

Den første norske kongressen i geriatri

ALDRING OG HELSE

Gamle Logen, Oslo, 25. og 26. april 2005



Program

Sammendrag av frie foredrag

Kongressprogram

Mandag 25. april

08.30 – 09.10 **Ankomst og registrering. Kaffe**

Kongressåpning

Møteleder: *Professor Torgeir Buun Wyller*

09.10 – 09.50 **Åpning av kongressen**

Statssekretær Jan Otto Risebrobakken

Leder i Statens seniorråd Astrid Nøklebye Heiberg

*Musikk ved **Hot Club de Norvége***

Sesjon 1

Møteleder:

Delirium

Avdelingsoverlege Anette Høyen Ranboff

09.50 – 10.35

State of the art: Treatment of the old patient with delirium

Professor Kaisu Pitkälä, Helsinki University Hospital, Finland

10.35 – 10.55

Patogenesen ved delirium - er det noe nytt?

Stipendiat, lege Vibeke Juliebø, Geriatriisk avdeling,

Ullevål universitetssykehus

10.55 – 11.20

Pause med frukt

Sesjon 2

Møteleder:

Demens

Professor Knut Engedal

11.20 – 12.00

Demens med Lewy-legemer, en oppdatering

Professor Dag Årsland, Sentralsjukehuset i Rogaland/

Universitetet i Bergen

12.00 – 12.20

**Pårørende til pasienter med aldersdemens
– hvordan ivareta en forsømt gruppe bedre?**

Overlege Sigurd Sparr, Geriatriisk avdeling,

Universitetssykehuset i Nord-Norge og leder av Demensforbundet

12.20 – 13.35

Lunch

Sesjon 3

Møteleder:

Polyfarmasi

Seksjonsoverlege Morten Mowé

13.35 – 14.25

Debatt: Legemidler i den gamle hjerne – til skade eller gagn?

Overlege dr.med. Torgeir Engstad, Geriatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge og professor dr.med. Knut Engedal, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus

14.25 – 14.45

Strategier ved polyfarmasi i sykehjem

Dr.med. Sabine Ruths, Seksjon for geriatri, Universitetet i Bergen

14.45 – 15.05

Strategier ved polyfarmasi i sykehus

Professor Torgeir Bruun Wyller, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus

15.05 – 15.30

Pause med kaffe

15.30 – 16.30

Frie foredrag

Møteleder:

Professor Olav Sletvold

16.30 – 18.00

Jeg synger - altså er jeg

Professor Jon Roar Bjørkvold, Universitetet i Oslo

18.00

Slutt for dagen

19.30

Mottakelse i Oslo Rådhus

Tirsdag 26. april

08.45 – 09.00

Ankomst og kaffe

09.00 – 09.20

Musikk ved **Odeon Jazz Quartet**

Sesjon 4

Møteleder:

Fall

Professor Torgeir Bruun Wyller

09.20 – 10.00

Den gamle pasienten med gjentatte fall – patofysiologi og utredning

Professor Olav Sletvold, Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital/NTNU

10.00 – 10.20

Fysioterapeutens utredning og intervensjon ved gjentatte fall

Fysioterapeut dr.philos. Jorunn Helbostad, Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital

10.20 – 10.40

«Hip units» på norsk

Overlege Thomas Svendsen, Medisinsk avdeling, Diakonhjemmets sykehus

10.40 – 11.10

Pause med frukt

Sesjon 5

Møteleder:

Geriatriske helsetjenester

Avdelingsoverlege Anette Høyen Ranhoff

11.10 - 11.55

Care for patients with chronic severe brain damage

Professor Hannes B. Stäbelin, Basel

11.55 - 12.15

Hvordan organisere sykehjemmet til brukernes beste?

Stipendiat, lege Helge Garåsen, NTNU

12.15 - 12.35

Praktisk omsorg for døende pasienter i sykehjem

Stipendiat/overlege Bettina Husebø, Bergen Røde Kors Sykehjem/
Universitetet i Bergen

12.35 - 13.50

Lunch

Sesjon 5 fortsetter

Møteleder:

Professor Olav Sletvold

13.50 – 14.35

Geriatri i samfunnsperspektiv

Overlege Wenche Frogn Sellæg, Sykehuset Namsos

14.35 – 14.55

Hvordan organisere indremedisinske avdelinger slik at de gamle pasientenes behov ivaretas?

Klinikkssjef Pål Friis, Medisinsk klinikk, Sørlandet Sykehus

14.55 – 15.15

Hvis jeg fikk bestemme – hvordan skulle geriatrien i Norge organiseres?

Seksjonsoverlege Morten Mowé, Avdeling for rehabilitering og geriatri, Aker universitetssykehus, leder i Norsk geriatrisk forening

15.15 – 15.45

Hva gjør Norges største sykehus og Norges største kommune for å møte kravene til behandling fra morgendagens eldre?

Kommunaldirektør Bjørg Månnum Anderssson, Oslo kommune og prosjektleder Vidar Kårikstad, Ullevål universitetssykehus

15.45 - 16.10

Pause med kaffe

16.10 – 17.55

Frie foredrag

Møteleder:

Professor Knut Engedal

17.55 – 18.00

Avslutning

Sammendrag av frie foredrag

Foredrag nr. 1 – 5 vil bli holdt mandag 25. april kl. 15.30 – 16.30

Foredrag nr. 6 – 14 vil bli holdt tirsdag 26. april kl. 16.10 – 17.55

1 **Verktøy for vurdering av smerte hos eldre med avansert demens**

Karen Bjørø, RN, PhD (cand.)¹, Keela Herr, RN, PhD, FAAN², Sheila Decker, RN, PhD³

Bakgrunn: Omlag 80 prosent av eldre sykehjemsbeboere har smerte og over 50 prosent har betydelig kognitiv svikt, som nødvendiggjør smertevurdering baserte på adferdsobservasjon. Hensikten med denne studien var å foreta en systematisk granskning av eksisterende smertevurderingsverktøy utviklet for eldre med avansert demens basert på observasjon av adferdsindikatorer.

Materiale og metode: Smertevurderingsverktøy ble identifisert gjennom omfattende bibliografiske databasesøk og evaluert på basis av fem kriterieområder: definisjonsmessig validitet, subjekter/setting, administrasjon/skåringprosedyre, reliabilitet og validitet, og skåret på en 4-punkts skala (3=sterk evidens, 0=evidens mangler). Hvert smerteverktøy ble uavhengig vurdert av de tre forfatterne, deretter ble vurderingene drøftet, konsensus oppnådd og en endelig skår satt (0-15 oppnåelig poeng).

Resultater og fortolkning: Ti smertevurderingsverktøy ble gransket. Evalueringsskårene varierte fra 3 til 12 poeng (modus= 8). Resultatene av granskningen viste at flere av verktøyene har potensiale. Eksisterende verktøy er imidlertid fortsatt i et tidlig utviklingsstadium med begrenset psykometrisk testing. Det er idag ingen standardisert verktøy basert på nonverbale adferdsindikatorer tilgjengelig på engelsk som kan anbefales for bred anvendelse i klinisk praksis.

I Norge er det økende interesse for smertevurderingsverktøy for nonverbale eldre med demens. Minst to av verktøyene i denne systematiske granskning er oversatt til norsk og flere kan komme til. Resultatene av denne granskningen kan gi forskere og klinikere i Norge veiledning ved valg av verktøy. Granskningen kan også gi veiledning ved eventuell utvikling av eget norsk smertevurderingsverktøy.

1. Karen Bjørø, RN, PhD (cand.). Ansatt ved Seksjon for Sykepleieforskning, Ullevål universitetssykehus Doktorgradsstudent ved University of Iowa. karen-bjoro@uiowa.edu
2. Keela Herr, RN, PhD, FAAN. Professor and Chair, Adult & Gerontological Nursing. The University of Iowa, College of Nursing. keela-herr@uiowa.edu
3. Sheila Decker, APRN-BC, PhD. The University of Texas Health Science Center at Houston School of Nursing

2 Observasjonsbasert smerteevaluering hos pasienter med kognitiv svikt. Utprøving av en norsk versjon av DOLOPLUS 2

Ingvild Saltvedt^{1,2}, Jacob Hølen³, Bjørn Hval⁴, Jon Håvard Loge⁵, Peter Fayers^{3,6} og Stein Kaasa^{3,7}.

1. Seksjon for geriatri, Medisinsk avdeling, St. Olavs hospital, Trondheim.
ingvild.saltvedt@ntnu.no
2. Institutt for nevromedisin, Medisinsk fakultet, Norges Teknisk Vitenskapelige Universitet (NTNU), Trondheim
3. Forskningsgruppe: Smerte og palliasjon, Institutt for kreftforskning og molekylærbiologi, Medisinsk fakultet, NTNU, Trondheim
4. Smerteseksjonen, Anestesiavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim
5. Avdeling for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, Oslo
6. Department of Public Health, Aberdeen Medical School, Aberdeen, U.K.
7. Seksjon lindrende behandling, Kreftavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn: Kombinasjon av kognitiv svikt og smerter er vanlig hos institusjonaliserte eldre pasienter. Adekvat smertemåling er en forutsetning for optimal smertebehandling. Standard for smertemåling er selvrapportering, men dette kan være vanskelig hos pasienter med kognitiv svikt, der observasjonsbaserte metoder kan være et alternativ. Internasjonalt fins flere måleinstrumenter for dette bl.a. det franske DOLOPLUS-2 som er i klinisk bruk i flere land. Dette baserer seg på observasjon av 10 adferdstyper som kan indikere smerte. Hensikten med denne studien var å oversette DOLOPLUS-2 til norsk, deretter å validere den norske oversettelsen.

Materiale og metode: DOLOPLUS-2 ble oversatt fra fransk til norsk etter internasjonale retningslinjer og ble deretter testet ut på følgende måte: 1. Pilotstudie der DOLOPLUS-2 registreringer ble foretatt hos 59 sykehjemspasienter med demens. Uavhengig av dette ble pasientene klinisk evaluert med tanke på smerter. De to evalueringene ble sammenlignet ved hjelp av regresjonsanalyser. 2. De som hadde brukt DOLOPLUS-2 gjennomgikk en strukturert debriefing for å kartlegge hvordan skjemaet var i bruk. 3. Inter-rater reliabilitet ble vurdert ved at to pleiere uavhengig av hverandre scoret 15 pasienter med DOLOPLUS-2.

Resultater 1: I regresjonsanalyser samsvarte DOLOPLUS-2 tilfredsstillende med klinisk vurdering ($R^2 = 0.62$). Observasjon av ansiktsuttrykk forklarte over 50 prosent av smertene, mens observasjon av psykososial adferd var lite spesifikt. 2. Konklusjon av debriefing var at skjemaet var lett å bruke og ga nyttig tilleggsinformasjon. 3. Preliminære resultater tyder på tilfredsstillende inter-rater reliabilitet.

Fortolkning: DOLOPLUS-2 kan med visse forbehold anbefales for smerteevaluering hos pasienter med kognitiv svikt, men observasjon av psykososial adferd var problematisk da denne kan tilskrives både smerter og kognitiv svikt.

3 **Har psykososial intervensjon rettet mot familieomsorgsgivere effekt på APSD?**

Ingun Ulstein, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo. ingun.ulstein@nordemens.no

Bakgrunn og metode: "Demens i familien" er en randomisert, kontrollert, multi-senterstudie der målsetningen har vært å undersøke effekten av en psykososial intervensjon rettet mot pårørende til pasienter med demens. Pårørende i intervensjonsgruppen fikk undervisning om demens og deltok i gruppesamtaler der de fikk opplæring i hensiktsmessig kommunikasjon og mestringsstrategier ved hjelp av strukturert problemløsning. Pasientene og pårørende i kontrollgruppen fikk vanlig poliklinisk oppfølging. 179 pårørende til 172 hjemmeboende pasienter ble inkludert i studien og fulgt i et år. Data ble samlet inn ved baseline, etter 4,5 måned (etter avsluttet intervensjon) og 12 måneder etter oppstart.

Resultat: Foreløpige resultater viser at i intervensjonen har effekt på problematferd og psykiske symptomer (APSD) og byrde knyttet til APSD dersom pasienten har lav til moderat grad av APSD målt med NPI ($p=0,5$). Ved høy grad av APSD har denne type intervensjon liten effekt. Menn nyttegjør seg intervensjonen bedre enn kvinner ($p=0,5$), noe som settes i sammenheng med at kvinnene i dette materialet ga uttrykk for høyere grad av emosjonell belastning målt med pårørende belastningsskala og GHQ-30. Kliniske konsekvenser av funnene vil bli diskutert.

4 **Pårørende til personer med demens. På hvilken måte reduseres stress og øker mestring ved å benytte en psykoedukativ intervensjon?**

Aud Johannessen, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, postboks 64, 3107 Sem. aud.johannessen@nordemens.no

Bakgrunn: Demenssykdommene medfører ofte psykiatriske tilleggssymptomer. Pårørende er ofte gjennom store deler av sykdomsforløpet den sykes hovedstøtte med omfattende omsorgsansvar. For mange pårørende blir deres hverdag fylt av angst, bekymringer, stress og depresjon. Det er viktig å finne gode metoder og behandlingstilbud til familier som blir rammet for å bedre helse. Ulike intervensjoner er utviklet. De er ikke evidence based.

Mål: Å se hvilke resultater andre studier har hatt, hvor det har blitt benyttet psykoedukativ intervensjon rettet mot pårørende.

Metode: Litteraturstudie hvor det er søkt i ulike databaser etter review-artikler fra 1999-2004.

Resultater: Det ble funnet syv artikler hvor fem var relevante for studien. Artiklene peker i retning av at intervensjoner som inneholder trening på mestring og læring om sykdommen, har effekt på pårørendes livssituasjon. Artiklene påpeker at det er vanskelig å si hvilken effekt de ulike intervensjonsmetodene har, fordi det er vanskelig å sammenligne studiene.

Konklusjon: Studien belyser dimensjoner og kompleksiteten rundt prosessen for å redusere stress og å øke mestring. På hvilken måte reduseres stress og økes mestring ved å benytte en psykoeducativ intervensjon, har studien ikke funnet noe klart svar på. Det trengs mer forskning som beskriver intervensjonene og måleinstrumentene for å si at en intervensjon er evidence based. Kvalitativ forskning kunne styrke resultatene.

5 Endringer i balanse og gangfunksjon som følge av kataraktoperasjon

Helbostad Jorunn L¹, Ødegård Maria², Western Signe S³, Moe-Nilssen Rolf⁴, Sletvold Olav⁵

1. Jorunn.belbostad@medisin.ntnu.no Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital HF og Institutt for nevromedisin, NTNU
2. maria.odegard@stolav.no Øyeavdelingen, St. Olavs Hospital HF
3. Signe.Stafne.Western@stolav.no, Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital HF
4. rolf.moe-nilssen@isf.uib.no Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
5. olav.sletvold@medisin.ntnu.no Seksjon for geriatri, St. Olavs Hospital HF og Institutt for nevromedisin, NTNU

Bakgrunn: De fleste fall hos eldre skjer under gange. Nedsatt syn påvirker balanse og øker risikoen for fall. Det finnes etter hvert noe dokumentasjon på at operasjon av katarakt kan redusere fallrisiko. Det finnes lite kunnskap om hvordan balanse og gangfunksjon endres som følge av endring i synsfunksjon. Hensikten med denne studien var å undersøke endringer i stående balanse og karakteristika ved gangmønster som følge av kataraktoperasjon.

Materiale og metode: 80 personer over 70 år (gj.snitt=79.5, SD=5.0) som gjennomgikk kataraktoperasjon på ett eller begge øyne deltok. Syn, balanse og gangfunksjon ble undersøkt før operasjon og seks uker etter operasjon. Postural svai i stående stilling ble undersøkt med åpne og lukkede øyne ved hjelp av et bærbart treakset akselerometer. Gange ved tre ulike hastigheter ble undersøkt i god belysning (>250 lux) og i dårlig belysning (5-10 lux). Karakteristika ved gange ble målt som gjennomsnittlig trunkusakselerasjon, variabilitet i trunkusbevegelser fra ett steg til det neste, og ved fotavtrykk mål.

Resultater: Visus, kontrastsensitivitet, stereopsis og synsfelt ($p < 0.02$), stående balanse med åpne øyne ($p < 0.001$), karakteristika ved gange som trunkusakselerasjon ($p = 0.037$), variabilitet i trunkusbevegelser fra ett steg til det neste ($p = 0.022$) og steg-til-steg-variabilitet i enkel standfase ($p < 0.02$) endret seg som følge av operasjonen når personene gikk i dårlig belysning. Ganghastighet endret seg ikke. Preoperativ visus og synsfelt hadde signifikant forklaringskraft på endringer i gangmønster ($p < 0.019$).

Fortolkning: Balanse og gangfunksjon ble bedret som følge av kataraktoperasjon. Fallregistrering og testing senere i forløpet, samt sammenligning med matchet kontrollgruppe er nødvendig for å trekke ytterligere konklusjoner.

6 **Behandling i en geriatrisk sengeenhet reduserer dødeligheten og øker mulighetene for å bo hjemme**

Ingvild Saltvedt^{1,2}, *Ellen Sofie Opdal Mo* 1, *Turi Saltnes* 3, *Peter Fayers* 3,4, *Stein Kaasa*^{3,5}, *Olav Sletvold*^{1,2}. ingvild.saltvedt@ntnu.no

1. Seksjon for geriatri, Medisinsk avdeling, St. Olavs hospital, Trondheim
2. Institutt for nevromedisin, Medisinsk fakultet, Norges Teknisk Vitenskapelige Universitet (NTNU), Trondheim
3. Enhet for anvendt klinisk forskning, Kreftbygget, St. Olavs hospital, Trondheim
4. Department of Public Health, Aberdeen Medical School, Aberdeen, UK
5. Seksjon lindrende behandling, Kreftavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim

Bakgrunn: Dokumentasjon av effekt av behandling i geriatriske sengeenheter (GS) har vært sparsom. Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av behandling i GS sammenlignet med vanlig behandling i medisinsk avdeling (MA). Endepunkter var dødelighet, bosted, forbruk av helsetjenester, funksjon og livskvalitet.

Materiale og metode: Skrøpelige pasienter over 75 år som hadde blitt innlagt medisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp ble randomisert til behandling enten i GS (n=127) eller MA (n=127). Behandlingen i GS besto, i tillegg til vanlig medisinsk behandling, av tverrfaglig vurdering og behandling av alle relevante tilstander, tidlig mobilisering/rehabilitering og planlegging av utskriving. Pasienter i MA fikk behandling etter vanlige retningslinjer. Etter utreise fikk ingen av gruppene spesiell oppfølging.

Resultater: Dødeligheten GS og MA var henholdsvis 12 prosent og 27 prosent ($p=0,004$) ved tre måneder og 16 prosent og 29 prosent ($p=0,02$) ved seks måneder. Det var ingen forskjell i dødelighet etter et år. Av alle som var inkludert i studien bodde 101 (80 prosent) GS og 79 (64 prosent) MA pasienter hjemme etter tre måneder ($p=0,005$), og 91 (72 prosent) og 74 (60 prosent) GS og MA pasienter hjemme etter seks måneder ($p=0,04$). Liggetiden var lengre i GS ($p<0,001$). Det var ingen forskjell i funksjon, livskvalitet, innleggelses eller tid tilbrakt i institusjoner i løpet av seks måneder etter utreise.

Fortolkning: Pasienter behandlet i GS hadde økt sannsynlighet for å bo i egen bolig, noe som hovedsakelig skyldtes redusert dødelighet i GS.

7 **Forslag til standard for geriatrisk utredning og behandling i akutt-geriatriske enheter**

Anette Hysten Ranhoff, *Ingvild Saltvedt*, *Renate Pettersen*, *Kvalitetsutvalget i Norsk Geriatrisk Forening*. abranhoff@yahoo.no

Bakgrunn: Akutt syke eldre som har funksjonsproblemer og multimorbiditet behandles best i akutt geriatriske enheter (geriatriske sengeposter som mottar akutt syke pasienter, enheter for eldre med brudd og slagenheter som behandler eldre pasienter). Disse enhetene bør ha veldefinerte målsetninger og rutiner. Det er ønskelig at

det utvikles flere slike enheter i Norge og at virksomheten er i henhold til en definert faglig standard. Legeforeningen krever at spesialforeningene utvikler kvalitetsindikatorer som mål på behandlingskvalitet. Hensikten er å lage en standard for hva som bør inngå i geriatrik utredning og behandling - og at dette kan være utgangspunkt for kvalitetsindikatorer.

Metode: Kvalitetsutvalget i geriatri har med bakgrunn i eksisterende vitenskapelig grunnlag og erfaringskunnskap utarbeidet et forslag til en standard for geriatrik utredning i en akutt-geriatrik enhet Dette er en geriatrik basis- og minimums-utredning. Vanlig medisinsk utredning kommer i tillegg.

Resultat:

A. Utredning: Følgende problemområder skal vurderes og utredes:

1. Premorbid funksjon (ADL) og mental funksjon
2. Funksjon (ADL) og mental funksjon ved innleggelse/tidlig i oppholdet
3. Delirium
4. Ernæring
5. Eliminasjon (Urininkontinens, urinretensjon, avføringsinkontinens, obstipasjon)
6. Medikamenter
7. Sansesvikt (syn og hørsel)
8. Hud (sår, utslett/eksem)
9. Smerter (akutte og kroniske)
10. Pårørende / Sosialt nettverk
11. Bolig (hensiktsmessig i forhold til pasientens funksjon og situasjon?)
12. Hjelp i hjemmet (formell, uformell)
13. Bilkjøring og våpen

B. Behandling (optimal medisinsk behandling, individuell behandlingsplan, planlegge utskrivning fra dag en).

C. Forebygging (funksjonssvikt, fall, iatrogene hendelser, tromboseprofylakse)

Vurdere vaksinerings - influensa og pneumokokksykdom

Fortolkning: Dette er et forslag til en basis-standard. Hver enkelt enhet kan så velge metoder og innhold etter hva som er mest hensiktsmessig. En slik standard kan være grunnlag for kvalitetsindikatorer.

8 Evidensbasert handläggning av äldre personer med komplexa hälsoproblem

Gunnar Akner, docent i geriatrik, överläkare, styrelseordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG). Adress: Äldreforskning NordVäst, Seniorstaden Hallen, Solna, Sweden. gunnar.akner@cbello.se

Bakgrund: En idealisk äldreomsorgsorganisation skulle vara utformad så att den optimalt stöder medicinsk handläggning och omvårdnad av enskilda äldre personer över tid. Två förutsättningar för att kunna åstadkomma detta är dels adekvat geriatrik kompetens hos all personal, dels solitt vetenskapligt underlag avseende behandling.

Material/metoder:

- Det vetenskaplige underlaget for behandling av äldre (65+) personer inom 19 olika problemområden undersöktes av en arbetsgrupp inom Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Resultaten tabellerades i en förstrukturerad mall.
- Undervisningen i geriatrik för läkarlinjen vid landets sex medicinska fakulteter studerades genom en enkät till alla fakulteter kompletterad med telefonintervjuer.
- Organisationen av geriatrik i Sverige undersöktes genom en enkät till alla landsting kompletterad med telefonintervjuer.

Resultat:

Vetenskapligt underlag: För de åldesgrupper patienter som ordineras mest behandling av olika slag är det vetenskaplige underlaget paradoxalt nog som svagast (www.sbu.se)

Undervisning: Varje enskild läkarstuderande fick under 2004 i genomsnitt 59 klocktimmar (spidning 19-106) undervisning i geriatrik under hela den 11 terminer långa läkarutbildningen (artikel in press i Läkartidningen 2005)

Organisation: Mellan de 20 olika landsting förelåg år 2002 tio gångers skillnad avseende antalet geriatriska sängplatser per person 65+ och äldre. I fyra landsting ansåg man inte att det behövs någon geriatrik alls (Age Ageing 2004; 33: 338-341).

Konklusion: Det vetenskaplige underlaget för behandling av äldre personer är svagt. Svenska läkarstuderande får orimligt lite undervisning/träning i geriatrik i relation till åldern hos framtida patienter.

Kunskapsområdet geriatrik är i Sverige påtagligt heterogent organiserat inom sjukvården avseende bl.a. terminologi, uppdrag, struktur, personal och vårdproduktion. Det saknas en övergripande strukturplan för geriatrik i Sverige.

Ett organisationsförslag framförs om en Äldrevårdscentral (ÄVC) med bas i primärvården och med tillgång till vårdplatser. En ny problembaserad journal kan samtidigt användas för regeljär äldrevård och klinisk forskning.

9

Fjernt, men likevel nært? Når atferd oppleves vanskelig, og avstanden til fagkompetansen er stor

– er det mulig å ta i bruk IKT løsninger i veiledning?

Høgskolelektor Toril Agnete Larsen, Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, Videreutdanning i eldreomsorg. toril.a.larsen@bitos.no

Høgskolelektor Liv-Berit Knudsen, Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, Sykepleierutdanningen. liv.b.knudsen@bitos.no

Bakgrunn: Personell kan i møte med personer med demens oppleve atferd som vanskelig. Henvendelsen om veiledning kom fra en gruppe personell utenfor Tromsø. Dette var grunnlag for studien som ble gjennomført i 2001/2002 innenfor rammen av Undervisningspsykehjemsprosjektet Tromsø (1). Hensikten var å undersøke om mediet videokonferanse påvirket samtale og samspill i veiledning. Ga videokonferanse muligheter for å benytte samtale, rollespill og ferdighetstrening?

Materiale og metode: Utvalget var personell fra en sykehjemsavdeling og faglig veileder. Deltakelsen i veiledningstimen var frivillig, og varierte fra 4-9 personer. Veisøkerne beskrev praksisutfordringer i veiledningsgrunnlag. Tre veiledningssekvenser ble gjennomført med videokonferanse, og Løvstadskolens tilnæringsmåte "Terapeutisk mestring av vold (TMV)" ble benyttet (2).

Studien hadde en kvalitativ tilnærming med åpen observasjon av sekvensene, og registrering av bildeklarhet, lyd og lysforhold. Sekvensene ble filmet, og samtalene nedtegnet. Materialet ble transformert til tre anonymiserte fortellinger, og analysert ut fra kategoriene medieformer, læringsaktiviteter og tilnæringsmåte i veiledningen.

Resultater og fortolkning: Studien viste at videokonferanse kan benyttes i faglig veiledning ved store avstander, uten at kvaliteten forringes. Kommunikasjon kan bli tydeligere for partene. Rollespill, samtale og ferdighetstrening kan brukes. Videokonferansen kan fremme eller hemme samtale og samspill, men sammensetningen av medlemmer i gruppen kan ha like stor betydning. Studioenes utforming trenger ikke være optimal, men deltakerne må være innforstått med teknisk svikt. Det kan være problematisk å se på utførelsen av ferdigheter på små TV-skjermer. Videokonferanse kan nyttes i veiledning hvis hensikten er klar, planleggingen er detaljert og strukturen tydelig. Da kan ulike tilnæringsmåter benyttes som i veiledning forøvrig.

Referanser:

1. Kirkevold M / Kårikstad V (1999): *Undervisningssykehjem. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr 1/1999. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, Bergen
2. *Løvstadskolen - Opplæringsprogram for forståelse, forebygging, håndtering, oppfølging og behandling av aggresjon, trusler, forulempningsatferd, utagering og vold - etter et humanistisk helhetssyn*. Løvstad Skole a.s, 2001

10 Når helse svikter – eldre nordmenn i Spania

Liv Wergeland Sørbye, *Diakonhjemmet høgskole*

Bakgrunn: Uføretrygdede og pensjonerte eldre drar som trekkfuglene, til Syden om høsten. Stadig flere etableres seg med egen bolig. Nordmenn er sikret økonomi til å nyte den 3. alder. Klimaet gir økt mobilitet og velvære. Flere diakonale institusjoner gikk høsten 2003 sammen om å undersøke hva som skjedde i den 4. alderen.

Materiale og metode: En kartleggingsstudie av nordmenn 65+ i Spania ved hjelp av vurderingsverktøyet RAI (Resident Assessment Instrument). Instrumentet inneholder ulike karakteristika av pasienter/brukere. Dataanalysen er foretatt i SPSS, med algoritmer for: pleietyngde, kognitivfungering, ADL og IADL funksjoner, medisinske forhold, samt sosialt nettverk.

Resultater og Fortolkninger: Materiale består av 220 eldre, 44 prosent menn 72,2 +/-9,7 og 56 prosent kvinner 70,5 +/-8,8. Sivilstand: 66 prosent var gift, 35 prosent bodde alene. Botid (Mn) var 9,55 år +/-8,295. Varians 1-33 år. 32 prosent av informantene hadde for høyt blodtrykk, 37 prosent hadde sykdommer i muskel og skjelett 14 prosent av informantene hadde falt siste tre måneder. 21 prosent var plaget av

ustabil gange. 17 prosent hadde svimmelhet og ørhet. BMI 25,3 +/-4,1. 13 prosent hadde en BMI = > 30. En større andel av mennene var overvektige.

Mange eldre opplevde at symptomene ble lindret, men sykdommen ble ikke borte. Språkbarrierer skapte problem for diagnostisering, behandling og pleie. Mange hadde et urealistisk bilde av hvilken hjelp de ville få fra spanske myndigheter. De eldre trengte enten: a) en primærkontakt som kunne hjelpe, b) rikelig med penger til å kjøpe hjelp eller c) reise tilbake til Norge.

11 Aldring, helse og innvandrere

Overlege Arnbild Valen-Sendstad, Rosenborgsenteret/Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo. arnbild.valen-sendstad@lds.no

Bakgrunn: I Norge finnes i dag ca. 350.000 personer med innvandrerbakgrunn. Ca. 70 prosent av disse har ikke-vestlig bakgrunn og kommer fra Asia, Afrika og Syd-Amerika. Selv om de fleste av disse er i yngre aldersgrupper, er det et stigende antall eldre innvandrere.

Materiale og metode: Mange av innvandrerne eldes tidligere enn de norskfødte. I tillegg er det overhyppighet av psykiske og visse somatisk sykdommer som krever både tidlig intervensjon og oppfølging. Deres helseproblemer er ofte sammensatte. Språkproblemer og språkforståelse gjør helseutredningene vanskelige.

Familietradisjonene svekkes etter noen års integrering her i Norge. For å kunne stille en diagnose og lage et behandlingsopplegg kreves ofte en spesiell tilnærming.

Resultater og fortolkning: Eldre innvandrere er ofte sårbare når de blir syke og trenger hjelp. For innvandrere skal det ofte mer til før de velger å oppsøke helsevesenet med et eldre familiemedlem som ikke fungerer. Kunnskaper om kultur, religion og familietradisjoner er spesielt viktig for å for å kunne gi adekvat hjelp og behandling.

Ulike studier og publikasjoner både her i Norge og utlandet vil bli presentert.

12 Vannlatingsforstyrrelser etter akutt hjerneslag:

typer og prognostisk betydning

Renate Pettersen, Torgeir Bruun Wyller, Universitetsenheten, geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. rrpettersen@yahoo.no

Formål: Å studere type og prognostisk betydning av vannlatingsforstyrrelser (VLF) etter hjerneslag.

Metoder: 317 pasienter (median alder 79 år, 53 prosent kvinner) med akutt første-gangs- eller residivslag, klinisk stabile, våkne og i stand til å kommunisere, ble kartlagt for tidligere og aktuell helsetilstand mellom dag 7 og 12 etter sykdomsdebut, og fulgt opp etter 3 måneder. Vi benyttet validerte skalaer for klassifisering av hjerneslag og vannlatings symptomer, vurdering av premorbid mental svikt, samt for mobilitet, basal og instrumentell ADL og kognisjon. Tabell- og logistisk regresjonsanalyse ble brukt i bearbeidingen av data.

Resultater: 147 pasienter (46 prosent) hadde VLF allerede før slaget (30 prosent inkontinens [UI], 12 prosent urgency/frequency, 4 prosent urinretensjon). 78 pasienter (25 prosent) utviklet nye symptomer, hovedsakelig UI. Fire pasienter fikk urgency/frequency, og 8 vedvarende urinretensjon. Vi fant to forskjellige UI-typer: Urge-UI (n= 26) og UI med nedsatt eller manglende oppmerksomhet på blærefunksjonen (n= 40). I regresjonsanalysen var UI-typen med nedsatt oppmerksomhet en sterk prediktor for død eller behov for sykehjemsplass etter 3 måneder (OR 23.8 [95 prosent CI 8.6, 65.9]), sammen med slagets alvorlighetsgrad (OR 3.2 [CI 1.4, 7.2]) og dårlig instrumentell ADL-funksjon før slaget (OR 2.8 [CI 1.2, 6.5]).

Fortolkning: UI med nedsatt oppmerksomhet på blærefunksjonen etter akutt hjer- neslag er en sterk og uavhengig risikofaktor for dårlig resultat etter 3 måneder. Dette gjenspeiler sannsynligvis en mer utbredt hjerneskade som også rammer oppmerk- somhet, forståelse og bearbeiding av informasjon. Konvensjonelle metoder for kognitiv kartlegging etter slag synes ikke å fange opp alle typer av dysfunksjon tilstrekkelig.

13 **Fysioterapi ved demens; kompetanseoppbygging**

Liv Turid Baldersheim, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand.

liv.turid.baldersheim@ssbf.no

Bakgrunn: Kunnskap om og interesse for fysioterapi til geriatriske pasienter har hatt en positiv utvikling de siste 10-15 årene. I særlig grad har solid dokumentasjon om eldres trenbarhet bidratt til økende faglig engasjement blant fysioterapeuter som arbeider innen eldreomsorg.

Faggruppen for geronto-geriatrisk fysioterapi har fått flere henvendelser om hjelp til å bygge opp forståelsen for kognitiv svikt og demens. Kunnskap om demens må betraktes som et fundament for bedre å kunne formidle og benytte aktuelle fysiotera- peutiske undersøkelser og metoder. Dette anses som nødvendig for å kunne gi indivi- duelt tilpasset fysioterapi til pasienter med ulik grad av demens.

Metode/tiltak: Kontakt er etablert med Høgskolen i Oslo v/Bergland & Langhammer. Høgskolen arrangerer nasjonal workshop med representanter for utdanningene, fag- gruppen og ressurspersoner i februar 2005 og planlegger nordisk workshop om temaet i 2006. Det vurderes å øke undervisningsinnsatsen i grunn- og videreutdan- ningen. Videre er det startet nettverksbygging og kartlegging av gode praksissteder. Litteratursøk utføres. Faggruppen arrangerer seminar i mars 2005 i Oslo.

Resultater/fortolkning: Satsingen for å heve kompetansen om demens, er av så ny dato at vi foreløpig ikke har resultater å vise til. Det er imidlertid et klart mål å gjøre fysioterapeuter mer kompetente i møtet med pasienter hvor demens er en del av problematikken.

14 Frie midler – en modell som fremmer fagutvikling i sykehjemmet og bidrar til å heve geriatrisk kompetanse hos ansatte?

Høgskolelektor Liv-Berit Knudsen, Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, Sykepleierutdanningen. liv.b.knudsen@bitos.no

Høgskolelektor Toril Agnete Larsen, Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, Videreutdanning i eldreomsorg. toril.a.larsen@bitos.no

Bakgrunn: Modellen Frie midler ble utviklet for å fremme fagutvikling innenfor rammen av Undervisningssykehjemsprosjektet Tromsø (USP). Et delmål var å stimulere til fagutvikling og forskning ved å skape lærende organisasjoner (1). Modellens tilnæringsmåte var prosjektorientert. USP utlyste midler som ble tildelt etter søknad. Resultater skulle spres gjennom skriftlig og muntlig rapportering (2). Hensikten med studien av Frie midler var å finne ut om modellen fremmet fagutvikling, og om personalet fikk økt faglig og geriatrisk kompetanse.

Materiale og metode: Materialet omfatter 45 prosjekter over fire år. Studien hadde en kvalitativ tilnærming som innebar analyse av prosjektsøknader og rapporter, samt evaluering av prosjektprosesser og samtaler med personalet.

Resultater og fortolkning: Studien viser at prosjektene belyser mange aspekter ved pasienters sykdom, samhandling, metoder og tilnæringsmåter og personalets behov for kunnskap og kompetanse. Prosjektene fokus og kvalitet ble bedret etter hvert. Mange personer var engasjert, og arbeidet individuelt, i grupper og på tvers av avdelinger. Personalet ble mer aktiv i å etterspørre, dele erfaringer og kunnskaper med andre.

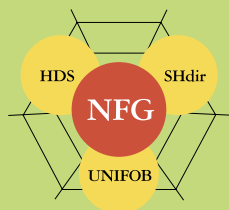
Prosjektene har bidratt til individuell læring, læring på avdelings- og institusjonsnivå og til spredning i nettverket. Den kliniske kompetanse er økt generelt og innen spesifikke områder spesielt. Derved kan en anta at kvaliteten på tilbudet til beboerne er bedret.

Modellen kan være hensiktsmessig forutsatt at noen har ansvar for å være pådriver og organisere fagutvikling. For å få varige resultater må leder være faglig engasjert. Kvalitet på prosjektene må sikres gjennom veiledning og kunnskapstilegnelse underveis. Faglig engasjement økes ved at ansatte får mulighet til å bruke sin nyervervede kunnskap.

Referanser:

1. Kirkevold M/Kårikstad V (1999): *Undervisningssykehjem. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr 1/1999. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, Bergen.
2. Larsen, T A/Knudsen, L-B (2004): "Et godt sted å være og å lære". Sluttrapport fra Undervisningssykehjemsprosjektet Tromsø/Nord. Intern USP-rapport 2/2004, Tromsø.

Norsk geriatrisk forening Universitetet i Oslo Ullevål universitetssykehus



Nasjonalt formidlingscenter i geriatri

Ulriksdal 8,
5009 Bergen
Tlf: 55 97 91 99

E-post: nfg@uib.no
www.uib.no/isf/nfg



Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Postboks 64,
3107 Sem
Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@nordemens.no
www.nordemens.no