kan ha vært langvarig og kan feilaktig bedømmes til å være tegn på demensutvikling. Samtidig kan man overse behovet for utredningen ved mulig sykdomsprogresjon hos de som har en kjent svikt fra tidligere eller har lav funksjon. Som helsepersonell kan man risikere både å over- og underdiagnostisere demens ved schizofreni.

Det er uansett viktig å ha fokus på kognitiv svikt og mulig progresjon. Ikke alle har kognitiv svikt, men det er likevel så vanlig forekommende ved schizofreni at man som helsepersonell bør ta det med i betraktning når man planlegger utredning, behandling og rehabilitering. Kognitive vansker kan ha betydning for i hvilken grad man benytter seg av helsetjenester og for behandlingsforløpet. Helt siden sykdommen ble beskrevet første gang har man visst at kognitive vansker er en del av sykdomsbildet, men det er først de senere årene man har kartlagt hvor tidlig plagene er til stede og hvilke

konsekvenser de får. Forebyggende tiltak som vekt- og blodtrykkskontroll, fokus på blod-sukkerstigning, fysisk trening, motivasjon for røykeslutt og behandling av rusmisbruk kan forhåpentligvis redusere risiko for å utvikle demens.

Konklusjon

Sammenfattet kan man si at kognitiv svikt er vanlig ved schizofreni allerede ved sykdomsdebut. Det er fortsatt stor usikkerhet knyttet til om den kognitive svikten progredierer, men det kan se ut til at en liten andel opplever tidlig kognitiv reduksjon, som ved demens. Risikoen for å få demensdiagnose ved schizofreni er doblet sammenliknet med øvrig befolkning. Hos helsepersonell er det viktig å være oppmerksom på mulig progresjon og demensutvikling, slik at man kan gi tilpasset omsorg til de som rammes.

■ c.b.hartberg@medisin.uio.no

REFERANSER:

- Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. New York: Robert E. Krieger Publishing Co; 1917 1917.
- Palmer BW, Dawes SE, Heaton RK. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychol Rev*. 2009;19(3):365-84.
- Evensen S, Wisloff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophr Bull*. 2016;42(2):476-83.
- Lystad JU, Falkum E, Haaland VO, Bull H, Evensen S, Bell MD, et al. Neurocognition and occupational functioning in schizophrenia spectrum disorders: The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) and workplace assessments. *Schizophr Res*. 2016;170(1):143-9.
- Meshulam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*. 2009;23(3):315-36.
- Nuechterlein KH, Green MF, Kern RS, Baade LE, Barch DM, Cohen JD, et al. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry*. 2008;165(2):203-13.
- Hedden T, Gabrieli JD. Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2004;5(2):87-96.
- Johnstone EC, Crow TJ, Frith CD, Husband J, Kreel L. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*. 1976;2(7992):924-6.
- Ciampi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull*. 1980;6(4):606-18.
- Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *BrMedJ(ClinResEd)*. 1987;295(6600):681-2.
- Bora E, Murray RM. Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? *Schizophr Bull*. 2014;40(4):744-55.
- Ekerholm M, Firsu Waltersson S, Fagerberg T, Soderman E, Terenius L, Agartz I, et al. Neurocognitive function in long-term treated schizophrenia: a five-year follow-up study. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):144-52.
- Irani F, Kalkstein S, Moberg EA, Moberg PJ. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophr Bull*. 2011;37(6):1318-26.
- Shah JN, Qureshi SU, Jawaid A, Schulz PE. Is there evidence for late cognitive decline in chronic schizophrenia? *Psychiatr Q*. 2012;83(2):127-44.
- Purohit DP, Perl DP, Haroutunian V, Powchik P, Davidson M, Davis KL. Alzheimer disease and related neurodegenerative diseases in elderly patients with schizophrenia: a postmortem neuropathologic study of 100 cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(3):205-11.
- Ribe AR, Laursen TM, Charles M, Katon W, Fenger-Gron M, Davydow D, et al. Long-term Risk of Dementia in Persons With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(11):1095-101.
- Cai L, Huang J. Schizophrenia and risk of dementia: a meta-analysis study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:2047-55.
- Radhakrishnan R BR, Head L. Dementia in Schizophrenia. *Advances in psychiatric treatment*. 2012;18:144-53.
- Bowie CR, Harvey PD, Moriarty PJ, Parrella M, White L, Mohs RC, et al. Cognitive assessment of geriatric schizophrenic patients with severe impairment. *Arch Clin Neuropsychol*. 2002;17(7):611-23.
- Nielsen RE, Levander S, Kjaersdam Telleus G, Jensen SO, Ostergaard Christensen T, Leucht S. Second-generation antipsychotic effect on cognition in patients with schizophrenia--a meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(3):185-96.
- Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*. 2011;168(5):472-85.
- Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):CD003476.
- Singh J, Kour K, Jayaram MB. Acetylcholinesterase inhibitors for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:CD007967.
- Heaton R, Paulsen JS, McAdams LA, Kuck J, Zisook S, Braff D, et al. Neuropsychological deficits in schizophrenics. Relationship to age, chronicity, and dementia. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51(6):469-76.
- Rannikko I, Murray GK, Juola P, Salo H, Haapea M, Miettinen J, et al. Poor premorbid school performance, but not severity of illness, predicts cognitive decline in schizophrenia in midlife. *Schizophr Res Cogn*. 2015;2(3):120-6.
- Harvey PD, Silverman JM, Mohs RC, Parrella M, White L, Powchik P, et al. Cognitive decline in late-life schizophrenia: a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients. *Biol Psychiatry*. 1999;45(1):32-40.
- Friedman JI, Harvey PD, Coleman T, Moriarty PJ, Bowie C, Parrella M, et al. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1441-8.
- Harvey PD, Reichenberg A, Bowie CR. Cognition and aging in psychopathology: focus on schizophrenia and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2006;2:389-409.
- Keefe RS. The longitudinal course of cognitive impairment in schizophrenia: an examination of data from premorbid through posttreatment phases of illness. *J Clin Psychiatry*. 2014;75 Suppl 2:8-13.

SOMMERLEIR 2019



For barn som har en mamma eller pappa med demens

Sommerleiren er for barn under 18 år fra hele landet som har en mamma eller pappa med demens, der den friske forelderen eller annen voksen ressursperson også deltar. Målet med sommerleiren er at deltakerne treffer andre som er i samme situasjon, får kunnskap om demens og har det gøy med ulike aktiviteter. Alle utgifter til reise og opphold vil bli dekket gjennom en tilskuddsordning.

Påmeldingsfrist 1. juni.

For mer informasjon se www.hvemsermeg.no
eller kontakt sommerleir@aldringoghelse.no



**Færder Leirsted,
Østre Bolærne i Vestfold
4.-7. juli**

**Start torsdag ettermiddag og
avslutning søndag etter lunsj**

Helgekurs for unge i alderen 18-30 år

**Tid til å være ung?
– når mor eller far
har demens**

Tid til å være ung? er for deg som er mellom 18 og 30 år, og har en mor eller far med demens. Kurset samler unge fra hele landet og har som mål at deltagerne kan få økt kunnskap om demens, snakke med fagpersoner, delta på felles aktiviteter og dele erfaringer med andre i samme situasjon. Kurset starter fredag kveld og avsluttes med lunsj søndag. Alle utgifter til reise og opphold blir dekket gjennom en tilskuddsordning.

Påmelding: <https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/skjema2019.pdf>

For mer informasjon se www.tidtilaevareung.no
eller kontakt helgekurs@aldringoghelse.no



**Selbu i Trøndelag
13.-15. september 2019**

**Kursene starter fredag kveld
og avsluttes med lunsj søndag.**

Kursholder i TID med kompetanse til å tilby opplæring ▶ 11.-12. september 2019



TID

**Tverrfaglig Intervensjonsmodell for
utfordrende atferd ved Demens**

Clarion Hotel & Congress, Oslo Airport – **Gardermoen**

Mål: Lære TID-modellen og å holde TID basiskurs

TID er spesielt utviklet for å utrede, tolke og behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens og andre komplekse lidelser.

Målgruppe: Sykepleiere, leger og annet helsepersonell med høyskole/universitetsutdanning som arbeider i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Kurset er særskilt aktuelt for personell som har undervisning eller fagutvikling som del av sine arbeidsoppgaver.

Ansvarlig: Forskningscenteret for Aldresrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet.

Påmeldingsfrist: 29. august 2019

For nærmere informasjon og påmelding:
www.tidmodell.no



Sykehuset Innlandet HF





Kurs og konferanser 2019

10.–11. september

Hukommelsesteam-konferansen

Clarion Hotel The Hub, Oslo
Påmeldingsfrist 20.06.2019

13. november

Temakonferanse om aldring og utviklingshemning

Oslo Kongressenter, Oslo
Påmeldingsfrist 30.09.2019

3.–4. desember

Demensdagene 2019

Clarion Hotel The Hub, Oslo
Påmelding åpnes etter sommerferien

KURSPERIODE	TEMA	STED
SEPTEMBER		
10.-11. sept.	Hukommelsesteam konferanse	Oslo
17.-18. sept.	VPM kursholderkurs	Oslo
26. sept.	Gratis seminar. Tema: Yngre personer med demens	Oslo
OKTOBER		
15. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Oslo
24.-25. okt.	Den 7. norske kongress i aldersforskning	Fornebu
29. okt.	Velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt	Oslo
30. okt.	Livet er bedre med aktivitet. Aktiv hverdag for personer med demens som bor hjemme eller på sykehjem	Oslo
NOVEMBER		
5.-6. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
13. nov.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning Miljøarbeid og tilrettelegging i eldre år	Oslo
DESEMBER		
3.-4. des.	Demensdagene 2019	Oslo
5. des	Erfaringssamling. Brukere av Vips praksismodell	Oslo

Velkommen til våre kurs og konferanser!

For ytterligere informasjon se
www.aldringoghelse.no/kurs



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

Her legges kursinvitasjoner med program ut fortløpende og det er mulighet for direkte nettpåmelding.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse Sentralbord: 33 34 19 50 E-post: post@aldringoghelse.no www.aldringoghelse.no



Den sjuende norske kongress i aldersforskning

Aktive eldre og aktiv aldring

24. – 25. oktober 2019 – Quality Hotel Expo, Fornebu

Hensikten er å bygge bro mellom personer og fagmiljøer som arbeider med forskning og utviklingsarbeid om aldring og eldre. Det samlede temaet er «Aktiv aldring».

For mer informasjon: www.fhi.no/aktivaldring



Norsk selskap for
ALDERSFORSKNING



Skriv for Tidsskriftet aldring og helse

Tidsskriftet aldring og helse publiserer artikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Vi mottar og vurderer fagartikler, kommentarer, kronikker og debattinnlegg. For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk.

Retningslinjer for fagartikler

Fagartikler i Tidsskriftet aldring og helse skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis, for eksempel noe forfatter(ne) har fordypet seg i under videreutdanning, eller i forbindelse med et prosjekt. En fagartikkel formidler perspektiver, forståelse, erfaring og ny kunnskap. Artiklene kan være friere i formen enn vitenskapelige artikler.

Fagartikler kan bygges opp slik:

Inngress/innledning som presenterer hovedbudskapet i artikkelen (25-35 ord med uthevet font).

Bakgrunn	Resultater
Mål	Drøfting
Metode	Implikasjoner for praksis
Analyse	Konklusjon

Faglig vurdering

Innsendte artikler vurderes av minst to medlemmer i redaksjonskomiteen. Redaksjonen forbeholder seg retten til å avslå artikler som ikke møter kriteriene for å bli godkjent som fagartikkel. I noen tilfeller kan forfatteren bli bedt om å endre/redigere og forkorte manuskriptet.

Kommentarartikler, debattartikler og kronikker

Tidsskriftet vil være et forum for refleksjon og debatt om aktuelle temaer fra våre fagområder. Kommentarer, kronikker og debattartikler bør ikke overskride 2000 ord.

Oppsett

Manuset skal være i 12 pkt Times New Roman og med dobbel linjeavstand. Max antall ord er 2800 (15 000 tegn med mellomrom), uten referanser og tittelside/forfattere. Det bør ikke være flere enn 20 referanser.

Tittelside skal inneholde tittelen på artikkelen og navn, tittel og arbeidssted på forfatterne. Oppgi kontaktperson for artikkelen og dennes e-postadresse.

Send artikkelen til tidsskriftets redaktør Bente Wallander, med e-postadresse bente.wallander@aldringoghelse.no, eller ta kontakt på telefon +47 922 962 51.

NB!

Avslutter vitenskapelig publisering

Fra og med 10. mars 2019 avsluttet Tidsskriftet aldring og helse sitt mottak av nye vitenskapelige artikler.

Godkjente artikler som ble mottatt før fristen eller er i prosess, publiseres i løpet av 2019.

Referanser

Litteraturhenvisningene i Tidsskriftet aldring og helse følger i hovedsak såkalt «Vancouver style». Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. For fullstendig forfatterveiledning, se www.tidsskriftetaldringoghelse.no

Eksempler på oppsett av referanser:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold Ø, Sandvik L. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

Rugås L, Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003 (6): 34-37.

Supplement til tidsskrift:

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8): 20-23.

Bok:

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Kapittel i bok med flere forfattere:

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

Rapporter:

Rykkje L, Gjellestad Å et al. Munn- og tannstell på sykehjem. Vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 2003.

Offentlige publikasjoner:

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp.nr 40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm. Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr. 40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Avhandling:

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

Artikler fra internett. (I tillegg til forfatter og artikkel må nettadresse og dato for nedlasting angis):

Anonym. Alois Alzheimer. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html> (13.05.2006)

REDAKTØR

Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 922 96 251
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR

Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, *cand.med., postdoktorstipendiat, vit. red.*

Cathrine Arntzen, *ergoterapispes. i eldres helse, ph.d.*

Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. vit. red.*

Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*

Kontakt vitenskapelig redaksjon:

fagredaktor@aldringoghelse.no

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Ole Kristian Grønli, *ph.d/overlege, Alderspsykiatrisk seksjon – Unn Tromsø, 1. amanuensis UiT Norges Arktiske Universitet*

Torhild Holthe, *ergoterapispesialist, stipendiat Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Ellen Melbye Langballe, *ph.d., samfunnsviter, fagsjef for områdene funksjonshemming og utviklingshemning, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Harald A. Nygaard, *prof. emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

Claudia Rodriguez-Aranda, *førsteamanuensis Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø*

Marit Tveito, *ph.d., seksjonsoverlege Diakonhjemmet Sykehus, Alderspsykiatrisk avd.*

Allan Øvereng, *sykepleier, prosjektleder, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

www.tidsskriftetaldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET

aldring og helse

Tegn
abonnement

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr
420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 922 96 251 eller 33 34 19 50

Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Vi arbeider etter
Vær Varsom-plakatens regler
for god presseskikk.

presse.no

Den som mener seg rammet av urettmessig publisering, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
0158 Oslo
Tlf: 22405040
E-post: pfu@presse.no

Psyk-IT



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Psyk-IT er en foredragsserie som hver måned tar for seg et nytt emne. Lenke til foredraget sendes ut til påmeldte på e-post. Hvert foredrag varer cirka 20 minutter, og det blir et nytt tema hver gang. Deltakelse i Psyk-IT er gratis.

20. aug. Mat og ernæring til eldre

17. sept. Bedre behandling av generalisert angst – innovasjon og utvikling for aldrende pasienter

10. des. Angst hos sykehjemspasienter med demens

Benedicte Bøhn, ernæringsrådgiver, Aldring og helse

Anders Hovland, psykologspesialist og forskningssjef ved Solli DPS og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Alka Goyal, universitetslektor, OsloMet

På www.psykit.no finner du informasjon om påmelding, program og tidligere publiserte videoforedrag.

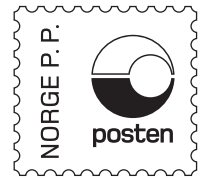


Foto: Martin Lundsvoll

Helt til slutt

Landskonferansen i alderspsykiatri 2019 gikk nylig av stabelen i Kristiansand. Her ble de 260 deltakerne tilbudt et variert faglig program. Blant foredragsholderne var professor i sexologi, Esben Esther Pirelli Benestad fra Universitetet i Agder og Grimstad MPAT-institutt, som under tittelen «Hvordan ta vare på seksualitet i alderdommen?» delte med seg av sine kunnskaper om temaet. - Først og fremst skjer det ikke så mye med seksualiteten. Vi forblir seksuelle hele livet. Hvis du tenner på blomstervaser når du er 30 gjør du det også når du er 80. Grunnleggende er det likt, men kanskje litt mindre påtrengende. Man vil kanskje ikke ha like hyppige erotiske møter, men med desto lenger varighet og mere intimitet og ømhet, sa hen og delte med seg noen visdomsord fra Jeanne Boreau:

«Age does not protect you from love.
But love, to some extent, protects you from age.»

www.aldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG