

04.2025 • 113 år

Sykepleien



DEMENS -

hva sykepleierne skal gjøre

Hva sykepleiere bør vite

Side **04.**

Leder:
Ellen Morland

Slik jobber sykepleierne

Side **52.**

Tønsberg:
Lars glemmer demensen
på fotballbanen

Vanskelige valg

Side **86.**

Undersøkelse:
Tidsnød tærer på syke-
pleiernes psykiske helse

Side **12.**

Fagartikkel:
Ni endringer påvirker
dagens sykepleie til
personer med demens

Side **58.**

Vaksdal, Vestland:
Roligere netter med
elektroniske sengematter

Side **92.**

Kronikk:
Lill Sverresdatter
Larsen

Slik jobber sykepleierne

Side **26.**

Skjermet avdeling,
Økern, Oslo:
De er i et fellesskap.
Men vet ikke hvor de er

Menneskene og demensen

Side **66.**

Miniportretter:
Hanne Sundt, Martin Andersen,
Gjertrud Jørgensen, Stig Hoel,
Finn Arctander, Ingvild Bang,
Mona Bekkhus-Wetterberg

Side **96.**

Unngår tvang av frykt
for å gjøre noe galt

Side **42.**

Fana, Bergen:
Slik jobber
demensarbeidslaget

Side **100.**

Fagartikkel:
Slik kan sykepleierne styrke
pasientens autonomi





Side 52



Side 26



Side 74

Sykepleien

Ansvarlig redaktør

Stian Eisenträger

E-post: stian.eisentrager@sykepleien.no

Tlf. 400 41 885

Nyhetsredaktør

Ulf Nygaard

Redaksjonssjef

Ellen Morland

Journalister

Marit Fonn, Ann-Kristin Bloch Helmers og
Ingvald Bergsagel

Design og grafisk produksjon

Sissel Vetter

Nina E.H. Hauge (assistent)

Forsidefoto

LIQUID / NTB

Montasje: Sissel Vetter

Annonser

Markedssjef Ingunn Roald, tlf. 916 03 812

Salgsfabrikken, tlf. 906 16 307

Repro og trykk

Trykt av Stibo Complete A/B

Utgivelsesdato

3. oktober 2025

Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

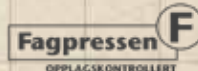
Tlf. +47 994 02 409,

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Adresseendring:

medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

Tidsskriftet Sykepleien eies av
Norsk Sykepleierforbund
og arbeider etter Redaktørplakaten
og pressens Vær varsom-plakat.



FØLG OSS



www.facebook.com/sykepleien



www.instagram.com/sykepleien



www.linkedin.com/company/sykepleien



www.snapchat.com/add/sykepleiensnap



Stian Eisenträger er ny ansvarlig redaktør i Sykepleien

Eisenträger begynte i Sykepleien i august. Han kom fra stillingen som redaktør for Faktisk.no og har også vært redaktør i Forsvarets forum. Før det var han utenriksjournalist i VG. Av utdanning har han en bachelor i journalistikk og master i internasjonale relasjoner. Eisenträger har fått pris fra Internasjonal Reporter på journalistkonferansen SKUP, og i 2023 ble han kåret til årets fagpresseredaktør for sin innsats i Forsvarets forum.



Sykepleierne kan fange opp tegnene

Sykepleiere kan møte pasienter med demens i nesten alle kliniske jobber. Og de kan se tegnene som andre bortforklarer.



ELLEN
MORLAND

Redaksjonssjef og ansvarlig
for temautgavene

De er over alt for tiden. Rådene for hvordan vi skal unngå demens. Vi frykter alle dette skrekkscenarioet der hjernen svikter oss. Der vi blir avhengige av andre for å tolke virkeligheten og å håndtere de mest elementære oppgavene i hverdagen.

Når vi i tillegg vet at sykdommen bare vil bli verre, og vi blir mer og mer hjelpeløse, da er det mye livsstil vi vil endre og mange vitaminpiller vi kan betale tusenvis av kroner for å få i oss.

Demens har størst sannsynlighet for å ramme eldre over 65 år. Derfor viser Sykepleien en hjerne med «utløpsdato» på forsiden av denne utgaven. Ironisk ment, selvfølgelig.

Men også yngre blir rammet. «Jeg har levd ganske sunt og alltid likt å være aktiv og å trene. Likevel fikk jeg sykdommen. Ikke er den arvelig heller», sier Hanne Sundt, sykepleieren på 54 år med demensdiagnose som plutselig ikke lenger taklet lederstillingen. (Les om henne på s. 66)

MANGE VARIANTER

Demens er ikke bare én sykdom. Det er mange varianter, og sykdommen kan melde sin ankomst på forskjellige måter.

De første tegnene kan være lett å bortforklare.

En venninne av meg klaget over mye plager i overgangsalderen. Det var ubehag, tørste, svetting og

forvirring. Vi i venninnegjengen ga velmente råd og oppfordret til å oppsøke legen, noe hun hadde gjort flere ganger. Ingenting hjalp. Etter flere år fikk hun konstatert frontallappdemens. Da hadde hun delvis forandret personlighet. Hun var ikke lenger den venninnen og den gode samtalepartneren vi kjente.

En annen bekjent stusset fælt da hun ikke lenger klarte å regne ut poengene i Yatzy. Men man blir jo litt rusten med åra, var forklaringen. Det var hun og legen enige om. Da hun begynte å miste ord, tenkte jeg at det var fordi hun hadde hatt korona. Den kan gi hjernetåke, hadde jeg lest, og også merket litt til selv. En stund etter fikk hun alzheimerdiagnosen. Det var den forklaringen som både hun selv og hennes nærmeste minst ønsket. Som et slag i ansiktet.

SLIK JOBBER SYKEPLEIERNE

Sykepleiere som jobber klinisk, kan møte pasienter med demens eller kognitiv svikt i nesten alle deler av helsevesenet. Og sykepleiere har blikket som kan fange opp tegnene, selv om pasienten oppsøker helsevesenet for andre plager.

I denne utgaven finner du fakta og råd fra erfarne sykepleiere som jobber med demenssyke. Det er mange stadier i denne tilstanden, og god demensomsorg handler mye om å kjenne pasientene, bruke tid og kunne gi omsorgen akkurat denne



| Illustrasjon: Sissel Vetter / Foto: Erik M. Sundt

personen trenger. Dette fortelles det mye om i Sykepleiens reportasjer i seksjonen «Slik jobber vi».

FORSKERNE VIL FINNE KUREN

Det forskes på høygir på demenssykdommer. Så å si hele verden krysser fingrene for at noen smartinger skal finne kuren som kan helbrede, eller i hvert fall stoppe sykdomsutviklingen.

En ting er å hjelpe dem som er rammet, til å bråbremse på veien mot «stupet».

En annen og viktig motivasjon for å forske er at vi i fremtiden må holde oss mest mulig friske i alderdommen. Når eldrebølgen kommer, kan det bli vanskeligere for helsevesenet å tilby riktig helsehjelp. Vi blir for mange eldre og for få helsepersonell.

Anslaget er at cirka 115 000 personer i Norge har demens i dag, men antallet ventes å øke til over 224 000 innen 2050.

For de rammede er det viktig å bli møtt av fagfolk som skjønner deres tilstand og kan gi riktig pleie og omsorg. Demensomsorgen og hva vi vet om sykdommen, har utviklet seg raskt de siste årene. Det har også holdningene til pasientene med disse sykdommene.

MYE NYTT FOR SYKEPLEIERNE

Professor Siren Eriksen gir et innblikk i hva vi vet om demens i dag i fagartikkelen «Ni endringer påvirker dagens sykepleie til personer med demens» (side 12). Det handler blant annet om at teknologiske løsninger, nye diagnostiske verktøy

og nye medisiner har kommet inn i demensomsorgen.

Et eksempel finner du i artikkelen fra sykehjemmet i Vaksdal på Vestlandet. Der har nye elektroniske sengematter gitt bedre nattesøvn for pasientene. De slipper å bli vekket, og kanskje ikke få sove igjen, slik det ofte gikk da sykepleierne tidligere var inne hos dem om natten for å sjekke at alt var i orden (side 58).

I reportasjen fra Økernhjemmet i Oslo får du innblikk i arbeidet med de aller sykeste pasientene på skjermet og forsterket avdeling. (Side 26)

De dedikerte sykepleierne i demensarbeidslaget i Fana i Bergen deler erfaringene fra sin hverdag i hjemmesykepleien med demenssyke som ennå kan bo hjemme. (Side 42)

God lesning! ●



Norsk forening
for slagrammede

ANNONSE

Sammen blir vi bedre

Det gjør godt å snakke med
andre i samme situasjon.



Når hjerneslag inntreffer, skjer det ofte uten forvarsel. Både den som rammes og deres pårørende kan oppleve det som et sjokk. Hjerneslag kan føre til store endringer i livet, noe som kan utløse sorgreaksjoner.





Embagn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering

1–2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹



Et flerlags belegg med
øyeblikkelig frisetting

Enterodrasjert kjerne
med **forsinket frisetting**



Ny STØRRE pakning!

10 tabletter og **nyhet** 20 tabletter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagn SPC 29.01.2025.

Individuell stønad refusjon²

Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin er nå anbefalt som **førstevalg ved behandling av svangerskapskvalme**.³

Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer).

Bruksbegrensninger: Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 284,70. 20 stk.: kr 482,50

Reseptgruppe: C. **Referanser:** 1) Embagn SPC 29.01.2025. 2) Doksylamin, pyridoksin – Helsedirektoratet, Siste faglige endring: 25.06.2025 3) Gynekologi (NGF) www.metodebok.no


SHINGRIX

 VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

 Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

Shingrix gir opptil 97 % effekt mot helvetesild hos voksne ≥ 50 år^{1}**

Langtidsoppfølgingsstudie for Shingrix viser 82% vaksineeffekt 11 år etter vaksinerings^{1}**

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralgi (PHN) hos voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 2257,20 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske).
Reseptgruppe C. Shingrix er en ikke-levende vaksine.

^{**1}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:¹

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder ≥ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

^{**}ZOE-LTFU: Langtidsoppfølgingsstudie av ZOE-50 og ZOE-70. Predefinert og deskriptiv analyse på vaksineeffekt mot første eller eneste helvetesildepisode mens ZOE-LTFU-studien varte, hos deltakere ≥ 50 år. ZOE-LTFU startet på median på 5,6 og endte på median 11,4 år etter vaksinasjon. Vaksineeffekt ble vurdert i mTVC-analysen hos personer ≥ 50 år, og deltakere med bekreftet helvetesild under ZOE-50/70 ble ikke tatt i betraktning. Historisk kontroll i ZOE-LTFU er basert på placebogruppen i ZOE-50/70-studiene, med antall deltakere (N) og oppfølgingsstid antatt å være den samme som i den vaksinerte gruppen. VE-estimer ble justert for region.

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale.



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:

shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, mai 2025

GSK



Kjære kollega

Beskytt deg selv, pasientene og dine nærmeste mot alvorlig influensasykdom!

Ta influensavaksinen du også!

Les mer på
fhi.no/voksenvaksinasjon



Det skal lønne seg å jobbe for fellesskapet

DU SOM JOBBER I DET OFFENTLIGE, har en av landets beste pensjonsordninger. Den skaper sikkerhet for deg og dine den dagen du skal ta ut pensjon, men også om noe skulle skje med deg.

Men, livet skal også leves.

Derfor gir vi deg som har pensjon i KLP **ekstra** gode betingelser på **boliglånsrente** og **forsikringer**.

Finn ut hvor mye du kan spare på å flytte boliglånet eller forsikringene dine til oss - på **kfp.no**.



www.kfp.no/medlemsfordeler

kfp

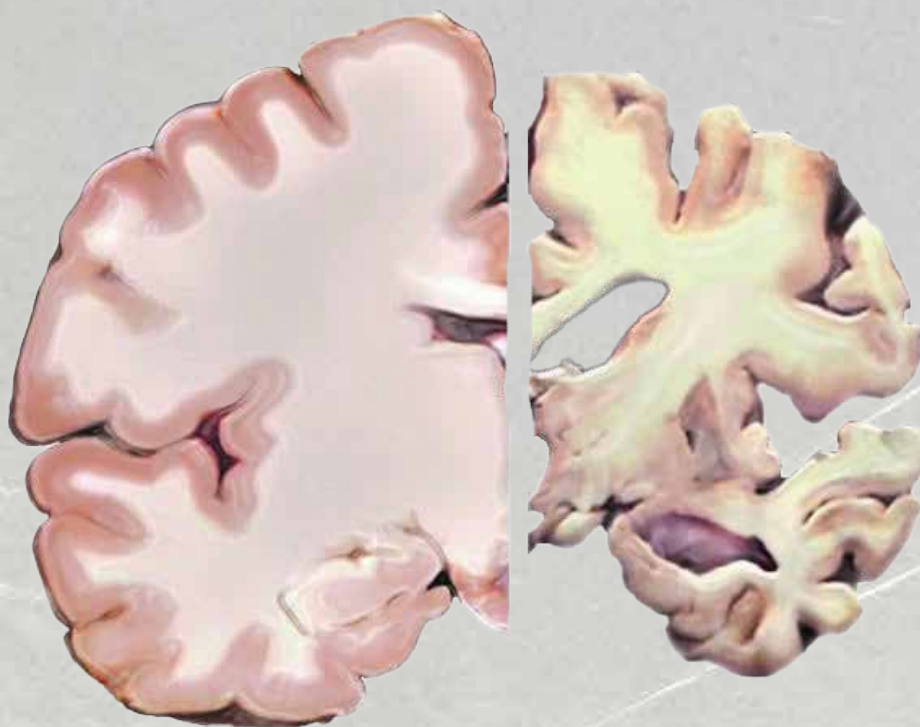
Kommune- og helse-Norges
eget pensjonsselskap

HVA SYKEPLEIERE BØR VITE

Side 12.

Fagartikkel: Ni endringer
påvirker dagens sykepleie
til personer med demens

Les saken
på de neste
sidene



Illustrasjon: National Institutes of Health (NIH)

Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens. Her ses en frisk hjernehalvdel (til venstre) og en hjernehalvdel med langt-kommen Alzheimers sykdom og svinn av hjernevev (til høyre).

FAGARTIKKEL | Siren Eriksen

Instituttleder og professor i sykepleie

Lovisenberg diakonale høgskole



Grunnlaget for sykepleie til personer med demens endrer seg stadig. Det som er god praksis i dag, er ikke nødvendigvis det om fem til ti år.

Ni endringer påvirker dagens sykepleie til personer med demens

HØVEDBUDSKAP:

Grunnlaget for sykepleie til personer med demens har endret seg mye de siste årene og er i stadig forandring. Det som regnes som god praksis i 2025, er ikke nødvendigvis det om fem til ti år. Vi får stadig nye diagnostiske verktøy, ny teknologi, bedre legemidler og tjenester. Men én grunnleggende ting vil ikke endre seg: Personer med demens må møtes som unike personer med iboende verdi, ressurser og livshistorie.

NØKKEWORD:

Demens, sykepleierrolle, geriatri

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2025.100746



| Illustrasjon: Sissel Vetter

Alle sykepleiere som jobber klinisk, vil møte personer med demens eller kognitiv svikt, enten som pasienter, beboere eller brukere, eller som pårørende. Kunnskap om demens og det som rører seg på demensfeltet, er derfor svært viktig for alle sykepleiere.

I år er det 33 år siden jeg ble uteksaminert sykepleier fra Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag. I løpet av denne tiden har det endret seg drastisk hvordan vi snakker om demens og personer med demens, hva som regnes som god praksis, og dermed hva slags behandling, pleie og omsorg som gis.

Bare de siste fem til ti årene har det skjedd store endringer, og premissene for demensomsorgen har endret seg. I denne fagartikkelen trekker jeg frem ni vesentlige endringer som alle er med på å påvirke dagens sykepleie til personer med demens:

MANGE SOM HAR DEMENS, FÅR IKKE EN DIAGNOSE

1. De nasjonale faglige retningslinjene for demens, «demensretningslinjen», slår fast at **alle personer med kognitiv svikt der det er mistanke om demens, skal ha tilbud om demensutredning (1). Studier viser likevel at færre enn 50 prosent av de som har demens, får en diagnose i Norge i dag (2).**

Årsaken er antakelig sammensatt og kan skyldes faktorer både i helsevesenet og befolkningen. En internasjonal studie viser at så mange som 80 prosent av befolkningen generelt og 65 prosent av helseansatte fortsatt tror at demens er en unngåelig del av det å bli gammel (3).

Demens diagnostiseres først og fremst i kommunen av fastlegene gjennom en basal demensutredning. Fastlegen kan henvise til utredning i spesialisthelsetjenesten hvis personen har en mer komplisert tilstand enn vanlig eller et atypisk symptom bilde som atferdsproblemer eller psykiske lidelser.

Det samme gjelder hvis personen har minoritetsbakgrunn, der for eksempel språk er en spesiell utfordring. Det er dessuten

spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å utrede og sette i gang tiltak for personer med psykisk utviklingshemning eller personer under 65 år med mistanke om demens eller diagnostisert demens (1, 4).

Mange pasienter har en uspesifikk demensdiagnose og vet ofte ikke hvilken type demens de har. Et annet kompliserende element er at **rundt en av ti har mer enn én demenstilstand, kalt blandingsdemens (5). Det er en større andel kvinner enn menn som får en demensdiagnose, og gjennomsnittsalderen ved diagnosetidspunktet er 85 år (2).**

Fremtiden for diagnostisering av demens kan se helt annerledes ut. Forskere har testet ut muligheten for å kunne diagnostisere Alzheimers sykdom gjennom en blodprøve, som med 90 prosent sikkerhet vil kunne si at en person har Alzheimers sykdom på et tidlig stadium. Denne metoden vil kunne få store konsekvenser for diagnostiseringen av Alzheimers demens i fremtiden (6, 7).

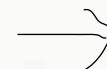
2.

ANTALLET PERSONER MED DEMENS ER HØYERE ENN VI TRODDE

Før 2020 antok vi at rundt 70 000 nordmenn hadde en demens-tilstand. I dag vet vi at antallet er langt høyere. Det finnes ikke noe register over personer med demens i Norge. Derfor er forekomsttallene basert på et estimat. I løpet av planperioden for Demensplan 2020 ble det gjennomført en nasjonal forekomststudie av demens i Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Studien ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Den tok utgangspunkt i datainnsamlingen i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4) samt forekomstestimer for en storby – prosjektet «HUNT4 Trondheim 70+» ble gjennomført i en bydel i Trondheim kommune – og prosjektet UngDemens i Trøndelag. Nærmere 10 000 personer deltok i studien. Resultatene og en detaljert beskrivelse av studien ble publisert i en rapport i 2020 (5).

Det estimerte antallet nordmenn



3.

VI HAR GÅTT FRA «DEMENT» TIL «PERSON MED DEMENS»

Hvordan helsepersonell og samfunnet generelt betrakter og omtaler personer med demens, har endret seg de siste årene. Tidligere ble demens gjerne sett på som en uunn-gåelig og naturlig del av det å være gammel. Personer med demens ble dessuten ofte betegnet som «demente».

I dag vet vi at demens er forårsaket av ulike sykdom-mer og skader i hjernen. Risikoen for å få tilstanden øker med alderen. Demens er likevel ikke «en naturlig del av alderdommen», men en diagnose og en tilstand. I dag er det dessuten mer oppmerksomhet på at personer med demens er unike individer med ressurser, interesser, en

livshistorie og en fremtid. Derfor bruker vi betegnelsen «person med demens» (9).

Personsentrert omsorg er selve fundamentet i all om-sorg for personer som har kognitiv svikt og demens. Den bør gjennomsyre både utredning, behandling og syke-pleie. Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i hvordan personen selv opplever sin situasjon, og understøtter de grunnleggende psykologiske behovene alle mennesker har, nemlig behovet for tilhørighet, identitet, inkludering, me-ningsfulle aktiviteter og trøst (1, 10, 11).

med demens i 2025 er 115 027. Det innebærer at 2,05 prosent av befolkningen har demens, og at antallet nye tilfeller i 2025 vil være 30 665 (8). Mens andelen personer med mild kognitiv svikt er stabil, uavhengig av alder, øker risikoen for demenssykdom med stigende alder.

Forekomsten av demens i aldersgruppen under 70 år er un-der 1 prosent. Den er 6 prosent i aldersgruppen 70–74 år, 9 prosent i gruppen 75–79 år, 16 prosent i gruppen 80–84 år og 33 prosent i gruppen 85–89 år. Blant personer som er over 90 år, er forekomsten hele 48 prosent.

Fordi vi lever lenger enn før, vil antallet personer med demens øke i årene som kommer. Det er estimert at antallet vil mer enn doble seg frem mot 2050, til 235 000 personer med demens i Norge, og at det i år 2100 vil være 380 000 nordmenn med demens (2). Forekomsten av demens er litt høyere blant kvinner enn menn, spesielt i de eldste aldersgrup-pene, mens mild kognitiv svikt er mest utbredt blant menn (5).

«Mange pasienter har en uspesifikk demensdiagnose og vet ofte ikke hvilken type demens de har.»

4.

DEMENSPLAN 2030 ER PÅ TRAPPENE

Oppfølging av personer med demens reguleres av demensretnings-linjen fra 2017, demensplanen fra 2025, lovverk og forskrifter. Norge var tidlig ute med sin første demensplan, som ble lansert i 2007. Nåværende Demensplan 2025 er den tredje i rekken. Det er for-ventet at en ny Demensplan 2030 skal legges frem våren 2026.

Den nye planen vil sette søkelyset på forebygging, tidlig diagnos-tisering og behandling, persontilpasset medisin og tjenester samt økt bruk av teknologi. I tillegg vil den omhandle de særlige utfor-dringene distriktskommunene står overfor (12). Noen kommuner har laget sine egne demensplaner og egen prioriteringsveileder.

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en koordinator (1). Ofte fungerer hukommelsesteam, demensteam eller en person fra hjemmetjenesten som koordina-tor, som svært ofte er en sykepleier.

5.

FLERE MED DEMENS BOR HJEMME Lenger

De aller fleste ønsker å bo i sitt eget hjem – også personer med demens. Det har i lang tid vært en helsepolitisk prioritet å legge til rette for at personer med demens skal kunne bo i sitt eget hjem så lenge de kan. Det utvikles stadig nye teknologiske løsninger til bruk for hjemmeboende personer med demens.

Det er viktig å tilrettelegge for aktiviteter som fremmer helse og støtter personer med demens i å mestre sin egen hverdag allerede i tidlig fase av demens-tilstanden (1). Demensretningslinjen

fra 2017 fremhever at aktivitetene som tilbys, må bidra til å ivareta funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge og redusere isolasjon og ensomhetsfølelse.

Aktivitetstilbud i kommunal regi vil kunne bidra til å avlaste og støtte pårørende. **Gode tiltak tidlig i demensforløpet kan forsinke flytting til bofellesskap eller sykehjem.** Fremfor alt kan meningsfulle aktiviteter, minner om tidligere liv samt gode stunder med familie og venner bidra til å styrke

livskvaliteten. Et annet viktig tilbud i flere kommuner er brukerskole for personer med demens.

Personer som selv har demens, har ofte behov for mer kunnskap om tilstanden. Mange synes derfor det er godt med en arena der de møter andre i samme livssituasjon som dem selv. **Sykepleiere spiller ofte en nøkkelrolle i å følge opp og tilrettelegge for at pasienten kan ha et liv i sitt eget hjem etter demensdiagnosen,** men også i å gi informasjon til både personen selv og de pårørende.

6.

DET ER MER KREVENDE Å VÆRE PÅRØRENDE

Målet om at personer med demens skal bo hjemme så lenge som mulig, får også konsekvenser for personene rundt. Det er kun mulig å oppnå et slik mål dersom de pårørende får støtte i omsorgsrollen. Flere pårørende opplever det å stå i langvarige omsorgsoppgaver som meningsfullt, men de fleste vil likevel ha store omsorgsbelastninger i løpet av demensutviklingen (13).

Demensretningslinjen fremhever at pårørende til personer med demens bør tilbys oppfølging som tar høyde for deres situasjon og deres reaksjoner i en livssituasjon som kan være krevende. På lik linje med personen som utredes for mistenkt demenssykdom, vil også de pårørende være preget av stor usikkerhet og pendle mellom håp og fortvilelse i utredningsfasen.

De senere årene har det vært tatt flere initiativer til å snakke om og formidle opplevelsen av pårønderollen. Et eksempel er Marianne Mørck Danielsen, som kaller seg en «demensfluenser». Hun har etablert podkasten «Ikke lett å glemme», der hun belyser ulike sider ved demens sammen med forskjellige gjester. Hun bruker også andre plattformer som LinkedIn, Facebook, Snapchat og Instagram til å formidle små og store hverdagshendelser fra livet som pårørende.

«DEMENSFLUENSER» MARIANNE MØRCK DANIELSEN:



PODKAST



FACEBOOK



INSTAGRAM



LINKEDIN



SNAPCHAT

7.

DEMENS ER EN DØDELIG TILSTAND

Demens er en dødelig tilstand. I de senere årene er det blitt en større bevissthet rundt at demens ikke er et resultat av alderdom, men en tilstand – en diagnose. Vi har også begynt å snakke høyt om at demens er en tilstand man kan dø av.

Personer med demens lever betydelig kortere sammenliknet med befolkningen ellers. Et demensforløp varer gjennomsnittlig åtte til ti år fra sykdomsstart til død, men hos noen kan det gå mye raskere og hos andre igjen mye saktere. Dersom demenstilstanden får utvikle seg, vil personen til sist dø av demens (14).

De senere årene har det palliative perspektivet fått mer plass i demensomsorgen. Det legger større vekt på å lindre ulike typer ubehagelige symptomer og støtte og tilrettelegge for livskvalitet for den enkelte (15).

I 2019 var det til sammen 2871 personer som døde av demens i Norge. De fleste var over 70 år. Fordi demens særlig rammer eldre som også har andre sykdommer, og fordi det derfor kan være vanskelig å avklare årsaken til død, er tallene fra Dødsårsaksregisteret litt usikre (16).

Siden demenstilstanden gradvis påvirker personens evne og mulighet til å uttrykke egne ønsker og behov, er det viktig å snakke sammen om fremtiden mens personen med demens fremdeles kan. En forhåndssamtale er en samtale mellom pasienten og helsepersonellet om pasientens verdier, ønsker og behov for behandling, omsorg og pleie i fremtiden (17).

Forhåndssamtale og det å forberede og snakke om ønsker for fremtiden i en tidlig fase av tilstanden, mens personen med demens er i stand til å uttrykke sine ønsker, er en viktig del av palliativ omsorg for disse pasientene (17).

8

DEMENS KAN FOREBYGGES

De fulle årsakene til hvorfor en person utvikler demens, er ikke kjent, men vi vet at en rekke faktorer påvirker. Den aller viktigste faktoren er alder. Jo eldre man blir, desto større er risikoen for å utvikle demens. Men det betyr ikke at det er aldringen i seg selv som forårsaker demens.

Lancet-kommisjonen gjennomgår jevnlig forskning på blant annet forebygging av demens. I 2020 presenterte de tolv faktorer som gir økt risiko for å utvikle demens: lavt utdanningsnivå, hørselstap, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, depresjon, fysisk inaktivitet, diabetes, overdrevent alkoholforbruk, alvorlig hjerneskade, høy luftforurensning og sosial isolasjon (18, 19).

I 2024 ble to nye risikofaktorer lagt til denne listen, nemlig høyt kolesterol og synstap. Av disse 14 faktorene er det hørselstap, høyt kolesterol, lav utdanning tidlig i livet og sosial isolasjon som er de fire viktigste (18, 19).

Alder og gener spiller en viktig rolle for utvikling av demens, men man antar at 40 prosent av demensen kan unngås med forebygging (15). Potensialet for å forebygge og håndtere demens bedre er stort, selv for de som har høy genetisk risiko for demens (20).

Nasjonalt senter for aldring og helse lanserte i 2025 prosjektet «Hjerne-løftet», med konkrete råd og oppgaver. Prosjektets mål er å øke bevisstheten om betydningen av levevaner og de grepene man selv kan ta for en sunn og aktiv hjernehelset gjennom hele livet (21).

«Det estimerte antallet nordmenn med demens i 2025 er 115 027.»

9

BEHANDLING FOR ALZHEIMERS DEMENS UTVIKLES

Det er ikke mulig å kurere demens i Norge i dag, men det forskes mye på å finne en kur for tilstanden. Legemidler mot Alzheimers demens med virkestoffet lecanemab har vært testet ut i USA over en periode og er nå godkjent for salg i Europa, også i Norge (22).

De nye legemidlene vil kreve at diagnosen settes tidlig, og at den er spesifikk. En slik diagnostisering er ikke på plass i Norge i dag. Det vil dessuten ikke være alle som får en tidlig diagnose, som kvalifiserer for å få legemiddelet. Dette reiser store etiske problemstillinger og dilemmaer.

Norske fagpersoner innen demensfeltet er derfor delt i sitt syn på nytten og effekten av disse legemidlene, og på hva det kan ha av betydning å innføre dem til Norge (24).

Behandlingen vi har for demens per nå, er å dempe ubehagelige symptomer, støtte opp rundt de iboende ressursene til personer med demens og styrke deres livskvalitet. Først og fremst handler dette om miljøbehandling og i noen grad legemiddelbehandling.

«De senere årene har det palliative perspektivet fått en større plass i demensomsorgen.»

AVSLUTNING

Grunnlaget for sykepleie til personer med demens har endret seg mye de siste årene og er i stadig forandring. Nye diagnostiske verktøy, legemiddelbehandling, tjenesteutvikling, ny teknologi og en presset helsetjeneste med et økende antall eldre og personer med demens gjør at det som regnes som god praksis i 2025, ikke nødvendigvis er det samme om fem til ti år.

Men én grunnleggende ting vil ikke endre seg: Personer med demens må møtes som unike personer med iboende verdi, ressurser og livshistorie.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter. ●

«Det utvikles stadig nye teknologiske løsninger til bruk for hjemmeboende personer med demens.»

DIGITAL VERSJON:

Her er den digitale versjonen av fagartikkelen. Del den med en kollega!



REFERANSER:

- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 23. februar 2024; hentet 25. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- GjØra L, Strand BH, Bergh S, Borza T, Brækhus A, Engedal K, et al. Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT study. J Alzheimers Dis. 2021;79(3):1213–26. DOI: 10.3233/JAD-201275
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2024: global changes in attitudes to dementia [internett]. London: Alzheimer's Disease International; 2024 [hentet 2. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. Utredning av demens [internett]. TØnsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse; u.å. [hentet 2. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-av-demens/>
- GjØra L, Kjelvik G, Strand BH, Kvælle-Alme M, Selbæk G. Forekomst av demens i Norge. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse; 2020 [hentet 24. april 2025]. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
- Palmqvist S, Tideman P, Mattsson-Carlgrén N, Schindler SE, Smith R, Ossenkoppele R, et al. Blood biomarkers to detect alzheimer disease in primary care and secondary care. JAMA. 2024;332(15):1245–57. DOI: 10.1001/jama.2024.13855
- Ulland DE. Blodprøve som avdekker Alzheimers kan komme til Norge [internett]. TØnsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse; 2. august 2024 [hentet 25. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/blodprøve-som-avdekker-alzheimers-kan-komme-til-norge/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. Hvor mange i Norge har demens? [internett]. TØnsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse; u.å. [hentet 2. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://demenskartet.no>
- Smeby KL. Å møte personer med demens. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 13–21.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 2. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3a-b825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Rokstad AMM. Se hvem jeg er! – personsentrert omsorg ved demens. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen med ny demensplan i 2026 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025 [hentet 4. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-med-ny-demensplan-i-2026/id3109128/>
- Førsum LH. Dementia in spousal relationships – exploring the views of spouses of partners living in long term care [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2017.
- Engedal K, Haugen PK. Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse – akademisk; 2018.
- Nakanishi M, Pereira SM, Van den Block L, Parker D, Harrison-Dening K, Di Giulio P, et al. Future policy and research for advance care planning in dementia: consensus recommendations from an international Delphi panel of the European Association for palliative care. Lancet Healthy Longev. 2024;5(5):370–8. DOI: 10.1016/S2666-7568(24)00043-6
- Strand BH. Folkehelse rapporten 2021 [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021 [hentet 25. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Eriksen S. Lindrende behandling til personer med demens. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 341–64.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020;396(10248):413–46. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6 Erratum 30. september 2023;402(10408):1132
- Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024;404(10452):572–628. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0
- Hveem P. Lancet-kommisjonen om nye funn om demens [internett]. TØnsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse; 1. august 2024 [hentet 2. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/lancet-kommisjon-med-nye-funn-om-demens/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. Bli med på Hjerneløftet [internett]. TØnsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse; 2025 [hentet 1. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://hjerneloftet.aldringoghelse.no>
- Jönsson L, Wimo A, Handels R, Johansson G, Boada M, Engelborghs S, et al. The affordability of lecanemab, an amyloid targeting therapy for Alzheimer's disease: an EADC EC viewpoint. Lancet Reg Health Eur. 2023;29:100657. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100657
- Tornås KA, Bratthammer G. Første medisin som bremser Alzheimers sykdom gir håp [internett]. Oslo: NRK; 13. juli 2025 [oppdatert 14. juli 2025; hentet 5. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/leqembi-er-den-forste-medisinen-som-bremser-alzheimers-sykdom-og-gir-hap-1.17394160>
- Brækhus LA. Dette mener norske fagfolk om Alzheimer-medisinen [internett]. Oslo: Dagens Medisin; 7. april 2025 [hentet 4. juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/akershus-universitetssykehus-ahus-alzheimers-sykdom-demens/dette-mener-norske-fagfolk-om-alzheimer-medisinen-lecanemab/676847>



FreeStyle

Libre 3**PLUS** Sensor**NYHET!**

FreeStyle Libre 3 Plus-sensoren er nå tilgjengelig!



-  Verdens minste^{1,2} 15-dagers sensor, og den nyeste innovasjonen innen FreeStyle Libre 3-systemet.
-  Muliggjør integrasjon med insulinpumper.
-  Godkjent fra 2 år og eldre, inkludert gravide.



Registrer deg her for å få den nyeste informasjonen, eller besøk Pro.FreeStyle.Abbott

Ingen riktige pasienter eller pasientdata. Bilder er kun ment for illustrasjon.

1. Blant glukosesensorer som festes på pasienter. 2. Registrerte data hos Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2024 Abbott. Sensorenheten, FreeStyle, Libre og relaterte varemerker eies av Abbott. ADC-102895 1.0 11/24.

www.FreeStyle.Abbott · +47 800 87 100 · Abbott Norge AS · Postboks 1, 1330 Fornebu



KISQALI® er den eneste CDK4/6-hemmer som har vist signifikant overlevelsesgevinst i 3 av 3 fase III-studier^{1,2,3}

KISQALI® er indisert for behandling av kvinner med HR+, HER2-lokalavansert eller metastatisk brystkreft sammen med aromatasehemmer eller fulvestrant, som innledende endokrinbasert behandling, eller hos kvinner som tidligere har fått endokrin behandling.⁴

Hos pre- eller perimenopausale kvinner skal endokrin behandling kombineres med en luteiniserende hormonfrigjørende hormon (LHRH)-agonist.⁴

Kisqali har vist >12 måneder forlenget overlevelse sammenlignet letrozol alene^{3*,**}

63,9 måneder

Ribosiklib + letrozol (n = 334)

Median OS

(95 % KI: 52,4–71,0)

51,4 måneder

Placebo + letrozol (n = 334)

Median OS

(95 % KI: 47,2–59,7)

HR = 0,76 (95 % KI: 0,63–0,93); p = 0,008. Antall hendelser Kisqali: 181, placebo: 219

*OS var sekundært endepunkt

**MONALEESA-2 er en fase III-studie på postmenopausale kvinner med HR+/HER2- brystkreft.

Studien sammenlignet Kisqali kombinert med letrozol mot letrozol alene. Studiens primære endepunkt, median progresjonsfri overlevelse (PFS) var 25,3 måneder ved Kisqali, mot 16,0 måneder ved letrozol alene.

Anbefalt dose er 600 mg daglig i 21 påfølgende dager etterfulgt av 7 dager uten behandling. Ved behov for dosereduksjon, se anbefalte retningslinjer for dosereduksjon som er listet opp i SPC tabell 1.⁴ De vanligste bivirkningene av grad 3/4 var nøyтроpeni, leukopeni, unormale leverfunksjons-tester, lymfopeni, infeksjoner, ryggsmertor, anemi, fatigue, hypofosfatemi og oppkast.⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kisqali er kontraindisert ved overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.⁴ Kisqali bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTC-forlengelse.⁴ Kisqali metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4 og dosereduksjoner kan være aktuelt.⁴ Behandlingen med Kisqali krever monitorering under de første behandlingssyklusene.⁴ Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig.⁴ Kan tas med eller uten mat.⁴

Pakninger og priser: 21 stk. (blister) 17 685,50. 42 stk. (blister) 35 336,10. 63 stk. (blister) 52 986,60.

Refusjon: H-resept: L01E F02_1 Ribosiklib

1. Im S-A Lu, Bardia A, et al, Overall survival with ribociclib plus endocrine therapy in breast cancer. *N Engl J Med* 2019; 381: 307-16. 2. Slamon DJ, Neven P, Chia S et al. Overall survival with ribociclib plus fulvestrant in advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1911149. 3. *N Engl J Med* 2022;386:942-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663. 4. Kisqali SPC



Ta gjerne kontakt med oss i Novartis om du ønsker mer informasjon om Kisqali, eller besøk www.felleskatalogen.no

Noen steder i verden er man ekstra avhengig av private tjenester og at familier stiller opp

– Demens fins i alle deler av verden. Mest der de blir gamle nok til å få det, sier Geir Selbæk, forsknings-sjef på Nasjonalt senter for aldring og helse.

– Korrigerer man for det, er forekomsten relativt lik.

– *Men helsehjelpen er langt fra lik?*

– Det ene er hvor mye familiene gjør og hvor mye det offentlige bidrar med. Her skiller nok Nord-Europa seg ut fra resten av verden. Norge og Skandinavia ellers har et godt utbygd helsevesen.

– Andre steder er man mer

avhengig av private tjenester eller av at familier stiller opp. Det er store forskjeller fra land til land.

Det samme gjelder tilgang til diagnostiske hjelpemidler, påpeker han:

– Presise diagnoser er vanskelig å stille i fattige land. Noe man kan bare drømme om i store deler av Afrika.

Selbæk legger til:

– Det blir også interessant hvordan blodprøver kan hjelpe oss for å stille diagnoser. Blodprøver er lettere å gjøre tilgjengelig enn dagens

metoder. Og det vil i fremtiden bli billigere.

– Et annet poeng er at medisiner er noe enkelte har tilgang til, andre ikke.

– *Demenssykdom er vel også tabu i ulik grad?*

– Ja, både kultur og utdanning påvirker i hvor stor grad demens er tabubelagt. Det er jo til en viss grad tabu i Norge også. Selv om dette har bedret seg mye de siste årene, sier forskningssjefen. *Tekst: Marit Fonn*

FAGARTIKKEL:

Pårørende bærer hovedbyrden i demensomsorgen



Mange pårørende utsettes for langvarig stress og sosial isolasjon når de gir omsorg til en person med demens.

Omtrent 60 prosent av personer med demens bor hjemme og får hjelp av sine pårørende. Pårørende er ofte familiemedlemmer, som ektefeller, voksne barn eller barnebarn. Mange ønsker at den som har demens, skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Pårørende står for omtrent halvparten av dagens helse- og omsorgstjenester, og de er bærebjelken i demensomsorgen. Hjemmesykepleien er ofte avhengig av hjelpen de gir.

Den omfattende omsorgsbelastningen kan ha negative konsekvenser for deres fysiske, psykiske og sosiale helse.

Sykepleiere kan hjelpe pårørende ved å gi støtte, informasjon og veiledning og ved å legge til rette for avlastning. Det kan gi bedre helse og livskvalitet for både de pårørende og den som har demens.

I den første tiden av demenssykdommen bruker pårørende i gjennomsnitt 60–85 timer i måneden på å gi omsorg. Senere i sykdomsforløpet øker dette til rundt 160 timer i måneden, noe som tilsvarer mer enn en normal arbeidsuke.

Den store belastningen kan være ekstra krevende for eldre pårørende, mens yngre pårørende ofte må kombinere omsorgsoppgavene med jobb og ansvar for egen familie.

Dette er et utdrag fra fagartikkelen «Pårørende bærer hovedbyrden i demensomsorgen» av Anita Nytræ Halland. Artikkelen ble publisert på sykepleien.no i september.

LES HELE HER:



Mistanke om demens – husk hukommelsesteamet!

Helsepersonell kan ta kontakt med fastlegen eller hukommelsesteamet hvis der er mistanke om demens hos en pasient.

Peter Bekkhus-Wetterberg er overlege ved Hukommelsesklinikk på OUS. Han nevner blant annet disse grunnene til at diagnose er viktig:

- Større sjanse for riktig behandling
- Sosial forståelse – årsaken til endret atferd og vrangforestillinger kan lettere bli akseptert, og konflikter kan unngås i arbeidslivet eller i relasjoner
- Sikkerhet: Demens gir økt risiko for akutt delirium. Trafikkulykker forekommer dobbelt så ofte. Økt risiko for ulykker i hjemmet.
- Økonomien blir vanskeligere å følge opp.
- På sykehjem kan diagnosen gi bedre oppfølging og planlegging.

TEAMENE BØR HA SYKEPLEIER OG ERGOTERAPEUT

Helsedirektoratet anbefaler sterkt at kommuner har hukommelsesteam, men de *må* ikke. Direktoratet anbefaler at:

*Teamet bør bistå lege under demensutredning, sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose og sikre ett fast kontaktpunkt i kommunen videre i sykdomsforløpet.

*Det er en fordel om teamet minst består av sykepleier og ergoterapeut med bred kompetanse om demens, og helst også lege.

FLERE OG FLERE UTVIKLER DEMENS

29 000 norske personer utviklet demens i 2023, ifølge ny studie.

I 2050 kan tallet ha økt til 56 000.

Det er tre ganger høyere enn tidligere anslått.

HVOR MANGE HAR DEMENS?

Det finnes over 115 000 nordmenn med demens (2025). Ettersom vi lever lenger enn før, vil flere utvikle sykdommen.

I 2050 antar vi at 224 000 nordmenn vil ha demens.

Kilde: Nasjonalt senter for aldring og Helse

VIL MANGLE HELSEPERSONELL

I 2040 vil det mangle 30 000 sykepleiere og 24 000 helsefagarbeidere i Norge.

Kilde: NAVs omverdensanalyse 2023–2035

VARIERER HVOR MYE TID HUKOMMELSETEAMENE HAR TIL PASIENTENE

88 prosent av kommunene har hukommelsesteam, viser en nasjonal kartlegging fra 2022.

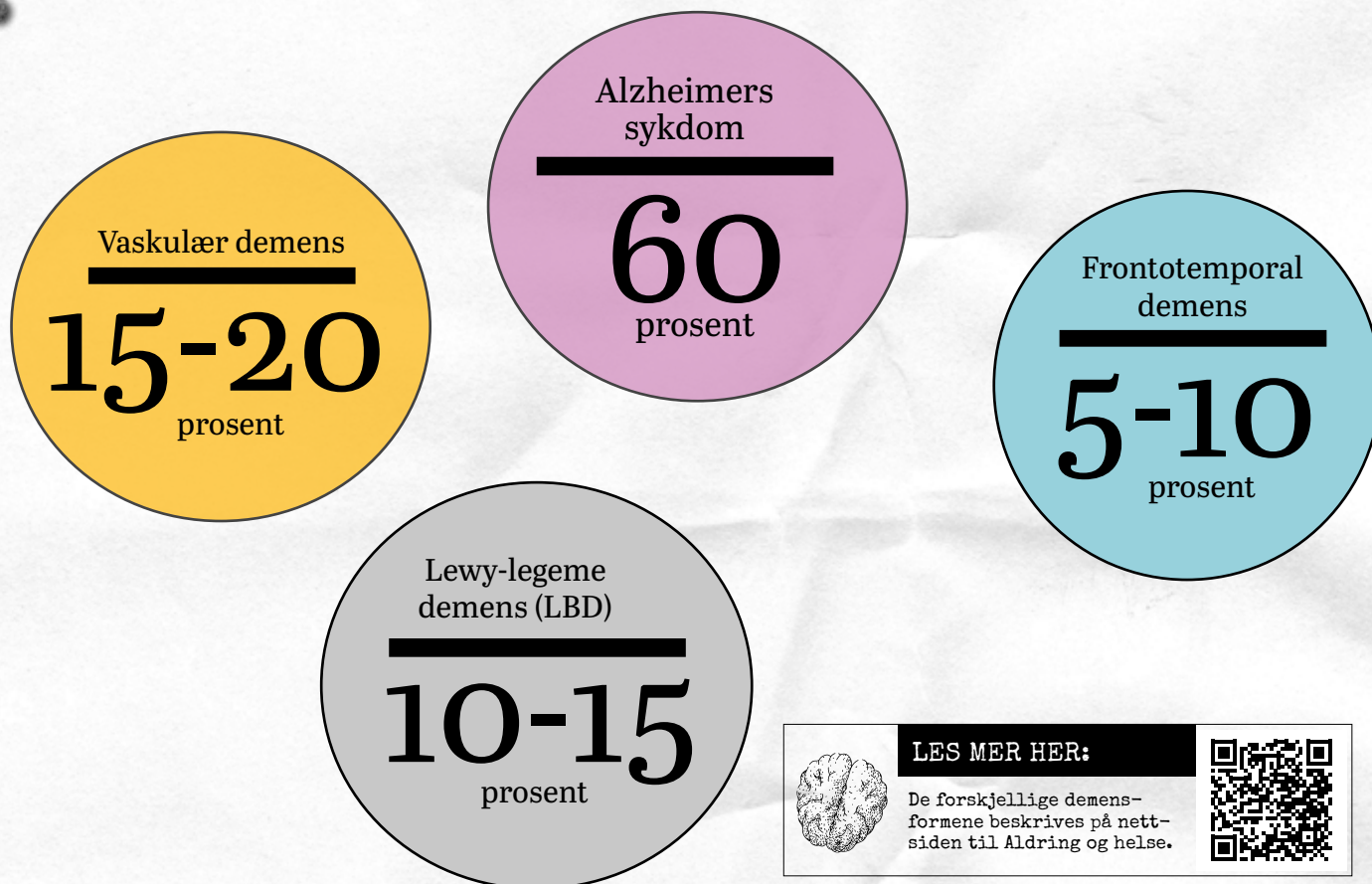
81 prosent av disse oppga at det var mer enn en ressursperson i teamet, altså er det et team og ikke kun en demenskoordinator eller liknende.

I 68 prosent av kommunene som hadde team, var det fast avsatt tid til arbeidet.

Kilde: Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst, Aldring og helse

DE VANLIGSTE DEMENSSYKDOMMENE

Andelen av pasienter med demens for de vanligste formene:



LES MER HER:

De forskjellige demensformene beskrives på nettsiden til Aldring og helse.



Veiviser om demens

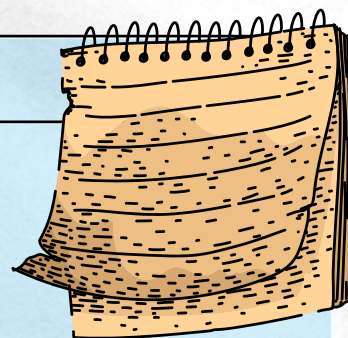
Helsepersonell er i målgruppen for veiviseren om demens. Den fins på nettsiden til Nasjonalt senter for aldring og helse.

Her får du tips om:

- hvordan organisere tjenester
- aktuelle tiltak i de ulike fasene av demenssykdommen

Veiviseren er delt inn i disse temaene:

- mistanke
- utredning og diagnose
- selvstendig med støtte
- hjemme med tjenester
- heldøgnsomsorg
- omsorg ved livets slutt



Kilde:
<https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/>

LES HELE HER:

Veiviseren





Spar tid og penger med bruksklare wipes

Det er en rekke fordeler ved å bruke wipes når overflater skal desinfiseres, enten det er større flater eller mindre kontaktpunkter.

- **Spar tid:** Ta en våtserviett fra pakken og desinfiser overflaten umiddelbart.
- **Forenkle arbeidet:** Wipes er praktiske for spontane behov, samtidig som de er velegnet for en rekke ulike situasjoner og bruksområder.
- **Sikre riktig dosering:** Med ferdig fuktete wipes blir desinfeksjonen jevnt fordelt på overflaten og sikrer god effekt.
- **Spar kostnader:** Man bruker mindre desinfeksjonsmiddel med bruksklare wipes, sammenlignet med bruk av flytende desinfeksjon og tørkepapir.

Ta kontakt eller se våre websider kiilto.no for mer informasjon. Vi tilbyr wipes både med og uten alkohol for bruk på ulike typer overflater. Alle produktene har dokumentert, god effekt mot bakterier, ulike virus og gjærsopp.

SLIK JOBBER VI

Side | 26.

Økern, Oslo:
De er i et fellesskap.
Men vet ikke hvor de er

Side | 58.

Vaksdal, Vestland:
Roligere netter
med elektroniske
sengematter

Side | 42.

Fana, Bergen:
Slik jobber
demensarbeidslaget

Side | 52.

Tønsberg:
Lars glemmer demensen
på fotballbanen

Les sakene
på de neste
sidene



De er i et fellesskap. Men vet ikke hvor de er

Alle pasientene trenger ekstra mye skjerming.
Slik er en vakt på ekstra forsterket avdeling.



«Kjell» tar seg en kort pause
før han vandrer videre. Han
har mye å fikse.

ØKERN I OSLO (Sykepleien):

Det er mandag og morgenmøte. De nye på vakt får vite at «Jostein» er blitt akutt syk og er satt på lindrende behandling.

Siden sykepleier Marius Albrechtsen har jobbet helg, vet han det allerede.

Jostein har astma, og legevaktlegen mistenker lungebetennelse.

Her på Økernhjemmet bor personer med demens som trenger stor grad av skjerming.

Selv om de er her på grunn av hjernesykdommen, har pasientene også fysiske plager og sykdommer. Men ikke alle klarer å uttrykke hvor de har vondt.

Alle pasientene i reportasjen har fiktive navn. Pårørende har godkjent at pasientene er avbildet.

KJELL HAR MYE HAN SKAL FIKSE

Møtet er over, og Marius Albrechtsen taster koden for å komme seg inn til en av bogruppene på avdeling øst. Han lukker døren godt etter seg.

De låste pasientrommene er merket med fornavn og etternavn. Store bokstaver, svart på hvitt.

Pasientene har egne magnetarmbånd som kun åpner døren til deres eget rom.

Først vil Albrechtsen sjekke hvordan det står til med Jostein. På veien treffer han «Kjell».

– Hallo kamerat, smiler han og tar Kjell lett på skulderen.

Kjell stopper så vidt opp. Han har hatt eget firma og har mye han skal fikse. Han har det i blodet.

Jostein dør i sengen.

– Hei, min venn. Hvordan går det? spør Albrechtsen.

Jostein svarer ikke. Sykepleieren småprater mens han tar temp og lytter på respirasjonen. Forteller ham at sønnen hans var på besøk i går.

– Å, du gode Jostein! sier sykepleieren.

Det rykker i munnavikene til Jostein. Albrechtsen blir glad. Han er sikker på at det er et smil.

Han går til medisinerommet for å finne morfin i tilfelle Jostein blir urolig. Han tar den med til medisintrallen.

BORDBEIN BRUKT SOM VÅPEN

Fellesarealene er ganske ribbet for løse deler. Noen

ØKERNHJEMMET:

Har 55 plasser for personer med demens som trenger stor grad av skjerming.

Alle plassene er forsterket eller ekstra forsterket.

På avdeling Øst er det nå 15 forsterkede plasser, 13 er ekstra forsterket.

Pasientene her har all slags demens: Alzheimer, frontal-lapdemens, alkoholdemens

Atferdsavvik kan være vandring, utagering, verbal og motorisk uro.

stoler og lave bord er plassert langs veggene.

På avdelingen har vasker blitt røsket løs og kles-skap blitt revet ned av geskjeftige pasienter. Bord-bein har blitt brukt som våpen.

Før hadde de ofte blomster her. Men etter at en pasient prøvde å stikke ansatte med stilken, unngår de blomster med hard stilk.

Dagslyset siver ned fra vinduene høyt oppe under taket og fra vinduet ut mot hagen. Når det er pasienter i fellesmiljøet, skal det alltid være minst en ansatt til stede.

Nå er det bare Kjell som vandrer rundt. Stadig bøyer han seg ned på alle fire – og opp igjen. Går videre.

De repeterende bevegelsene skyldes kanskje at



- Jeg startet å
arbeide i demens-
omsorgen i Bergen
da jeg var 17 år.
Der ble jeg også
helsefagarbeider.

MARIUS ALBRECHTSEN

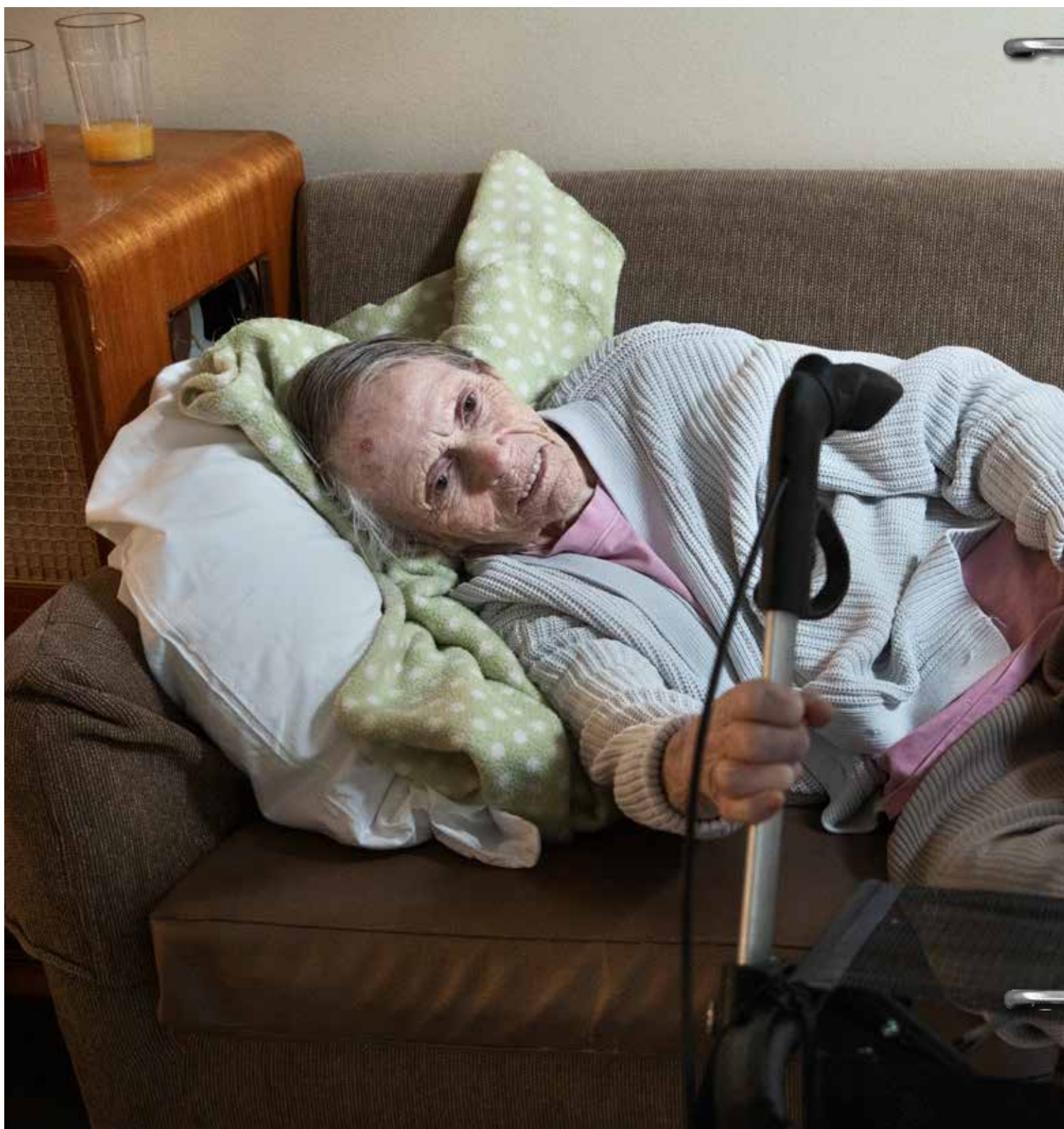
Alder: 24 år

Jobber: På ekstra forsterket skjermet
demensenhet på Økernhjemmet

Utdanning: Ble sykepleier i 2023
(Lovisenberg Diakonale Høgskole i Oslo)



| Dagen begynte med smerter og irritabilitet. Nå har «Liv» fått både smertestillende og mat. Og hjelp med stell.





han er sliten i ryggen. En feilstilling er antakelig en bivirkning av antipsykotika.

VIL FJERNE UNYTTIGE MEDISINER

Legen her ønsker å fjerne unyttige medisiner fra pasientene.

Marius Albrechtsen forteller at de stadig ser at personer med demens blir neddopet med antipsykotika:

- Ofte fordi de stedene de kommer fra, ikke har kompetanse eller ressurser til å ivareta dem.

For de fleste har antipsykotika overveiende negativ effekt, opplever han.

- Bivirkningene av antipsykotika er mer alvorlige for dem med demens enn for andre voksne, sier han.

HVORFOR ER LIV SINT?

Mange av pasientene liker å flytte på inventaret.

- For dem er det helt rasjonelt det de driver med. Det er naturlig for dem. Så får vi heller rydde opp etterpå, sier sykepleieren.

«Liv», iført nattkjole, er på farten med rullatoren sin.

- For faen! sier hun innbitt.

- Ikke helt dagen i dag, kommenterer Albrechtsen blidt.

Har hun smerter? Angst?

Senere treffer vi henne velkledd og blid mens hun slapper av på en benk. Kanskje medisinen har virket. Eller hun har fått spist.

SPYTTER UT TABLETTER

Vandrende Kjell prøver seg på døren til «Per». Men den er jo låst. Han går fredsommelig videre. Kjell kommer seg heller ikke inn på eget rom uten hjelp, for magnetarmbåndet har han fjernet.

Marius Albrechtsen finner frem medisin til ham. Fyller den i et lite plastbeger. Han følger etter Kjell, som ikke er uvillig, men heller ikke i ro. Etter mange skritt og to slurker er begeret tomt.

Her er smerteplaster og flytende medisin en fordel. Pasientene vet ofte ikke hva de skal gjøre med tabletten og spytter den derfor ut eller tygger den.

«DA VIL JEG HELLER DØ»

Inne på rommet har Per nettopp våknet. Vil



han møte journalisten nå? Per er positiv, men vil vente litt, for han er fortsatt «litt lettkledd».

Like utenfor døren hans sitter «Lasse». Han forteller til helsefagarbeideren ved sin side at han liker å holde hånd. Det gir en trygghet.

– Så lenge jeg vet at du er her, er det bra, sier han til henne.

Samtidig er han nervøs, for det er noe med en plan han grubler på.

– Jeg håper den ikke går i oppfyllelse, for da vil jeg heller dø.

Noe har satt seg fast i tennene hans. Han lurar på om pleieren kan fjerne det. Hun vil ikke bruke fingrene og foreslår tannkost. Men han vil ha det vekk straks.

– Jeg skal finne en tannpirker, sier hun.

Det syns han er ok. Men hvorfor kommer hun ikke tilbake med en gang? Han roper at han ikke vil være alene.

Men så kommer hun.

– Vær så god, vennen min, sier hun og gir ham tannpirkeren.

«WE WERE HAPPY TOGETHER»

Per er nå klar for frokost på sin faste plass på spiserommet. Han får cola til brødiskivene sine, slik han pleier.

– Jeg liker utsikten. Her har jeg sittet i flere tiår, forteller Per, som kom hit for to måneder siden.

Han observerer at både sykepleieren og journalisten er bergensere. Selv er han østlending. Han slår over på klingende bergensk før han går tilbake til morsmålet igjen.

– Jeg har seilbåt, vet du, opplyser han.

– Havgående. Dronning Sonja sa at «Pers båt er den ryddigste på Bygdøy», sier Per.

– Du må være sprek?

– Ja, jeg fyker opp i masten, jeg. Og fører logger.

Han forteller om jordomseiling og at han ble kalt Putte som gutt.

– Husker du årstallet du er født?

– 1944. Neunzehnvierundvierzig.

I albumet hans er det bilder av folk, båter og den irske setteren Jeanette.

– I felt like married to her. We were happy together, sier han og mimrer om flotte skiturer til fjells sammen med sin favoritt.

VANSKELIG Å FJERNE LASSES URO

Legevisitten har startet. Mesteparten av tiden brukes foran pc-en. Lege Anna Hegnar spør og lytter til sykepleier Albrechtsen sine observasjoner. Hva med Jostein, nærmer det seg døden? De konkluderer med at han er preterminal.

De snakker så om Lassess nedstemthet og uro.

– Hadde besøket av pårørende effekt på humøret? lurur legen.

– Lite. Men han hadde glede av musikk en dag og



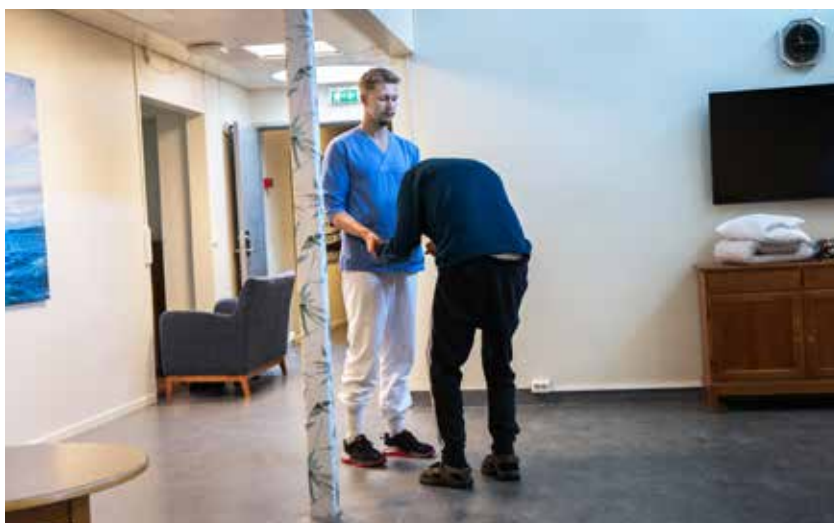
Sykepleier Marius Albrechtsen hører en liten humring. Et tegn på at «Jostein» fortsatt er der.



Noen ganger må det skapes fysiske barrierer for å hindre utagering.

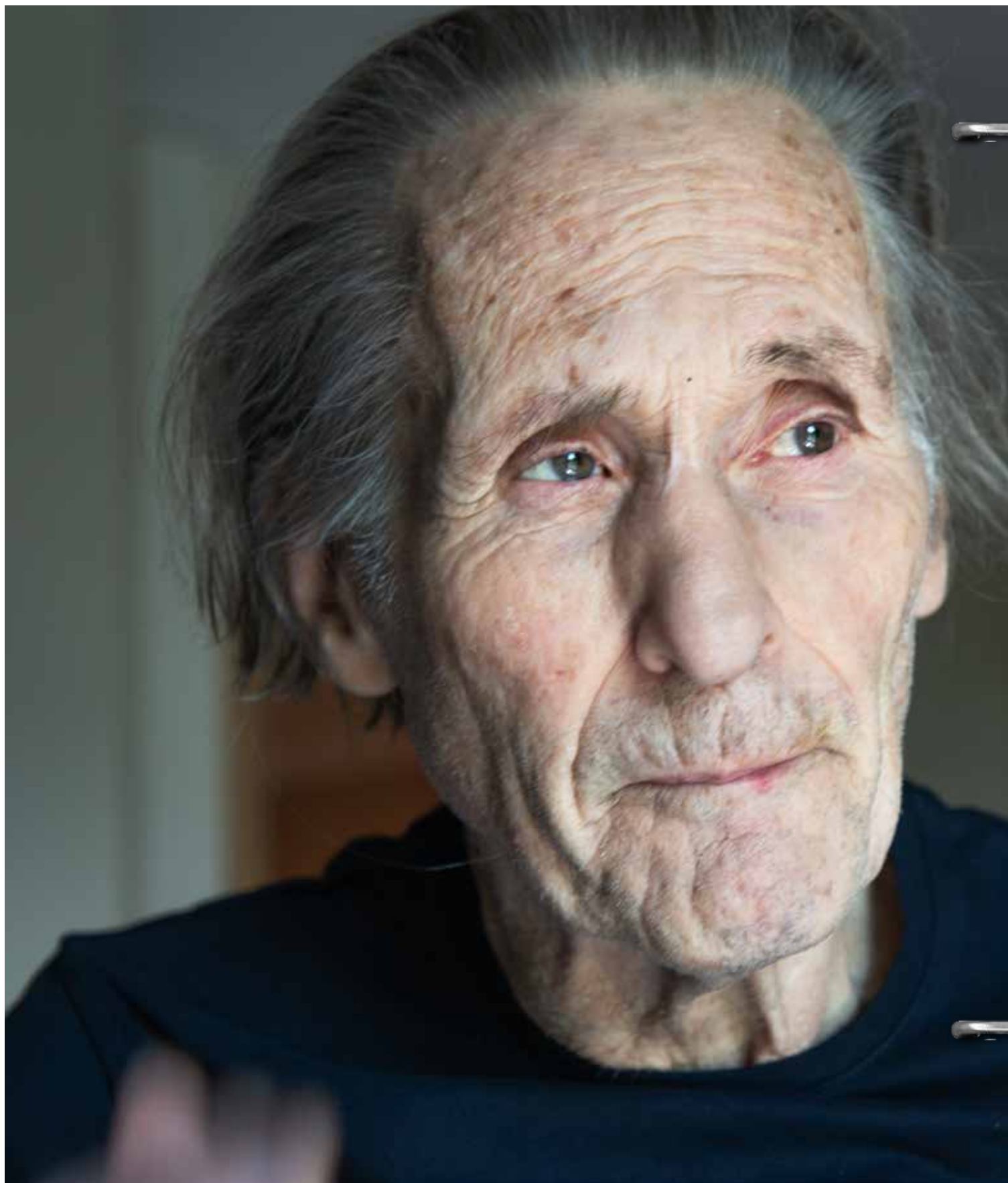


Hun har ikke lenger ord. Men hun kan nynne alle slags sanger.



- Kjærlighet er sentrum i all demensomsorg, sier Marius Albrechtsen. Han viser til Kitwoods demensblomst.







«Jeg liker
utsikten.
Her har jeg
sittet i
flere tiår.»

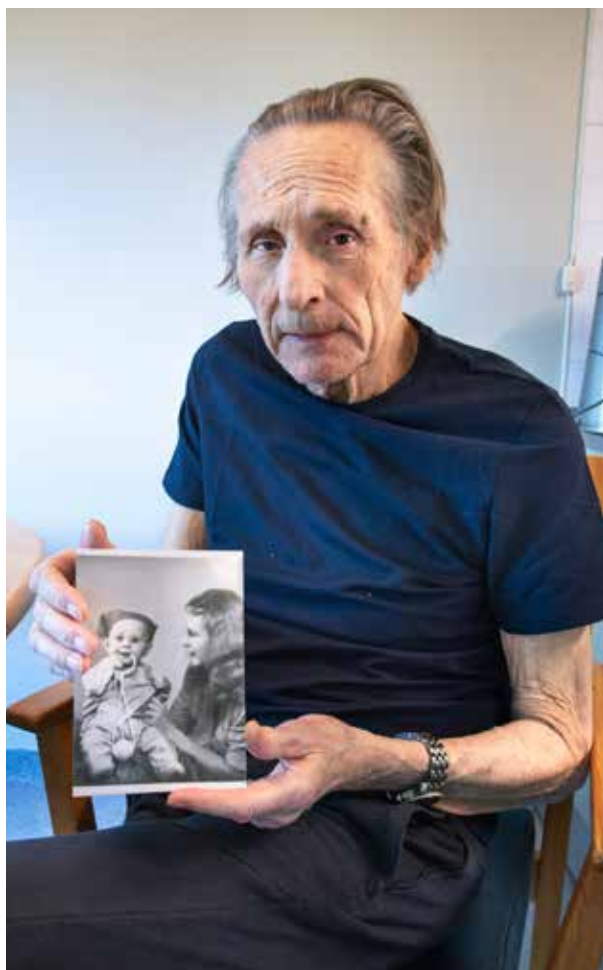
«PER»



«Det er ikke alt vi får medisinerert bort. Vi må huske at de er her for en grunn.»

LEGE ANNA HEGNAR

Jeg ble kalt Putte som gutt, forteller «Per». Her på bilde med mor.



slappet av en stund, svarer Albrechtsen.

Det hender at personalet prøver og feiler flere titalls ganger før de finner tiltak som fungerer. Men for Lasse er det ikke sikkert de finner noe som kan fjerne all uroen.

– Hva som er riktig eller feil behandling, er ikke entydig innen demensomsorg, forklarer Albrechtsen.

Han tror at i løpet av et døgn har Lasse to-tre positive timer.

– Vi har så lyst til å hjelpe og blir frustrerte når vi ikke finner noen løsning.

Legen spør om andre tiltak for trygghets-søkende Lasse har hatt effekt.

– Jeg tenker da på *dere*, presiserer hun.

– Det hjelper på trykket at vi gjennom vakten rullerer på å ha den tryggende rollen med ham, bekrefter Marius Albrechtsen.

Lege Anna: – Det er ikke alt vi får medisinerert bort. Vi må huske at de er her av en grunn.

Sykepleier Marius: – Vi må godta at det er sånn. Vi må bare stå i det.

HALLUSINERER OG ROMSTERER PÅ ROMMET

Hva så med «Haldis», som hadde et fall i helgen? Hun har også tilbakevendende urinveisinfeksjoner, men de får ikke tatt urinprøver av henne. Haldis klarer heller ikke å innta legemidler.

– Uttrykker hun smerte? lurer legen.

– Ja, i knærne, men det ser ikke ut til at det hemmer henne, sier sykepleieren.

Haldis hallusinerer og romsterer med tingene på rommet. Hun har nedsatt balanse, men vil ikke bruke hoftebeskytter. Hun tar den av hele tiden.

– Hun kommer til å falle igjen. Vi får ikke gjort noe med det. Dessverre, sier legen.

«HALLO! JEG MÅ HA HJELP!»

Per er ferdig med frokosten og har satt seg ut i fellesrommet. Humøret er endret. Han lager boksebevegelser mot Kjell, som er like ved.

Kjell ignorerer ham.

På den andre siden av rommet sitter Lasse.

– Hallo! Jeg skal på do! Jeg må ha hjelp! roper han.

– Hallo! brøler Per tilbake.

Lasse holder på sitt:

– Er det noen som kan hjelpe meg på do?



Avdelingsleder Navneet Sharma hilser på «Kjell» som stadig er nede på alle fire.



Marius Albrechtsen bruker mye smil og fysisk kontakt for å roe:
- En klem, og så kan sinnet og irritasjonen være over.



De luftige fellesarealene er ganske ribbet for løse deler.



| Noen liker å holde hånd hele tiden. For andre holder med med en lett berøring.





«Vi tolker uro og utagering som at det er et behov de ikke klarer å uttrykke.»

SYKEPLEIER MARIUS
ALBRECHTSEN

To pleiere er allerede på alerten. Den ene tar Per til spiserommet, den andre går til Lasse.

Sykepleier Marius Albrechtsen kommer også til.

– Det er ekstremt vanskelig å få hjelp her, proklamerer Lasse.

Han vil fortsatt på do.

Marius: – Men du har vært ti ganger på toalettet. Det høres ut som du ikke har fått tømt deg. Jeg kan kanskje hjelpe deg. Du kan få olje for magen.

Lasse: – Hvis du har noe som hjelper, tar jeg imot med takk. Når jeg ikke får hjelp, gjør jeg fra meg i hjørnet. Det er noe griseri.

– Det er det som kalles lakserende, forklarer Albrechtsen mens de går for å finne oljen.

– Det viktigste er jo at du har det greit, sier han.

KLARER IKKE Å UTTRYKKE BEHOV

Per er igjen ute av spiserommet.

– Skal vi sette oss litt? foreslår sykepleieren.

– Nei, vi skal ikke det! sier Per ampert.

Han blir likevel med tilbake til spisebordet. Per forteller at han har smerter, og at han må tisse.

Albrechtsen forklarer:

– Vi menn har en prostata ...

Per vil heller fortelle om noe «helt jævlig» som skjedde ham i kjelleren for 16 timer siden. Han ble angrepet av mange personer, mener han.

Men Albrechtsen vil vite mer om smertene hans. Per, som har kateter, viser hvor han har vondt.

– I tissen? Penis? spør Albrechtsen.

– Ja, penis.

Sykepleier Albrechtsen tar Per med til





De fleste pasientene har få eller ingen ord å uttrykke seg med. Det blir mye tolkning av kroppsspråk. – Vi blir mestere i å forstå dem som er uten verbalt språk, sier Marius Albrechtsen.

«Med en gang hun viser motstand, stopper vi. Så går vi over til tvangsstell.»

SYKEPLEIER MARIUS ALBRECHTSEN

rommet hans så de kan sjekke penisen.

– Det var en knekk i kateterslangen, bekrefter han etterpå.

Uro kommer som oftest av ubehag et sted:

– Vi tolker uro og utagering som at det er et behov de ikke klarer å uttrykke. Vi prøver å finne ut hva behovet er og dekke dette. Da opphører gjerne uroen.

Noen er det vanskelig å hjelpe. Marius Albrechtsen vet om tre som sammen med pårørende har søkt om aktiv dødshjelp i utlandet.

– Alle har fått avslag. Kanskje fordi de var for langt i demensforløpet.

MANGLER ORD, MEN KAN NYNNE

Etterpå treffer vi «Berit» som ikke lenger har ord. Men hun kan nynne alle slags sanger. Favoritten er Elvis-låten *Jailhouse Rock*. Når Marius Albrechtsen stemmer i, gliser Berit og tramper takten mens hun synger med.

Vi kikker innom Haldis på rommet. En stund er hun blid og kosete. Så begynner hun å kjeft. Prøver å spytte på sykepleieren, men han er forberedt og styrer unna. Journalisten får kosedyret hennes kastet på seg.

– Der kom det, kommenterer Albrechtsen.

– Noen ganger tåler hun bare fem til ti minutter med kontakt før hun blir overstimulert.

Haldis har uttalte hallusinasjoner og vrangforestillinger.

– Hvis hun forteller om en negativ hendelse, kan hun leve seg så inn i historien at *jeg* blir den kjipe. Overgangen fra å være en «engel» til en «kjeltring» er kort. Og det skjer fort, forteller Marius.

– VI PRØVER ALLTID FØRST UTEN TVANG

En av pasientene nekter hjelp til stell. På hver vakt vurderer de tvangsstell.

Tvang benyttes under stell nedentil når pasienten har blitt gående med urin eller avføring over lengre tid. Dette kan føre til infeksjoner og dermed utgjøre fare for liv og helse.

– Vi gjør det kun hvis hun er tilgriset med avføring eller urin.

Det foregår slik:

Tre pleiere går inn i stell. To holder hver sin arm i terapeutisk grep. Den ene har kommuniserende rolle og forklarer trinnvis hva som skjer. Den tredje pleieren vasker så effektivt og skånsomt som mulig.

Det er over etter to-tre minutter.

Uten tvang er risikoen for utagering stor, og det kan være farlig for pleieren.

– Vi prøver alltid først uten tvang. Men med en gang hun viser motstand, stopper vi. Så går vi over til tvangsstell.

– *Det er en liten dame det er snakk om?*

– Ja. Med eksplosivt sinne, sier Albrechtsen.

– Når hun slipper å ha urin og avføring i bleien, blir hun mindre urolig. Selv om vi utøver tvang oftere enn før, får hun bedre livskvalitet. Det ser vi. Hun har ofte glemt stellet etter et par minutter og smiler igjen.

– NOEN TRENGER EN GOD KLEM

Lasse har omsider fått gått ordentlig på do. Per vil slappe av på rommet. Kjell har fått seg noen hønneblunder i en stol her og en stol der.

Mens sykepleier Albrechtsen går for å skrive rapport, kommer fysioterapeut Håkon Stensrud. Han finner ut at Kjell har mer vondt i høyre enn i venstre side.

– Vanligvis mener vi at all bevegelse er bra. Men noen går til de stupet. Det kan bli for mye av det gode. De trenger hjelp med å finne roen.

Smerter skyldes ofte udekkede behov, bekrefter fysioterapeuten. For eksempel mangel på smertelindring eller mangel på søvn.

Eller mangel på kjærlighet:

– Noen har behov for kroppskontakt. Noen trenger en god klem, sier fysioterapeuten. ●

ETTERORD:

Jostein døde et par uker etter at Sykepleien var på Økernhemmet. De etterlatte har godkjent bruk av bildet av ham. Kjell får ikke lenger antipsykotika. Han går mer oppreist og uttrykker mer følelser. For Lasse har de ikke funnet noe som hjelper.

Demensarbeidslaget: – Vi må møte dem med et smil





- Vi må se snille ut når vi går over dørstokken. De leser oss som en åpen bok, sier hjemmesykepleier Gro Austrheim Hove. Hun er del av et unikt tilbud i Bergen.



Demensarbeidslaget

- Fana hjemmesykepleie startet opp med eget demensteam høsten 2014. Senere ble også Ytrebygda bydel inkludert i teamet.
- Består av fire sykepleiere og tolv helsefagarbeidere.
- Går kun til pasienter som har kognitiv svikt og demens på et nivå der sykdommen er vanskelig for dem.
- Sykepleierne koordinerer og har medikamentansvar. Fagarbeiderne er mest ute hos pasientene.
- Sykepleierne veileder også de andre gruppene i hjemmesykepleien.
- Er det eneste i sitt slag i Bergen kommune.

UNIKT TEAM: De går kun til brukere med demens. Sykepleierne i laget: Fra venstre Angelie Moore, Gro Austrheim Hove og Ellen Anna Dalsbø. Foran: Margrethe Nordvik Kytiri. Vilde Rinke var ikke til stede denne dagen. Ellen Anna Dalsbø har siden sluttet i teamet.



«Det er så viktig at vi kjenner brukerens historie. Yrke, barn og så videre.» HJEMMESYKEPLEIER ANGELIE MOORE

BERGEN (Sykepleien):

Det er mandag morgen i Fana, og hjemmesykepleiens gruppekontor fylles. Bydelen i Bergen har et unikt tilbud: Demensarbeidslaget.

I ti år har de holdt det gående.

– Alle i laget brenner for disse brukerne, sier sykepleier Gro Austrheim Hove.

Tidligere ble hjemmesykepleien ofte avvist på dørstokken av brukere med demens: «Nei takk, jeg trenger ikke dusj.»

Noe måtte gjøres.

KAN MØTE MOTSTAND OG SKEPSIS

Ikke alle brukere har innsikt i at de trenger hjelp, forteller sykepleierne som nå er samlet. Men møter de motstand og skepsis, har de sine triks.

De er enige om at det beste er at de med demens kan bo hjemme så lenge som mulig. Men da må hjemmesykepleien komme til.

– Er det vanskelig å få innpass hos noen, da er vi på banen, sier Hove.

Rammer demensen de yngre, er det ekstra viktig å være tidlig ute.

– Hva er yngre i denne sammenhengen?

– Starten av 50-årene.



ENDRING? Angelie Moore er spent på hvordan det går med 63-åringen hun skal hjem til. Vil hun oppdage endringer?

Angelie Moore er en av sykepleierne i teamet. Nå plukker hun opp sekken, finner bilnøkkelen og strener mot parkeringsplassen.

Pasienten hun skal besøke fikk alzheimer-diagnosen i 2022. Da var han 61 år.

Moore er spent. Det er flere uker siden Moore var hos ham sist. Sykepleierne ser særlig etter endringer i pasientens tilstand. Men de steller også sår og setter sprøyter når det trengs.

HUKOMMELSEN SVIKTER

Geir Anton Johansen (63) slipper oss vennlig inn i rekkehuset. Setter støvsugeren han har holdt på



GODT KJENT: Geir Anton Johansen husker ikke helt hvor mange barn han har. Men det gjør Angelie Moore.

PÅ STELL: Medisindispenser gjør livet enklere. Angelie Moore dokumenterer at her er det orden.



med, inn i kottet.

Konen har dratt på jobb, og snart skal Johansen hentes med fellestransport som tar ham med til aktivitetssenteret. Der er han hver ukedag.

Vi slår oss ned i den ryddige stuen.

– En stund siden nå. Går det på det jevne? lurer Moore.

– Ja, det jevne. Det er ikke så bra, meddeler Johansen.

– Noe spesielt som er endret?

– Ja, det med hukommelsen. Den er ikke helt fast. Det forsvinner litt og litt. Det er en kjedereaksjon, sier den tidligere fysikkprofessoren.

Han har fortsatt et stort nettverk.



KOORDINERER: Pårørende, fastlegene, vurderingskontoret, sykehjemmene ... Mange etterspør svar. Angelie Moore (t.v.) og Gro Austrheim Hove både skriver og snakker.

– Det er utrolig varmenne når noen spør hvordan det går. Jeg svarer selv om jeg ikke alltid vet. Vi med demens setter pris på å bli spurt.

– Det er forskjellig fra person til person. Noen syns nok det er vanskelig, skyter Moore inn.

SMIL OG AVSTAND

Angelie Moore har satt seg med litt avstand. Har øyekontakt. Hendene samlet i fanget. Smiler mye.

Johansen har vært åpen fra dag én om diagnosen, forteller han.

Journalisten lurar:

– Har du barn?

– Ja, relativt mange.

– Fire, sier Moore.

– Og barnebarn?

– Jeg er nok i den kategorien. Det er ikke måte på, ler Johansen.

Verken han eller Moore har det eksakte tallet.

– For min del var det et sjokk da jeg fikk vite hvilken situasjon jeg var kommet opp i, sier Johansen.

– Det har vært tøft, sier han på gråten.

– Beklager. Jeg er veldig takknemlig. Selv om det er

ille, så er det ikke så ille. Det er vanskelig å forklare. Det er ikke *en-to-tre* så er sykdommen vekk.

– Nei, det er ikke noe man blir frisk av, bekrefter Moore.

Underveis har Moore gitt ham noen tips. Ett av dem er: Ikke være sammen med mange om gangen.

HAN VAR «FIN I TØYET»

Tilbake i bilen:

– Du var veldig rolig? Både i kropp og tale?

– Ja, ro og tid er utrolig viktig for kommunikasjonen, sier Angelie Moore.

Hun er litt irritert på seg selv siden hun ikke husket antallet barnebarn.

– Det er så viktig at vi kjenner brukernes historie: Yrke, barn og så videre.

Moore registrerte at han var «fin i tøyet». Og at medisindispenseren var på stell.

– Du var spent på forhånd?

– Ja, men syns ikke det var noen forandring, egentlig. Han klarte seg bra med ord. Sånt varierer med dagsformen, sier Moore.



DE SER ETTER ØKT FORVIRRING

På kontoret har sykepleierne i demenslaget samlet seg igjen for å snakke med Sykepleien.

– Det er små marginer, bekrefter Margrethe Nordvik Kytiri.

– Vi skanner: Tar de medisinerne? Hvordan er de kledd? Ligger de lenger utpå enn vanlig?

– Hvilke endringer ser dere etter?

– Økt forvirring. Endret atferd. At de ikke har stelt seg. Alt dette kan være tegn på for eksempel urinveisinfeksjon. En liten nyanse – vi legger merke til det, sier Kytiri.

– Det er akkurat det! skyter Gro Austrheim Hove inn.

– Vi må kjenne dem!

Og omvendt: Brukerne må kjenne dem. Derfor har hver sykepleier et primærområde.

– De kjenner oss igjen, selv om de har langtkommen demens, sier Hove, som er spesialsykepleier i geriatri.

ETISK I LUNSJEN

Har det skjedd noe spesielt på hjemmebesøkene, rapporterer de til hverandre.

En gang i måneden har de etikklunsj. Der er selvopplevde hendelser ofte tema.

– Vi jobber mye med å bygge tillit, påpeker Gro Hove.

Det innebærer:

- tett samarbeid med pårørende
- at de forsøker å være pasientens advokat
- Mye handler om å følge opp det vi setter i sving. Og at vi tar oss tid til å bli kjent med brukeren, understreker Hove.

– Hvis noen kommer i noe vanskelig, tar vi det opp i etikklunsjen, sier Angelie Moore.

Hun og Gro Hove er etikkveiledere.

Et eksempel på etikktema: Hvor mange kamper skal de ta når pasienten ikke vil spise?

Avledning kan ofte hjelpe:

– Vi snakker oss inn. Ikke om mat, vi prater om andre ting. For eksempel om personene på bildene på veggen, sier Margrethe Kytiri.

Og vips spiser vedkommende.

De deler sine seire: «I dag fikk jeg fru Olsen til å spise!»

– TVANG ER SISTE UTVEI

Nummer én for demensarbeidslaget er at det skal være forsvarlig i hjemmesituasjonen. Også for pårørende.

– Hvis belastningen er for stor for pårørende, prøver vi å få på plass et bedre tjenestetilbud, sier Hove.

«Kapittel fire a!» Disse tre ordene, som de stadig

gjentar, handler om forsvarlighet. Kapitlet befinner seg i pasient- og brukerrettighetsloven. Det handler om tvang og pasienter uten samtykkekompetanse.

Men av og til må demensteamet gripe inn med tvang. Noen pasienter motsetter seg stell. Eller de nekter å ta medisiner. Noen ganger flyttes pasienter ut fra hjemmet mot sin vilje.

Om tvang i pasient- og brukerrettighetsloven

● Kapittel 4 A handler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

● Formålet med reglene i kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade og forebygge og begrense bruk av tvang.

● Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet.

– Er dette vanskelig? Eller er dere drillet?

– Hvis det er noe som er emosjonelt belastende, så er det akkurat dette, sier Gro Hove.

– Men vi må stå i det, både faglig og emosjonelt. Og vi får god støtte fra hverandre, sier Ellen Anna Dalsbø.

– Tvang er siste utvei. Da må pasientene få bevare integriteten sin. Og verdigheten, sier Hove.

Mange av pasientene er aleneboende.

– Noen har ingen andre enn oss, sier Kytiri.

Særlig da er det viktig å være pasientens støttespiller, påpeker de.

– Men noen ganger er det kanskje pårørende som holder igjen?

– Ja, det ser vi. Da veileder vi, sier Ellen Anna Dalsbø.

– Det kan være vanskelig å gi slipp. Vi har ofte samarbeidsmøter med pårørende alene så de kan snakke fritt, sier Dalsbø.

Da er helsefagarbeiderne, som er mest ute hos pasientene, som regel med.

– Når vi tenker at pasienten ikke bør bo hjemme lenger, begynner vi på den kronglete veien i systemet, sier Hove.

– Noen stikkord for når tiden er der?

Rundt bordet ramses det opp:

- Når pasienten går ut på natten.
- Eller går ut uten klær.
- Når det er fare for brann.

GPS ER FAVORITTEN

Før dette har de gjerne prøvd med velferdsteknologi. Som GPS-sensor på pasienten. Eller sensor på dører, brannforebygging, trygghetsalarm og medisindispenser.

GPS er favoritten.

– Da kan pasienten gå ute på bakken. Med GPS kan de være trygge og frie, sier Margrethe Nordvik Kytiri.

– Andre punkt for når det er tid for institusjon?

– Når de trenger en der hele tiden. Når de har mye angst og hallusinasjoner. Er utrygge.

– Det dreier seg ofte om komplekse behov når vi anbefaler sykehjem. Det går mye på utrygghet og angst. Og ikke minst pårørendes belastning, sier Margrethe Nordvik Kytiri.

Selv vil brukerne ofte være hjemme. De har ikke selvinnsikt: De tror de spiser og har orden i huset. Virkeligheten er motsatt.

– En del pårørende setter stor pris på at det er vi, ikke de, som definerer når nok er nok, sier Kytiri.

Hjemmesykepleiens blå uniformer bidrar til gjenkjennelse.

– Både uniformen og smilet er viktig, sier Gro Hove.

– Vi må se snille ut når vi går over dørstokken. Brukerne tolker fort ansiktsuttrykk, de leser oss som en åpen bok, sier Hove.

Reportasjen har tidligere vært publisert på sykepleien.no. Geir Anton Johansen bor ikke lenger hjemme.

God ledelse er viktig for å lykkes



Det er Kjersti Børhaug som er leder for demensarbeidslaget. Hun lager de daglige arbeidslistene: Hva skal gjøres og hvem skal gjøre det?

Hun heier på lagkultur:

– Alle skal bli hørt, teamarbeid er viktig. Mye ansvar og myndighet til de ansatte er avgjørende for å kunne arbeide selvstendig og forpliktende rettet mot pasienten og pårørende. Vi diskuterer etiske problemstillinger og utveksler erfaringer.

Som leder står hun for kontinuitet og fleksibilitet:

– Å være tett på som leder er viktig. Jeg har alltid en åpen dør. Er det noe, kommer de hit til meg, sier Børhaug.

Sykepleierne liker hennes lederstil.

– Vi har fått dette til fordi vi har en leder som både anerkjenner arbeidet vi gjør, og som selv kan mye om fagfeltet. Og et ønske om å få det til, sier Gro Austrheim Hove.

Sykepleiernes tips for et velfungerende demensteam:

- Forankre ideen hos ledelsen.
- Teamet må ha kunnskap, interesse og engasjement for fagfeltet.
- Å jobbe personsentrert er sentralt.
- Sats på tett samarbeid med pårørende.
- Tenk tverrfaglig.
- Snakk med noen som har gjort det før.

Lederen legger til disse tipsene:

- Sats på tillitsskapende arbeid.
- Ikke start med for mange tiltak på en gang.
- Primärsykepleie er sentralt. Mest mulig fast personell til de enkelte brukerne.
- Ikke ha så mye oppmerksomhet på oppgaven, mer på hva som er viktig for pasienten her og nå. Det er helt essensielt.

MAGISKE STUNDER

OCREVUS SC er innført som førstevalg i MS-anbud fra 1. juni som ny anti-CD20 behandling når rituximab er vurdert uegnet¹

OCREVUS SC - et godt alternativ til kvinner med mulig og sannsynlig fremtidig barneønske²⁻⁴

OCREVUS® er indisert til behandling av voksne pasienter med⁵:

- relapserende former for multippel sklerose (RMS) med aktiv sykdom[#]
- tidlig primær progressiv multippel sklerose (PPMS)^{##}

#definert ved kliniske eller bildediagnostiske funn

##definert ved sykdomsvarighet, grad av funksjonssvikt og bildediagnostiske funn som er karakteristiske for inflammatorisk aktivitet

OCREVUS® SC (okrelizumab) utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon⁶

DOSERING OG ADMINISTRASJON: 920 mg s.c. hver 6. måned. Behandling skal initieres og overvåkes av nevrolog. Se SPC for mer informasjon om premedisinering.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pågående aktiv infeksjon. Alvorlig immunkompromittering. Kjente, aktive maligniteter.

FORSIKTIGHETSREGLER: Injeksjonsreaksjoner og overfølsomhet: Ved 1. injeksjon skal pasienten observeres og ressurser være tilgjengelige for å håndtere alvorlige injeksjonsreaksjoner, overfølsomhetsreaksjoner og anafylaktiske reaksjoner. Infeksjon: Immunstatus bør kontrolleres og HBV-screening utføres før dosering. Legen bør være oppmerksom på tidlige tegn og symptomer på progressiv multifokal leukoencefalopati (PML). For andre forsiktighetsregler som omhandler maligniteter og immunkompromittering, se SPC avsnitt 4.4 for mer informasjon.

FERTILITET, GRAVIDITET OG AMMING: Fertile kvinner må bruke prevensjon under behandling med okrelizumab og i 4 måneder etter den siste administrerte dosen. Okrelizumab kan brukes under amming med oppstart noen dager etter fødsel.

BIVIRKNINGER: De viktigste og hyppigst rapporterte bivirkningene er injeksjonsrelaterte reaksjoner og infeksjoner. For utfyllende informasjon om dosering, bivirkninger, interaksjoner og forsiktighetsregler, se SPC.

PAKNINGER; PRISER OG REFUSJON: 920 mg injeksjonsvæske, oppløsning (hetteglass med 23 ml) koster 143 772,40 kr. C-resept. OCREVUS SC er godkjent av Beslutningsforum (28.04.25). Innføres i MS-anbud fra 1. juni 2025.

Referanser: 1. LIS legemiddelavtaler på MS: <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/multippel-sklerose-ms>. 2. Nasjonal faglig retningslinje MS: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/multippel-sklerose/sykdomsmodulerende-legemiddelbehandling>. 3. Nyhetsbrev 5, 2025. Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for multippel sklerose: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/multippel-sklerose/sykdomsmodulerende-legemiddelbehandling/_/attachment/inline/b65e0602-7c4a-47fa-a74f-d7779d07b788:b519462eb8a23ee5a9385102247750019adb9ee9/Nyhetsbrev%205%202025%20fra%20NKKMS.pdf. 4. OCREVUS SPC, avsnitt 4.6, sist datert 13. februar 2025. 5. OCREVUS SPC, avsnitt 4.1, sist datert 13. februar 2025. 6. OCREVUS SPC, avsnitt 4.2, 4.3, 4.4, 4.6 og 4.8, sist datert 13. februar 2025.

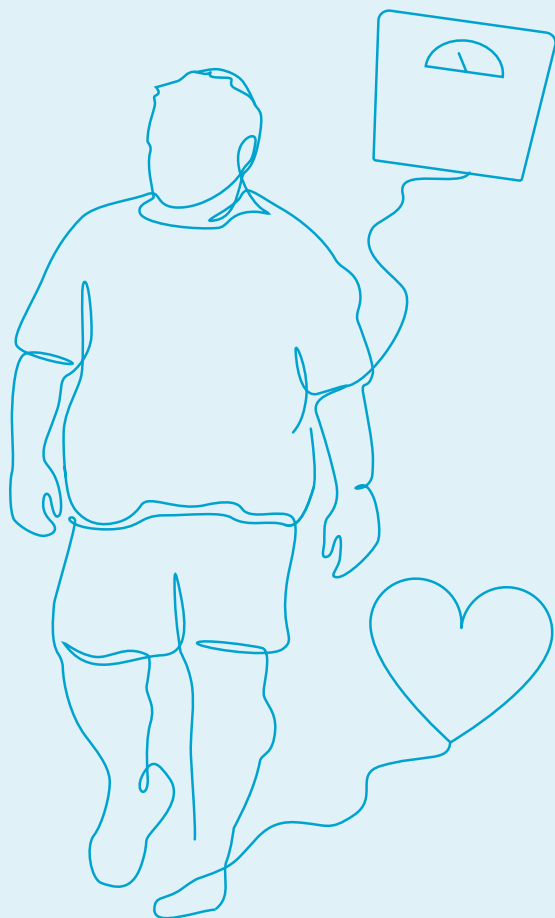
M-NO-00001102 August 2025

OCREVUS®
ocrelizumab
Subcutaneous injection





Vekttap og kardiovaskulære fordeler^{Δ1}



~15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon
opprettholdt i 2 år^{*2}

Mer enn 1/3 av pasienter
gikk ned 20 % eller mer med
Wegovy^{®2}

20 %

risikoreduksjon i alvorlige
kardiovaskulære hendelser
hos pasienter med overvekt
eller fedme og etablert
kardiovaskulær sykdom^{#1}

Δ Effekten av Wegovy[®] én gang i uken på kardiovaskulære utfall har blitt vurdert i SELECT-studien.^{#3}

SELECT viste at Wegovy[®] reduserte risiko for MACE med 20 %, hos personer med overvekt eller fedme og etablert kardiovaskulær sykdom, sammenlignet med placebo, som tillegg til standard behandling for hjertesykdom for begge grupper.

MACE er definert som et sammensatt endepunkt bestående av kardiovaskulær død inkludert ukjent dødsårsak, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag.

Vist i SELECT-Kardiovaskulær endepunktstudie: 17604 pasienter med BMI ≥ 27 kg/m² og etablert kardiovaskulær sykdom ble tilfeldig randomisert til Wegovy[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling. Det primære endepunktet var tid fra randomisering til første inntreden av en alvorlig kardiovaskulær hendelse (MACE): kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt eller ikke-fatal hjerneslag. HR: 0,80 i favør av Wegovy[®] 2,4 mg sammenlignet med placebo. [95 % KI: 0,27;0,90], $p < 0,001$.^{1,3}

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®] ved uke 104, som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke). 12,6 % forskjell fra placebo, [95 % KI: -15,3; -9,8], $p < 0,0001$.^{1,2}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 kg/m² til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.⁴

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme* og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og re-evalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov). Se tabell 1 i Wegovy® preparatomtale.

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Disse var generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad og av kort varighet. De gastrointestinale hendelsene førte til permanent seponering hos 4,3 % av pasientene. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dyssepsi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolekystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- Pankreatitt:** Frekvensen av avklart (adjudikert) bekreftet akutt pankreatitt rapportert i kliniske fase 3a-studier, var henholdsvis 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerter, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyrefunksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid. For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe:** C **ATC-nr.:** A10BJ06

Pakninger og priser: **0,25 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per august 2025).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁵

Referanser: **1.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **2.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **3.** Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023; 389(24): 2221-2232 **4.** Wegovy® preparatomtale. Tilgjengelig på: https://www.ema.europa.eu/no/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_no.pdf **5.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkstoff/semaglutid> (Lest 04.08.2025).



Les mer på www.wegovy.no

1 GANG PER UKE
wegovy®
semaglutid injeksjon



Lars (83) glemmer demensen på fotballbanen

TEKST

Ann-Kristin B. Helmers

FOTO

Erik M. Sundt

- Vi snakker med personer med demens som vi snakker med hverandre. Garderobepraten er raus og passe tøff, sier trener for fotballspillerne med demens i Flint fotballklubb i Tønsberg.





VILJE: Lars Hauge har sterkt konkurranseinstinkt og skulle gjerne løpt på banen. Her er han i ferd med å lime ballen i vinkelen, som det heter på fotballspråket.

TØNSBERG (Sykepleien):

Det er onsdag, klokka på veggen i Flinthallen i Tønsberg nærmer seg halv fem.

Småpratene stilner og fotballspillerne fra Flint GFPMD står skulder ved skulder – klare for avspark.

LAGKAMERATER

Draktene har navn og nummer trykt på ryggen.

Hadde de også hatt alder, hadde det stått: Grethe (90), Lars (83).

Felles for alle spillerne som er her i dag, er at alle har en eller annen form for demenssykdom.

Bokstavrekka GFPMD i lagnavnet står nemlig for «gåfotball for personer med demens».

De fleste av deltakerne bor hjemme til vanlig, noen har rulleringsopphold på sykehjem.

En gang i uka trekker de på seg treningsstrøya og

møtes som lagkamerater i en helt egen gren av verdens mest populære idrett.

KLAR, FERDIG OG GÅ!

Trener **Kjell Einar Hamnes** roper: – Er alle klare?

Alle er klare.

Ballen ned på bakken. Klar, ferdig og gå!

Stikkordet er gå. For her skal det ikke løpes, om man enn så gjerne vil. Ballen føres sideveis og bakover over gresset, mellom kjegler og i strake pasninger til medspillere.

Spillerne har med seg minst en frivillig. Noen trenger en ekstra arm eller to mens de beveger seg, andre er selvgående.

Det er egentlig ingen motspillere, ettersom de ikke deles inn i lag.



«Jeg føler at balansen har blitt bedre av disse øvelsene.»

LARS HAUGE (83 år)



TRENEREN: Kjell Einar Hamnes har merket stor interesse fra andre klubber og kommuner for fotballtilbudet til personer med demens.

To og to eller opptil fire-fem går sammen i grupper der ballføring, balanse og reaksjon er kjernen i øvelsene.

– FØLER BALANSEN HAR BLITT BEDRE

Lars Hauge er en av spillerne. Han glemmer alt om demens og sykdom når han er på banen.

– Det er all right å spille på de små målene, men vi kunne kanskje spilt mer mot hverandre, sier han.

Lars Hauge har spilt mye fotball i sitt liv. Venstre half, som det het den gang, var hans posisjon på banen. Kaptein har han også vært, på flere lag.

– Jeg synes det er veldig hyggelig å komme hit, folk er veldig positive. Jeg føler at balansen har blitt bedre av disse øvelsene, sier han og viser at

han nå kan gå baklengs uten problemer.

– Det var uvant de første par gangene, men så gikk det over.

JEVN STRØM AV HENVENDELSER

– Lagånden her er kjempebra, sier trener Kjell Einar Hamnes (74). Han var med på oppstarten av pilotprosjektet.

– Jeg leste om at dette var et tilbud i et annet land og tenkte det var en god idé.

Han koplet på Nasjonalforeningen for folkehelsen, fotballklubben Flint og Tønsberg kommune og fikk i gang et pilotprosjekt. Nå er pilotprosjektet, som også har hatt følgeforskning fra Universitetet i Sør-Norge, avsluttet.

– Men vi fortsetter, sier Hamnes.

Og flere følger etter. Gåfotball for personer med



| JAAA: Grethe treffer ballen – og hun skååårer! Både hun og de frivillige hjelperne jubler.



«Mor er nitti år og har ikke spilt fotball før.
Men nå har hun fotballdrakt og gleder seg til
treningene.» ANNE FLAATTEN, DATTER

demens har på kort tid spredd seg til minst 20 lokal-
lag, ifølge Nasjonalforeningen.

Kjell Einar Hamnes bekrefter at han har en jevn strøm
av klubber, kommuner og andre som er interessert i å høre
hvordan de organiserer tilbudet.

KAN LETTE HJEMMESITUASJONEN

– Det er et fantastisk godt tilbud, sier **Jeanette Mathisen**, sykepleier og demenskoordinator i Tønsberg kommune.

I jobben sin ser hun at det er en utfordring med nok
tilbud for personer med demens.

– Noen ganger er dette det riktige trappetrinnet.
Hjemmesituasjoner kan gå lettere fordi personen med
demens har et organisert tilbud, samt at den fysiske for-
men blir bedre.

Hun sier det også er et pluss at pårørende kommer i
kontakt og får nettverk:

– Kanskje mens de venter på for eksempel dagtilbud
til den som er syk.

Selv har Jeanette Mathisen vært tilskuer på noen av
treningene.

– Det er en flott opplevelse å se spillerne mestre på
banen med pårørende og frivillige som støttespillere.

DOBBEL GLEDE

Anne Flaatten er med sin mor, **Grethe**, på dagens
trening.

Mor briljerer med å «gruse» mennene i en av aktivi-
tetene og setter ballen i krysset et par ganger.

– Mor er nitti år og har ikke spilt fotball før. Men nå
har hun fotballdrakt og gleder seg til treningene. Selv
om hun ikke husker treningen etterpå, så sitter gleden i,
forteller datteren.

Etter treningen er det sosial samling. Anne og
Grethe tar en liten oppsummering mens de koser
seg med nystekte vafler.

– Jeg husker ikke at jeg skåret, gjorde jeg det altså?
Grethe spør med et stort smil og får gledet seg over
skåringen to ganger. ●



Ambla.no

Krisestøtte • Kurs • Kollegastøtte

Kollegastøtte RITS® etter sterke opplevelser (traumer) hos voksne

Aktuelt etter ulykker, plutselig dødsfall, overgrep, trusler, sterke inntrykk, påkjenninger o.l. For kriseteam, bedriftstjenester, offentlige etater, sykehus, sosialarbeidere, miljøarbeidere, skoler, NAV og lignende. Grunnkurs i psykotraumtologi - modul 1 & 2 gir innføring i feltet og bruk av bearbeidende samtaler. Etter grunnkurset kan interesserte fordype seg videre i arbeid med bearbeidende samtaler gjennom modulene 3-4-5-6. Alle moduler varer en uke og ledes av Dr. med. Are Holen, som både er psykiater og klinisk psykolog.

RITS 5 12-16/1 Oslo - Rits kollegastøtte 16-16/3 Oslo - RITS 1 13-17/4 Oslo

Ta kontakt for interne kurs.

Kontakt: Stig Ole Torgersen 920 86 908 • Håvard Sørmoen 919 92 647 • post@ambla.no

Medaljen eneste bakside

...er å ikke få den.

Medaljen er en verdig og personlig anerkjennelse av et langt og lojalt arbeidsforhold. I Norge er over 240 000 arbeidstakere tildelt denne. Ønsker du å hedre en arbeidstaker i din virksomhet?

Send søknad på medaljen.no



Medaljen for lang og tro tjeneste fra Det Kongelige Selskap for Norges Vel er for ansatte med minst 25 års fartstid i virksomheten.

Roligere netter med elektroniske sengematter

På sykehjemmet i Vaksdal har moderne teknologi bidratt til mang en god natts søvn.





NATTERO: Beboere på sykehjemmet i Vaksdal slipper nå å bli vekket av nattevakter som vil sjekke at de sover. Fagutviklingssykepleier Maria Fauske forteller om roligere netter og bedre dager.

● **TEKNOLOGISK FRAMSKRITT:** Fagutviklingssykepleier Maria Fauske (t.v.) og fungerende enhetsleder for helse og mestring i Vaksdal, Anita Lønnebakken Sævild, har begge tro på teknologiens potensial innen helse og omsorg.



VAKSDAL (Sykepleien):

Sommerkvelden har nok en gang blitt til natt i det vesle tettstedet Vaksdal mellom Bergen og Voss.

På Jamnetunet bu- og behandlingssenter senker roen seg. Og det i mye større grad enn på kveldene for noen få år siden, takket være nye, teknologiske løsninger som sykehjemmet har tatt i bruk.

– Før kikket vi inn til beboerne tre-fire ganger i løpet av en nattevakt for å se at alt var i orden, forteller fagutviklingssykepleier Maria Fauske.

– Mange våknet, ble forvirret og slet med å sovne igjen. Dårlig nattesøvn satte gjerne sitt preg på neste dag.

I dag er så godt som alle beboere utstyrt med teknologiske løsninger som skal bidra til mer selvstendighet, trygghet og ro, ikke minst om natten.

SENGEMATTE OG TRYGG-HETSSENSOR

Ni av de tretti langtidsbeboerne har en sensormatte fra Varda Care under madrassen. Mattene kan registrere ulike parametere som søvn,

«Mange våknet, ble forvirret og slet med å sovne igjen.»

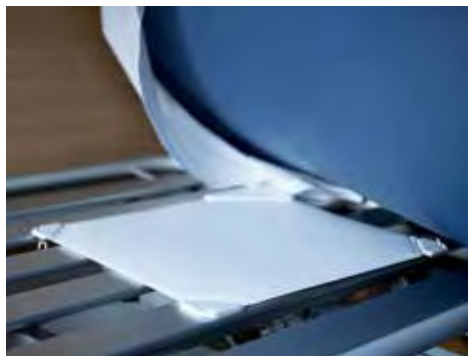
MARIA FAUSKE, SYKEPLEIER

hjerterefrekvens og respirasjon.

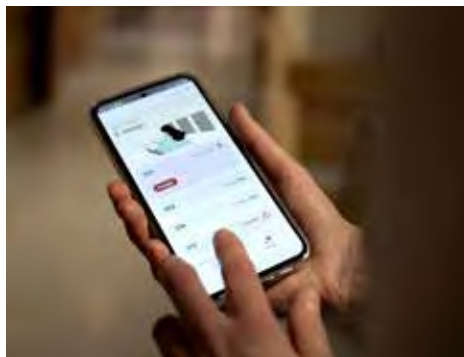
Om en beboer går på do og ikke kommer tilbake til sengen innen rimelig tid, får ansatte beskjed og kan sjekke.

Hos de fleste andre

SENSITIV: En digital sensormatte under madrassen registrerer og analyserer selv de minste bevegelser og sender varsel dersom for eksempel en beboer blir unormalt lenge borte fra sengen nattetid.



VARSLER: Om sengematten registrerer at en beboer ikke kommer tilbake til sengen innen rimelig tid, får nattevakt varsel på sin telefon.



TILSYN: Elektroniske sengematter og trygghetssensorer har redusert behovet for forstyrrende, fysiske tilsyn om natten ved Jamnetunet bu- og behandlingssenter i Vaksdal.



VÅKER OVER: En del beboere har trygghetssensor av typen RoomMate montert oppunder taket på rommet. Den kan varsle om fall eller andre risikofylte situasjoner.



langtidsbeboerne er trygghetssensorer av typen RoomMate montert oppunder taket. Derfra monitorer og analyserer de hva som skjer i rommet. Personalet varsles om fall og andre risikofylte situasjoner.

Sykehjemmet i Vaksdal benytter også annen teknologi, som beboerknapper festet til armbånd. Ved hjelp av disse kan ansatte se hvor i bygget eventuelle vandrere befinner seg. Beboere kan også utløse varsel selv ved å trykke på knappen.

Hva som skal utløse automatiske alarmer og varslinger, justeres

individuelt og i samråd med beboerne selv eller pårørende.

Fauske forteller om hvordan beboere tidligere kunne bli sittende flere timer oppe om natten etter å ha blitt vekket av fysiske tilsyn. De kunne bli forvirrede og urolige. Dårlige netter ga dårlige dager.

– Det viktigste er selvsagt at beboerne får det bedre, men teknologien frigjør også tid ansatte kan bruke til andre ting.

KREVENDE TEKNOLOGI

Å høste gevinster av ny teknologi i

helse- og omsorg er krevende.

I NOU-en «Tid for handling» fra 2023, påpekes det for eksempel at «man står overfor en situasjon der fordelene ved innføringen av ny teknologi mer enn oppveies av ulempene».

Det pekes så overdreven optimisme, utilstrekkelig digital infrastruktur og løsninger som ikke har vært godt nok innrettet mot brukernes reelle behov.

Ifølge en FoU-rapport KS la frem i 2023, syntes 80 prosent av kommunale ledere at det var



«Før tydde vi raskt til sovemedisin for beboere som var våkne på nettene.»

ANITA LØNNEBAKKEN SÆVILD, ENHETSLEDER

veldig krevende å ta ut gevinster av teknologiinvesteringer.

Gevinstrealisering av velferds-teknologi beskrives her som mer komplekst enn for annen teknologi, blant annet fordi prosessen «utfordrer tradisjonell omsorgspraksis, så vel som kommunal organisering og tjenesteproduksjon».

Vaksdal kommune besitter derimot et ikke altfor hemmelig våpen for å lykkes, nemlig Anita Lønnebakken Sævild.

Hun er rådgiver og fungerende enhetsleder for helse og mestring i kommunen. Hun er også leder av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for e-helse og har bedre innsikt i feltet enn de fleste.

– Vi begynte for alvor å tenke på teknologi for rundt ti år siden og ser at vi nå kan høste fruktene av planleggingen vi startet da, forteller hun til Sykepleien.

UOVERSIKTLIG MARKED

Løsningene Vaksdal har gått for, er langt fra de eneste i et stort, uoversiktlig og stadig ekspanderende marked av velferdsteknologi.

Sævilds fremste råd til andre er at man ikke starter med selve teknologien, men først ser på egen organisasjon, på brukerne og på hvilke behov som finnes nå og som vil oppstå i fremtiden.

– Ulike steder har ulike mennesker med ulike behov. I noen kommuner kan det være mest aktuelt å begynne med medisindispensere og GPS for hjemmeboende. For andre med digitalt tilsyn på institusjon.

Et annet råd fra Sævild, ikke minst for mindre kommuner, er å knytte seg til et av de mange nettverkene som finnes på feltet, for eksempel

hennes egen faggruppe i NSF eller regionale nettverk som er etablert over hele landet.

ROLIGE NETTER, AKTIVE DAGER

Nær halvparten av alle over 65 år sliter med søvnløshet, ifølge en artikkel om temaet på Folkehelseinstituttets hjemmesider.

Eldre bruker lengre tid på å sovne, har mindre dyp søvn og våkner ofte i løpet av natten.

Ofte behandles slike problemer medikamentelt.

– Før tydde vi raskt til sovemedisin for beboere som var våkne på nettene, forteller Sævild.

De digitale løsningene bidro derimot til at man fikk et tydeligere bilde av individuelle søvn mønstre. Dette skapte igjen økt bevissthet om medikamentbruken.

– Vi så at enkelte gikk på rommet og la seg veldig tidlig. Om de da våknet klokken fire av et tilsyn, fikk de ikke sove igjen og ble sittende oppe.

Sævild forteller at man nå har klart å redusere bruken av søvnmedikamenter og satt inn flere miljøtiltak på kveldstid. Det gjør at færre legger seg tidlig, noe som igjen bidrar til bedre døgnrytmer.

– Beboerne sover mer på natten og er mer våkne og aktive på dagen.

Sævild understreker at de er opp-tatt av å gi stor grad av frihet. Om noen vil sove lenge eller sitte oppe til to om natta, så får de lov til det.

– Men når de først legger seg og vil ha fred, så får de det.

OM STRØMMEN GÅR

Ved overgang fra fysiske til digitale tilsyn kan det være utfordrende

å sette sin lit til teknikken. Hva om nettet er nede eller strømmen går? Hva om alarmene utløses for lett og bare bidrar til merarbeid?

– Feilalarmer har vi lite av nå, forteller fagutviklingssykepleier Fauske.

– Utstyret er spisset inn mot hver enkelt bruker og melder dessuten fra dersom det ikke er kontakt mellom sensor og systemet. Da kan vi gå tilbake til fysiske tilsyn, frem til det tekniske er rettet opp.

Om strømmen skulle gå, har sykehjemmet nødaggregat.

– Da er det viktig at sensorene er koplet til stikkontakter som får strøm fra aggregatet. Det gjelder nemlig ikke alle.

Fauske understreker at teknologien alltid bare er et støtteverktøy, og ikke det som avgjør hvilken behandling beboerne skal få.

PRIVATLIVETS FRED

Enkelte pårørende har vært skeptiske og fryktet for privatlivet til sin kjære.

– Med god og riktig informasjon, har vi sammen funnet frem til hva som er til beste for pasienten, sier Fauske.

– Vi opplever det ikke som spesielt utfordrende å ivareta personvern-hensyn med teknologien vi benytter. For eksempel har vi klare rutiner for når det kan og ikke kan gjennomføres digitale tilsyn.

Fauske forteller at de fleste av sykehjemmets tretti langtidsbeboere har en demensdiagnose. Alle har en form for kognitiv svikt.

– Dermed er det et poeng at teknologien i seg selv er diskret og ikke skaper usikkerhet eller krever for mye av dem. ●

Divisun®

kolekalsiferol

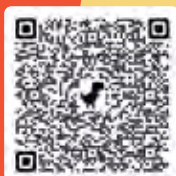
Fleksibel dosering med 3 ulike styrker for forebygging eller behandling av D₃-vitaminmangel.



Divisun (kolekalsiferol) 20µg, 50µg eller 100µg

- En gang daglig. Pasienters individuelle behov avgjør hvilken styrke som velges.
- Dosen skal justeres avhengig av ønskede serumnivåer av 25-hydroksykolokalsiferol (25(OH)D), sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens respons på behandlingen.
- Dagsdosen bør ikke overskride 100µg (4000 IE). Kan tas med eller uten mat, kan svelges hele eller knuses ved behov.
- Individuell refusjon for Divisun med blåreseptsøknad, ifølge § 5-14, blåreseptforskriften, sendes via tjenesteportalen for helseaktører.

Kodene for individuell refusjon finner du ved å lese av QR-koden.¹



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

- Kontraindisert ved sykdommer og/eller tilstander som fører til hyperkalsemi eller hyperkalsiuri.
- Kontraindisert ved nefrolitiasis, nefrokalsinose og hypervitaminose D.
- Nedsatt nyrefunksjon: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan andre former for vitamin D være nødvendig. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Effekt på kalsium-og fosfatnivået bør kontrolleres.
- Bør forskrives med forsiktighet ved sarkoidose og bør kontrolleres mht kalsiuminnhold i serum og urin. Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum kontrolleres og nyrefunksjonen kontrolleres ved målinger i serumkreatinin. Spesielt viktig hos eldre som bruker hjerteglykosider eller diuretika, og de med stor tendens til calculusdannelse.
- Divisun inneholder isomalt, sukrose og natrium.

Oppbevaring: Maks 30°C, i originalpakningen for å beskytte mot lys og fuktighet.

Pakninger og priser: Reseptgruppe C. Alle styrker inneholder 90 tabletter i blisterpakning. 20 µg: kr 170,- 50 µg: kr 294,50 og 100 µg: kr 449,20.

Ytterligere informasjon preparatomtalen, SPC:

- Divisun SPC: 800 IE, 2000IE og 4000IE (30.06.2023)

Referanse: 1. Helsedirektoratet, rundskriv, stønad ved helsetjenester, vedlegg 1 til § 5-14 legemiddellisten, sist faglig oppdatert: 28.01.2025

Viatri AS | Hagaløkkveien 26, PB 194, 1371 Asker,
Norway infonorge@viatri.com – www.D-vitaminmangel.no



VIATRIS

ÅREKNUTER?

Det er viktig å ta vare på bena. Bruk av kompresjonsstrømper kan hjelpe til med å forebygge og behandle symptomer ved åreknuter. Bruk JOBST® kompresjonsstrømper når du er på jobb, går tur, trener, sitter eller står mye.

Kjøpes på apotek og på nett.

MENNESKENE OG DEMENSEN

Side | 66.

Sykepleieren
som fikk demens

Side | 78.

Finn er pårørende
på tiende året

Side | 68.

Martin møter
demenssyke i
akuttmottaket

Side | 80.

Fersk sykepleier på
sykehjemmet

Side | 70.

Jordmor og pårørende

Side | 82.

Mona er losen

Side | 74.

Bikeren med alzheimer

Les sakene
på de neste
sidene



Lederen



Navn: Hanne Sundt

Alder: 54 år

Utdannet psykiatrisk sykepleier og er ung demenssyk

Bor i Nordre Follo kommune

Hanne Sundt sukker og rister sakte på hodet.

At hun skulle bli ung demenssyk hadde hun aldri trodd.

– Det er uflaks. Rett og slett uflaks.

LETER ETTER ORDENE. – Legen på sykehuset sa det rett ut: «Det er Alzheimer du har.» Mannen min var der også. Vi var jo forberedt, egentlig. Men det var veldig tungt.

Hanne Sundt holder rundt vannglasset mens hun forteller.

Av og til byttes noen bokstaver i ordene, eller det kan ta litt tid å lete frem ord.

På kjøkkenet i eneboligen på Tårnåsen utenfor Oslo er det lyst, oversiktlig og ryddig.

– Det går egentlig best når jeg er hjemme. Her er det kjent, sier hun.

MERKET AT HUN GLEMTE. Hanne Sundt er utdannet psykiatrisk sykepleier. Hun jobbet mange år som sykepleier på overgrepsmottaket på Legevakten i Oslo og som leder i en bydel.

For et par år siden takket hun ja til en ny stilling og ble leder for krisesenteret i Oslo.

I den nye jobben merket de at hun glemte mer enn hun selv var klar over.

– På den forrige arbeidsplassen merket de ingenting. Der kunne jeg alle arbeidsoppgavene så godt, fordi jeg hadde vært der så lenge. Nå var alt plutselig nytt.

STRESS? OVERGANGSALDER? Selv la hun endringene på overgangsalder og stress i starten. Men forklaringen dekket likevel ikke helt.

– Jeg har alltid vært god med ord, men nå hadde jeg ikke de samme begrepene. Det var noe som var annerledes.

Hun tok kontakt med fastlegen. Han tok en test på henne som hun klarte.

– Han sa at jeg hadde jo en krevende jobb, så det ble med det.

Men det gikk ikke over.

Jobben ble vanskeligere å håndtere. Særlig tydelig ble det når hun skulle snakke offentlig, svare i intervjuer eller holde presentasjoner.

– Jeg hadde blitt intervjuet i jobbsammenheng før, og det hadde gått greit. Men som fersk leder for krisesenteret klarte jeg nesten ikke å si noe når jeg fikk mikrofonen foran meg. Jeg famlet og stotret og fant ikke ordene.

Hanne Sundt var syk. Men hun skjønte det ikke da.

MISTET JOBBEN OG FØRERKORTET. – Jeg tok kontakt igjen etter et halvt år. Da var det et ganske enkelt mattestykke som jeg hadde klart sist jeg var der. Det klarte jeg ikke. Da sendte han meg videre.

Fastlegen tok kontakt med Hukommelseskliniken på Ullevål.

Det var der hun fikk diagnosen Alzheimers sykdom.

– Jeg mistet både jobben og førerkortet da jeg fikk alzheimerdiagnosen. Det var dramatisk. Jeg som har jobbet så mye og vært så engasjert i jobben.

HÅPER PÅ GODE ÅR. Nå er det litt over ett år siden hun satt på kontoret inne på Ullevål sykehus og fikk den livsendrende beskjeden.

Hun forsøker å fokusere mest på det som holder henne oppe og i gang.

Trening, det å være ute og å være sosial med venner betyr mye.

– Jeg har levd ganske sunt og alltid likt å være aktiv og å trene. Likevel fikk jeg sykdommen. Ikke er det arvelig, heller.

Hun jobber også som frivillig på et sykehjem i nærheten.

– Mange tror man blir veldig syk med én gang. Men slik er det ikke. Det går veldig gradvis.

– Noe av det første jeg tenkte da jeg ble syk, var at jeg kanskje ikke skulle få oppleve å bli bestemor. Stemmen brister. Dette var og er tøft.

– Jeg håper jeg får oppleve det, og at det fremdeles er igjen noen gode år. ●

Sykepleier i
akuttmottak



Navn: Martin Andersen

Alder: 36 år

Yrke: Psykiatrisk sykepleier

Jobber i akuttmottaket ved Kongsvinger sykehus, Ahus HF

Martin Andersen sitter inne på et tomt pasientrom på akuttmottaket på Kongsvinger sykehus. I jobben her møter ofte demenssyke pasienter.

Han forklarer hvordan det kan oppleves for dem å plutselig bli flyttet fra et rolig rom på sykehjemmet og inn hit.

STIKKING OG UBEHAG. Han vet at pasienten som oftest har hatt mange inntrykk allerede før ankomst på akuttmottaket.

Det vanligste er at de kommer inn i ambulanse.

Fremme i mottaket blir de flyttet mellom ambulansebårer eller rullestol, til bårer eller seng i akuttmottaket. Så skal han eller en annen sykepleier inn og ta blodprøver, og på de fleste må de legge inn venekanyler.

– Da må vi ofte holde fast armen, slik at pasienten ikke trekker den til seg. Det er stikking og ubehag.

Videre er det kanskje røntgen, CT, flere undersøkelser – mye frem og tilbake.

– Demenssyke pasienter med delirium forstår gjerne ikke at det vi gjør, er for å hjelpe. De tror vi skader dem og blir redde. Mange synes nok at vi herjer fælt med dem.

PÅ DEN TRAVLESTE TIDEN. Vanligvis er det høyest aktivitet og mye støy i akuttmottaket på ettermiddagen – rundt vaktskiftet.

– Det er også ofte da pasientene med demens og akutte tilstander kommer inn.

– Infeksjoner som lungebetennelse eller urinveisinfeksjon er vanlige grunner til at

disse pasientene kommer til oss, sier han.

Men også fall er en gjenganger:

– Vi møter ofte pasienter med demens som har falt fra senga, rullestolen, snublet i tepper eller med rullatoren. De kommer ofte med mistanke om hodeskade eller lårhalsbrudd.

Selv om alt må gå raskt, er helhetlig sykepleie like viktig i akuttmottaket som andre steder, understreker han:

– Vi kan kommunisere oss kolleger imellom med «magesmerten» på rom 2 og «demenspasienten» på rom 3. Men når vi går inn på rommene, er det *mennesket* vi skal se og møte.

HAR ET ØNSKE. Han synes det er emosjonelt belastende å måtte bruke tvang for å få gjennomført undersøkelser. Selv om det er nødvendig, til pasientens beste og alltid skal skje så skånsomt som mulig, er det aldri enkelt å måtte ty til det.

Neste år er det varslet en ny nasjonal demensplan. Den nåværende går ut i 2025.

– Eldre pasienter med demens bør i større grad behandles der de er. Den nye demensplanen bør tilrettelegge for det.

Martin Andersen, som tidligere har jobbet på sykehjem og i ambulanse, mener eldre demenssyke sykehjemspasienter bør slippe belastningen med transport til sykehus – om mulig.

– Kommunene bør ha kompetanse til å behandle flere vanlige tilstander, mener han. ●

Jordmoren



Navn: Gjertrud Jørgensen

Alder: 53 år

Yrke: Jordmor

Jobber ved Oslo universitetssykehus

Er pårørende til ektefelle med lewy body-demens

Gjertrud Jørgensen trekker bena oppunder seg i sofaen i stua i Drøbak. Holder rundt knærne mens hun ser ut gjennom vinduet. Lar blikket hvile lenge der ute.

Hun er ung, bare 53 år.

Det er fire år siden alt snudde.

SMÅ TEGN. Barna var voksne, hun gledet seg til å bli mormor, og hun stortrivdes i jobben som jordmor på Ullevål sykehus. Hun og ektemannen Tom så for seg at denne perioden i livet skulle bli god. Begge var aktive og glad i trening.

I starten var det små tegn.

Bilen sto plutselig parkert på naboens parkeringsplass.

Katten som bare Tom så.

En lampeskjerm på stua som ble til en dame med flagrende kjole.

Gjertrud så ikke noe av dette.

Gradvis ble ganglaget annerledes og kroppen stivere. Humøret og personligheten endret seg. Nettene ble også annerledes: Tom hadde mareritt og hallusinasjoner og var mye våken.

De googlet, og det var én spesiell diagnose som kom opp. De bestilte time hos fastlegen. Det var Tom selv som sa det på legekontoret:

– Kan det være lewy body-demens?

Det var riktig. Rett før jul i 2022 fikk de bekreftet diagnosen – som en lite velkommen førjulsgave.

– **GRUER MEG.** Gjertrud Jørgensen og mannen Tom har vært åpne både overfor hennes arbeidsgiver, kolleger, venner og andre. De har deltatt i pargruppe der den ene er syk. Han går også i en gruppe med andre som er syke, og hun går i en gruppe med unge pårørende.

Fra sofaen forteller hun om tre tøffe år etter at diagnosen ble stilt. Mange har sagt til henne at det blir tøffere.

– Jeg er forberedt på det. Og gruer meg.

Lewy body-demens er ikke slik som for eksempel Alzheimers sykdom.

– Det er mange som ikke vet så mye om lewy body. Inkludert helsepersonell. Og kanskje er ikke det så rart. Jeg visste heller ikke noe særlig om den.

Lewy body er en degenerativ hjernesykdom som ofte gir symptomer som hallusinasjoner, angst og depresjon. Den gir både kognitive, psykiatriske og motoriske symptomer. Synshallusinasjoner og vrangforestillinger, stivhet i armer og ben og trege bevegelser er typisk. Bevissthetsnivået kan endres raskt.

Dagene varierer for Tom. Symptomene på sykdommen likeså. På gode dager kan han både gjøre noe husarbeid og klippe plenen.

Hun understreker:

– Det har vært viktig for meg å oppklare hvordan den diagnosen vi fikk, arter seg. Ja, jeg sier vi, for vi er to som må håndtere dette.

VÅKENETTER OG JORDMORVAKTER. Jobben som jordmor krever hundre prosent tilstedeværelse. Det går ofte i ett hele vakta.

Hjemme er det en med alvorlig progredierende hjernesykdom. Det er våkenetter med hallusinasjoner og uro. Det er legetimer og bekymring for fremtiden.

Hun har fått fritak fra nattevakter etter anbefaling fra fastlegen.

– Jeg har vært sykmeldt i perioder. Det har vært en prosess for meg å være borte fra jobb uten at det har vært noe fysisk i veien, men fordi jeg har vært veldig, veldig sliten.

Hun er så glad i jobben og arbeidsplassen sin, sier hun.

Noe av det hun er aller mest bekymret for, er hvordan det skal bli når mannen blir sykere og hun vil trenge enda mer tilrettelegging.

– Pasientene trenger meg – og jeg trenger dem. Og så trenger jeg kollegene mine.

Hun påpeker at det er grenser for hvor mye som kan tilrettelegges i jobben som jordmor:

– Man må ta det som oppstår der og da. Det er ikke som en bunke papirer man kan ta senere.

Hun har en jobb hvor hun gir omsorg. Hjemme gir



HEKTISK: Pasientene trenger henne på jobb på fødeavdelingen. Ektefellen vil trenge henne mer hjemme etter hvert som sykdommen utvikler seg. Hvordan jordmor Gjertrud Jørgensen skal løse dette i tiden som kommer, vet hun ikke.

hun også omsorg. Hun har to barn fra et tidligere ekteskap, og hun vil også gjerne være der og gi omsorg for datteren og barnebarnet.

– Jeg ønsker å ta vare på andre mennesker i livet mitt også. Men så vet jeg ikke om jeg får det til. Hva om det kommer et barnebarn til, og det skjer samtidig som at sykdommen forverrer seg? Kanskje jeg ikke klarer å være til stede for datteren min når de fineste tingene i livet skjer.

Den perioden av livet som de så for seg skulle bli god, har i stedet blitt fylt av vonde tråder hun bare er nødt til å holde i.

– Det er så mange som sier til meg: «Pass på deg selv!» Hvordan gjør man det egentlig? Min nærmeste leder i fødeavdelingen har vært veldig forståelsesfull. Men jeg står i en skvis.

– Det skulle vært rettigheter for oss som er i jobb og samtidig er pårørende for en som har fått en demensdiagnose, synes hun.

Tom ønsker å få frem at han har noen veldig gode venner som stiller opp for dem, slik at dagene går rundt på et vis. Dette er en hjelp for dem begge.

SORG OG FRYKT. Gjertrud sier det er umulig å vite hvordan det er å være pårørende før du har vært i det selv. Diagnosen har dødelig utgang, så det er jo ikke noe håp, sier hun:

– Vi vet bare ikke når og hvordan forløpet blir.

– Jeg kjenner på mye sorg. Frykten og angsten rundt å leve i et slikt vakuum er veldig ensomt. Det

er ingen som egentlig kan være der sammen med deg. Du må stå i det selv.

En positiv ting er at de har vært med i et nasjonalt forskningsprosjekt ved Ahus, forteller hun.

I Aneed-studien testes det ut om en allerede kjent gammel hostemedisin kan ha effekt på lewy body-demens.

Halvparten av deltakerne i studien fikk placebo, og halvparten fikk den ekte medisinen.

– For kort tid siden fikk vi vite at vi var i gruppen som fikk ekte medisin. Det var en opptur. Oppfølgingen der og fra forskningsteamet har vært helt fantastisk, og det har vært veldig betryggende.

– Derfor har jeg ikke savnet så mye enda. Men det skulle vært et pakkeforløp for demens. Det er konkret og ville dempet i alle fall noe av bekymringen og uforutsigbarheten, sier hun. ●

ANEED-STUDIEN

Ambroksol har vært brukt som slimløsende hostemedisin i mange europeiske land siden 1978.

I Aneed-studien undersøkes det om legemiddelet har effekt mot kognitiv svikt eller lewy body-demens.

Kilde: Helse Fonna/samtykkeskjema i Aneed-studien

HJERTEINFARKT: Her er symptomene du må kjenne til – og råd om hva du bør gjøre

Det er allment kjent at hjerteinfarkt er en svært alvorlig tilstand. Vi vet at hvert minutt teller – og at det derfor er viktig å komme seg raskt til sykehus. Dersom et infarkt skulle ramme deg eller noen nær deg, vet du hva du bør gjøre?

Hva skjer ved et hjerteinfarkt?

Et hjerteinfarkt oppstår når hjertemuskelen ikke får nok blodtilførsel. Den vanligste årsaken til dette er blodpropp i en av årene som forsyner selve hjertet med blod. En slik propp kan feste seg dersom blodårene blir trange, typisk på grunn av oppsamlet plakk på innsiden av åreveggene.

Uten rask behandling vil mangel på blodtilførsel føre til at deler av hjeretevevet skades permanent.

Hvem rammes?

Siden plakket eller fettavleiringene – gjerne kalt åreforkalkning – i større grad skjer hos eldre mennesker, øker infarktrisikoen med alderen.

Det er allikevel ikke bare eldre som rammes, og risikoen øker ved røyking, diabetes, høyt blodtrykk eller kolesterol, overvekt og dårlig fysisk form. Genetiske faktorer spiller også inn, men det hender også at individer med lav antatt risiko får hjerteinfarkt.

Dette gjør du ved infarkt

- 1. Ring 113 umiddelbart!** Man bør ikke vente for å se om symptomene går over – et infarkt kan fort bli verre.
- 2. Ta Coxor dersom 113 råder deg til det.** Coxor er et reseptfritt legemiddel som fås kjøpt på apoteket, og kan begrense skadeomfanget.
- 3. Ikke vær redd for å handle!** Skulle du ikke få kontakt med 113 rådes du til allikevel å ta Coxor så raskt som mulig. Du må fortsette å oppsøke medisinsk hjelp.

Husk: Rask handling kan redde liv!

Jo raskere hjertet får god blodtilførsel, desto mindre skade rekker å oppstå. Coxor inneholder acetylsalisylsyre som har en blodfortynnende effekt og kan begrense skadeomfanget. Å vite hva du skal se etter og hva du skal gjøre, kan være forskjellen på liv og død. *Del denne informasjonen – det kan være det viktigste du gjør i dag!*

Slik kjenner du igjen et infarkt

Det aller vanligste symptomet på hjerteinfarkt er

- **Brystsmerter:** Opplevs ofte som trykkende eller klemmende.
- **Smerter som stråler:** Kan kjennes i skuldre, armer, nakke, rygg eller kjeve.
- **Tung pust og åndenød**
- **Svimmelhet, kald, blek og klam hud**

Opplever du eller noen rundt deg ett eller flere av disse symptomene? Ikke vent! Det kan være et infarkt selv om smertene ikke er så sterke eller om ubehaget er annerledes enn forventet.

Nødmedisin ved mistanke om akutt hjerteinfarkt – etter kontakt med 113

- Coxor benyttes etter kontakt med 113.
- Hvis det ikke er mulig å ringe 113, anbefales det at du tar legemiddelet likevel så snart som mulig.^{*)} Deretter må du umiddelbart oppsøke medisinsk hjelp.
- Skal ikke brukes ved overfølsomhet for acetylsalisylsyre, andre salisylater eller NSAID.
- Kun for voksne over 18 år.

Reseptfritt legemiddel: Coxor® 300mg (acetylsalisylsyre) pulver og oppløsningsvæske til mikstur, kan brukes av voksne (over 18 år) ved mistanke om akutt hjerteinfarkt etter kontakt med 113. Ved symptomer på akutt hjerteinfarkt, ring straks 113, og innta 300 mg (1 flaske) snarest mulig etter råd. Pulveret skal blandes i oppløsningsvæsken og ristes til det er oppløst. Skal ikke brukes ved overfølsomhet for acetylsalisylsyre, eller salisylater eller NSAID.

Les pakningen og pakningsvedlegget nøye før bruk.

Referanser: Helse Norge/Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. Slik kjenner du igjen et hjerteinfarkt - <https://www.helsenorge.no/forstehjelp/slik-kjenner-du-igjen-et-hjerteinfarkt/> (besøkt 03.04.25)

Direktoratet for medisinske produkter. Bruk av acetylsalisylsyre ved mistanke om hjerteinfarkt <https://www.dmp.no/nyheter/bruk-av-acetylsalisylsyre-ved-mistanke-om-hjerteinfarkt> (besøkt 03.04.25)

^{*)} Kilde: <https://www.dmp.no/nyheter/bruk-av-acetylsalisylsyre-ved-mistanke-om-hjerteinfarkt> (besøkt 03.04.25)

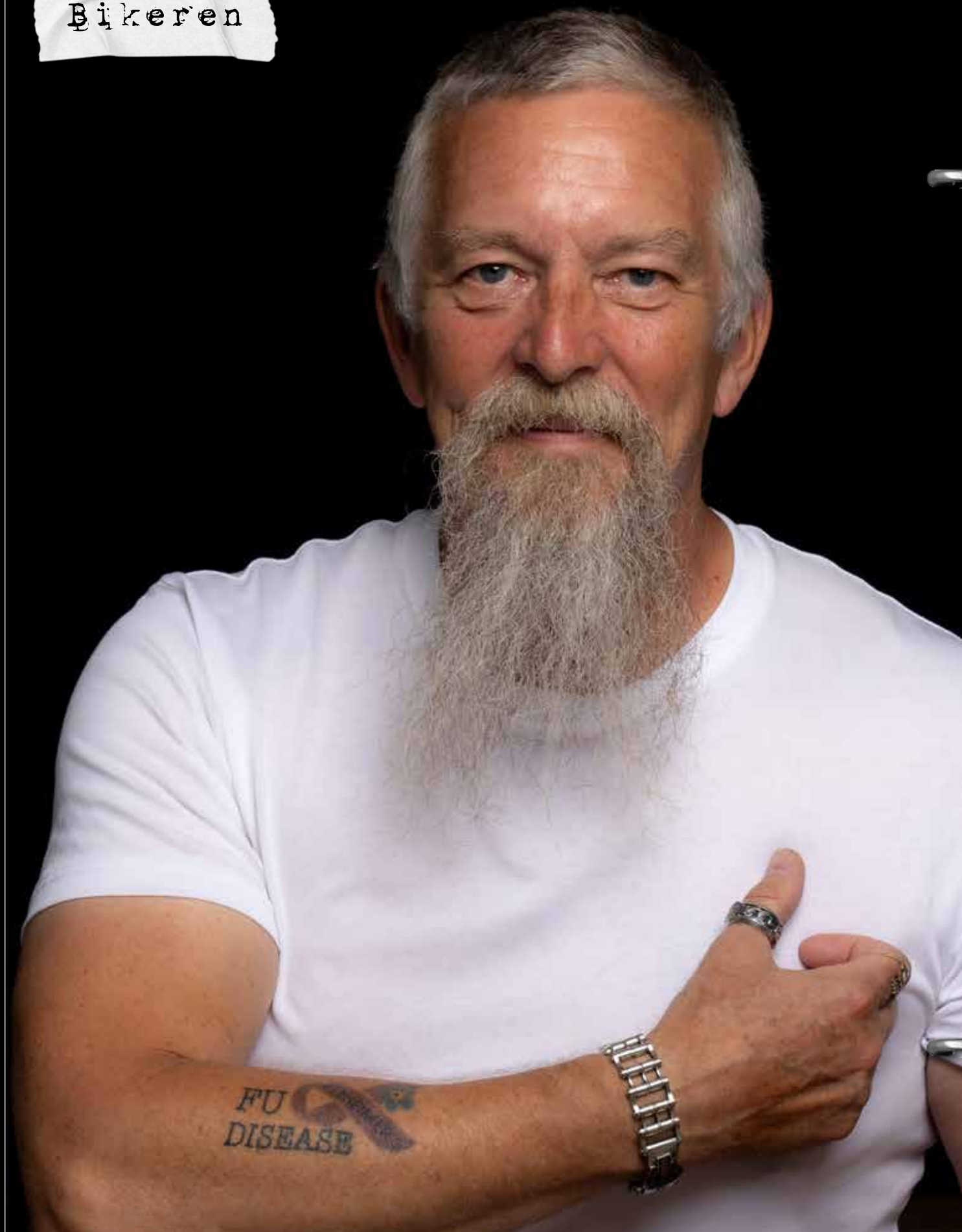


Illustrasjonsfoto: Shutterstock



Test din kunnskap om hjerteinfarkt
Scan QR-koden

Bikeren



Navn: Stig Hoel

Alder: 66 år

Mild kognitiv svikt og Alzheimers sykdom i tidlig fase
Bor i Ski

En mann med stålgrått blikk og langt skjegg sitter ved trebordet hjemme i stua i Ski.

Det dufter av fersk kaffe, og en katt smyger seg inntil bena hans.

– Katter og kaffe er noen av livets store gleder, slår Stig Hoel fast mens han stryker over pusen.

BOM STOPP. Fram til 2021 besto livet hans av mye reising og jobbansvar. Han har blant annet jobbet i Forsvaret og som it-utvikler med oppdrag for større offentlige virksomheter.

Men i desember i 2021 møtte Stig Hoel vegg.

– Kroppen sa stopp, forteller han.
62 år gammel var han helt tappet for krefter. Han skjønnte ikke hvorfor.

– Jeg ble sittende i den stolen der, orka ikke engang å slå på tv-en, sier han og peker mot en grå lenestol i andre enden av rommet.

– Da var ikke fruene helt blid. Jeg ble jagd til doktoren.

Hos fastlegen ble han sykemeldt i ei uke. Deretter tok han ut alt av ferie og avspasering. Ferie hjalp lite. Noe i ham fungerte bare ikke. Symeldingen ble forlenget.

– Jobben krevde at jeg hadde oppdatert kunnskap. Men jeg klarte ikke å lese teori som før. Slet med å bestå sertifiseringer med multiple choice-tester. Det var uvant, forteller han.

MILD KOGNITIV SVIKT. I november i 2022, etter omfattende testing hvor både demenskoordinator og Hukommelsesklinikken var inne i bildet, var svaret klart: «Mild kognitiv svikt». Og i spinalvæsken var det sporstoffer av alzheimer.

– Men det var i veldig, veldig tidlig fase, sier han.

Alzheimer var den siste diagnosen han ville ha.
– Da jeg kom ut i bilen, sa jeg til kona at jeg ville slutte å jobbe.

Han visste hva som lå foran ham. Moren

døde av alzheimer. To andre nære slektninger har samme sykdom.

– Så jeg bestemte meg raskt for ikke å jobbe mer og rakk så vidt å tenke at kanskje jeg skulle førtidspensjonere meg, sier han.

Men bare en måneds tid etter diagnosen var uføresøknaden innvilget etter anbefaling fra legespesialister. Arbeidsgiveren ble informert om at han ikke kom tilbake.

USIKKERHET. Så kom tankene og usikkerheten.

– Hva nå? Hvor fort går dette her? Han konkluderte med at mørke tanker skulle han prøve å låse inn langt bak i hodet.

– Det har jeg gjort – låst og kastet nøkkelen.
Per i dag går han til jevnlig sjekk på sykehuset.

– Jeg har fått beholde førerkortet, det er ikke noe problem å kjøre. Sykdommen utvikler seg sakte, heldigvis.

390 MIL PÅ VEIEN I SOMMER. I sommer har han beiset hus, vært med å arrangere mc-treff på Ringeby og vært tre uker i Nord-Norge med fruene. Blant annet.

Turen til nord var selvsagt på en Harley-Davidson. Han kjørte, fruene satt bakpå. 390 mil på veien sammen. Sideveskene var pakket med telt og fiskestenger.

– Jeg koser meg og lever livet med begge hender. Det er alltid noe å holde på med.

F&%K IT. Barn og barnebarn gir både retning og drivkraft.

Han peker mot brystet:

– Navnene deres er tatovert her.

Barnebarnets navn har fått plass på venstre skulder.

– Det er god plass hvis det skulle komme flere barnebarn, sier han og stryker fra skulderen nedover armen.

På høyre underarm er det et symbol: FU, en liggende sløyfe og ordet *disease*. Sløyfa er et



ALZHEIMER: For snart fire år siden fikk Stig Hoel vite at han har mild kognitiv svikt, og at det var funnet sporstoffer av alzheimer i spinalvæsken. – Men det var i veldig, veldig tidlig fase. Nå lever jeg med begge hendene, og har det bra, sier han.

internasjonalt symbol for demenssaken.

Og ja. Dette kan meget vel leses som «Fuck you, Alzheimer's disease».

KLUBBEN. MC-klubben han er med i, har også samlet seg om dette:

– Vi velger forskjellige gode formål vi bidrar til i klubben. Nå har vi valgt å engasjere oss i demens. Framover blir det forskjellige frivillige aktiviteter som skal komme demenssyke til gode.

DET SOM SVIR. Selv om han forsøker å holde et positivt fokus, så er det bekymringer.

Stig Hoel vet at dagen kommer da noen andre må overta mye av kontrollen over livet hans.

Han tenker gjennom hva han kan gjøre for å legge til rette for fremtiden: Praktiske ting ved huset, økonomien, tilganger til bankkort og kontoer.

Noe kan planlegges, men ikke alt. For sykdommen er lunefull. Akkurat hvordan den vil utvikle seg, hvor raskt det vil gå og hvordan personligheten blir preget, er uvisst.

Det som svir aller mest, er tanken på hvordan han blir mot sine nærmeste når sykdommen fester grepet. Blir han grei å ha med å gjøre? Blir han sint? Slem?

BRANÅ. Han har satt pris på informasjonen og hjelpen han har fått fra helsevesenet. Han savner ikke å få mer oppfølging – foreløpig.

Pusen som intetanende er på vei over stuegulvet, stopper og kaster et gult blick mot oss. Det er som om den spør: «Foreløpig?»

Stig Hoel holder fast: Det kan gå mange år før endringene blir store.

Og foreløpig har han det veldig bra. ●



Visste du at 1 av 3 eldre over 65 år faller hvert år?

Enkel styrke- og balansetrening forebygger fall. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening blant personer som jobber ved landets treningssentre, aktivitetssentre, institusjoner for eldre og i hjemmetjenesten. Kurset finnes nå i fire ulike versjoner – en tilpasset hver av disse målgruppene. Et kurs tar en drøy time å gjennomføre. Etter gjennomført kurs får man tilgang til en øvelsesbank med drøyt 120 balanse- og styrkeøvelser tilpasset ulikt funksjonsnivå.

Sjekk ut e-læringskurset på **basis-fallforebygging.no**

Ektemannen



Navn: Finn Arctander

Alder: 78 år

Pårørende til kona Elisabeth, som har Alzheimers sykdom

Bor i Nesodden kommune

Det er nå ti år siden Elisabeth, kona til Finn Arctander, fikk alzheimerdiagnosen. Da var hun 60 år.

Hun har bodd hjemme det meste av tiden. Sammen har de opplevd hvordan sykdommen har utviklet seg.

For ett år siden flyttet hun inn på sykehjem.

– Elisabeth bor nå på en liten avdeling med stabilt og kompetent personale. Der har hun det trygt og godt.

SORG – OG RESPEKT. Det har vært tungt å se den glade og energiske ektefellen bli dårligere, det legger han ikke skjul på.

Sorg, savn, frustrasjon. Følelsen av håpløshet. Den tunge uvissheten om hvordan fremtiden vil bli.

Han har vært gjennom alt sammen.

– Heldigvis har Elisabeth hele veien hatt et lett og godt humør, og hun er fremdeles i fysisk god form, sier han og legger til at hans kommune har hatt bra med tilbud som pårørendegrupper, demensskole og dagtilbud.

– Oppe i alt det tunge kan man også oppleve å få respekt og anerkjennelse for jobben man gjør som pårørende, sier han.

– **ER VI FORBEREDT?** Tidligere i år ble Finn Arctander invitert av hukommelsesteamet i Nesodden for å snakke ut fra et pårørendeperspektiv. Publikum var da både sykepleiere og leger ved sykehjemmene og i hjemmebasert omsorg.

Finn Arctander presiserer at selv om han ble engasjert i demensomsorgen fordi kona ble syk, så er målet hans at det skal bli en bedre demensomsorg for alle.

– Alle kommuner vil møte demenssyke i stadig større grad. Er vi forberedt? Inntrykket mitt er at det er store forskjeller mellom kommunene.

Postnummeret bør ikke avgjøre hvilke tilbud den demenssyke og de pårørende får, verken nå eller i fremtiden, sier han.

PÅRØRENDEVIKAR. En ting mener han hadde gjort det lettere å være pårørende til en med demens:

– Pårørendevikarer. Noen som kan komme inn i hjemmet og være en reell avlastning. Man er pårørende 24 timer i døgnet, hele året.

Han peker på at jo, det finnes dagtilbud og etter hvert avlastningsopphold på sykehjem.

– Men den syke kan bli mer urolig av disse endringene, spesielt når sykdommen utvikler seg. Da kan det bli mer belastning enn avlastning både for den syke og for den pårørende, sier han.

SÅRBARE SITUASJONER. – *Er det noe du vil trekke frem som også hadde gjort det enklere for den syke?*

– Ja. Jeg skulle ønske kommunene etablerte egne demensteam på samme måte som palliative team og liknende. Da kunne den syke sluppet å få 20 til 25 ulike pleiere å forholde seg til på like mange dager.

En mindre gruppe med helsepersonell som er dedikert til hjemmeboende pasienter med demens hadde vært det beste.

– Særlig i intime og mer sårbare situasjoner som stell og for eksempel dusjing, hadde det vært en stor fordel om det var noen kjente som kom.

Finn Arctander innser at det vil kreve omorganisering, og at det vil koste penger.

– Men fleksibel avlastning i hjemmet kan forebygge at pårørende ikke sliter seg ut og kanskje selv blir pasienter. Bedre hjelp i hjemmet vil kunne utsette sykehjemsinnleggelse, noe som sparer kommunene for store beløp. Og det tror jeg på sikt gir bedre samfunnsøkonomi.

– Og så har det med verdighet å gjøre, understreker han:

– Man tar vare på både pasienten og den pårørende. ●

Sykehjems-
sykepleieren



Navn: Ingvild Bang

Alder: 27 år

Yrke: Sykepleier

Jobber på Laugsand sykehjem i Trondheim

– Pasienter med demens trenger tid for å bli sett og lyttet til.

Etter fire måneder som sykepleier på sykehjem, har Ingvild Bang (27) rukket å gjøre seg noen refleksjoner.

For det første: Tid er et knapphetsgode.

For det andre: Det er mye hun kan gjøre for å skape gode hverdagsøyeblikk likevel.

– Jeg har jobbet som sykepleier i snart fire år. To år på nevrokirurgisk avdeling på sykehus, et drøyt år i vikarbyrå på sykehus og i hjemmebasert omsorg.

Nå er hun fast ansatt sykepleier på Laugsand sykehjem i Trondheim kommune. Full stilling, tredelt turnus.

– Jeg trives veldig godt.

Beboerne har demens av forskjellig type og i ulik grad, og avdelingen hun jobber på er liten. Hun har ansvaret for tolv pasienter. Totalt er det 24 pasienter fordelt på to etasjer.

– Jeg får konsentrert meg om pasientene på den avdelingen jeg er på. Det er fint.

LEI SEG. I en stellesituasjon kan pasienten bli sint og nekte. Det kan bunne i smerte eller en sterk mening om noe han eller hun vil eller ikke vil. Kanskje er det en hallusinasjon som er skremmende.

– Men så finner ikke pasienten ordene for å uttrykke det. Det er ofte ro og å lytte som skal til.

Får de ikke til det, kan både hun og pasienten kjenne på frustrasjon. De får ikke løst det.

– Man føler seg ikke helt tilstrekkelig alltid.

– Pasientene kan rett og slett bli lei seg. Kanskje forklaringene eller realitetsorienteringene de møtes med, oppleves som at de tar feil eller ikke har skjønt. Det vekker mye følelser når man ikke blir forstått eller ikke får til å uttrykke det man tenker på og kjenner på.

Hun sier at de i personalgruppa jobber med å finne teknikker for å løse slike situasjoner. Man kan avlede, hjelpe til med å tenke på noe annet,

finne på en aktivitet eller snakke om noe annet.

– Men det er ikke alltid så lett, erkjenner hun.

TENKER ENKELT. Selv om det er travelt og misforståelsene ikke alltid lar seg oppklare, så jakter hun alltid på fine hverdagsøyeblikk. Å få til å skape dem er en hjertesak for Ingvild Bang i jobben på sykehjemmet:

– Man må være litt kreativ og tenke enkelt.

Hun ramser opp:

– I stedet for å sitte på stua og se på tv, så kan jeg som ansatt ta med strikketøyet og sette meg ned blant beboerne. Med ett har vi strikking å snakke om.

AKTIVITETER SOM GIR MENING. Hun tenker også over hva hun selv liker å gjøre.

– Kanskje det er noen som liker å gå tur, som meg selv? Har de barn eller barnebarn? Er de interessert i idrett? Egentlig handler det om å slippe seg litt løs, ikke ta seg selv så selvhøytidelig. Da er det lettere å skape gode samtaler, sier hun.

Det som har overrasket henne mest ved å begynne å jobbe på sykehjem, er hvor mye ressurser som bor i eldre med demens.

– Noen er kanskje så fysisk sterke at de klarer å gå med rullator. Da kan vi gå ut og sette oss på en benk. Kanskje ta en is i sola. Er vi inne, kan vi bla i et album sammen.

Hun merker at dette har effekt i etterkant:

– Mange har dårlig korttidsminne. Men etter en positiv opplevelse kan de bli roligere og trekke mer på smilebåndet. I stedet for medisiner kan man gjøre aktiviteter. Det tror jeg har veldig stor verdi.

Jobben som sykepleier blir annerledes når det er tid til dette, synes hun:

– Det skaper en roligere atmosfære på avdelingen når flere får holde på med noe som gir mening. Det gjør min arbeidshverdag lettere også. ●

Losen



Navn: Mona Bekkhus-Wetterberg

Alder: 61 år

Yrke: Spesialsykepleier og demenskoordinator
Jobber i Ås kommune

– Jeg kaller meg en los i demensfamiliens liv.

Mona Bekkhus-Wetterberg er spesialsykepleier og demenskoordinator i full stilling i Ås kommune, som er kåret til landets mest demensvennlige i 2022.

Prisen er ingen hvilepute for henne. Hun brenner for å gjøre livet lettere for personer med demens og deres pårørende. Hun er bindeleddet mellom den som har demens, de pårørende og hjelpeapparatet.

Hjemmebesøk og utredning der det er mistanke om demens, er en viktig del av jobben. Utredning skjer i tett samarbeid med fastlegen.

Hun holder foredrag, leder demenskor og arrangerer kurs for pasienter og pårørende.

MÅ VÆRE TIDLIG PÅ. I Ås er hun i hundre prosent stilling.

– Noen kommuner har demenskoordinator i null prosent stilling. De må gjøre det i tillegg til de andre arbeidsoppgavene.

Demenskoordinator burde vært en lovpålagt stilling, mener hun.

Hun gjør blant annet kognitive tester og foreslår tiltak som multidose eller hjelp i hjemmet.

– Det er viktig å starte tidlig mens man fortsatt kan lære nye ting.

Per i dag driver hun flere samtalegrupper. Både de syke og de pårørende har tilbud om det. Unge ektefeller, voksne barn, pårørende til sykehjemsbeboere – hva man har behov for å snakke om kan variere ut fra rolle og livssituasjon.

– Å ha så mange samtalegrupper er nok ikke vanlig, men vi har forsøkt å differensiere, sier hun.

I tillegg arrangeres det pårørendeskole

sammen med de nærmeste omkringliggende kommunene.

BESØKER SKOLER. Når yngre rammes av demens, kan de ha barn i skolealder.

– Et møte med skolen kan være lurt. Etter samtykke med de voksne og barnet, selvfølgelig, sier hun.

Da er de på skolen oppmerksomme på sykdommen.

Hun har også vært på pasienters arbeidsplass.

– Ikke gi nye oppgaver, la den ansatte fortsette med det de mestrer.

Hun har sett arbeidsgivere strekke seg langt for å tilrettelegge for den som er syk, og trekker frem Nav i Ås som demensvennlig.

– Demensvennlig Nav er ikke noe man møter overalt. Her i kommunen har personalet blitt kurset i demens, og den syke trenger ikke sende inn meldekort eller søke på nye jobber, sier hun.

SLITNE PÅRØRENDE. – En ting er den som er rammet selv, men det handler like mye om de pårørende. Jeg ønsker at de skal se meg som en som går ved siden av dem hele veien.

Hun kjenner både kommune- og spesialisthelsetjenesten godt.

– Vi har faste møter med hjemmetjenesten. På inntaksmøter kan jeg si: «Den mannen trenger et avlastningsopphold nå, så kona får fri. Nå er hun så sliten, hun trenger det.»

Og hvis hun kunne endre én ting?

– Jeg skulle ønske vi hadde et pakkeforløp for demens. Det hadde hjulpet mange. ●

Kjære donorsykepleier,

jeg lever fordi du spurte

Da et liv tok slutt, møtte du en familie i sjokk og sorg. Midt i en krevende situasjon tok du opp spørsmålet om organdonasjon.

Det ble et ja, men du fikk aldri se resultatet. Før nå.

Tusen takk!

**Nina (59)
fikk nye lunger i 2019**



Foto: Oda Hveem

Én sa ja. Mange gjorde det mulig.

Over 100 helsepersonell er involvert når en pasient får et nytt organ. Ansatte i norsk helsevesen gjør en fantastisk jobb – fra å ivareta donors siste ønske, til livslang oppfølging av den transplanterte. Til sammen har dette reddet over 15 000 liv.

På vegne av alle som har fått et nytt liv – takk for jobben dere gjør!

VANSKELIGE VALG

Side | 86.

Undersøkelse:
Tidsnød tærer på
sykepleiernes
psykiske helse

Side | 100.

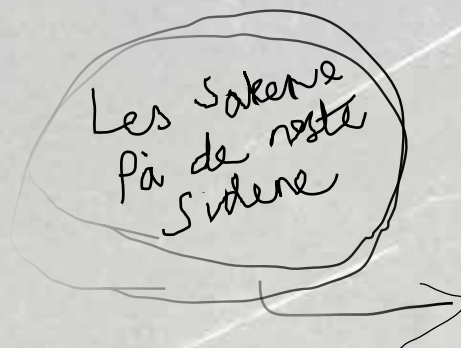
Fagartikkel:
Slik kan sykepleierne styrke
pasientens autonomi

Side | 92.

Kronikk:
Lill Sverresdatter Larsen
om møtet med Johanna

Side | 96.

Intervju:
Unngår tvang av frykt
for å gjøre noe galt



TEKST
Ingvald Bergsagel

ILLUSTRASJONSFOTO
Marit Fonn

Om undersøkelsen

Gjennomført av Sykepleien i perioden 15. – 21. august 2025 digitalt gjennom verktøyet Enalyzer.

Undersøkelsen ble sendt til 19 998 tilfeldig utvalgte medlemmer av Norsk Sykepleierforbund.

Respondenter som oppga at de aldri jobbet klinisk med pasienter med demens, ble ekskludert fra undersøkelsen.

1242 besvarte hele undersøkelsen, og kun svarene fra disse er inkludert i presentasjonen.

Undersøkelse: Tidsnød tærer på sykepleiernes psykiske helse

Mangel på tid og pasientenes fortvilelse er det som skaper mest frustrasjon i demensomsorgen.

I en ny spørreundersøkelse besvart av over 1200 sykepleiere, oppgir rundt 1 av 4 at deres egen psyke påvirkes negativt av å jobbe med personer med demens.

Mangel på tid og ressurser er den viktigste årsaken til at arbeidet oppleves belastende, ifølge svarene.

I undersøkelsen utdyper en del av sykepleierne sine erfaringer:

Dårlig bemanning gjør at jeg

ikke får fulgt opp pasientene, forteller en.

Det er belastende når man ikke klarer å tilby verdig hjelp, skriver en annen.

En tredje opplever det *alltid belastende når det mangler tilbud tilpasset den enkelte pasient og familien rundt.*

FÅR IKKE NØDVENDIG HJELP
Manglende ressurser sliter ikke

bare på de ansatte, men går også ut over pasientene, viser undersøkelsen.

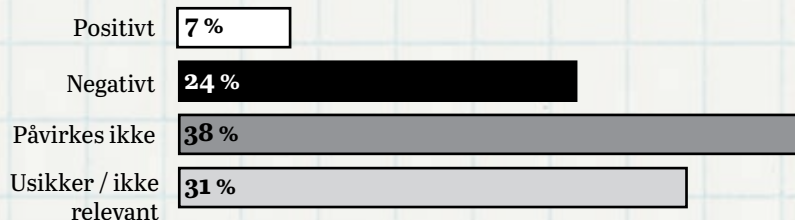
Blant sykepleiere som daglig jobber med demenspasienter, er det over halvparten som svarer at disse pasientene ofte ikke får nødvendig hjelp på grunn av bemanningssituasjonen.

3 av 10 oppgir at pasienter ofte får medikamentell behandling i situasjoner der andre tiltak



Slik påvirkes sykepeiere psykisk av å jobbe med pasienter med demens

Diagrammet viser prosentvis svarfordeling på spørsmål om hvordan arbeid med personer med demens påvirker egen psykisk helse.



Basert på data fra Sykepleiens demensundersøkelse 2025. N: 1242

kunne vært brukt først. Den desidert vanligste årsaken til at slikt skjer, er for lav bemanning, ifølge respondentene.

Undersøkelsen avdekker også et udekket kompetansebehov.

Et mindretall av respondentene, selv blant dem som jobber daglig med demenspasienter, oppgir at de har fått formell opplæring eller kursing innen demensomsorg de siste fem årene.

Kun 21 prosent mener ansatte på deres arbeidsplass har tilstrekkelig kompetanse innen dette fagfeltet.

GIVENDE ØYEBLIKK

Det må sies at mange også opplever arbeid med demenspasienter som givende, og dette gjelder i ekstra stor grad for dem som jobber daglig med denne pasientgruppen.

Gode øyeblikk med pasienten, humor, glede og innblikk i livshistorier er det som i størst grad bidrar til at slikt arbeid oppleves givende.

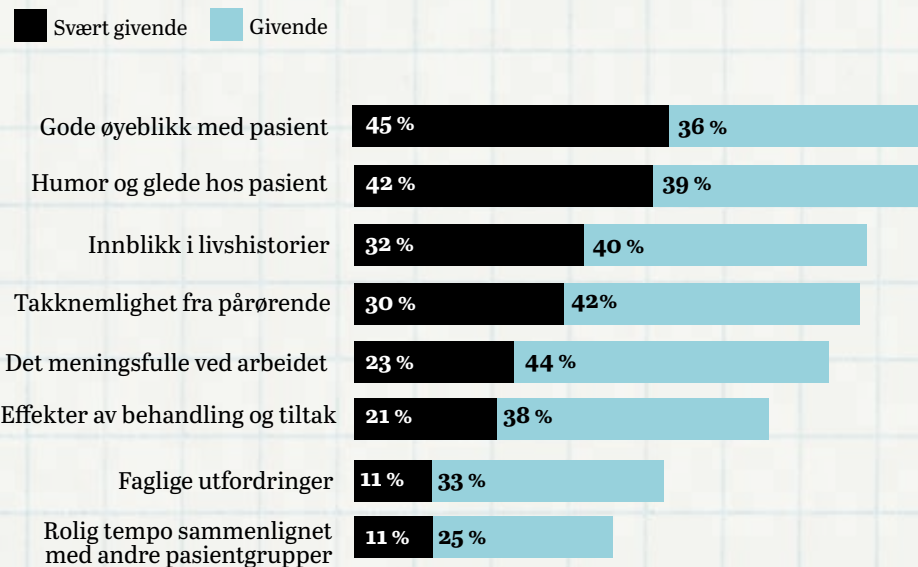
Det er givende å se gleden når du har tid til pasienten; sitte sammen og prate, se på bilder, være til stede på en god måte utover det daglige stellet, skriver en i sitt fritekstsvar.

Fint når man kan være med på



Hva er mest givende?

Diagrammet viser prosentvis andel sykepleiere som opplever ulike sider ved å jobbe med demenspasienter som givende eller svært givende.

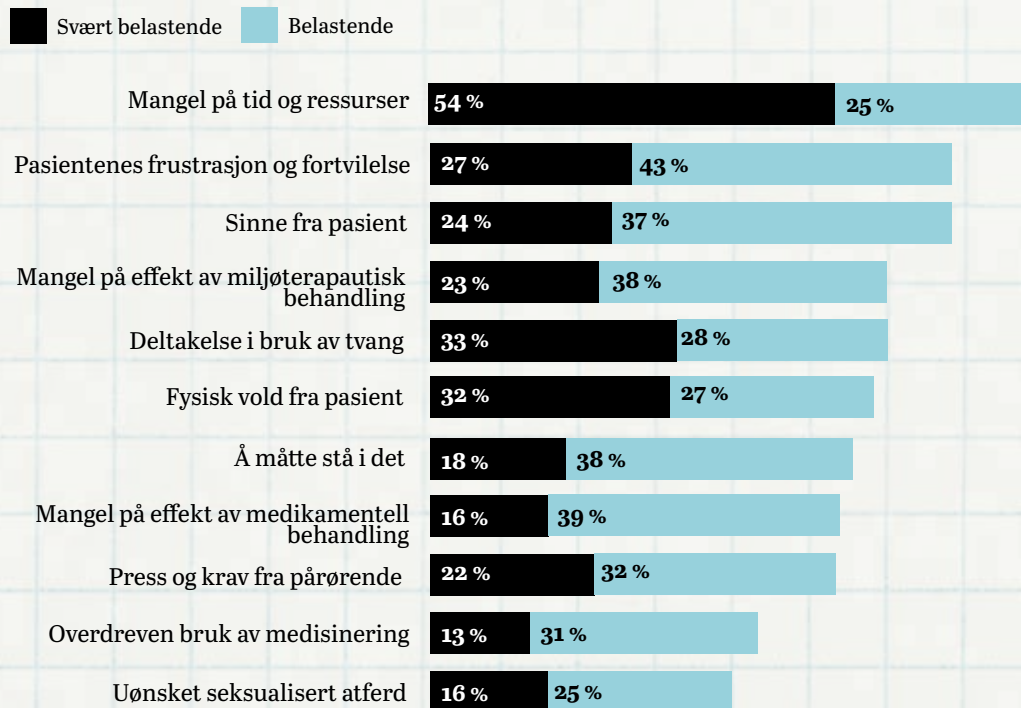


Basert på data fra Sykepleiens demensundersøkelse 2025. N: 1242



Hva er mest belastende?

Diagrammet viser prosentvis andel sykepleiere som opplever ulike sider ved å jobbe med demenspasienter som belastende eller svært belastende.



Basert på data fra Sykepleiens demensundersøkelse 2025. N: 1242

→ å skape gode øyeblikk med smil og latter, synes en annen.

KONKRETE ØNSKER

Økt bemanning og kompetanse er ikke overraskende temaer som går ofte igjen når sykepleierne blir spurt om hvilke endringer de ønsker seg innen demensomsorgen.

En del peker også på mindre bruk av medikamenter og mer tid til aktiviteter, samtaler og miljøtiltak. Andre ønsker seg sansehage, demenslandsby og mindre enheter.

Bemanningen på sykehjem er altfor lav etter dagens behov, påpeker en.

Kunne ønske mer faglig påfyll så ofte som mulig, skriver en annen.

En ønsker seg flere demenssykehjem med restaurant, frisør, sansehage, gater og så videre der beboere kan føle seg hjemme og trives. ●





Les mer på
VYDURA.NO

SMELTETABLETT TIL MIGRENEBEHANDLING BÅDE FOR **ANFALL** OG **FOREBYGGING**



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for ¹⁻²

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

Administrasjonsform: Smeltetabletten skal legges på eller under tungen. Den vil gå i oppløsning i munnen, væske er ikke nødvendig. Kan tas med eller utenom måltider.

Dosering¹:

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75 mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75 mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75 mg

Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

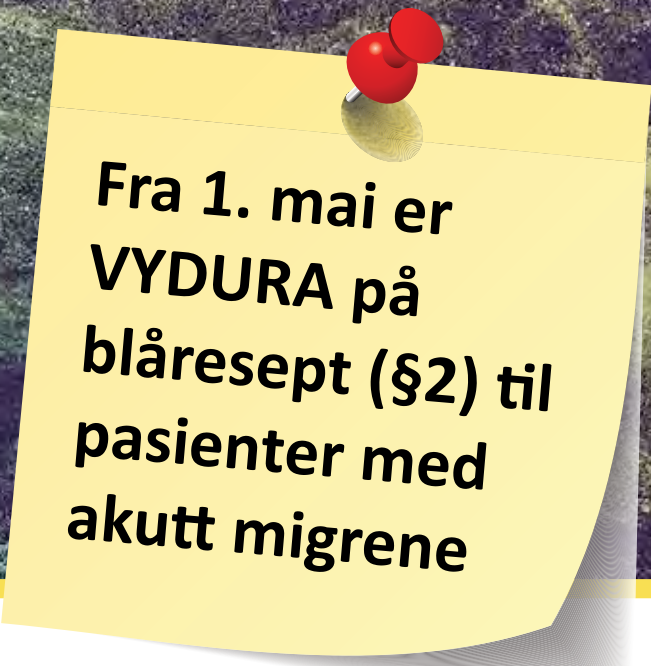
Pakninger og priser: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 540,80, 8 stk. (blister) kr 2054,10.

Reseptgruppe C.

Refusjonsberettiget bruk: Blåresept (§2). Behandling av akutt migrene med eller uten aura hos voksne uten tilstrekkelig symptomlindring på minst tre triptaner, samt ved intoleranse eller kontraindikasjoner mot triptaner.

Refusjon foreligger ikke for forebyggende behandling.





**Fra 1. mai er
VYDURA på
blåresept (§2) til
pasienter med
akutt migrene**

Vydura[®] 75mg ▼
(rimegepant)
smeltetablett

Bivirkninger¹:

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme. Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

Viktig sikkerhetsinformasjon¹:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet eller samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller moderat/sterke CYP3A4-induktorer.
- Ny dose bør unngås innen 48 timer ved samtidig bruk av moderate CYP3A4-hemmere eller sterke P-gp-hemmere.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig hodepine under behandling.
- Ved amming er relativ dose for spedbarnet anslått til mindre enn 1%. Bruk under amming kan vurderes basert på nytte-/risikovurdering.

For fullstendig informasjon, se Vydura preparatomtale på Felleskatalogen.no eller Dmp.no

Referanser:

1. Vydura[®] (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Veбенstad M A, Første migrenemedisin i klassen gepanter er nå tilgjengelig i Norge, Nevrologisk Tidsskrift, 2022

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.



Husker du den første personen med demens du møtte?

Å møte Johanna — og bli stående

Som barn hørte jeg at noen var blitt «senil». Jeg visste ikke hva det betydde, men forsto at det betydde «tullete». Noe skamfullt. Noe man helst skulle skjule. Et menneske man ikke lenger kunne regne med.

Som assistent på aldershjem møtte jeg Johanna. Hun hadde vært sykepleier. Håret hennes var lagt i pene krøller som lå riktig vei. Skjørtene i folder, i god ull, med rette sømmer.

På min vakt kom hun gående med avføring i hendene – og litt i gebisset – og spurte hva det var. Flere ganger den sommeren ropet hun på mamma og gråt så hjerteskjærende at det fortsatt sitter

i meg. Som 17 år gammel gjorde jeg som jeg hadde lært: tok henne med til speilet og forklarte at hun var en gammel dame, og at moren hennes hadde vært død i mange år. Det hjalp aldri. Og hver gang skar det et nytt lite sår i hjertet mitt.

DEMENS BEGYNNER OFTE I TANKENE, MEN ENDER I KROPPEN
Som sykepleier har møtene med personer med demens fortsatt å nære på de sårene.

Disse pasientene er ikke tullete. Demens er en samlebetegnelse på alvorlige hjernesykdommer. Sykdommer som er progredierende, uhelbredelige og dødelige.

Først kommer glemselen,

forvirringen og vansker med å finne ord. Etter hvert rammes også motorikken, balansen, evnen til å svelge og til slutt kroppens helt grunnleggende funksjoner som at hjertet slår.

Mange får problemer med å kle på seg, spise, holde seg rene – ikke fordi kroppen er svak, men fordi hjernen ikke lenger husker hvordan. Muskler svekkes. Bevegelsene svikter. Mange blir sengeliggende.

Når svelgfunksjonen svekkes, øker risikoen for underernæring, infeksjoner og lungebetennelse. Det som begynte med en gjenglemt avtale, ender ofte i stille pust, for siste gang.



Illustrasjonsfoto: Sissel Vetter

«Flere ganger
den sommeren
ropte hun på
mamma og gråt så
hjerteskjærende
at det fortsatt
sitter i meg.»

Smerte kan bli vanskelig å uttrykke. Uro, «vanskelig atferd» og motstand er ofte kroppens måte å rope om hjelp på – når ordene er borte.

Demens er ikke bare en kognitiv sykdom. Det er en sykdom som gradvis bryter ned hele mennesket

– og som står i fare for å ødelegge det mennesket betyr for andre.

Johanna og personer som henne med samme diagnose, skal ikke skjules. Deres følelser eller behov skal ikke neglisjeres. De trenger ikke vektere.

Johanna – og personer som henne – trenger sykepleie.

Å SE MED DET ÅPNE BLIKKET

Sykepleiere møter mennesker med demens i alle deler av helse-tjenesten: i hjemmet, i sykehjem,

på somatiske og psykiatriske avdelinger. Sykepleieren er der for å vurdere sår, fordele medisiner, legge til rette for aktivitet, mat og hygiene – men også for å observere, forebygge forverring og gi profesjonell omsorg.

I møte med demens finnes det ofte få svar og mange gjentakelser. Det er lett å ty til rutine, avstand og forkortelser.

Sykepleieprofessor og filosof Kari Martinsen skriver at sykepleie krever et «åpent blikk». Et blikk som ser den andres sårbarhet, og møter den med varhet. I møte med mennesker med demens er det det åpne blikket som avgjør om vi ser et menneske med verdi, eller et avvik fra normal funksjon.

KROPP, RYTME OG OMSORG I PRAKSIS

Martinsen minner oss om at vi mennesker alltid er kroppslige og avhengige. Demens gjør denne avhengigheten svært synlig. Sykepleieren bærer, støtter, leder og spiller pasienten – ikke bare i ord, men i rytme og bevegelse.

Når Johanna ropte på moren sin, ropte hun kanskje etter trygghet? Det er ikke sykepleierens oppgave å korrigere henne, men å legge til rette for hennes behov: rytme, ro og kontakt.

Å møte mennesker med demens handler om kunnskap, men også om etikk. Om å bli stående sammen med – også når ordene gjentar seg, når blikket er tomt, eller når kroppen gjør noe uforståelig. Som Martinsen skriver:

«Den andres avhengighet kaller på min ansvarlighet. Det skjer ikke gjennom regler, men i det levde øyeblikket.»

OMSORGENS MOSAIKK

I min egen forskning på demensomsorg ble det tydelig at profesjonell omsorg ikke er én ting – men mange små biter.

Omsorgens mosaikk består av ulike fagpersoner, pårørende, lokalkunnskap og kulturelle referanser. Sammen danner de noe større.

Likevel, sykepleierne må både være nært pasient og organisering for å undersøke helheten.

Omsorgens mosaikk kan på avstand se pen ut, men når flisene undersøkes nærmere, så vises mangler. Når sykepleiere og helsefagarbeidere presses på tid og erstattes av ufaglærte, når pårørende ikke blir hørt, når kulturen neglisjeres og pasienten reduseres til en diagnose der pleiebehov neglisjeres – da gir ikke mosaikkens bilde mening.

Sykepleieren har en særlig kunnskap og dermed ansvaret for å se og binde sammen disse bitene. For å sørge for at omsorgen ikke fragmenteres, men skaper mønstret som skaper trygghet for pasient og samfunn.

I demensomsorg er det ofte ikke én avgjørende hendelse som skaper verdighet. Det er summen av små handlinger.

Å VÆRE TIL STEDE –

OGSÅ NÅR DET ER VANSKELIG

Demensomsorg krever faglig dyktighet, men også mot. Demensomsorg krever at vi tør å være i det som er ufullstendig, i det som ikke kan løses, det som må holdes ut.

Mennesker som Johanna minner oss om hva sykepleie egentlig er. Ikke bare prosedyrer og standarder, men også relasjoner og ansvarlighet. Omsorg som en måte å være i verden på.

Om Johanna skal ha noen stående sammen med seg, så må Norge sikres nok sykepleiere. Og nok tid til at sykepleierne kan la Johanna få den tiden som pleien faktisk tar. Her finnes ingen snarvei, ingen standardisering, men skjønnsmessig profesjonell omsorg – igjen og igjen. ●

«Smerte kan bli vanskelig å uttrykke. Uro, <vanskelig atferd> og motstand er ofte kroppens måte å rope på hjelp på – når ordene er borte.»

Kreft rammer flere enn den som er syk

Møter du pasienter og pårørende som trenger noen å snakke med? Våre kreftsykepleiere og sosionomer har god tid til å lytte og gi råd til alle som har spørsmål eller tanker knyttet til kreft, behandling, rettigheter, tjenester og tilbud.

Tjenesten er gratis og tilgjengelig for alle.

 **21 49 49 21**

 **kreftforeningen.no/tilbud**

 **radgivning@kreftforeningen.no**

Jeg skulle ønske jeg visste mer om Kreftforeningens rådgivningstjeneste da jeg jobbet på kreftpoliklinikken. Da ville jeg ikke bare ha tipset pasientene om å ta kontakt, men også familie og venner.

Benedikte, kreftsykepleier
på Kreftforeningens
rådgivningstjeneste



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

Gravide og ammende trenger nok jod

Jod bidrar til utviklingen av barnets hjerne og nervesystem i fosterlivet, og til normal vekst hos barn. Derfor er nok jod særlig viktig for gravide og ammende, men mange gravide og ammende i Norge får ikke i seg nok.

Det er få kilder til jod og de største er melk, meieriprodukter og hvit fisk. Helsemyndighetene anbefaler 3 porsjoner meieriprodukter hver dag, hvorav 2 porsjoner er melk, syrnet melk eller yoghurt, fordi disse er gode kilder til jod. Brunost er også en god jodkilde.

3 om dagen og hvit fisk til middag 1-2 ganger i uken vil kunne gi gravide og ammende nok jod. Egg vil også bidra med noe jod.

Sjekk jodinntaket? Prøv melk.no/jodkalkulator

Opplysningskontoret
MELK
og meieriprodukter



Vilg meieriprodukter med mindre fett.
La minst 2 av 3 være melk eller yoghurt.



Scan QR-koden med
mobilkameraet for å få
tilgang til nettressurser
for helsepersonell.



TEKST OG FOTO
Marit Fonn



Foto: Martin Lundsvoll

Unngår tvang av frykt for å gjøre noe galt

Forskeren mener at litt tvang tidlig kan være bedre enn mer tvang senere.

Da Oslo kommune for et par år siden kartla bruk av tvang på sykehjem, kom det frem at det var utelatt helsehjelp for nesten 14 prosent av pasientene.

Øyvind Kirkevold er en av forskerne bak funnene. Han er professor emeritus i klinisk sykepleie.

Kartleggingen viste at det er ganske vanlig å utelate helsehjelp.

– Det nye vi fant ut, var at det var fordi pasientene gjorde motstand at hjelpen ble utelatt. Mens andre forskere har sett på utelatt helsehjelp som skyldes manglende ressurser, spurte vi om

pasientene gjorde motstand og hvordan personellet løste det.

– Hvilken motstand er det snakk om?

– At de sier nei, går vekk, dytter, klyper eller liknende.

KAN GI HELSEHJELP UTEN SAMTYKKE

Hvis pasientene uten samtykkekompetanse derimot *ikke* gjør motstand, gjelder lovens paragraf 4.6, påpeker Kirkevold. Den sier at i disse tilfellene kan helsehjelpen gjennomføres.

Det er pasient- og brukerrettighetsloven han sikter til.

Helsehjelpen skal være «av lite

inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet», presiseres det i loven.

MEST TVANG UNDER STELL

Før foregikk det mer fysisk tvang på sykehjem.

– Nå er den mer skjult. Den direkte fysiske tvangen, som å binde pasientene fast i en stol eller bruke seler i seng, er borte. Men fremdeles brukes tvang på sykehjem.

Vanligvis skjer det i forbindelse med stell.

– Det slår meg at en del folk lar være å bruke tvang fordi vilkårene for å gjennomføre tvang er så strenge. Eller fordi det er



UKLART OM HJEMMETJENESTEN: – Vi vet en del om hvordan man lar være å bruke tvang på sykehjem. Men vi vet altfor lite om hjemmetjenesten, sier professor emeritus Øyvind Kirkevold.

tidkrevende å fatte vedtak. Av frykt for å gjøre noe galt, lar de være å gjøre det som er nødvendig.

Kirkevold kaller det unnlattelses-synder.

Han gir et eksempel på en slik synd: Hvis en pasient lar være å vaske seg, bruker man kanskje altfor lang tid på å prøve å få til å hjelpe.

– Det kan være at en pasient går rundt uttissa, kanskje har den også gjort på seg. Det vil jo gi en sosial ulempe, som at andre pasienter trekker seg unna. Pasienten klarer ikke å sette ord på det. Det eskalerer, og det blir mer og mer vanskelig å hjelpe.

– Å la pasienter gå slik hele

dagen gir dem ikke velvære. Det er absolutt redusert livskvalitet, og det er ikke å behandle folk med respekt. Det er ikke sikkert det er i tråd med hvordan personen vil ha det heller.

KAN FØRE TIL ALVORLIG HELSESKADE

Han peker på at ifølge nevnte lov skal man ha prøvd alt annet før man bruker tvang.

Å vite hva som er tvang og ikke, er ikke alltid lett å definere:

– Det blir en gråson. Særlig når pasientene har demens, er det vanskelig å vite hva de egentlig yter motstand imot.

Øyvind Kirkevold mener at i veldig mange situasjoner ville man klart å løse problemet uten tvang. Da må pleierne ha tid til å bli kjent med pasientene, ha riktig kompetanse, og det må være nok folk på jobb. Mangler dette, blir det til slutt uforsvarlig, og han frykter at det kan føre til alvorlig helseskade.

– Det kan gjøre at plagene blir enda større ved stedet enn de hadde trengt å være.

Derfor:

– Litt tvang tidlig, som kanskje ikke engang er tvang, er bedre enn mer tvang senere, mener han. ●

Smart løsning i akutte situasjoner

En stor, mobil dobbeltskjerm gir pasienten et trygt "rom", samtidig som pleiepersonellet får arbeidsro. Etter bruk er det enkelt å desinfisere skjermen, for deretter å folde den sammen og sette den bort.

- Akutt avskjerming av pasienter
- Økt behov for sengeplasser
- Plass til to pasienter i enkeltrom
- Midlertidig avskjerming av pasient i korridor

Erlend Lågøy, Silentia Norge

Ta kontakt med Erlend for et besøk eller en online demonstrasjon. info@silentia.no
Les mer på silentia.no



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS



NYHET

Mepilex® Up med innovativ væskehåndtering

Mepilex Up



Mepilex Up kan absorbere og effektivt spre sårveske i alle retninger, selv mot tyngdekraften



Les mer om Mepilex Up på våre nettsider

Referanse: Mölnlycke Health Care. Data on file. 2024.

Mölnlycke Health Care AS, Postboks 6229 Etterstad, 0603 Oslo. Besøksadresse Brynsalléen 4, 0667 Oslo. Tlf. +47 22 70 63 70. Varemerkene, navnene og logoene til Mölnlycke og Mepilex er registrert globalt av ett eller flere av selskapene i konsernet. Mölnlycke Health Care. ©2024 Mölnlycke Health Care AS. Med enerett. NOWC6972508

Mölnlycke®



Utdannelse for helsepersonell

Direktesendt **online** eller på plass i **Oslo, Trondheim eller Bergen**

Les mer på mediyoga.no



Slit du med tørr hud?



Optima pH4

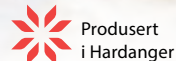
førebygger hudplager, styrker syrekappa og bevarer den gode bakteriefloraen.

Unik kombinasjon av eddik, alginat og mjukgjerande ingrediensar.

- gjer at du tåler dagleg/hyppig vask utan å tørke ut huda
- til dagleg pleie
- pH 4 for at sår skal gro

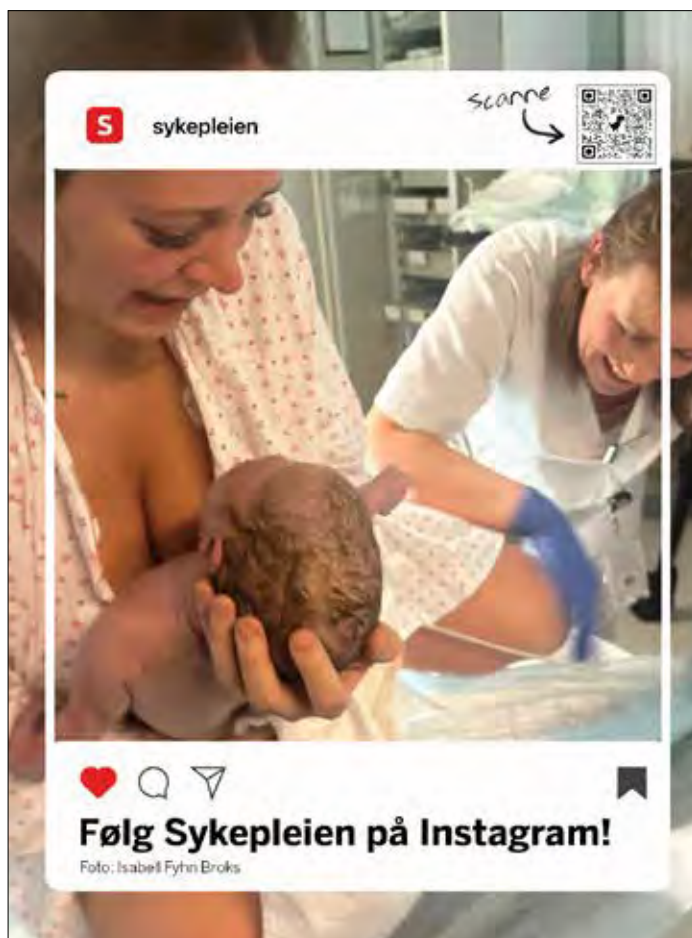
Kombiner pH4 Hudvask pluss med pH4 Hudpleie pluss/Hudbalsam for best effekt. Påfør etter vask eller ved behov.

Utan parfyme. Låg pH.



Optima Produkter AS
5600 Norheimsund, Tlf. 56 56 46 10

www.optima-ph.no





Slik kan sykepleiere styrke pasientens autonomi

Pasienter med demens kan oppleve det som inngripende å få beslutningskompetansen vurdert. Sykepleiere må møte pasienten med tillit og klar informasjon før de vurderer tvang.

HOVEDBUDSKAP:

Sykepleiere har en viktig rolle i å støtte og vurdere beslutningskompetanse hos pasienter med demens når de skal ta avgjørelser. Vi må ha kunnskap om både lovregler og etiske spørsmål. Ved å gi tilpasset informasjon, skape trygghet og bygge gode relasjoner kan vi hjelpe pasienten til å forstå og medvirke i beslutninger om egen helse. Sykepleieres innsats kan være avgjørende for å styrke pasientens autonomi og samtidig redusere behovet for tvang.

NØKKELOORD:

Etikk, demens, vurderingskompetanse, klinisk undersøkelseskompetanse og beslutningskompetanse

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.
2025.99912

HVORDAN STØTTE BESLUTNINGS-
KOMPETANSEN HOS PASIENTER
MED DEMENS

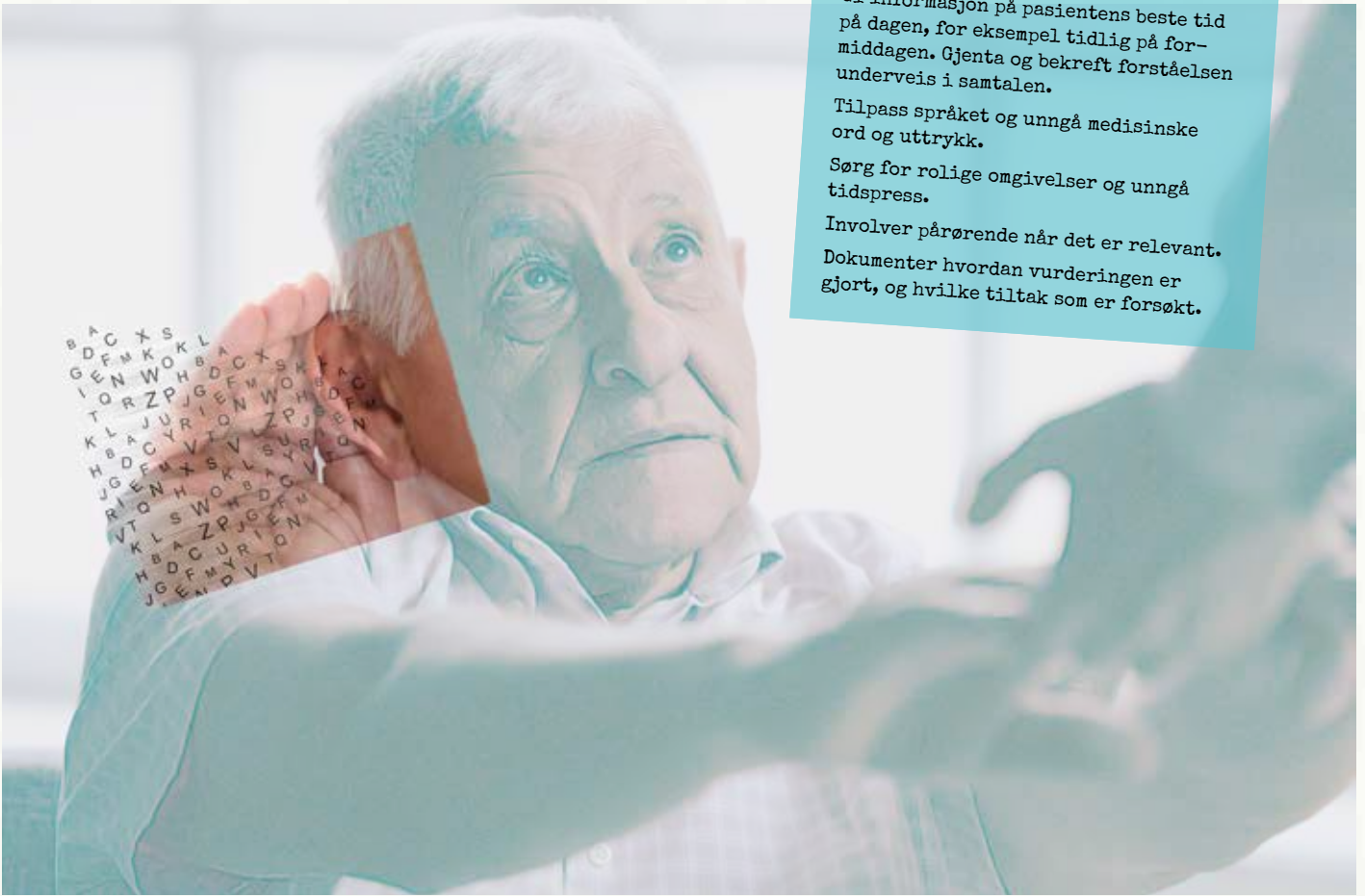
Gi informasjon på pasientens beste tid på dagen, for eksempel tidlig på formiddagen. Gjenta og bekreft forståelsen underveis i samtalen.

Tilpass språket og unngå medisinske ord og uttrykk.

Sørg for rolige omgivelser og unngå tidspress.

Involver pårørende når det er relevant.

Dokumenter hvordan vurderingen er gjort, og hvilke tiltak som er forsøkt.



| Montasje: Sissel Vetter / Foto: Mostphotos

Et viktig kriterium for å kunne gjøre vedtak om tvang, både i psykisk helsevern og i somatisk helsetjeneste, er at pasienten mangler beslutningskompetanse (1). Fordi dette er så viktig, må vi som sykepleiere vite hva beslutningskompetanse betyr, og hvordan vi kan vurdere om en pasient er beslutningskompetent.

Å få vurdert sin evne til å samtykke og ta beslutninger, og at helsepersonell kanskje må ta valg på ens vegne, kan oppleves som inngripende. Det er derfor også etisk relevant å tenke over når det er riktig å vurdere beslutningskompetansen, og hvordan man går frem.

Det å kunne samtykke og være med på å ta beslutninger om egen helsehjelp handler om et av de viktigste etiske prinsippene i helsefaget – nemlig autonomi-prinsippet (2). Når man samtykker, betyr det at man godtar og tillater at helsehjelp blir gitt.

I denne fagartikkelen forklarer jeg hva beslutningskompetanse er, når og hvordan den bør vurderes, og hvilke etiske refleksjoner som er relevante i slike vurderinger. Jeg går ikke nærmere inn på andre kriterier for tvangsvedtak, men viser til gjeldende lovverk: pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern (3, 4).

HVA ER BESLUTNINGS- KOMPETANSE?

Beslutningskompetanse i helse-tjenesten betyr at pasienten er i stand til å forstå informasjonen som blir gitt, kan ta egne valg om helsehjelp og forstår konsekvensene av valgene sine (1).

Inntil nylig har man brukt begrepet samtykkekompetanse, men i et forslag til nye regler om tvang i helsetjenesten anbefales det nå å bruke beslutningskompetanse i stedet. Grunnen til dette er at det nye begrepet bedre gjenspeiler at pasienten både har rett til å si ja til helsehjelp – og til å takke nei (4).

Hvis en pasient for eksempel

«Beslutningskompetanse betyr at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, kan ta egne valg om helsehjelp og forstår konsekvensene av valgene sine.»

har en psykisk lidelse eller demens, kan dette gå utover pasientens kognitive evner og dermed også pasientens evne til å ta beslutninger når det gjelder behovet for helsehjelp, altså beslutningskompetansen.

Det er likevel viktig å understreke at beslutningskompetanse ikke er knyttet til diagnoser. Selv om pasienten har en demensdiagnose eller en psykisk lidelse, betyr det ikke at pasienten mangler beslutningskompetanse. Dette blir også lagt vekt på i forslaget til endring av tvangslovgivningen, der tilknytning til sykdom eller en spesiell tilstand er fjernet (4).

Beslutningskompetanse kan også variere fra situasjon til situasjon. En pasient kan ha beslutningskompetanse på ett område, men ikke på et annet. For eksempel kan en person forstå behovet for hjelp med personlig hygiene, men ikke forstå hvorfor medisinsk behandling er nødvendig.

HELSEPERSONELL MÅ VURDERE KOMPETANSEN JEVNLIK

Man bør vurdere pasientens beslutningskompetanse når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og man er i tvil om pasienten forstår betydningen av å si nei. Det er først og fremst når vi vurderer å gjøre et vedtak om tvang at det er relevant å vurdere

om pasienten er beslutningskompetent. Det er for eksempel ikke noe man bør gjøre som en rutine ved innleggelse på sykehjem eller sykehus.

Samtidig er det viktig å følge opp vurderingen jevnlig – for eksempel hvis pasientens helsetilstand eller funksjon endrer seg, eller hvis man vurderer nye tiltak som kan innebære tvang. I psykisk helsevern kan vi se at pasientens beslutningskompetanse endrer seg når pasienten mottar helsehjelp og blir friskere. Da bør man gjøre en ny vurdering.

Det samme gjelder eldre pasienter som kan bli forvirret hvis de har en infeksjon, men der forvirringen blir mindre når infeksjonen behandles. Siden beslutningskompetansen kan variere ut fra situasjonen man skal ta beslutninger rundt, må kompetansen alltid vurderes konkret opp mot behandlingen eller tiltaket det gjelder (6).

Ifølge dagens helselovgivning må det være «åpenbart» at pasienten mangler beslutningskompetanse for at man skal kunne slå fast dette. I det nye forslaget til endring av tvangslovgivningen foreslås det imidlertid å bytte ut ordet «åpenbart» med «overveiende sannsynlig» (4). Det betyr at kravet for å vurdere at pasienten mangler

beslutningskompetanse, er senket.

FARV BRUKES FOR Å VURDERE BESLUTNINGSKOMPETANSE

83 år gamle Kari bor på sykehjem og har moderat demens. Den siste uken har hun vært mer forvirret og urolig, og hun har fått påvist en urinveisinfeksjon. Legen har derfor satt henne på en antibiotikabehandling. Når sykepleieren skal gi henne medisinen, nekter hun å ta dem.

En vanlig metode for å vurdere en pasients beslutningskompetanse er å bruke FARV-kriteriene:

- **Forståelse** – evnen til å forstå informasjon om diagnose og behandling.
- **Anerkjennelse** – evnen til å erkjenne at informasjonen er relevant for egen situasjon.
- **Resonnering** – evnen til å drøfte informasjon og vurdere ulike valgmuligheter.
- **Valg** – evnen til å gi uttrykk for en preferanse, enten verbalt eller nonverbalt (1).

Ved å bruke disse kriteriene får man et helhetlig grunnlag for å vurdere om pasienten har beslutningskompetanse.

PASIENTEN MANGLER FORSTÅELSE FOR ALVORLIGHETEN

I situasjonen med Kari kan man for eksempel begynne med å

«Hvis Kari etter å ha fått tilpasset og grundig informasjon fortsatt nekter behandling, taler det for at hun mangler beslutningskompetanse.»

informere henne om at hun har en urinveisinfeksjon som trenger behandling. Man kan spørre om hun har ubehag ved vannlating, og eventuelt relatere ubehaget og smertene til urinveisinfeksjonen.

Dersom hun viser at hun forstår at hun har en urinveisinfeksjon, men likevel sier at hun ikke trenger medisiner, kan det tyde på at hun ikke forstår hvor alvorlig infeksjonen er, eller hvorfor behandling er nødvendig.

Det kan også tyde på at hun ikke anerkjenner informasjonens betydning for sin egen situasjon. Da blir det vanskelig for henne å resonnerer rundt konsekvensene av ikke å få behandling.

Selv om Kari oppfyller det siste kriteriet – at hun viser at hun kan ta et valg – er det overveiende sannsynligvis at hun ikke oppfyller de andre kriteriene. Hvis hun etter å ha fått tilpasset og grundig informasjon fortsatt nekter behandling, taler det for at hun mangler beslutningskompetanse.

**SYKEPLEIERE KAN VURDERE
BESLUTNINGSKOMPETANSEN**
Et nyttig verktøy i tillegg til FARV-kriteriene er Aid to Capacity Evaluation (ACE), utviklet i Canada og oversatt til norsk ved

Senter for medisinsk etikk (5). Spørsmålene i dette skjemaet må brukes med varsomhet og tilpasses den aktuelle situasjonen.

Vurderingene er ofte enkle når det er tydelig at pasienten ikke forstår. De vanskelige vurderingene oppstår ofte når pasienten har et mer fluktuerende forløp – og veksler mellom å være klar og forvirret.

Det er ofte legen som vurderer pasientens beslutningskompetanse, men ifølge lovverket kan også den som yter helsehjelpen, gjøre dette. Det betyr at også sykepleiere og helsefagarbeidere kan ha dette ansvaret, så lenge de har nødvendig faglig kompetanse. Derfor er det viktig at sykepleiere får opplæring og mulighet til å øve på slike vurderinger i trygge fagmiljøer.

Et viktig argument for at sykepleiere bør gjøre disse vurderingene, er at de ofte er til stede i situasjoner der pasienten nekter å ta imot hjelp eller behandling. I tillegg kjenner de pasienten best og har et godt grunnlag for å gjøre en mer helhetlig vurdering.

**MORALSK SENSITIVITET ER
AVGJØRENDE I VURDERINGEN**
Det kan oppstå flere etiske utfordringer når vi skal vurdere beslutningskompetansen til en pasient. Jeg har tidligere skrevet

om begrepet moralsk sensitivitet i etikkartiklene mine her i Sykepleien, og jeg mener dette er helt avgjørende å ha med seg også i slike vurderinger.

Som nevnt tidligere, handler moralsk sensitivitet om å ha kunnskap og kompetanse som gjør oss i stand til å oppdage hvilke etiske verdier og prinsipper som er relevante i en situasjon – og dermed også kunne identifisere etiske utfordringer (6).

Det første etiske spørsmålet man bør stille seg, er om det i det hele tatt er nødvendig – eller etisk riktig – å vurdere pasientens beslutningskompetanse. En slik vurdering kan oppleves som inngripende, som nevnt tidligere, og kanskje også krenkende – særlig hvis resultatet er at pasienten blir vurdert til ikke å være beslutningskompetent.

Når man vurderer om det er aktuelt å fatte et vedtak om tvang, vil jeg derfor argumentere for at beslutningskompetanse ikke nødvendigvis bør være det første man vurderer. Kanskje bør man begynne med å vurdere noen av de andre kriteriene – for eksempel om helsehjelpen faktisk er nødvendig, eller om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp.

Hvis man vurderer å gjøre et vedtak om tvang i somatisk

«Det første spørsmålet man bør stille seg, er om det i det hele tatt er nødvendig – eller etisk riktig – å vurdere pasientens beslutningskompetanse.»

helsehjelp, kan det dessuten være mer relevant først å prøve andre tillitsskapende tiltak, før man går videre til å vurdere pasientens beslutningskompetanse.

SYKEPLEIEREN SKAPER TRYGGHET FØRST

Som sykepleier må man reflektere over hva som kan bidra til at pasienten føler seg trygg. Dette kan dreie seg om helt grunnleggende kommunikasjon – å forklare hva man gjør underveis, og være bevisst både verbal og non-verbal kommunikasjon. Hvis du som sykepleier fremstår rolig og trygg, kan det ha en beroligende effekt på pasienten.

Andre tillitsskapende tiltak kan være å tilpasse samtalen til pasientens livserfaring, eller bruke musikk som virker beroligende.

Dersom slike tiltak fører frem, vil det ofte ikke være nødvendig å fatte vedtak om tvang – og heller ikke å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Poenget mitt er at man bør ha både en faglig og en moralsk begrunnelse før man går videre til å vurdere beslutningskompetanse.

Det kan også oppstå etiske utfordringer underveis når man har besluttet å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Hvordan vurderingen

gjennomføres, avhenger både av faglig kompetanse – for å gjøre en god vurdering – og etisk kompetanse, for å unngå å krenke pasienten i prosessen.

KOMMUNIKASJONEN MÅ TILPASSES

Hvordan vi kommuniserer med pasienten og informerer pasienten, har stor betydning for hvordan situasjonen oppleves. Snakker du til pasienten som en voksen person? Er du bevisst på å unngå en «ovenfra-og-ned»-holdning? Opplever pasienten at du tar vedkommende på alvor – og ser mer enn bare en diagnose eller et problem?

Ser du etter ressurser og muligheter, eller leter du etter begrensninger? Alt dette er etisk viktig å reflektere over når man vurderer en pasients beslutningskompetanse.

Som nevnt kan man bruke skjemaer der man krysser av underveis i vurderingen. Dette kan bidra til å kvalitetssikre både spørsmålene som stilles, og informasjonen som gis – og dermed også selve vurderingen. Samtidig kan det oppleves krenkende for pasienten dersom verktøyet ikke brukes på en god måte.

Skjemaet bør derfor ikke brukes som en ren sjekkliste, men

inngå som en del av en helhetlig vurdering. Man bør også være bevisst på hvordan spørsmålene stilles. Hvis beslutningskompetansen kan vurderes gjennom en så naturlig samtale som mulig, mener jeg det er det beste – slik at pasienten ikke føler seg forhørt eller eksaminert.

HELSEPERSONELL HAR ET MORALSK ANSVAR

Som sykepleiere og helsepersonell har vi et moralsk ansvar for å legge til rette for at pasienten forstår informasjonen vi gir. Dette er viktig for at pasienten skal kunne vurderes som beslutningskompetent. Vi bør med andre ord gjøre det vi kan for å støtte og styrke pasientens beslutningskompetanse.

Dette innebærer både et faglig og et moralsk ansvar for å tilpasse informasjonen. Vi må for eksempel unngå vanskelig medisinsk språk og bruke ord pasienten forstår. I tillegg kan tidspunkt og omgivelser ha stor betydning.

For personer med demens kan det spille en rolle hvilken tid på døgnet vi vurderer beslutningskompetansen. Den kognitive svikten kan for eksempel være mer fremtredende på ettermiddagen eller kvelden, når de er slitne. Miljøet rundt pasienten

«Hvordan vi kommuniserer med pasienten og informerer pasienten, har stor betydning for hvordan situasjonen oppleves.»

HER ER DEN DIGITALE VERSJONEN AV FAGARTIKKELEN. DEL DEN MED EN KOLLEGA!



kan også påvirke situasjonen og bidra til at pasienten i større eller mindre grad forstår informasjonen som blir gitt.

Videre vil jeg løfte frem hvilken betydning følelser og relasjoner kan ha når man vurderer beslutningskompetansen. FARV-kriteriene har blitt kritisert for å ha en ensidig kognitiv tilnærming (7). Opplevelsen og følelsen av trygghet kan for eksempel påvirke evnen vår til å ta imot og forstå informasjon, noe som understreker viktigheten av også å ta hensyn til det emosjonelle.

RELASJONER PÅVIRKER FORSTÅElsen

Også det relasjonelle aspektet kan være avgjørende. Dersom en person pasienten har tillit til

– og som kjenner pasienten godt – står for informasjonen og vurderingen, kan det gjøre pasienten bedre i stand til å forstå og medvirke.

I en tidligere artikkel har jeg skrevet om betydningen av relasjonell autonomi (8). I vurderingen av beslutningskompetanse kan en slik relasjonell tilnærming være særlig viktig.

Mens en tradisjonell tilnærming til autonomi – og også FARV-kriteriene – legger mest vekt på fornuftsautonomi, altså hvordan fornuftsevnen påvirker våre evner til å ta valg, vil en emosjonell og relasjonell tilnærming også vektlegge betydningen av det relasjonelle og emosjonelle i valgene vi gjør (7, 9).

Ved å ha mennesker rundt oss som vi er trygge på og har

tillit til, vil vi være i bedre stand til å forstå informasjon og ta beslutninger.

SYKEPLEIERE TRENGER MORALSK DØMMEKRAFT

I denne artikkelen har jeg forsøkt å belyse både faglige og etiske sider ved det å vurdere beslutningskompetansen hos en pasient. Som sykepleiere trenger vi ikke bare faglig kunnskap og kompetanse i selve vurderingen – vi trenger også moralsk dømmekraft til å vurdere *når* det er riktig å foreta en slik vurdering, og *hvordan* det bør gjøres på en måte som ivaretar pasientens integritet og verdighet.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter. ●

REFERANSER:

1. Pedersen R. Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. I: Magelssen M, Førde R, Pedersen R, Lillemoen L, red. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. s. 61–71.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics: Marking its fortieth anniversary. Am J Bioeth. 2019;19(11):9–12. DOI: 10.1080/15265161.2019.1665402
3. Helsedirektoratet. § 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 26. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen-](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen-mv/-4a-3-adgang-til-a-gi-helsehjelp-som-pasienten-motsetter-seg-referere)

4. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 31 L (2024–2025). Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 4. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-31-l-20242025/id3076650/>
5. Universitetet i Oslo (UiO). Aid to Capacity Evaluation (ACE). Hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse. Oslo: UiO; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/sentrale-tema/samtykkekompetanse/ace2012.pdf>
6. Heggstad AKT. Etikk i klinisk sykepleie. 2. utg. Oslo: Samlaget; 2022.
7. Hermann H, Trachsel M, Elger BS, Biller-Andorno N. Emotion and value in the evaluation of medical decision-making capacity: A narrative review of arguments. Front Psychol. 2016;7:765. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00765
8. Heggstad AKT. Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever. Sykepl Forsk. 2021;109(83901):e-83901. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83901
9. Atkins K. Autonomy and autonomy competences: a practical and relational approach. Nurs Philos. 2006;7(4):205–15. DOI:10.1111/j.1466-769X.2006.00266.x

Wima-labben:**Behandling / forebygging
av ligge- og trykksår**

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



**T-Safe engangs legionellafilter
- med opptil 92 dagers levetid!**

T-safe fjerner ikke bare legionella, men også andre patogene bakterier. Legionellafiltrene blir ofte brukt som permanent løsning i helsesektoren, på avdelinger med behov for ekstra sikkerhet overfor brukere med nedsatt immunforsvar.

GARANTERER 100% bakteriefritt vann



Hånddusj



Hodedusj



A portrait of Stian Eisenträger, a man with glasses, wearing a dark suit jacket over a light blue shirt. He is standing outdoors with trees and a blurred background.

Jeg som redaktør garanterer deg som leser...

...at vi i redaksjonen skal fortsette å skrive om det som er viktig for deg - like unikt på mobilen som i bladet!

Stian Eisenträger

Ansvarlig redaktør i Sykepleien

Foto: Krister Sørbo.

Lyst til å bli
estetisk sykepleier?
Være din egen *sjef?*
Ha kontroll over egen
arbeidstid og lønn?

Start din egen estetiske klinikk:

- Vi lærer deg alt du trenger for å få suksess
- Vårt unike markedsføringssystem fyller opp klinikken din med kunder fra dag 1
- Våre apparater og produkter er uten konkurranse i hele Norden

Kontakt oss for en uforpliktende prat:

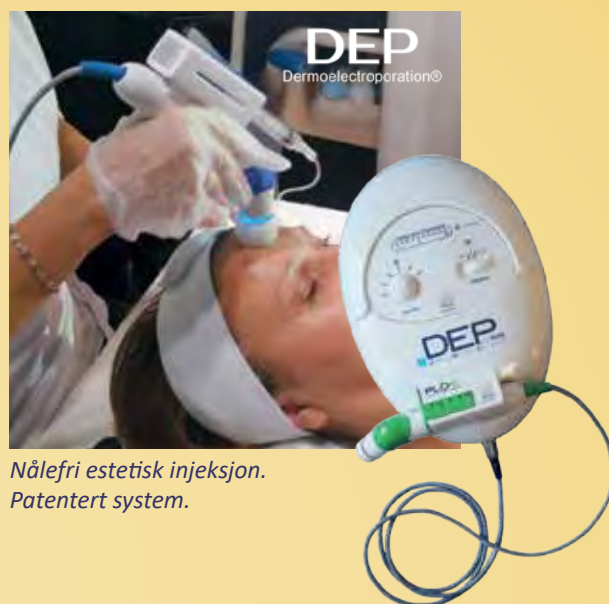
Dui Clinique AS

Farmannsveien 18-22, 3111 Tønsberg

Tlf: 928 68 444 (sms)/ 33 33 48 90

Epost: sales@duiclinique.com

Web: www.duiclinique.no



Nålefri estetisk injeksjon.
Patentert system.



Holistisk kropps-
behandling for
detox og figurforming.