

Reinnleggelser i alderspsykiatrisk avdeling

En oppfølgingsstudie

Trine Nordby Skjellestad



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

13. Mai 2016

FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

Navn: Trine Nordby Skjellestad	Dato: 13/5-2016
Tittel og undertittel: Reinnleggelser i alderspsykiatrisk avdeling En oppfølgingsstudie	
<u>Sammendrag:</u> Bakgrunn: Psykiske lidelser hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet. Dersom eldre personer med psykiske lidelser ikke får behandling eller oppfølging kan dette føre til økt lidelse, sykkelighet og reinnleggelser. I Norge har vi begrenset kunnskap om hvordan det går med eldre personer som har vært innlagt og som reinnlegges i en alderspsykiatrisk avdeling. Hensikt: Hensikten er å beskrive hva som kjennetegner personer som reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling på to alderspsykiatriske avdelinger i Norge. Teoretisk forankring: Studien bygger på teori og tidligere forskning om eldre personer med psykiske lidelser, med hovedfokus på reinnleggelser. Metode: Dette er en kvantitativ studie med kohortdesign. Datamaterialet er hentet fra Kvalitetsregisteret i alderspsykiatrien (KVALAP) (2011-2013) og fra Oppfølgingsstudien (2013-2015). Data er samlet inn på personer tidligere innlagt, eller i poliklinisk behandling på Diakonhjemmet sykehus, alderspsykiatrisk avdeling og Vestre Viken HF, alderspsykiatrisk seksjon, Lier. Resultater: Studien viser at personer med psykoselidelse og bipolar lidelse oftest reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling, mens de fleste som innlegges i alderspsykiatrisk avdeling har en depresjonsdiagnose. Konklusjon: Studien viste at det å ha en psykose lidelse og bipolar lidelse har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. På bakgrunn av disse funn, bør risikofaktorer for å utvikle nye sykdomsepisoder identifiseres og det må settes inn forebyggende tiltak på bakgrunn av dette. Helsetjenestene bør også tilstrebes organisert til det beste for den enkelte person ved at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider bedre og tettere i fremtiden. I tillegg må personen som er syk inkluderes i planleggingen av egen behandling og i planleggingen av videre oppfølging.	
Nøkkelord: Psykiske lidelser hos eldre, depresjon hos eldre, angst hos eldre, bipolar lidelse hos eldre, psykose lidelser hos eldre, oppfølging, innleggelse, reinnleggelse, NPI-Q, MMSE-NR, PADL, Barthel ADL	

Name: Trine Nordby Skjellestad	Date: 13/5-2016
Title and subtitle: Re-hospitalization in an Geriatric psychiatric unit in Norway A follow-up study	
<u>Abstract:</u> <p>Background: Mental disorders in the elderly are underdiagnosed and undertreated. Inadequate follow-up and lack of treatment can result in increased suffering, morbidity and rehospitalization. In Norway we have limited knowledge on how elderly persons are doing after admission from a geriatric psychiatric unit.</p> <p>Objectives: The main objectives in this study is to describe characteristics of rehospitalization in an geriatric psychiatric unit in two hospitals in Norway, respectively Diakonhjemmet Hospital and Vestre Viken Hospital, Health Authority, Lier</p> <p>Theory: This study is based on theory and previous research on older persons with mental disorders, with focus on rehospitalization.</p> <p>Method: This is a quantitative study with a cohort design. The data was taken from the Quality Register for Geriatric Psychiatry (KVALAP, 2011-2013) and from our follow-up study (2013-2015). The data are collected on elderly persons previously hospitalized or in outpatient treatment, from Diakonhjemmet Hospital and Vestre Viken Hospital, Health Authority, Lier.</p> <p>Results: This study shows that elderly persons with psychotic disorder and bipolar disorder rehospitalizedes more often than persons with other psychiatric disorders. The majority of old persons hospitalized I a Geriatric Psychiatric Unit have a depressive disorder.</p> <p>Conclusion: This study shows that persons with psychosis and bipolar disorder are frequently rehospitalized to a Geriatric Psychiatric Unit. Based on these findings risk factor needs to be identified and preventive measures need to be set in, based on these factors. The healthcare system should be organized to the best for each individual, and in a way that makes the specialist healthcare-system cooperate with the municipality healthcare-system in a better and closer way in the future. In addition the person needs to be included in all treatment, regarding themselves also in questioning regarding the follow up, after discharge from the hospital.</p>	
Key words: Psychiatry in the elderly, geriatric patient, psychiatric patient, Geriatric psychiatry, rehospitalization, depression in the elderly, psychosis in the elderly, anxiety in the elderly, bipolar disorders in the elderly, geriatric outpatient, Mental disorders in the elderly, NPI-Q, MMSE-NR, PADL, Barthel ADL	

FORORD

Først vil jeg rette en takk til min veileder, Siren Eriksen som har støttet meg igjennom arbeidet med masteroppgaven. Veien frem til det ferdige resultatet har til tider vært kronglete og Siren Eriksen har veiledet meg igjennom disse periodene på en faglig og god måte.

Jeg vil også rette en stor takk til min arbeidsgiver Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ved Fagsjef Guro Hanevold Bjørkløf og Daglig Leder Kari Midtbø Kristiansen for at de har motivert meg og gitt meg muligheten til å gjennomføre denne studien.

Takk til bibliotekarene Vigdis Knutsen og Katarina Enne for hjelp med litteratursøk, End note og annen faglitteratur.

Takk til Lene Aastangen for all hjelp i forbindelse med innleggelse og vasking av data i statistikk programmet SPSS. Denne prosessen ville blitt mye vanskeligere uten din hjelp.

Takk til testsykepleierne Marianne Larsen og Anne Julie Storheil for hjelp til å «spore» opp deltakere og til all datainnsamling.

Takk til Diakonhjemmet sykehus, alderspsykiatrisk avdeling som først gav meg muligheten til å starte på masterutdanningen og som støttet meg igjennom vanskelige perioder underveis i prosessen.

En spesielt stor takk til Knut Engedal for veiledning og gode råd i forbindelse med analysearbeidet, uten din støtte og tålmodighet hadde det blitt meget krevende for meg å ferdigstille denne masteroppgaven til fastsatt tid.

Sist men ikke minst ønsker jeg å rette en takk til min mann og mine tre barn. Takk for at dere har gitt meg tid og rom til å gjennomføre dette studiet og for at dere har vist tålmodighet i skriveprosessen min. For deres støtte og oppmuntring er jeg evig takknemlig.

Heggedal, 13. Mai 2016

Trine Nordby Skjellestad

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt	4
1.2 Hypoteser og problemstilling	4
1.3 Forskningsspørsmål.....	5
1.4 Presisering og avgrensning.....	6
2.0 TEORETISK FORANKRING	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Psykiske lidelser hos eldre	8
2.2.1 Aldring og aldringsprosessen	9
2.2.2 Eldre personer med depresjon	10
2.2.3 Eldre personer med angst	11
2.2.4 Eldre personer med psykose	12
2.2.5 Eldre personer med bipolar lidelse	14
2.3 Behandling av psykiske lidelser hos eldre.....	15
2.3.1 Oppfølging etter innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.....	16
2.3.2 Psykisk helsearbeid og helsefremmende faktorer	19
2.3.3 Salutogenetisk perspektiv	20
3.0 DESIGN OG METODE	23
3.1 Metode.....	23
3.2 Design.....	24
3.3 Utvalg	24
3.4 Datainnsamling.....	25
3.4.1 KVALAP	25
3.4.2 Oppfølgingsstudien.....	25
3.4.3 Kartleggingsverktøy	27
3.5 Analyser.....	29
3.6 Etikk og personvern.....	31
4.0 RESULTATER	32
4.1 Beskrivelse av data.....	32
4.1.1. Sammenligning mellom de pasientene som ikke ble reinnlagt og de som ble reinnlagt i observasjonstiden	35
4.2 Endring i funksjon fra Baseline til Oppfølging	36

4.3 Korrelasjon mellom uavhengige variabler	38
4.4 Logistisk regresjonsanalyse.....	39
5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER	42
5.1 Diagnose, brukermedvirkning og manglende oppfølging	42
5.2 Sosiodemografiske variabler	45
5.3 Endring i psykisk lidelse, kognitiv svikt, fysisk funksjon og allmenntilstand	46
5.4 Bekrefte eller avkrefte studiens hypoteser	48
5.5 Svakheter og styrker ved studien.....	48
5.6 Konklusjon	52
5.7 Implikasjoner for praksis.....	52
5.8 Videre forskning.....	54
6.0 ADMINISTRASJON OG ØKONOMI	55
7.0 LITTERATURLISTE	56
VEDLEGG	I
VEDLEGG 1 ORGANISERING AV LITTERATUR BRUKT	I
VEDLEGG 2 DATABASE SØK.....	II
VEDLEGG 3 DATATILSYNET	III
VEDLEGG 4 – Tilrådning fra personvernombudet	IV
VEDLEGG 5 DIAKONHJEMMET SYKEHUS	VII
VEDLEGG 6 VEDTAK FRA REK	VIII
VEDLEGG 7 OPPFØLGINGSSTUDIEN	XI

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabellnummer	Tittel	Side
1	Oversikt over deltakere inkludert i KVALAP, men ikke i oppfølgingsstudien	25
2	Oversikt over avhengig variabel og prediktorvariabler	30
3	Karakteristika av personer i studien ved første gangs undersøkelse for de som ikke ble reinnlagt og de som ble reinnlagt	34
4	Endringer mellom Baseline og Oppfølging	37
5	Har endring i funksjon betydning for reinnleggelse?	37
6	Korrelasjon mellom uavhengige variabler	38
7	Regresjonsanalyse av kontinuerlig variabel og dens innflytelse på reinnleggelse/ikke - reinnleggelse	39
8	Hosmer – Lemeshow Test	40
9	Colinarity Statistics	40
10	Sekvensiell Logistisk regresjon av prediktorvariabler for reinnleggelse/Ikke – reinnleggelse	41

1.0 INNLEDNING

Eldre i dag lever lengre enn tidligere. De aller fleste har det bra fysisk, psykisk og økonomisk. To av tre 75-åringer regner sin helse som god (HOD, 2008). En liten gruppe eldre personer har psykiske plager og lidelser. Det er demens, depresjon og angst som er de psykiske lidelsene som forekommer oftest i denne aldersgruppen. Enkelte eldre personer med psykiske lidelser må innlegges i en sykehusavdeling. Av disse er det noen som blir helt friske, noen som lærer seg å leve med sin lidelse og noen som reinnlegges flere ganger. Mange av de som reinnlegges, er ofte sårbare og har mye lidelse (Engedal & Bjørkløf, 2014). Om en person er sårbar avhenger av hvordan personen vanligvis møter utfordringer og drar nytte av nettverket sitt. Det å bli fysisk syk, mangle sosial støtte og samtidige oppleve stressende hendelser, kan føre til at personen blir ekstra sårbar og øke intensiteten i den aktuelle hendelsen (Hummelvoll, 2012).

Psykiske lidelser hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet. Fra internasjonale studier vet vi at dersom eldre personer med psykiske lidelser ikke får behandling eller oppfølging kan dette føre til økt lidelse og sykelighet. En studie fra USA viser at ca 75 % av de som skrives ut fra alderspsykiatrisk avdeling har poliklinisk time hos psykiater, seks uker etter innleggelse. Få pasienter fikk oppfølging fra primærhelsetjenesten (Li, Proctor, & Morrow-Howell, 2005). En annen studie fra USA viser at eldre personer som skrives ut fra et langtidsopphold i alderspsykiatrisk avdeling til kommunehelsetjenesten ikke blir dårligere (Rauktis, 2001). Internasjonale studier har pekt på at reinnleggesraten for eldre personer med psykiske lidelser er høy (Mercer et al., 1999; Prince et al., 2008; Yu, Sylvestre, Segal, Looper, & Rej, 2015). Faktorer som disponerer for reinnleggelser er psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og det å leve under tilsyn av andre. Det sies lite om hva som skal til for å unngå at disse personene reinnlegges gjentatte ganger. I Norge vet vi lite om hvordan det går med eldre personer som har vært innlagt i en alderspsykiatrisk avdeling og hvor mange av disse som reinnlegges (Helsedirektoratet, 2009, 2012). På bakgrunn av dette mener jeg at det er spesielt viktig at faktorer som fører til reinnleggelser blir identifisert, slik at man kanskje kan unngå at dette skjer gjentatte ganger.

Psykiske lidelser hos eldre skiller seg noe fra psykiske lidelser hos yngre, på den måten at eldre personer ofte har et mer sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Når man blir eldre svekkes evnen til å takle tap- og kriseopplevelser og dette kan skyldes en rekke faktorer: Biologiske og fysiologiske faktorer, psykologiske faktorer og ytre påvirkninger. Cellene blir

mindre funksjonsdyktighet, organene skrumper og den maksimale yteevnen reduseres, med andre ord, man får en redusert reservekapasitet. Organene og organismen blir svekket slik at det er vanskeligere å stå i mot og overvinne belastninger som stress og sykdom (Engedal, 2008). Aldringsprosessen kan også påvirkes gjennom ytre faktorer. Mange av disse faktorene skyldes negative livsstilsfaktorer, som igjen kan føre til kronisk sykdom, som i sin tur påvirker aldringsprosessen. For eksempel har alkoholikere og røykere gjennomsnittlig kortere levetid enn andre, fordi miljøgiftene fra alkohol og tobakk kan forårsake sykdom (Engedal, 2008). Psykologiske endringer kan vise seg på den måten at evnen til å løse nye problemer ofte svekkes ved aldring. Det er ikke påvist at den funksjonelle intellektuelle kapasiteten taper seg før etter 70-års alder, men heller ikke etter denne alder er nedgangen stor (Engedal, 2008). Den fysiske svikten grunnet aldring er altså større enn den mentale.

Eldre personer opplever i høyere grad enn yngre, tap og kriser. Tap kan komme i mange former; som tap av arbeid, status, anseelse og identitet. Det kan være tap av fremtidsplaner, helse, funksjonsevne og evnen til å leve et selvstendig liv, eller tap av ektefelle, nære pårørende og venner. Mestringsevnen er sentral for å klare å forholde seg til ulike tap og kriser. Ved økende alder og redusert funksjonsevne grunnet svekket helse er personer mer sårbare for krisereaksjoner. Det betyr at mestringsmekanismene kan bryte sammen, og en krise oppstår. Noen eldre har vansker med å komme ut av en krise fordi belastningen blir for stor i forhold til egne forutsetninger. Resultatet kan da bli at noen eldre personer går inn i en depressiv tilstand, en angsttilstand eller i en psykotisk tilstand (Engedal, 2008).

I norske retningslinjer for utredning og behandling av henholdsvis depresjon, bipolare lidelser og psykoselidelser nevnes knapt eldre personer med psykiske lidelser, om man ser bort i fra forskning om demens. Det finnes også lite forskning på eldre personer med psykiske lidelser i Norge. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999) nevner ikke alderspsykiatrien i det hele tatt, og i tidsskriftet Demens og alderspsykiatri nr. 1(2007) erkjenner helse og omsorgsdepartementet at dette er en mangel det bør bøtes på i fremtiden (Krüger, 2007). Likevel ser det ikke ut til at man helt har lyktes med dette enda. I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon (2013) sies det lite om hvordan eldre bør følges opp, men det trekkes frem at tverrfaglig samarbeid er viktig både i utredningen og oppfølgingen. Det samme gjelder oppfølging av personer med bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Når det gjelder personer med psykoselidelser er det tatt litt mer hensyn til de eldre i de nasjonale retningslinjene for behandling og utredning av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), og det fokuseres på at behandling og oppfølging

bør gjennomføres av faste personer. Det bør være hyppige tilsyn hjemme hos pasienten etter individuelle behov. For eldre personer med psykoselidelse som samtidig har somatiske sykdommer, er flytting på et høyere omsorgsnivå ofte en riktig intervensjon (Helsedirektoratet, 2013). I tråd med Samhandlingsreformen ”Rett behandling - på rett sted - til rett tid” (Samhandlingsreformen, 2009) er de polikliniske tjenestene i alderspsykiatrien bygd ut, men fremdeles er det slik at de mest alvorligste syke trenger innleggelse, eller de har behov for å bo i en institusjon med et høyere omsorgsnivå. Strategiene i Samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre, (Samhandlingsreformen, 2009). I Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre (HOD, 2008) står det at: «Det er dokumentert at oppfølging av utskrivningsklare pasienter ved intermediærenheter, der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider, gir bedre overlevelse og færre reinnleggelser, sammenlignet med tilsvarende tilbud ved sykehus» (side 10). Min erfaring er at kommunehelsetjenesten prioriterer eldre personer med somatiske plager som skrives ut i fra spesialisthelsetjenesten og nedprioriterer eldre med psykiske lidelser. Kommunene får dagbøter dersom de ikke klarer å ta i mot hjelpetrequende personer som er utskrivningsklare fra somatiske sykehus. Min påstand er derfor at kommunehelsetjenesten prioriterer svært syke med alvorlige og sammensatte *somatiske* behov, og i denne sammenheng opplever kommunen at de ikke har finansiering til å avsette tilstrekkelig ressurser til det forebyggende arbeidet vedrørende eldre personer med psykiske lidelser (Tønseth, 2013).

Da jeg jobbet som sykepleier i en alderspsykiatrisk avdeling, møtte jeg eldre personer med lettere psykiske belastninger, andre med alvorlig psykiske lidelser. Min erfaring er at mange er ensomme, sårbare og flere isolerer seg fra omgivelsene. Gjennom disse årene, traff jeg mange av de samme personene gjentatte ganger, andre personer så jeg aldri igjen. Hvorfor er det slik? Hva er det som gjør at noen klarer seg bedre enn andre? Kan årsaken ligge i om de får oppfølging av hjelpeapparatet? Skyldes det grad av sykdom? Handler det om egen reservekapasitet eller mestringssevne? Eller skyldes det helt andre faktorer? Denne studien har til hensikt å beskrive hva som kjennetegner personer som blir reinnlagt i alderspsykiatriske avdelinger i Norge. Hovedfokus vil være eldre personer med depresjon, angst, psykoser og bipolare lidelser, og data vil hentes fra to avdelinger på Østlandet.

Før jeg startet denne studien trodde jeg at manglende oppfølging og manglende brukermedvirkning, endring i ulike sosiodemografiske variabler, forverring i psykisk sykdom,

kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon, hadde betydning for reinnleggelser i alderspsykiatrisk avdeling.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å beskrive hva som kjennetegner personer som reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling, samt å øke kunnskapen om hvordan det går med eldre personer med psykiske lidelser etter utskrivelse. Målet er at denne kunnskapen vil bidra til å skape et bedre helsetilbud til eldre personer med psykiske lidelser, slik at man i fremtiden unngår unødige reinnleggelser i alderspsykiatriske avdelinger.

1.2 Hypoteser og problemstilling

Studien bygger på tre hypoteser og bakgrunnen for disse hypotesene er blant annet at jeg har erfart at det er flest personer med depresjon som innlegges i alderspsykiatrisk avdeling, men samtidig erfart at det er personer med en mer alvorlig psykisk lidelse, som for eksempel en psykoselidelse, som ser ut til å bli reinnlagt oftest. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra de personene som har blitt reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling har jeg vært nokså sikker på at manglende oppfølging fra helsetjenestene har betydning for om personen ble reinnlagt. Jeg har ingen erfaring med at kvinner reinnlegges oftere enn menn slik man har sett i andre studier og var derfor veldig spent på om dette også gjaldt deltakerne i min studie. Så har jeg også sett og erfart at personer som reinnlegges ser ut til å være i litt dårligere fysisk og psykisk form enn det de var da de ble skrevet ut fra alderspsykiatrisk avdeling. Basert på denne bakgrunnen har jeg formulert følgende tre hypoteser:

H1: Diagnose, manglende oppfølging og manglende brukermedvirkning har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

H2: Sosiodemografiske variabler som for eksempel alder og kjønn har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

H3: Økt psykisk symptombelastning, kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

Med bakgrunn i hypotesene ble følgende problemstilling formulert:

Hva kjennetegner personer som reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling?

1.3 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av mine hypoteser og problemstilling har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

- 1) Reinnlegges personer med psykoselidelser oftere enn personer med andre psykiske lidelser? Har manglende oppfølging betydning for reinnleggelse? Har manglende brukermedvirkning betydning for reinnleggelser?
- 2) Reinnlegges kvinner oftere enn menn? Reinnlegges de eldste eldre oftere enn de yngste eldre?
- 3) Har endring i ADL funksjon, kognisjon og forverring i psykisk symtombelastning betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling?

1.4 Presisering og avgrensning

I denne studien har jeg benyttet meg av data fra samme personer samlet inn på to forskjellige tidspunkt. Baselinedataene i studien er hentet fra kvalitetsregisteret i alderspsykiatrien (KVALAP), og oppfølgingsdata fra Oppfølgingsstudien som er knyttet til data fra personer som ble inkludert i KVALAP fra to sykehusavdelinger. KVALAP ble etablert i 2011 for å bedre standarder for diagnostikk og behandling av eldre personer med psykiske lidelser. Hovedmålet med KVALAP er å kvalitetssikre undersøkelsesprosedyrer, behandling, tjenestetilbud og omsorg for eldre personer med psykiske lidelser. Registeret kan danne grunnlag for forskning (Kristiansen & Engedal, 2013). Oppfølgingsstudien springer ut fra KVALAP og inneholder samme type data som innsamlet i KVALAP. Et unntak er data fra legeundersøkelse, som inngår i KVALAP, men ikke i Oppfølgingsstudien. Bakgrunnen for at legedelen ble fjernet var at vi i utgangspunktet var tre sykepleiere som ønsket å bruke disse dataene i forbindelse med våre masterstudier. Oppfølgingsstudien ble igangsatt da vi ønsket å finne ut av hvordan det hadde gått med de personer som hadde vært til behandling, enten poliklinisk eller som inneliggende på alderspsykiatrisk avdeling, og som allerede var inkludert i KVALAP. Vi hadde alle antagelser om at flere av personene som hadde vært innlagt tidligere, ikke hadde det helt optimalt etter utskrivelse og vi hadde alle erfart at flere av personene ble reinnlagt gjentatte ganger. Vi ble selvsagt veldig nysgjerrig på hva som var årsaken til dette. Forespørsel om retesting ble derfor sendt til aktuelle deltakere fra to sykehusavdelinger i KVALAP.

Data er avgrenset til å gjelde personer som har vært innlagt eller i poliklinisk behandling ved to alderspsykiatriske avdelinger på henholdsvis Diakonhjemmet sykehus og Vestre Viken HF, Lier. Data ble samlet inn i perioden 1.4.2011 til 31.12.2013.

Studien har følgende avgrensninger:

Eldre personer: Både menn og kvinner over 65 år.

Psykiske lidelser: Personer med ulike diagnoser som depresjon, angst, psykoselidelse og bipolar lidelser diagnostisert etter ICD-10 kriteriene. Personer med demens - det vil si der demens er hoveddiagnose - er overrepresentert i de fleste alderspsykiatriske avdelinger, men blir kun beskrevet i gjennomgangen av enkelte sosiodemografiske variabler, da det allerede foreligger mye forskning på denne gruppen.

Alderspsykiatrisk avdeling: En avdeling som utreder og behandler eldre personer med psykiske lidelser som definert over. Her inngår både poliklinikk og sengepost.

Reinnleggelse: Personer som innlegges i alderspsykiatrisk avdeling etter at data i KVALAP ble samlet inn første gang.

Oppfølging: Helseoppfølgingen av personer tidligere innlagt i alderspsykiatrisk avdeling. Oppfølging kan gjelde tilbud fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Person: I denne oppgaven brukes begrepet person, vel vitende om at man i klinisk praksis bruker begrepet pasient, bruker eller beboer. Jeg ønsker at det skal fremheves at alle pasienter innlagt i psykisk helsevern først og fremst er en person, og personsentrert omsorg bør etter min mening være en grunnfilosofi i all utredning og behandling av eldre personer med psykiske lidelser.

2.0 TEORETISK FORANKRING

2.1 Litteratursøk

I forarbeidet til studien har jeg gjort flere systematiske litteratursøk i Ageline, Psychinfo, Medline, Pubmed, Cochrane og Cinahl. Søkeordene som ble brukt var mental illness, mental disorders, aged, geriatric psychiatry, geriatric inpatient, geriatric patient, rehospitization, psychosis, anxiety, depression, psychiatry og follow- up i ulike kombinasjoner. Av de artiklene jeg fant trakk jeg ut 31 artikler om depresjon, 12 artikler om psykose, åtte artikler om bipolare lidelser, fire artikler om angst, 30 artikler om psykiske lidelser, 18 artikler om oppfølging og ti artikler om reinnleggelse, dette ble totalt 103 artikler. Etter å ha lest sammendragene i disse artiklene valgte jeg å se nærmere på artiklene som omhandlet psykiske lidelser, oppfølging og/eller reinnleggelser. Antall artikler jeg da satt igjen med var 43 stykker (vedlegg 1-2). Jeg har også søkt på forskningslitteratur som omhandler funksjonstestene som er utført i forbindelse med kartleggingen, søkeord her har vært NPI-Q, Barthels PADL, Barthels ADL og MMSE-NR. Annen relevant faglitteratur fra aktuelle tidsskrifter og fagbøker, samt aktuelle rapporter og retningslinjer fra nasjonale myndighetene er også benyttet i denne studien.

2.2 Psykiske lidelser hos eldre

Alderspsykiatri som fag, er å regne som nokså ungt i Norge. Sterk faglig, politisk og vitenskapelig aktivitet på 1980- og 90- tallet førte til at fagets identitet ble definert (Aakhus, 2014). Utviklingen av fagområdet startet imidlertid tidlig på 1970-tallet. På den tiden dreide alderspsykiatri seg i hovedsak om omsorg for personer med langvarig psykisk lidelse og langvarig innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I dag har fagområdet dreid mer i retning av utrednings- og behandlingsoppgaver i forhold til både personer med psykiske lidelser som oppstår i høy alder, og personer som har en psykisk lidelse med seg inn i eldre år (Engedal, 2008).

På grunn av at eldre personer med psykiske lidelser ofte har somatisk sykdom samtidig, og bruker flere legemidler, vil de ofte bli behandlet i en alderspsykiatrisk avdeling, da ansatte i disse avdelingene har god kunnskap om både psykisk helse og geriatrike sykdommer (Engedal, 2008).

Eldre personers psykiske helse varierer i like stor grad som hos populasjonen generelt (Eriksson, 2012). Psykiske lidelser hos eldre kan både være noe som har oppstått tidligere i

livet og som de har med inn i alderdommen, eller det kan opptre for første gang etter fylte 65 år. Når psykisk lidelse oppstår for første gang i eldre år, er det som oftest en nær sammenheng mellom opptreden av psykisk lidelse og somatisk sykdom, eller mellom psykiske lidelser og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener (Engedal, Nordberg, Moksnes, Bergem, & Henriksen, 1997; Helsedirektoratet, 2007). Personer som bør behandles i alderspsykiatrien er personer over 65 år med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer. Samt personer over 65 år med en alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år, eller personer over 65 år som har en psykisk lidelse fra tidligere (Aakhus, Bergem, Holm, Bragason, & Eskeland, 2001).

2.2.1 Aldring og aldringsprosessen

Gjennomsnittlig levealder i Norge er jevnt stigende (HOD, 2008). Grunnlaget for den maksimale levealderen (som ikke har steget noe særlig de siste 1000 år) finnes i genene våre og overføres gjennom arv, men levealderen til det enkelte individ påvirkes av livsprosesser og ytre betingelser (Sletvold, 2003).

Dersom vi lever lenge nok, må vi igjennom en aldringsprosess. I følge Sletvold (2003) er det vanskelig å avgjøre om såkalte aldersrelaterte forandringen skyldes biologiske, psykologiske eller sosiokulturelle forhold. Det finnes noen teorier om hvorfor vi eldes, men det foreligger ingen åpenbar forklaring på at organismer som gjennomgår aldersforandringer, blir skrøpelige og dør.

Det er store variasjoner på aldersforandringer fra ett individ til et annet, og observerte aldersforandringer sier lite om kronologisk alder og gjenværende levetid. Aldringsprosessen er nok universell men ikke uniform for alle individer eller organer (Sletvold, 2003). Det er vanskelig å skille aldersforandringer fra symptomer og tegn på sykdom. Dette er en viktig problemstilling for klinisk praksis. Sykdommer skal vi som regel behandle, men selve aldringsprosessen er det lite vi kan gjøre med (Sletvold, 2003). Det er også viktig å ta stilling til om symptomer og tegn til sykdom kan skyldes dårlig livsstil eller miljøfaktorer som det kan eller skal gjøres noe med. Muligheten for forebygging er ofte oversett hos eldre eller gamle mennesker (Sletvold, 2003).

Hos eldre er det ofte en utfordring å skille sykdom fra normale aldersrelaterte forandringer og plager. Eldre personer lider ofte av en kombinasjon av flere sykdommer og sosiale problemer, og dette stiller store krav til de som jobber med disse menneskene fordi man skal fange opp helheten. Til gjengjeld vil den som tar seg god tid og tar de eldres plager og problemer på

alvor, oppleve både resultater og faglig tilfredsstillende som ikke står tilbake for noe annet innen helsevesenet (Sletvold, 2003).

Aldring er ikke ensbetydende med sykdom, men langt-kommende aldersforandringer disponerer for sykdom (Sellæg, 2003). I følge Sellæg (2003) er eldre menneskers plager og lidelser først og fremst primærhelsetjenestens utfordring. Spesialisthelsetjenestens rolle er i første rekke å støtte opp om primærhelsetjenestens arbeid gjennom råd og veiledning. Helsetjenester til eldre krever tid. Det tar tid å få frem et helhets-bilde av den eldre personens situasjon, tid til å etterspørre symptomer de selv ikke kommer opp med, enten fordi de tror det hører alderen til eller fordi de kvier seg for å nevne det. Eksempler på dette kan være en depresjon som skjuler seg bak en bagatellmessig klage (Sellæg, 2003).

2.2.2 Eldre personer med depresjon

Hos eldre er det depresjon og angst som er den dominerende lidelsen. Depresjon forekommer hos 12 – 15 % av eldre over 65 år, de fleste har lette og lette til moderate symptomer, men 2 – 4 % har en depresjon i en alvorlig grad (Engedal et al., 1997; Helsedirektoratet, 2007).

Forekomst av depresjon totalt og alvorlig depresjon er høyere i sykehus og sykehjem enn i eldrebefolkningen generelt. I følge Rosenvinge og Rosenvinge (2003) har totalt 31 % av pasienter på sykehus en depressiv lidelse og 14 % har alvorlig depresjon. Til sammenlikning har totalt 32 % av sykehjemspasientene en depressiv lidelse og 5 % har en alvorlig depresjon (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003).

Det hevdes at depresjon hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet. Dette forklares dels med at helsepersonell ikke er flinke nok til å gjenkjenne symptomer hos eldre og dels med at det kan være vanskelig å skille depresjon fra en naturlig sorgreaksjon og ensomhetsfølelse (Engedal, Langballe, Strand, & Veenstra, 2012). Den normale aldring kan medføre en redusert evne til å fungere like aktivt som før, og en passiv og isolert livsstil kan tolkes som depresjon og gjøre diagnosen vanskelig å stille. Eldre kan ofte ha et litt mer atypisk forløp når det gjelder depresjonssymptomer. For eksempel kan eldre personer med depresjon fremstå med mer somatiske klager. Samtidig forekommende somatiske sykdommer og/eller demens kan bidra til at sykdomsbilde fremstår som uklart (Engedal, 2008). I ICD-10 defineres og beskrives depresjon, som en kriteriebasert sykdom (WHO, 1992). I ICD-10 gjør man et viktig skille mellom depressiv episode og lidelse. En kortvarig depresjon kalles episode og en langvarig depresjon kalles lidelse. I ICD-10 skiller man mellom mild, moderat

og alvorlig depresjon med og uten symptomer på psykose (Engedal, 2008; WHO, 1992). I ICD-10 skilles det ikke på yngre og eldre personer med depresjon.

En systematisk oversiktsartikkel med studier fra 15 EU land tyder på at depresjon og demens er de hyppigst forekommende psykiske lidelsene blant eldre i Europa (Riedel-Heller, Busse, & Angermeyer, 2006). En studie fra Nederland (2004) viser at demens og depresjon hos eldre er den vanligste årsaken til innleggelse og reinnleggelse i psykiatrisk institusjon i Nederland (Dekker & Peen, 2004). Den viktigste årsaken til at eldre personer utvikler en depresjon er tap av alle slag. (Engedal, 2008; Helsedirektoratet, 2007). Dekker og Peen (2004) sier i sin artikkel at gifte kvinner og menn innlegges sjeldnere enn enker, enkemenn, ugifte og skilte personer, noe som kan tyde på at det å være gift kan ha en beskyttende faktor. Depresjon hos eldre forekommer dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn (Kessing, 2006). Unntaket er blant de aller eldste hvor forekomsten antagelig er omtrent lik mellom kvinner og menn (Riedel-Heller et al., 2006).

En depressiv episode som debuterer i voksen alder har tendens til å komme tilbake og mange vil få minst et tilbakefall (Engedal, 2008). Tilbakefallstendensen ved depresjon synes å avta etter 65 års alder, men på dette tidspunktet øker også andelen av andre depresjoner. Depresjon relatert til aldring, somatisk sykdom og tapsopplevelser har god prognose dersom man igangsetter riktig behandling. Man regner med at opptil 85 % kan bli helt friske. Dersom man ikke får riktig behandling er prognosen dessverre dårligere. Dødeligheten er to til tre ganger høyere hos eldre personer med depresjon enn hos eldre personer som ikke har en depresjon (Engedal, 2008). Det er anbefalt at eldre personer med depresjon følges opp i en periode på ett til to år etter avsluttet behandling (Engedal, 2008).

2.2.3 Eldre personer med angst

Angst hos eldre kan oppstå som en primær lidelse, men de aller fleste eldre som er plaget med angst har lidelsen med seg inn i alderdommen. Noe som kan bety at prognosen for angstlidelser ikke er god. Hos eldre personer som er plaget med angst, observeres symptomene på lidelsen ofte som et ledsagende symptom til andre tilstander som for eksempel depresjon (Engedal, 2008; Kvaal & Laake, 2003). Dette kan ha sammenheng med det eksistensialisten Kierkegaard var spesielt opptatt av (Hummelvoll, 2012), nemlig at alle som tar sitt liv alvorlig opplever angst, og at redsel for tomhet og mangel på mening med livet, er de viktigste årsakene til angst. Det å bli konfrontert med død, meningsløshet eller isolasjon vil kunne føre til angst (Hummelvoll, 2012; van Deurzen-Smith, 1995).

Angst gir seg til å kjenne på andre måter i ungdommen enn i eldre år. Eldre personer med angst opplever det som mindre farlig, mindre stormende og mindre dramatisk enn yngre. Kanskje har dette noe å gjøre med den livserfaringen man har fått i eldre år? (Engedal, 2008). I ICD-10 klassifiseres angstilstander i fem kategorier, med flere underkategorier; fobier, andre angstilstander, tvangstanker/tvangshandlinger, tilpasningsreaksjoner og organisk angstilstand (WHO, 1992).

De vanligste angstlidelsene blant eldre er generalisert angst, som er en underkategori til *andre angstilstander*, og fobier (Langballe & Evensen, 2011). En systematisk oppsummering av forekomsten av angstlidelser hos personer over 60 år viser en spredning i forekomst fra 1 % til 15 % i generelle populasjonsutvalg. Symptomer på angst er mer fremtredende og viser stor spredning fra 15 % til 52 % i generelle befolkningsgrupper (Bryant, Jackson, & Ames, 2008).

En artikkel publisert av Bendixen og Engedal (2015) viser at angst er vanlig blant eldre personer med psykiske lidelser, uavhengig av hoveddiagnose. Funnene tyder på at angst ofte er en «gjemt» komorbid lidelse som oppstår i forbindelse med andre psykiske lidelser og da spesielt depresjon. I samme undersøkelsen fant man også ut at variabler som bruk av antipsykotika eller anxiolytika var assosiert til høyere forekomst av angstsymptomer. I tillegg viste det seg at det å være kvinne var assosiert med høyere forekomst av angstsymptomer (Bendixen & Engedal, 2015). En annen norsk undersøkelse viser også at kvinner rapporterer høyere skåre på tegn og symptomer på angst (Kvaal, Laake, Engedal, & Macijauskiene, 2001).

2.2.4 Eldre personer med psykose

Hos eldre personer med en psykoselidelse ser man oftest organiske psykoser. Med organisk psykose menes det at tilstanden personen befinner seg i, lar seg forklare av en kjent organisk, medisinsk faktor, som kan være en vevsskade i hjerne, en forgiftning eller en fysiologisk reaksjon på en annen somatisk sykdom (Cullberg, 1995).

Cullberg (S. 234, 1995) sier at «psykoser utgjør det klassiske og mest selvsagte arbeidsområdet for psykiatrien». Hos personer som har en psykose er virkelighetskontakten brutt, og tolkningen av omverdenen er i så stor grad privat at et annet menneske ikke uten videre kan forstå den (Cullberg, 1995). Men i det alderspsykiatriske fagfelt er ikke psykoselidelser det mest selvsagte arbeidsområde, fordi andelen eldre personer med psykoselidelse ikke er det dominerende (Engedal, 2008).

Funksjonelle psykoser av ikke-organisk og ikke-affektiv natur, som debuterer i høy alder er, sammenliknet med depresjon, sjeldne lidelser. Ulike tilstander forekommer, og hyppigst sees schizofreni med sen debut (late onset schizofrenia, LOS), og schizofrenilignende psykoser med meget sen debut. En annen sinnslidelse som sees hos eldre er paranoid psykose, av vedvarende natur. Dette er en lidelse som vanligvis debuterer i voksen alder og ikke i alderdommen (Engedal, 2008).

ICD-10 skiller mellom schizofreni og paranoid psykose. Det finnes ikke noe offisielt skille mellom schizofreni som debuterer tidlig, sent, eller meget sent i livet. Det vesentligste skille mellom schizofreni og paranoid psykose, er i følge ICD-10 at paranoid psykose nærmest er en ren vrangforestillingslidelse og schizofreni kjennetegnes generelt ved fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt (Cullberg, 1995; WHO, 1992).

Forekomst av psykoser hos eldre er sjelden og det er vanskelig å angi noen sikre tall, dette kan være fordi mange eldre med psykoselidelse ikke er i stand til å rapportere egne psykosesymptomer og det kan være ulike definisjoner på sykdomstilfeller og ulike datainnsamlingsmetoder (Henderson & Kay, 1997). De sikreste tallene finner man når man ser på tall fra innleggelser i psykiatriske sykehus (Engedal, 2008). I flere svenske artikler beskrives forekomst av psykotiske symptomer hos eldre personer som har vært til psykiatrisk og somatisk vurdering (Langballe & Evensen, 2011). En av studiene undersøkte forekomst av psykoser hos 85 åringer, utvalget i denne studien var på 208 personer, og 10,1 % av deltakerne hadde psykosesymptomer (Ostling & Skoog, 2002). I en annen studie ble forekomsten av psykoser for 95 – åringer kartlagt. Her var utvalget på 163 personer, og 7,4 % hadde psykosesymptomer (Ostling, Borjesson-Hanson, & Skoog, 2007).

Schizofreni, som er en psykoselidelse kan oppstå hele livet, men de aller fleste blir syke før de når 30 – års alder (Helsedirektoratet, 2013). Flere studier som er oppsummert peker i retning av at schizofreni forekommer blant omtrent 0,1 % i generelle befolkningsutvalg over 65 år. I andre studier er forekomsten opp mot 1 % (Langballe & Evensen, 2011). Schizofreni er mindre vanlig ved stigende alder (Dekker & Peen, 2004).

Personer som har en ubehandlet LOS lignende psykose med meget sen debut (Ofte er de over 75 år når psykosen starter) har ofte en dårlig prognose (Engedal, 2008). Sykdommen progredierer og kan føre til isolasjon, generelt funksjonstap og redusert livskvalitet hos eldre personer. Behandlet er prognosen relativt god. Mange av disse personene er sårbare for

bivirkninger av behandling med antipsykotiske legemidler. Derfor er det viktig at man tilstreber at personen som lider av denne sykdommen også får tilbud om en ikke-medikamentell behandling (Engedal, 2008).

2.2.5 Eldre personer med bipolar lidelse

Bipolar stemningslidelse deles inn i to hovedgrupper: bipolar 1 og bipolar 2. Personer som har en bipolar lidelse er ofte plaget med alvorlige depresjoner og i maniene kan man helt miste realitetsforankringen. Da ser man ofte en person som er overaktiv, sover lite og har en ustyppelig energi. Personen kan gjøre ting man ellers ikke ville gjort, dersom man var frisk. For at diagnosen Bipolar lidelse skal settes må manien ha vart i minst en uke. Personer som har bipolar type 2 har ofte mildere manier, såkalte hypomanier, men depresjonene hos disse personene er ofte dessverre like alvorlige som hos personer med bipolar type 1. I de hypomane periodene kan personen ha like mye energi som hos en som sliter med bipolar 1, men man mister ikke realitetsforankringen og gjør ikke ting man ellers ikke ville gjort. Noen personer kan bli svært irritable og oppfattes som ufordragelig av utenforstående. For å sette diagnosen bipolar 2, må en hypoman periode ha vart i minst fire dager (Cullberg, 1995; Helsedirektoratet, 2012; Hummelvoll, 2012).

I følge Engedal(2008) er mani ingen typisk alderspsykiatrisk lidelse, og i den nasjonale retningslinjen for behandling og utredning av bipolare lidelser er forekomsten av bipolar lidelse hos eldre antatt å ligge mellom 0,1 % og 0,4 %. Dette er tall som antas å være for lavt da man tror at bipolare lidelser hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet (Helsedirektoratet, 2012). Langballe og Evensen (2011) sier i sin rapport at det er lite kunnskap om forekomsten av bipolare lidelser blant eldre. Riedel-Heller & medarbeidere (2006) kunne ikke finne noen studier som estimerte forekomsten av bipolare lidelser blant eldre i 15 EU-land, som ble inkludert i deres litteraturgjennomgang. I en amerikansk befolkningsstudie som gikk over 12 måneder, ble forekomst for bipolar lidelse hos eldre over 65 år estimert til 0,2 % (Gum, King-Kallimanis, & Kohn, 2009).

I en studie fra Danmark som så på forskjeller i kjønn hos eldre personer med sent debuterende depresjoner og manier fant man ut at det var signifikant flere kvinner enn menn som ble behandlet for sin bipolare lidelse poliklinisk. Studien viste også at det ikke var noen forskjell på kvinner og menn når det gjaldt lengden på behandlingen. Den eneste forskjellen forskerne i denne studien fant var at menn oftere enn kvinner, har et komorbid rusmisbruk i tillegg til den bipolare lidelsen (Kessing, 2006).

En litteraturstudie fra 2014 viser at gjennomsnittlig forekomst for sent debuterende manier hos personer med bipolar lidelse som var innlagt i sykehus, var på 6 % (Dols et al., 2014). En studie av eldre personer i poliklinisk behandling, viser en forekomst av bipolare lidelse på 6,1 % (Depp & Jeste, 2004).

Det er vanlig at eldre personer med bipolar lidelse har minst to eller flere sykdomsepisoder i livet, men ved økende alder observeres som oftest et mildere sykdomsbilde. Samtidig vil en eldre person etter behandling av en manisk episode, lettere «tippe» over i en depressiv episode (Engedal, 2008)

2.3 Behandling av psykiske lidelser hos eldre

Eldre personer som utvikler en alvorlig psykisk lidelse, trenger ofte en sykehusinnleggelse, og aller helst en innleggelse i en alderspsykiatrisk avdeling der man har spesialisert kompetanse. Fordi eldre ofte også har somatiske lidelser i tillegg til den psykiske, trenger personen en grundig somatisk, funksjonell og psykososial tverrfaglig utredning. Ved en alderspsykiatrisk avdeling er det et tverrfaglig team som samarbeider med personen og pårørende om utredning, behandling og tiden etter utskrivelse (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Det har vært et behov for å dreie retningen av behandlingen av personer med psykiske lidelser fra et medisinsk, sykdomsorientert perspektiv, som oftest er ganske fragmentert, til en behandling preget av et mer helhetlig menneskesyn med fokus på relasjoner og samarbeid (Engedal & Bjørkløf, 2014; McCormack & McCance, 2010). Personsentrert behandling står i så måte i kontrast til den tradisjonelle tilnærmingen, der behandleren i større grad tok avgjørelsene alene, og der planlegging og beslutninger om behandling og utskrivning gjerne ble tatt på møterom uten personens innsyn.

Behandlingen av eldre personer som innlegges i en alderspsykiatrisk avdeling bør bygge på et verdigrunnlag der personen er i sentrum. Ved personsentrert behandling vektlegges respekten for personen som individ. Personsentrert behandling handler om å behandle personen slik den ønsker å bli behandlet (Engedal & Bjørkløf, 2014; McCormack & McCance, 2010). For å få til dette må det tverrfaglige teamet bli godt kjent med personen og de pårørende. Personen bør også være i sentrum og delta aktivt ved planlegging av behandling, tiltak og endringer for fremtiden. Personsentrert behandling prøver på en systematisk måte å legge til rette for at personen på egenhånd blir i stand til å ta avgjørelser ved å benytte egne ressurser. Ved å bli godt kjent med personen kan man gi en mer spesifikk og skreddersydd behandling som kanskje blir mer effektiv for personen som lider.

Uavhengig av hvilken type behandling man gir til eldre personer med psykiske lidelser, så er det etter min erfaring noen ganger slik at ikke alle blir friske, eller at behandlingen ikke virker godt nok, eller raskt nok. Noen pasienter trenger flere innleggelser og noen trenger oppfølging i lang tid etter at de har vært innlagt i alderspsykiatrisk avdeling.

2.3.1 Oppfølging etter innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling

Eldre personer med psykiske lidelser er utsatt for underbehandling og mangelfull oppfølging fra helsevesenet (Bjerkeset et al., 2006; Helsedirektoratet, 2009, 2012). Man vet at dersom eldre personer med psykiske lidelser ikke får behandling eller oppfølging kan dette føre til økt lidelse og sykelighet, og redusert livskvalitet, i tillegg til reinnleggelse (Kohn, Goldsmith, & Sedgwick, 2002; Prince et al., 2008). Kohn et.al (2002) skriver at over 2,7 millioner eldre personer over 65 år i USA har behov for behandling for sin psykiske lidelse og at bare halvparten av disse får adekvat hjelp. I følge Bruce et.al (2005) er det bare et fåtall av denne gruppen som får evidensbasert behandling. Dette antydes også i Nasjonale retningslinjer om utredning og behandling av depresjon og bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012). Det finnes ingen eksakte tall i Norge som jeg kjenner til, men flere steder i litteraturen henvises det til at psykiske lidelser hos eldre, mest sannsynlig er underbehandlet og underdiagnostisert (Bruce, Van Citters, & Bartels, 2005). Men det kan se ut til at man har en plan for, og et ønske om, at det ikke skal være slik at eldre personer underbehandles eller nedprioriteres. I Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre står det: «Eldre mennesker er en ressurs for samfunnet, og det offentlige har et ansvar for å legge til rette for at eldre får like muligheter til å skaffe seg gode levekår. En viktig forutsetning for dette er en god helsetjeneste» (HOD, 2008). S. 5).

Basert på litteratur og egen erfaring vet vi at det eksisterer lite kunnskap om hvordan det går med eldre personer etter utskrivning fra alderspsykiatrisk avdeling i Norge. En studie fra USA viser at ca 75 % av de som utskrives fra alderspsykiatrisk avdeling hadde poliklinisk time hos psykiater 6 uker etter utskrivelse, men få pasienter fikk oppfølging fra primærhelsetjenesten (Li et al., 2005). Samme studie peker også på at poliklinisk behandling av personer med depresjon er spesielt viktig fordi disse ofte skrives ut til hjemmet, og fordi bedringsprosessen hos eldre personer med psykiske lidelser tar lengre tid enn hos yngre (Li et al., 2005).

En studie fra USA beskriver at personer som reinnlegges har en gjennomsnittsalder på 70,9 år (SD 5,4), de fleste er enten skilt, enke/enkemann eller single (58 av 75) og de færreste har over 12 år skolegang, kun 13 av 75 har gått 12 år eller mer på skole (Mercer et al., 1999).

Flere studier peker på at et kort innleggelsesopphold øker faren for å bli reinnlagt (Mercer et al., 1999; Prince et al., 2008).

Ulike studier peker på at reinnleggelsesraten i perioden en til 18 måneder etter utskrivelse av eldre personer med alvorlige psykiske lidelser varierer fra 7 % -23 %. Reinnleggelsesraten var høyest for personer med bipolare lidelser og schizofreni, og lavest for personer med mild depresjon. Risikofaktorene for reinnleggelse i disse studiene var blant annet bipolare lidelser, psykotiske lidelser, alvorlig depresjon, rusmisbruk, å leve under tilsyn av andre og lengden på oppholdet (Heeren, Dixon, Gavirneni, & Regenold, 2002; Mercer et al., 1999; Prince et al., 2008). En nokså fersk studie fra Canada beskriver at 32,3 % av personene inkludert i studien hadde behov for reinnleggelse i løpet av en fem årsperiode (Yu et al., 2015). Yu et.al (2015) fant også ut at reinnleggelsesraten for eldre personer med alvorlig psykisk lidelse var høy, i løpet av en fem års periode lå denne raten på mellom 4,9 % (etter 30 dager) til 32,3 % (etter fem år). Risikofaktorene for reinnleggelse i denne studien var blant annet bipolar lidelse og personer som lever under tilsyn av andre (Yu et al., 2015). I studien til Mercer et al.(1999) fant man også ut at klinisk funksjon ved utskrivelse og psykososiale faktorer var de mest kritiske prediktorer for å bli reinnlagt i en alderspsykiatrisk avdeling.

Dekker og Peen (2004) fant i sin undersøkelse ut at utskrevne menn og kvinner i alderen 55 år til 64 år i snitt reinnlegges henholdsvis 1,39 ganger for menn og 1,45 ganger for kvinner. De fant også ut at reinnleggelsesraten faller med økende alder. Kvinner i alderen 45 – 84 år reinnlegges oftere enn menn (Dekker & Peen, 2004)

I oktober 2014 ble statusrapport for Samhandlingsreformen publisert. Denne har blitt skrevet av Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, tre år etter ikrafttredelse (Helsedirektoratet, 2014). I rapporten står det blant annet at ordningen med kommunalt ansvar for utskrivningsklare personer fra dag én, har medført at flere pasienter defineres som utskrivningsklare, og at disse skrives ut raskere enn tidligere. De fleste skrives ut samme dag som de meldes. Ordningen har ført til at det er færre utskrivningsklare pasienter som ligger lenge i sykehus. Dette gjelder nok dessverre ikke eldre personer som er innlagt i alderspsykiatrisk avdelingen. Pasientgrupper innen rus og psykiatri har ikke blitt prioritert i arbeidet med samhandlingsreformen, ettersom det ikke er knyttet økonomiske insentiver til disse gruppene.

Rauktis (2001) gjorde en oppfølgingsstudie på 55 eldre personer langtidsinnlagt i spesialisthelsetjenesten i USA. Hun ville undersøke om eldre personer med psykiske lidelser

kunne utskrives fra sykehuset etter langtidsbehandling uten at det medførte ugunstige effekter for personen. Studien beskriver blant annet at pasientene ikke ble dårligere av å bli skrevet ut til kommunehelsetjenesten (Rauktis, 2001).

Etter at Samhandlingsreformen (2009) ble innført har det vært en gradvis økning i antall reinnleggelser for gruppen «utskrivningsklare pasienter». I statusrapporten (2014) kan de ikke fastslå om dette er knyttet til endringer i utskrivningsmønstre eller andre forhold. I statusrapporten (2014) peker forfatterne på at det kan være to mulige årsaker til dette: 1) Utskrivningsklare pasienter er i dårligere medisinsk tilstand enn tidligere, og 2) Kommunene kan ikke alltid gi et godt nok tilbud til disse personene.

Et sentralt mål med samhandlingsreformen og dens virkemidler er å bidra til koordinering og samhandling når personer flytter mellom tjenester og nivåer (Helsetilsynet, 2016; Samhandlingsreformen, 2009). Når flere tjenester skal samhandle oppstår det ofte svikt. Ved overgangen mellom tjenestenivåer skifter ansvaret for personen og oppgavens innhold og karakter endres. For at personen som har behov for helsetjenester i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus skal få sammenhengende, gode og trygge tjenester, må sykehus og kommune samhandle (Helsetilsynet, 2016). God kommunikasjon med personen det gjelder og pårørende er viktig for å kunne gi forsvarlig behandling og et godt pasientforløp. Informasjon om hva som skal skje under sykehusoppholdet og hva som skal skje ved utskrivelse er viktig for personens og pårørendes trygghet og tillit til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Helsetilsynet, 2016). Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med personen det gjelder og pårørende (Helse- & omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- & brukerrettighetsloven, 1999). Statens helsetilsyn skriver i sin rapport om tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, at tilsynet har avdekket at praksis for utveksling av informasjon ved utskrivning ikke var i tråd med avtalte retningslinjer og prosedyrer (Helsetilsynet, 2016). Samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å fremme ønsket samhandling med personen det gjelder (Samhandlingsreformen, 2009). Statens helsetilsyn sier at tilsynet viser at slike avtaler ikke er godt nok innarbeidet og at dette er en bekymring (Helsetilsynet, 2016). Videre står det i rapporten fra Statens helsetilsyn (2016) at innføring av elektroniske meldinger, såkalte PLO meldinger (Pleie og omsorgsmeldinger), har effektivisert kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig har dette ført til at relasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har endret seg, fra å være mer personlig til å bli mer og mer elektronisk (Helsetilsynet, 2016).

2.3.2 Psykisk helsearbeid og helsefremmende faktorer

Hvordan kan man på en best mulig måte utøve psykisk helsearbeid til eldre personer med sammensatte psykiske og somatiske lidelser? Jo, ved å samarbeide med personen det gjelder og på tvers av tjenestenivåer. Psykisk helsearbeid handler om mange ting og en av dem er samarbeid i ulike kontekster hvor personen søker hjelp (Karlsson & Borg, 2013). Mange eldre personer har behov for oppfølging fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at det utvikles gode samarbeidsrutiner mellom disse tjenestenivåene (Samhandlingsreformen, 2009). Fagpersoner, uavhengig av tjenestenivå må respondere på henvendelser og tilrettelegge for et samarbeid om hjelp som kan være til nytte for den eldre personen (Karlsson & Borg, 2013).

Målet for det psykiske helsearbeidet i kommunehelsetjenesten kan i følge Karlsson og Borg (2013) deles inn i to hovedområder: 1) Man skal hjelpe og støtte personen i å skape seg en verdig livssituasjon integrert i samfunnet, 2) Man skal forebygge krisesituasjoner og sykehusinnleggelser og primært gi tilbud om behandling ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS).

I spesialisthelsetjenesten, ved alderspsykiatrisk avdeling, gir man et tilbud til eldre personer over 65 år med alvorlig psykisk lidelse. Hovedmålet for spesialisthelsetjenester til eldre er i følge Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (HOD, 2008) delt inn i fire områder: 1) Å styrke de eldre personers evne til mestring av egen sykdom og funksjonssvikt. 2) Møte de eldre med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse. 3) Sørge for rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering. 4) Tjenesten skal utformes med personens medvirkning og tilpasses den enkeltes behov.

Spesialisthelsetjenesten oppgave er å sørge for diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske sykdommer eller plager, og å løse oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det kommunehelsetjenesten har til rådighet.

Spesialisthelsetjenesten skal også gi veiledning til personen og ivareta en lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (HOD, 2008)

Ett av seks fokusområder for å bedre spesialisthelsetjenestene til eldre personer er bedre samhandling med kommunehelsetjenesten. Noe som også er i tråd med det Karlsson og Borg (2013) fremhever som viktig for et godt psykisk helsearbeid. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må sammen sørge for at de aktuelle behandlingsskjedene fungerer gjennom tilgjengelighet og fagkompetanse og gjennom etablering av gjensidig forpliktende

nettverk mellom aktører og nivåer. Det er dokumentert at oppfølging av utskrivningsklare personer der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider, gir bedre overlevelse og fører til færre reinnleggelser (HOD, 2008).

Eldre personer med psykiske lidelser er en naturlig målgruppe for DPSene. Myndighetene har bedt de regionale helseforetakene (HOD, 2008) om å iverksette tiltak for å oppgradere DPSene faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å lykkes. Selbæk (2007) kritiserer DPSene for ikke å prioritere eldre personer med psykiske lidelser. Han skriver at kun 8 % av de polikliniske tjenestene ved DPSene tilskrives eldre med psykiske lidelser (Selbæk, 2007). Om dette har endret seg fra 2007 og frem til i dag vites ikke.

2.3.3 Salutogenetisk perspektiv

Et annet fokus i psykisk helsearbeid er Aron Antonovsky's (2012) teori om salutogenese. I salutogenesen betraktes menneskene å være i et kontinuum mellom total helse og total u-helse. Alle menneskers helse kan på ethvert tidspunkt plasseres på dette kontinuumet. Antonovsky understreket at dette kontinuumet inkluderer komponenter av både god og dårlig helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Espnes & Lindström, 2014). I følge salutogenesen finnes det stressfaktorer overalt. Det som blir avgjørende for om stresset blir patogent eller ei, er om vi har verktøyet til å tilpasse oss dette stresset, om vi klarer å finne nyttige innspill i det sosiale systemet, det fysiske miljøet, organismen og lavere systemer helt ned på cellenivå for å motarbeide den iboende tendensen i retning av entropi (forandring) (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Stressfaktorer vil alltid betraktes som patogent, som man i beste fall kan begrense, ta forholdsregler mot eller dempe gjennom buffere. Men i følge Antonovsky og Sjøbu (2012) er påstanden om at stressfaktorer alltid er uheldige, tvilsom. Antonovsky (2012) sier at *«en høy grad av stressfaktorer kombinert med en høy grad av sosial støtte er helsebringende»* og at *«salutogenese åpner for rehabilitering av stressfaktorer i menneskets tilværelse»* (Antonovsky & Sjøbu, 2012) s 32).

Teorien om salutogenese ble introdusert på slutten av 1970 tallet. Bakgrunnen var at Antonovsky ønsket å finne ut hva det var som gjorde at noen mennesker kunne gjennomgå store mengder stress, og likevel klare seg godt, mens andre bukket under (Espnes & Lindström, 2014). Antonovsky konkluderte med at det måtte finnes noen spesielle motstandsressurser: *«Mennesker som selv gjennom meget stressende påkjenninger klarer å bevare god helse, har mer motstandsressurser enn andre»* (Espnes & Lindström, 2014) s. 29).

Det salutogene perspektivet har som grunnleggende forutsetning at heterostase, aldring og økende entropi er iboende trekk ved alle levende organismer. En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring. Opplevelse av sammenheng er avgjørende for at en person bevarer sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, og eventuelt beveger seg i retning av helseenden. Opplevelse av Sammenheng beskrives i på følgende måte:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra et indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbar og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky og Sjøbu 2012, s. 41)

Et annet sentralt begrep nært relatert til opplevelse av sammenheng er generelle motstandsressurser som er en viktig forutsetning for utvikling av opplevelse av sammenheng (Moksnes, 2014). Generelle motstandsressurser er en hvilken som helst ressurs eller karakteristikk hos en person eller i personens miljø. Generelle motstandsressurser er en viktig forutsetning for utvikling av opplevelse av sammenheng (Moksnes, 2014).

Det rapporteres at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt i forhold til redusert kognitiv fungering hos eldre som har kroppslige sykdommer eller psykiske problemer (Haugen, 2003; Helsedirektoratet, 2009). Videre skrives det i litteraturen at opprettholdelse av sosial kontakt, ikke minst i forhold til den nærmeste familien, har sammenheng med bevart mental fungering i alderdommen. Kontakt med og støtte fra andre har betydning for både mestring av tap og for å komme videre etter å ha opplevd belastninger og traumatiske hendelser (Haugen, 2003) Evnen til å akseptere og tilpasse seg disse endringene eller tapene ser også ut til å ha en beskyttende faktor i følge Haugen (2003). Slik jeg forstår teorien betyr det da at eldre personer som for eksempel opplever tap eller er i en annen psykisk krise, eller har et høyt stressnivå vil klare seg bedre dersom de har et godt og meningsfullt sosialt nettverk som støtter personen gjennom vanskelige utfordringer. Dette kan være familie, venner eller for eksempel ansatte i spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten. Dersom man også i tillegg har et positivt syn på seg selv, har områder i livet som betyr mye for en og driver med fysisk aktivitet vil man mentalt være bedre rustet til selv å stå i de utfordringene som måtte

komme, enn dersom man ikke hadde hatt disse egenskapene (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Haugen, 2003; Haugen & Nygård, 2003).

3.0 DESIGN OG METODE

I dette kapittelet vil det redegjøres for valg av metode, presentasjon av utvalg og datainnsamlingsgrunnlaget.

3.1 Metode

Dette er en kvantitativ observasjonsstudie med kohortdesign. En kohort undersøkelse er en undersøkelse som har til hensikt å følge opp personer over tid (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011), i dette tilfellet to til tre års oppfølging av personer tidligere innlagt eller i poliklinisk behandling i to alderspsykiatriske avdelinger.

En kvantitativ studie har sitt opphav i naturvitenskapen. Den klassiske beskrivelsen av naturvitenskapelig forskning har vært at forskeren iakttar naturen og gjør sine observasjoner, for så å stille opp sine antakelser og teoretiske betraktninger (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ofte brukes begrepet positivisme synonymt med naturvitenskapelig for å forsøke å beskrive den vitenskapen som man ønsker å forklare (Bjørndal & Hofoss, 2004). Det sies at positivismen er den mest innflytelsesrike vitenskapsteoretiske retningen i nyere tid, og at vitenskapen i dag baserer seg på denne tenkemåte og forståelse (Bondevik & Bostad, 2003). Positivismen oppstod med Franskmannen August Comte (1798-1857). Han var, som mange av sine samtidige, preget av stor tro på vitenskapen og dens evne til å føre til stor nytte for menneskene. Slik Comte så det, skulle vitenskapen si noe om hvordan ting fungerer. Han sa at vitenskapens mål ikke er å si noe om hva «tingen» egentlig er, eller å forklare hva som «egentlig» foregår mellom to ting, men at vitenskapen kun skal si noe om hva som faktisk ser ut til å foregå mellom dem. Han hevdet at dersom beskrivelsen er i stand til å forutsi hvordan for eksempel en lek vil gå videre, er det en god beskrivelse (Bondevik & Bostad, 2003). Positivisme-tenkningen får hard kritikk innenfor de fleste fagområder i dag. Det har blitt et slags «fy-ord» som en griper til når man mener at forskningsmetodene er for instrumentelle eller matematiske (Bondevik & Bostad, 2003). I kontrast til positivismen eller den naturvitenskapelige tenkningen står humanvitenskapen, ofte manifestert gjennom den hermeneutiske (hermeneutikk = fortolkningslære) metoden. Denne metoden forsøker ikke å bedømme de sammenhengene som ligger til grunn, men er snarere innrettet på å forstå og fortolke. Den forskeren som forsøker å tolke en tekst prøver ofte ikke å finne årsaken til, eller virkningen av noe. Forskning som direkte sannhetssøkende virksomhet er sterkere fremtredende i en naturvitenskapelig tradisjon, fordi det å fange meningen i en tekst aldri kan være uttrykk for en objektiv sannhet (Bjørndal & Hofoss, 2004).

3.2 Design

Studien som skal gjennomføres kalles Oppfølgingsstudien, og har opphav i kvalitetsregisteret i Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk (KVALAP) (Kristiansen & Engedal, 2013).

Oppfølgingsstudien ble designet for å finne ut av hvordan det går med pasientene to til tre år etter utskrivelse fra en alderspsykiatrisk avdeling. KVALAP ble opprettet (2011) for å bedre kvaliteten på de alderspsykiatriske spesialisthelsetjenestene. Standardiserte data fra personer som behandles i følgende alderspsykiatriske avdelinger inngår i registeret: Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Vestre Viken HF, Lier og NKS Grefsenlia. Aldring og helse har også vært med i arbeidet med å opprette dette kvalitetsregisteret. Kvalitetsregisteret er ment til kvalitetssikring og som grunnlag for forskning til det beste for eldre personer med psykiske lidelser. KVALAP inneholder opplysninger som innhentes ved ordinær utredning og behandling (Kristiansen & Engedal, 2013). Oppfølgingsstudien inneholder samme variabler som samles inn i KVALAP med noen unntak, blant annet er legedelen fjernet fra oppfølgingsstudien. Kvalitetsregisteret er samtykkebasert og godkjent av datatilsynet (vedlegg 3).

I denne studien kommer jeg til å benytte meg av data fra både KVALAP og oppfølgingsstudien.

3.3 Utvalg

Personer inkludert i denne studien er eldre personer over 65 år med psykiske lidelser og som tidligere er behandlet ved Diakonhjemmet sykehus, alderspsykiatriske avdeling og Vestre Viken HF, alderspsykiatriske seksjon, Lier, hvor data fra innleggelsen eller den polikliniske behandlingen finnes i KVALAP. Både kvinner og menn ble inkludert. Utvalget er personer som var innlagt eller i poliklinisk behandling i perioden fra 01.04.11 til og med 31.12.2013. Eksklusjonskriterier er personer som var så syke at de ikke evnet å samarbeide om testene som skulle utføres, eller personer som ikke ønsker å delta. Fra de to alderspsykiatriske avdelingene er 198 personer inkludert i KVALAP per 31.12.13. I Oppfølgingsstudien er 105 personer inkludert, noe som betyr at det var totalt 93 personer som ikke deltok i denne studien. Grunnen til dette frafallet skyldes flere faktorer, blant annet at 31 personer ikke har svart eller utsatt å svare på grunn av sykdom, 33 personer svarte nei fordi de ikke ønsket å delta og 42 personer var døde på oppfølgingstidspunktet, Se tabell 1. Hvilke diagnoser deltakerne som valgte ikke å svare vises i tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over deltakere som er med i KVALAP men ikke inkludert i Oppfølgingsstudien

	Antall deltakere	Diagnoser		
		Demens	Affektiv lidelse	Psykose lidelse
Totalt antall som ikke har deltatt n	93			
Antall Menn som ikke har deltatt n (%)	17 (18,3)	0 (0)	7 (7,6)	10 (10,7)
Antall kvinner som ikke har deltatt n (%)	47 (50,5)	10 (10,7)	22 (23,7)	15 (16,1)
Ikke svart eller utsatt på grunn av sykdom (%)	31(33,3)			
Svart nei, ønsket ikke å delta (%)	33(35,5)	1 (1,1)	14 (15,1)	18 (19,3)
Død (%)	42 (45,2)	13 (14)	21 (22,6)	8 (8,6)

3.4 Datainnsamling

3.4.1 KVALAP

Personer som har vært til utredning og behandling ved alderspsykiatrisk avdeling har fått spørsmål om at kliniske data fra deres innleggelse (indeksinnleggelse) kan inkluderes i KVALAP. KVALAP dataene er samlet inn på pasienter som på tidspunktet var inneliggende eller i poliklinisk behandling på sykehusene som nevnt tidligere.

3.4.2 Oppfølgingsstudien

Alle personer inkludert i KVALAP fra de to sykehusavdelingene fikk tilsendt brev med informasjon om oppfølging, re-undersøkelse og spørsmål om å gi et nytt samtykke til å delta i oppfølgingsstudien. Personene fikk tilbud om å møte opp ved alderspsykiatrisk avdeling eller vedkommende kunne få besøk av en sykepleier hjemme eller ved et annet egnet sted som deltakeren valgte. To sykepleiere deltok i datainnsamlingen, begge har fått opplæring og har lang erfaring med bruk av tester og vurderingsskalaer. I denne studien vil følgende variabler fra KVALAP og oppfølgingsstudien inngå:

- Alder, kjønn, sivilstand.

- Diagnose.
- Opplysninger om tilbud fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Opplysninger om eventuelle reinnleggelser og nåværende bruk av offentlige tjenester.
- Opplysninger om brukermedvirkning.
- Mini mental status evaluering (MMSE-NR).
- The Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)
- Personnære aktiviteter i dagliglivet (PADL)

3.4.2.1 Utfordringer knyttet til datainnsamlingen. Før datainnsamlingen startet hadde nok jeg trodd at dette skulle forløpe uten de helt store problemene. Dette er kanskje en vanlig nybegynnerfeil, og etter hvert som tiden gikk kjente jeg på en del frustrasjoner rundt selve datainnsamlingen. Det gikk nemlig ikke så problemfritt som jeg hadde tenkt, og ikke så fort som jeg hadde ønsket. Det var vanskelig å komme i kontakt med og få gjort avtaler med enkelte personer, særlig der hvor det ikke forelå noen avtale om oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Å sende ut brev i forkant ga ingen respons på kontakt, vi måtte ringe deltakerne for å spørre om deltakelse og avtale tidspunkt. Noen var skeptiske til hvorfor de skulle intervjues igjen, og noen som svarte ja, kom ikke til avtalt tid eller kom ikke i det hele tatt. Det var heller ikke like lett å finne ut av hvor pasienten befant seg, dersom de hadde flyttet eller fått nytt telefonnummer. Det var også flere som sa at de ikke ønsket å være med. En annen utfordring knyttet til datainnsamlingen har vært at deltakerne har utelatt å svare på en del av spørsmålene, eller utelatt å svare på testene som skulle gjennomføres. Dette har ført til at det er blitt en del «huller» ved enkelte tester og variabler i kartleggingen og «missing» data å forholde seg til. Jeg var selv, som novise på dette område usikker på hva jeg skulle gjøre med datasettet og etter at jeg forhørte meg med min veileder ble vi enig om at vi bruker det vi har. Altså ingen data fra noen av deltakerne har blitt fjernet fra denne studien.

En av testsykepleierne fortalte at utfyllingen av skjemadelen ikke har vært det største problemet, hovedutfordringen har vært å få inn pårørendeskjemaene (PADL, NPI-Q, se vedlegg 7) fra alle. Pårørende var positive til utfylling ved telefonsamtale men sendte ikke samtykkeskjema i retur. Hun sa videre at de fleste deltakerne (altså personen selv) syntes det var helt greit å svare på spørsmål og mange takket for hun hadde hatt tid til å høre på dem, noen sa at de synes det er helt fantastisk at de blir fulgt opp på denne måten.

3.4.3 Kartleggingsverktøy

MMSE-NR (Se vedlegg 7 for alle kartleggingsverktøy)

Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) er en revidert utgave av Mental State Evaluering. Dette er en test som måler kognitiv funksjon på en rekke områder: hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon (Engedal et al., 2009; M. F. Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; M. F. Folstein, Folstein, & P.R., 1998). MMSE-NR er en av verdens mest brukte kognitive tester og inngår ofte i klinisk demensutredning (Bystad, Skjerve, & Strobel, 2013). MMSE-NR ble utviklet i USA og er oversatt til norsk. Den første utgaven som ble oversatt til norsk i 1983 het MMS. Dette skjemaet ble revidert i 2008, og den nye versjonen, som brukes i min studie fikk navnet MMSE-NR. For screening av kognitiv svikt er MMSE-NR den mest brukte og utprøvde test i Norge. MMSE-NR består av 20 spørsmål og kan gi en samlet maksimal skåre på 30 poeng. En samlet skåre på 28 eller mer er en indikasjon på at det ikke foreligger kognitiv svikt. En samlet skåre mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at mental svikt foreligger, og flere nevropsykologiske undersøkelser bør foretas. En skåre på 24 eller lavere kan indikere at der foreligger svekket kognitiv kapasitet og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til svikten, eller at andre forhold som sansesvikt, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene. MMSE-NR gir en indikasjon på om det foreligger generell svekket kognitiv kapasitet, og gir indikasjon på graden av kognitiv svikt. Alder og utdanning vil spille inn på resultatet. Hos yngre personer og personer med høy utdanning kan en høy skåre på MMSE-NR likevel være forenlig med en kognitiv svikt, mens en lav skåre hos svært eldre personer kan være forenlig med normal kognitiv fungering. Det finnes noen begrensninger ved MMSE-NR, blant annet at den ikke gir et differensiert bilde av fungering på ulike kognitive funksjoner. Dette betyr at sterke og svake sider ikke kommer frem. En annen mangel er at MMSE-NR er at det er en verbal test, slik at personer som sliter med å uttrykke seg verbalt, for eksempel personer med afasi eller av andre grunner, kan få en falskt lav skåre (Bystad et al., 2013; Engedal et al., 2009). I flere studier er det satt en grenseverdi på ≤ 24 , som kan indikere at det foreligger en kognitiv svikt eller en demensdiagnose ved en sum skåre under 24 (Bystad et al., 2013; Engedal, Haugen, Gilje, & Laake, 1988; Jorm, 1994; Kirkevold & Selbæk, 2015).

NPI-Q

The Neuropsychiatric Inventory(NPI-Q) er et strukturert kartleggingsskjema som kartlegger atferd og psykiatiske symptomer hos personer med demens, men skjemaet brukes også i

utredningen av eldre personer med psykiske lidelser (Cummings, 1997; Kaufer et al., 2000). Skjemaet er basert på intervju med en omsorgsgiver som helst skal bo sammen med eller ha jevnlig kontakt med pasienten. I spesialisthelsetjenesten, alderspsykiatrisk avdeling fyller ofte primærsykepleier ut skjemaene dersom personen ikke har noen pårørende, eller dersom personen ikke vil inkludere pårørende. Spørsmålene dreier seg om atferd som er ny etter sykdomsdebut og som har vært til stede de siste fire ukene. NPI-Q består av 12 ledd som dekker symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon, depresjon, angst, mangel på hemninger og nattlig atferd. Det inngår en vurdering av frekvens og alvorlighetsgrad av problematferd og en kartlegging av i hvilken grad atferden oppleves som en belastning for omsorgsgiver. NPI-Q er et nyttig hjelpemiddel i klinikken, men man må også ofte supplere med en mer omfattende kartlegging av i hvilke situasjoner atferden oppstår i (Engedal et al., 2009). I denne studien er det sum av alvorlighetsgraden som danner grunnlaget for sum-NPI-Q. Det betyr at jeg har lagt sammen sum skåre på alvorlighetsgraden av symptom for alle pasienter på alle 12 ledd i testen. Total sum skåre går fra 0 – 36 (maks skåre = 3×12), hvor 0 indikerer ingen symptomer på psykisk belastning og 36 indikerer at symptomene på psykisk belastning er alvorlig. Jeg har ikke delt opp symptombelastningen på hvert ledd. Ei heller slått sammen enkelte ledd slik det har blitt gjort i enkelte andre studier, hvor de har ganget sum skåre på alvorlighetsgrad med antall kategorier, slik at total sum blir 144, da de har brukt en annen versjon (NPI) enn den som er brukt i denne studien (Reuther, Dichter, Bartholomeyczik, Nordheim, & Halek, 2016; Selbæk & Engedal, 2012).

Barthel ADL vurdering

Barthel Index of Activities of Daily Living ble første gang introdusert av Dorothea Barthel i 1955 (Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988). Skjemaet ble utformet for å få en oversikt over progresjon hos inneliggende personer vedrørende egenomsorg og mobilitet. Barthel er godt validert og reliabiliteten er godt studert (Collin et al., 1988; Ranhoff et al., 1995). Instrumental Activities of Daily Living scale og Physical Self-Maintenance Scale er to skjemaer som er oversatt fra engelsk til norsk. Det ene skjemaet kartlegger instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (I-ADL) og det andre skjemaet kartlegger personnære (PADL) aktiviteter i dagliglivet (Engedal et al., 2009). I denne studien brukes kun PADL.

PADL

PADL er de personnære aktiviteter i dagliglivet, skjemaet brukes til å kartlegge temaer som hygiene, spising og mobilitet (Engedal et al., 2009; Lawton & Brody, 1969). Sum skåren på

PADL baserer seg på seks kategorier med fem underkategorier, med en rekkevidde på skåren fra 6-30. En høy skåre indikerer et lavere funksjonsnivå på personnære aktiviteter i dagliglivet (Helvik et al., 2015).

3.5 Analyser

Dataene som ble samlet, ble aidentifisert, lagt inn og bearbeidet ved hjelp av IBM SPSS statistikkprogram, versjon 22 (IBM, Corporation, Armonk, NY, USA) Kategoriske variabler er oppgitt i frekvens (N) og prosent (%). Kontinuerlige variabler oppgis i frekvens (N), gjennomsnitt og standardavvik (sd) og med median der analyser forutsetter det, det vil si dersom resultatene er svært skjevfordelte.

For å finne ut av om dataene i denne studien er normalfordelte har jeg benyttet meg av histogrammer, Q-Q plot og Tests of Normality (Pallant, 2013). I tabellen har jeg hentet p-verdien fra Kolmogorov-Smirnov. I følge Pallant (2013) er dataene normalfordelt med en p-verdi under 0,05. De normalfordelte dataene i min studie er alder, $p = 0,000$, Antall år skolegang, $p = 0,007$, Sum NPI-Q, $p = 0,004$ og allmenntilstand, $p = 0,000$.

De deskriptive dataene presenteres i tabeller og tekst.

Korrelasjonsanalyser er utført med Spearmans rho (ρ) mellom uavhengige variabler. Spearmans rho er en standardisert koeffisient som varierer mellom -1 og +1 (Johannessen et al., 2011; Pallant, 2013). En korrelasjon på 0 er et uttrykk for at det ikke eksisterer noen lineær sammenheng, mens +1 angir et fullstendig positivt sammenfall mellom verdiene på variablene og -1 uttrykker et fullstendig negativt sammenfall (Johannessen et al., 2011). Verdier fra 0,1-0,29 indikerer en svak samvariasjon, 0,30-0,49 en middels samvariasjon og 0,50-1,0 indikerer en sterk samvariasjon (Pallant, 2013).

Kontinuerlige data ble sammenlignet ved t-test for normalfordelte data og kategoriske data ble sammenlignet med kji-kvadrat test: Mann-Whitney U Test ble anvendt for å sammenligne ikke parametriske kontinuerlige data fra to uavhengige grupper. Wilcoxon Signed Rank Test, også kalt Wilcoxon matched pairs signed ranks test (Pallant, 2013) har blitt benyttet for ikke normalfordelte kontinuerlige data hvor samme person er testet på to forskjellige tidspunkt (baseline og oppfølging).

For å finne sammenheng mellom to kategoriske variabler har jeg brukt kji-kvadrattest for uavhengighet med Yates Continuity Correction. Denne skal i følge Pallant (2013) brukes når

man har en 2 x 2 tabell. I de tilfeller hvor jeg har hatt fem eller færre svar i en celle i en 2 x 2 tabell, i kji-kvadrattesten, har jeg brukt Fishers Exact Probability test (Pallant, 2013).

En logistisk regresjonsanalyse ble gjennomført for å finne sammenheng mellom avhengig variabel (reinnlagt versus ikke reinnlagt), og en kontinuerlig variabel. En sekvensiell logistisk regresjonsanalyse ble gjennomført for å finne sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabler, og for å se om det å legge på en prediktor variabel til vil kunne påvirke resultatet. Jeg har valgt å dele dette inn i tre sekvenser hvor utgangspunktet var en avhengig og to uavhengige variabler, dernest la jeg til en og en uavhengig variabel. Totalt besto den sekvensielle regresjonsanalysen av en avhengig dikotom variabel (reinnleggelse = 1, ikke reinnleggelse = 0) og fem uavhengige variabler (alder, kjønn, diagnose, differanse mellom baseline og oppfølging PADL og differanse mellom baseline og oppfølging allmenntilstand).

Tabell 2

Oversikt over Avhengig variabel og prediktorvariabler

Variabler	Målenivå	Kode
Avhengig variabel:		
Gruppe: Reinnleggelse/ikke reinnleggelse	Kategorisk variabel, nominalt	0 = ikke reinnlagt, 1= reinnlagt
Uavhengige variabler:		
Alder	Kontinuerlig, intervall	
Kjønn	Kategorisk, nominal	1 = mann, 2 = kvinne
Sivilstand dikotom	Kategorisk, nominal	1 = gift/sambo, 2 = ikke gift
Bor alene	Kategorisk, nominal	0= ja, 1 = nei, sammen m familiemedlem, 2 = på institusjon
Bor alene dikotom	Kategorisk, nominal	0 = ja, 1= nei
Antall år skolegang	Kontinuerlig, intervall	
Diagnoser	Kategorisk, nominal	1 = demens, 2 = bipolare lidelser, 3 = depresjon, 4 = psykose lidelse, 5 = andre psykiske lidelser
Diagnose dikotom	Kategorisk, nominal	1 = Andre*, 2 = Psykose + bipolar
PADL	Kategorisk, ordinal	1 = selvhjulpen, 2 = trenger noe hjelp, 3 = trenger moderat hjelp, 4 = trenger mye hjelp, 5 = trenger hjelp til alt
MMSE	Kontinuerlig, intervall	
NPI-Q sum grad	Kontinuerlig, intervall	
Oppfølging 1. linjen	Kategorisk, ordinal	1 = nei, 2 = ja v/baseline, 3 = ikke v baseline men v/oppfølging, 4 = ja, både v/baseline og oppfølging
Oppfølging 2. linjen	Kategorisk, ordinal	0 = ingen, 1 = apol**, 2 = DPS, 3 = annet
Oppfølging totalt dikotom	Kategorisk, ordinal	1 = ingen oppfølging, 2 = oppfølging
Brukermedvirkning	Kategorisk, nominal	0 = nei, 1 = ja
Pårørendes medvirkning	Kategorisk, ordinal	0 = nei, 1 = ja
*Andre=depresjon, demens, andre psykiske lidelser **Apol=Alderspsykiatrisk poliklinikk		

Som beskrevet i kapittelet om datainnsamling har det vært en del manglende data i dette materialet, flest «missing» har vært knyttet til testene PADL og NPI-Q som har vært utført i forbindelse med spørreundersøkelsen. Ved gjennomgangen av datamaterialet fant jeg at dette var nokså likt fordelt mellom baseline og oppfølgingstidspunktet. Ettersom det er variabelt hvor mange som har svart på de enkelte spørsmål og skjemaer oppgir jeg frekvens (N) i tabeller og tekst.

3.6 Etikk og personvern

Alle personer som har deltatt i oppfølgingsstudien fikk både skriftlig og muntlig informasjon i den grad de hadde forutsetninger til å forstå slik informasjon og ble vurdert som samtykkekompetent jmfør. §8 og §9 (Personvernloven, 2000). De som ble vurdert som samtykkekompetente skrev under på et samtykkeerklæringsskjema. I de tilfeller hvor personen ikke var samtykkekompetent ble pårørende forespurt om de hadde innvendinger mot at personen deltok. I de situasjoner pårørende ikke har skrevet under på samtykkeskjema har personen blitt fjernet fra studien. Ettersom denne undersøkelsen ikke er invasiv og at ingen biologiske prøver skulle innhentes og analyseres ble det ansett som forsvarlig å be pårørende om et «stedfortredende samtykke» for de som ikke lenger var samtykkekompetente (vedlegg 6). Alle personene har i utgangspunktet gjennom KVALAP samtykket til at data fra innleggelsen kan anvendes i forskning og det antas derfor at de neppe hadde sagt nei til denne undersøkelsen om de hadde vært kompetente. All informasjon ble registrert i aidentifisert form og oppbevares i fem år. En koblingsnøkkel vil bli oppbevart atskilt fra de kliniske data. Denne nøkkelen vil bli låst inne i et brannsikkert skap og kun være tilgjengelige for forskerne i prosjektet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkelt personer i de resultatene som presenteres. Personene kan til enhver tid trekke seg fra studien. Studien har vært forelagt REK Nord, som har vurdert dette som et kvalitetssikringsprosjekt, og derfor ikke behandlet det i henhold til Helseforskningsloven (Vedlegg 6). Av den grunn har prosjektet blitt fremlagt for Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus (samme). Personvernombudet har godkjent prosjektet (Saksnummer 2014/9203)) (Vedlegg nr.4 og 5).

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funn. Først vil jeg starte med å presentere de ulike sosiodemografiske dataene. Derneft beskrives sammenhenger mellom avhengig variabel som enten er reinnlagt versus ikke-reinnlagt, eller baseline versus oppfølging og ulike uavhengige variabler ved hjelp av t-test for normalfordelte data og kji-kvadrattest for data på nominalt nivå og Mann Whitney-U Test for ikke parametriske kontinuerlige data. Wilcoxon Signed Rank Test har blitt benyttet for ikke normalfordelte kontinuerlige data hvor samme person er testet ved baseline og ved oppfølging. Så beskrives korrelasjon mellom ulike uavhengige kontinuerlige variabler med Spearmans Rho. Helt til slutt i dette kapittelet presenteres resultater fra en logistisk regresjon med reinnlagt/ikke-reinnlagt som den avhengige variabel og en og en uavhengige prediktor variabler. Derneft presenteres resultater fra en sekvensiell logistisk regresjonsanalyse.

4.1 Beskrivelse av data

I studien ble 105 personer inkludert Av ulike årsaker er enkelte variabler, og enkelte ledd på skalaene som ble brukt ikke besvart. Derfor vil antall N beskrives for ulike variabler samtidig med at ulike sosiodemografiske data presenteres.

I hele datamaterialet er det en overrepresentasjon av kvinner. Det er registrert 70 kvinner og 32 menn, og det manglet angivelse av kjønn hos tre deltakere. De fleste personer som ble innlagt hadde diagnosen depresjon (N=49, 46,7 %). Gjennomsnittsalder på alle deltakerne var 77 (s.d. 7,5). Den yngste deltakeren var 58 år og den eldste var 93 år. Seksti (61,9 %) personer opplyste ved baseline (like etter innleggelsen) at de bodde alene før innleggelse, til sammenligning sier 42 (42 %) av deltakerne at de bor alene på oppfølgingstidspunktet. Resten av deltakerne bor enten sammen med et annet familiemedlem eller på institusjon. De aller fleste deltakerne rapporterer både ved baseline og på oppfølgingstidspunktet at de har en nokså god, god eller svært god allmenntilstand. Kun tre (2,9 %) personer har en dårlig allmenntilstand ved baseline tidspunktet. Til sammenligning er det rapportert at 16 (15,2 %) personer har en dårlig allmenntilstand på oppfølgingstidspunktet. Trettitre (31,4 %) personer opplyser at de på baseline tidspunktet er gift, på oppfølgingstidspunktet er det 32 (30,5 %). Trettifire (32,4 %) personer opplyser at de i tiden mellom baseline og oppfølgingstidspunktet hadde hatt ett eller flere korttidsopphold på sykehjem.

Personene som har deltatt i denne studien har i gjennomsnitt gått 12,8 (s.d.3,89) år på skole.

Åttiseks (81,9 %) personer sier at de har deltatt i planlegging av videre oppfølging og 14 (13,3 %) personer har en individuell plan, mens 56 (53,3 %) personer svarer at pårørende har blitt inkludert og deltatt i planlegging av videre oppfølging etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Alle deltakerne i studien sier at de har fått oppfølging av spesialisthelsetjenesten etter innleggelsen. Av de 105 svarer 39 (37,1 %) personer at de har fått oppfølging i alderspsykiatrisk poliklinikk, 59 (56,2 %) personer at de har fått oppfølging fra DPS, og syv (6,7 %) svarer at de har fått oppfølging fra andre i spesialisthelsetjenesten. Hvem disse andre er vites ikke sikkert men fra erfaring i sengepost er det flere personer som følges opp som dagpasienter i sengepost og det kan være dette deltakerne har tenkt på når de har krysset av på kategorien «annet» i spørsmålet om oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Trettien (29,5 %) personer svarer at de ikke har fått oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Trettito (30,5 %) personer svarer at de har fått oppfølging fra kommunehelsetjenesten, resten av deltakerne svarer at de enten har fått oppfølging ved baseline, eller ved oppfølgingstidspunktet.

I studien ble 24 (22,9 %) personer reinnlagt en eller flere ganger. Antall reinnleggelser strekker seg fra en til 11. En deltaker hadde blitt reinnlagt 11 ganger. Gjennomsnittet for antall reinnleggelser er 1,96 (sd. 2,2) ganger. Karakteristika ved baseline undersøkelsen av pasientene som ble reinnlagt og ikke-reinnlagt er vist i tabell 3.

Tabell 3

Karakteristika av personene i studien ved første gangs undersøkelse for de som ikke ble reinnlagt og de som ble reinnlagt

	ALLE	IKKE-REINNLAGT	REINNLAGT	P=
Demografiske data				
Alder, gjennomsnitt(sd) (n=98)	77,1(7,5)	77,5(7,3)	75,86(8,4)	0,38a ¹
Kjønn, n(%) (n=102)	Kvinner=70 (68,6)	Kvinner=52 (66,7)	Kvinner=18 (75)	0,61b ²
Sivilstand, n(%) (n=100)	Gift/sambo=33 Ikke gift=67	Gift/Sambo=27 (35,5) Ikke gift= 49(64,5)	Gift/sambo=6 (25) Ikke gift= 18 (75)	0,48b
Bor alene før innleggelse, n(%) (n total =97 (ja=60)	60(57,1)	44 (60,3)	16 (66,7)	0,75b
Skolegang år, gjennomsnitt (sd) (%) (n=99)	12,8(3,9)	12,7(3,8)	13,2 (4,1)	0,56a
Diagnose(N=100)				
Demens n=14(%)		n=12 (85,7)	(14,3 %)	
Psykose n=18(%)		n=9 (50)	(50 %)	
Depresjon n=49(%)		n=40 (81,6)	(18,4 %)	
Bipolar lidelse n=12(%)		n=9 (75)	(25 %)	
Annet n=7(%)		n= 6 (85,7)	(14,3 %)	
				0,07b
Bipolar+Psykose: Andre n(%)	30:70 (66,7:28,6)	18:58 (60:82,9)	12:12 (50:17,1)	0,03b
Funksjon				
PADL n (median)	85 (7)	65 (7)	20 (7)	0,54c
MMSE n (median)	98 (28)	75 (27)	23 (28)	0,16c ³
NPI-Q n, gjennomsnitt (sd)	78, 5,13	59, 5,12(4,06)	19,5,16(2,6)	0,96a
Somatisk helse n=81(%)	God: n= 51 (63)	God: n= 39 (60,9)	God: n= 12 (70)	0,65b
Tiltak				
Oppfølging 1. linjen n=95(%)	Ja: n=64 (67,5)	Ja: n=50 (69,4)	Ja: n=14, (60,9)	0,61b
Oppfølging 2.linjen n=105(%)	*Ald.Pol: n=39 (37,1) DPS: n=59 (56,2) Annet: n=7 (6,7)	Ald.pol: n=33 (40,7) DPS: n=44 (54,3) Annet: n= 4 (4,9)	Ald.pol: n=6 (25) DPS: n= 15 (62,5) Annet: n= 3(12,5)	0,21b
Oppfølging Totalt n=105(%)	Oppfølging = 82 (78,1)	Oppfølging: n = 63 (77,8)	Oppfølging: n = 19 (79,2)	1,0b
Brukermedvirkning Person n=87(%)	Ja: n=86(98,9)	Ja: n=65 (98,5)	Ja.: n=21 (100)	1,0b1 ⁴
Pårørende medvirket n=80(%)	Ja: n=56 (70) Nei: n=24 (30)	Ja: n=47 (73,4) Nei: n=17 (26,6)	Ja: n=9 (56,3) Nei: n=7 (43,8)	0,23b1
*Ald.pol.: = Alderspsykiatrisk poliklinikk				

¹ a= Uavhengig t-test

² b= Kji-kvadrattest

³ c= Mann – Whitney U Test

⁴ b1=Kji-kvadrattest, fisher`s Exact Probability test

4.1.1. Sammenligning mellom de pasientene som ikke ble reinnlagt og de som ble reinnlagt i observasjonstiden

Disse sammenligningene er vist i tabell 3 sammen med karakteristika av pasientene. Det var ingen signifikante forskjeller i alder mellom de som var reinnlagt og de som ikke var reinnlagt, $p = 0,38$, uavhengig t-test. Differansen på gjennomsnittene var 1,62 (CI 95 %: -2,06-5,30) år.

Det var heller ingen signifikante forskjeller i antall år på skolen mellom gruppene reinnleggelse versus ikke-reinnleggelse, $p = 0,56$, uavhengig t-test. Differanse på gjennomsnittene var -0,55 (CI 95 %: -2,39-1,30) år.

Ingen signifikant forskjell i skåre på NPI-Q ble funnet mellom pasientene som ble reinnlagt sammenlignet med de som ikke ble reinnlagt, $p = 0,96$, uavhengig t-test. Differanse på gjennomsnittene var -0,39 (CI 95 %: -2,02-1,94)

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn blant de som ble reinnlagt/ikke-reinnlagt, $p = 0,61$, $\phi = 0,08$, kji kvadrat test med Yates korreksjon. I følge Pallant (2013) viser ϕ verdien styrken på sammenhengen mellom variablene. Kriteriene for svak effekt = 0,10, middels effekt = 0,30, sterk effekt = 0,50. I dette tilfellet viser ϕ en meget svak sammenheng mellom variablene.

Når det gjelder variabelen «bor alene» hadde denne ingen betydning for reinnleggelser; $p = 0,75$, $\phi = -0,057$ (veldig svak sammenheng), kji kvadrat test med Yates korreksjon tabell 3.

Som man kan se av tabell 3 er det heller ingen signifikant sammenheng mellom sivilstand og reinnleggelser/ikke re-innleggelser, $p = 0,48$, $\phi = 0,096$ (veldig svak sammenheng)

Men Kji-kvadrattest med Yates Continuity Correction viser at det en signifikant forskjell mellom to diagnosegrupper og reinnleggelse. Som tabell 3 viser, har jeg valgt å gjøre denne testen ved å dele pasientene i to grupper. Jeg har slått sammen bipolare lidelser og psykose lidelser til en diagnosegruppe fordi henholdsvis 50 % (psykose) og 25 % (bipolar) av alle personene med disse diagnosene ble reinnlagt. Grunnlaget for å slå sammen disse to diagnosene slik jeg her har gjort er at disse sykdommene til en viss grad ligner noe på hverandre, på den måten at begge sykdommer karakteriseres som en alvorlig psykisk lidelse, de har begge en tendens til å vedvare over tid og flere personer som er i manisk fase tenderer

til å ha psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger (Dols et al., 2014). De øvrige diagnosene ble samlet i en diagnosegruppe (ikke psykose eller mani). Jeg ønsket også å bruke denne nye gruppevariabelen (dikotome variabelen) i en regresjonsanalyse. Kort oppsummert. Å ha diagnosen psykoselidelse eller bipolar lidelse har betydning for reinnleggelse i en alderspsykiatrisk avdeling, sammenlignet med å ikke ha en av disse to diagnosene, $p = 0,03$, $\phi = 0,25$.

Somatiske helse ved baseline viser at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom hvordan somatiske helse er og om man reinnlegges/ikke-reinnlegges, $p = 0,65$, $\phi = -0,81$ (veldig svak sammenheng), Kji-Kvadrat test med Yates Continuity Correction.

Man finner ingen signifikante forskjeller mellom oppfølging fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og reinnleggelse/ikke-reinnleggelse. Begge variabler viser en svak effekt på reinnleggelse/ikke-reinnleggelse, $p = 0,61$, $\phi = -0,078$ (kommunehelsetjenesten), $p = 0,21$, $\phi = 0,17$ (spesialisthelsetjenesten), Kji-kvadrat test med Yates Continuity Correction.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom brukermedvirkning, pårørendes medvirkning og reinnleggelser/ikke-reinnleggelser. P verdien vises i tabell 3, For brukermedvirkning er $\phi = 0,06$ (svak effekt), $p = 1,0$ og for pårørendes medvirkning, $\phi = 0,15$ (svak effekt), $p = 0,23$. Analysen er utført med en kji-kvadrat test med Fisher's Exact Probability Test.

Resultatene fra en analyse med Mann Whitney U test viser at det ikke er noen signifikante forskjeller på hverken PADL eller MMSE skårer ved baseline når det gjelder reinnleggelse/ikke re-innleggelse. Altså har ingen av disse funksjonstestenes skårer ved baseline betydning for reinnleggelse.

4.2 Endring i funksjon fra Baseline til Oppfølging

Et av mine tre forskningsspørsmål gikk ut på om endring i funksjon, kognisjon eller grad av psykisk belastning hadde betydning for reinnleggelse. For å finne ut av dette har jeg først kalkulert forskjeller fra baseline til oppfølging for alle pasientene (skåre ved oppfølging – skåre ved baseline) og benyttet meg av Wilcoxon pair matched test for å teste ut om det fins forskjeller i funksjon om man analyser alle pasientene under ett. I tabell 4 ser man at endringen i skåre på NPI-Q og PADL fra baseline til oppfølging er signifikant forskjellig NPI-Q: $z = -2,18$, $p = 0,03$, med en middels stor effekt på størrelsen ($r = 0,3$ (z-verdi:

kvadratroten av n)) (Pallant, 2013). Median (Md) verdien er uforandret fra baseline til oppfølging (Md = 5). PADL: $z = -3,39$, $p = 0,01$, med en middels effekt på størrelsen ($r = 0,40$). Median verdien øker fra baseline (Md=7) til oppfølging (Md=8).

Tabell 4

Endringer i funksjon mellom Baseline og Oppfølging.

Variabler	Baseline (T1) N, Gj.sn (SD)	Oppfølging (T2) N, Gj.sn (SD)	P verdi på differansen	Median T1, T2
PADL (n = 71)	85, 7,9 (2,4)	91, 9,6 (4,5)	0,001	7,8
MMSE (n = 79)	98, 26,3 (3,9)	81, 27,1 (3,4)	0,53	28,28
NPI-Q (n=56)	78, 5,13 (3,7)	76, 6,7 (6,0)	0,03	5,5
	n=god(%), n=dårlig(%)	n=god(%), n=dårlig(%)		
Allmenntilstand(n=95)	51 (48,6), 30(28,6)	51 (48,6), 44(41,9)	0,63	
P verdi er basert på Wilcoxon Signed Rank Test. Signifikansnivå $p < 0,05$				

Det neste steg i analysen var å teste om endringen i funksjon hadde betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. Som man kan se av tabell 5 har endringen i sum skåre av PADL (Diff PADL) betydning for reinnleggelse, $p = 0,01$. Gjennomsnitt for endring i PADL skåre for ikke-reinnlagte er 0,1 (0,52) og gjennomsnitt for de reinnlagte = 0,54 (0,52). Diff MMSE, Diff NPI-Q og Diff allmenn har ingen signifikant betydning for reinnleggelse versus ikke reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling, MMSE: $p = 0,46$, NPI-Q: $p = 0,85$, Diff allmenn: $p = 0,09$, Mann Whitney U Test.

Tabell 5

Har endring i funksjon betydning for reinnleggelse?

Variabel	Ikke-reinnlagt	Reinnlagt	P*
Diff PADL n, gj.sn (sd)	30, 0,1 (0,52)	11, 0,54 (0,52)	0,01
Diff MMSE n, gj.sn (sd)	58, -0,33 (4,3)	21, 0,3 (1,9)	0,46
Diff NPI-Q n, gj.sn (sd)	39, -2,5 (7,2)	17, -1,7 (3,7)	0,85
Diff allmenn n, gj.sn (sd)	60, -0,13 (0,9)	17, 0,3 (1,04)	0,09
*P Verdi er basert på Mann Whitney U test. Signifikans nivå = $p < 0,05$			

4.3 Korrelasjon mellom uavhengige variabler

Korrelasjon mellom de ulike uavhengige variablene ble gjennomført med Spearmans Rho test, tabell 6. Årsaken til å utføre denne analysen var nødvendig for å undersøke om noen variabler samvarierte i så høy grad at man ikke kunne bruke dem alle i en multivariat logistisk regresjonsanalyse. Ingen av korrelasjonene var høyere enn 0,35 hvilket betyr at alle kan anvendes som uavhengige variabler i en regresjonsanalyse. Grensen for uavhengighet er vanligvis satt til en korrelasjon på 0,6 eller 0,7 (Pallant, 2013).

Tabell 6

Korrelasjon mellom uavhengige variabler

Uavhengige variabler	Spearmans Rho(rho)	N	P(sig.)
PADL vs. MMSE	-0,35	83	0,001*
Alder vs. MMSE	-0,08	95	0,44
Alder vs. PADL	-0,04	82	0,74
PADL vs. Allmenntilstand	0,24	73	0,04**
MMSE vs. Allmenntilstand	-0,08	78	0,49
Alder vs. Allmenntilstand	0,13	80	0,25
MMSE vs. NPI-Q	-0,11	76	0,14
PADL vs. NPI-Q	0,24	77	0,04**
*Signifikant på 0,001 nivået(2-tailed)			
**Signifikant på 0,05 nivået(2-tailed)			

Korrelasjon mellom PADL og MMSE skårer på baselinetidspunktet viser at det er en middels sterk (liten: $r = 0,1-0,29$, middels: $r = 0,30-0,49$, sterk: $r = 0,50-1,0$) negativ korrelasjon mellom variablene, $\rho = -0,35$, $N = 83$, $p = 0,01$. Dette indikerer at en høy sumskår på PADL korrelerer med en lav sumskår på MMSE. Samme test ble gjennomført for variablene på oppfølgingstidspunktet. Denne viser også en middels sterk negativ korrelasjon mellom variablene, $\rho = -0,49$, $N = 68$, $p = 0,01$

Korrelasjon mellom alder og PADL viser at det er en meget svak negativ korrelasjon mellom alder og PADL. $\rho = -0,04$, $N = 82$, $p = 0,74$ (Spearmans Rho). Dette betyr at økende alder i denne studien ikke forklares av en høy PADL.

Utover dette viser korrelasjonsanalysen at det er en svak korrelasjon mellom de ulike uavhengige variablene, se tabell 6. Men korrelasjonen mellom PADL og allmenntilstand er signifikant på 0,05 nivået, hvilket indikerer at høy skåre på PADL er assosiert med dårlig allmenntilstand, Spearmans Rho.

Det har ikke vært mulig å gjøre en korrelasjonsanalyse mellom avhengig variabel (reinnlagt/ikke-reinnlagt) og de uavhengige variablene da den avhengige variabelen er på nominalt nivå. I følge Pallant (2013) kan korrelasjonsanalyser med Pearson r og Spearmans Rho kun gjøres når dataene er på intervall eller ordinalt målenivå.

4.4 Logistisk regresjonsanalyse

Det siste steget i analyseplanen var å utføre en logistisk regresjonsanalyse med reinnlagt versus ikke-reinnlagt som avhengig variabel. Jeg gav reinnlagt verdien 1 og ikke-reinnlagt verdien 0. Først ble det utført en ujustert analyse (Tabell 7) ved å teste ulike kontinuerlige prediktor variabler, en for en. Derneft har jeg valgt å gjøre en sekvensiell regresjonsanalyse for å se hvilke faktorer (prediktorvariabler) som påvirker reinnleggelse når man justerer for øvrige variabler, tabell 10.

Tabell 7

Regresjonsanalyse av kontinuerlige variabler og deres innflytelse på reinnleggelse/ikke-reinnleggelse

Variabel	B*	Wald	OR (95 % C.I)	P
Alder	-0,03	0,77	0,97(0,91-1,04)	0,38
Antall år skolegang	0,04	0,35	1,04(0,92-1,17)	0,55
Diff PADL	1,76	5,59	5,8(1,35-24,88)	0,02
Diff MMSE	0,05	0,46	1,05(0,92-1,2)	0,50
Diff NPI-Q	0,02	0,17	1,02(0,93-1,12)	0,68
Diff fallmenn	0,47	2,47	1,60(0,89-2,86)	0,12
*B verdien forteller om påvirkningen den uavhengige variabelen har på den avhengige variabelen. Negativ B verdi indikerer at en økning i uavhengig variabel fører til en reduksjon i den avhengige variabelen.				

Tabell 7 viser at det kun er differansen (fra baseline til oppfølgingstidspunktet) i PADL skåre som er statistisk signifikant, $p = 0,02$, $OR = 5,8$. Det betyr at endring i PADL påvirker gruppevariabelen reinnleggelse eller ikke-reinnleggelse. Jo større endring (høyere skåre på PADL skalaen, og dårligere funksjon), jo større sannsynlighet er det for reinnleggelse.

Ettersom prediktorvariablene ble testet hver for seg lister jeg opp Hosmer-Lemeshow Test verdien for hver enkelt variabel (tabell 8). Hosmer-Lemeshow Test er den mest pålitelige modelltesten i IBM SPSS og gir oss en indikasjon på om modellen er god eller ikke. For at vi kan si at *Hosmer-Lemeshow Goodness of fit Test* er god, ønskes det at signifikansverdien skal være $p > 0,05$ (Pallant, 2013). Alle p – verdier i denne modellen er over 0,05, derfor kan det konkluderes med at modellen er god.

Tabell 8

Hosmer-Lemeshow Test

Hosmer-Lemeshow Test			
Variabel	Kji-kvadrat	Frihetsgrad	p
Alder n = 78	6,42	6	0,38
Antall år skolegang n= 99	5,73	8	0,69
Diff PADL n = 99	5,73	8	0,68
Diff MMS n = 98	6,43	6	0,38
Diff NPI-Q n = 56	8,31	7	0,31
Diff Allmenn n = 77	1,78	2	0,41

I den sekvensielle regresjonsanalysen valgte jeg å ta med to dikotome variabler, kjønn, diagnose (dikotomisert) samt alder, og basert på resultatene vist i tabell 7, endring i allmenntilstand og PADL mellom baseline og oppfølging (Diff PADL og Diff Allmenn). Før jeg gjennomførte selve analysen sjekket jeg ut om prediktorvariablene var sterkt relatert til hverandre. Dersom Collinearity Statistics viser en toleranseverdi som er lavere enn 0,1 indikerer dette at variablene korrelerer sterk med hverandre og man bør vurdere å droppe den eller de variablene som gir en høy toleranse verdi (Pallant, 2013). Ingen av mine variabler var under 0,1 (se tabell 9)

Tabell 9

Collinarity Statistics

Variable	B	Beta	P	Collinearity Statistics	
				Tolerance	VIF
Kjønn	0,19	0,22	0,31	0,90	1,11
Alder	0,001	0,01	0,95	0,82	1,22
DiffPADL	0,15	0,20	0,37	0,80	1,25
DiffMMSE	0,03	0,20	0,34	0,90	1,11
Diffallmenn	0,11	0,24	0,26	0,84	1,19

Det neste steget var å finne ut om modellen er god («goodness of fit» test). I følge Pallant(2013) skal signifikansverdien man finner i Omnibus Tests of Model Coefficient være under 0,05. I den første sekvensen (se tabell 10) er $p = 0,38$, kji-kvadrat = 8,44 med syv frihetsgrader, i andre sekvens er $p = 0,007$, kji-kvadrat = 13,97 med fire frihetsgrader, i tredje sekvens er $p = 0,01$, kji-kvadrat = 14,74 med 5 frihetsgrader, disse tallene viser altså at modellen er god. Hosmer-Lemeshow Test viser også om modellen er god og dette er som

nevnt tidligere den mest pålitelige testen for å vurdere modellen (Pallant, 2013). I denne testen skal signifikans nivået være over 0,05. Jeg har satt inn resultater for Hosmer-Lemeshow test i tabell 10 (under). I tabellen ser man at p-verdien på alle sekvensene ligger over $p = 0,05$, altså viser også Hosmer-Lemeshows test at modellen er god.

Tabell 10

Sekvensiell logistisk regresjon av prediktorvariabler for reinnleggelser/ikke-reinnleggelse

Variabel	B	Wald	OR (95 % C.I)	P
⁵ Kjønn	-0,87	1,87	0,42(0,12-1,16)	0,17
Alder	-0,03	0,67	0,97(0,91-1,04)	0,41
Diagnose (dikotom)	-1,20	5,29	0,30(0,11-0,84)	0,02
Hosmer-Lemeshow Test: Kji-kvadrat= 8,065, 7 frihetsgrader. P = 0,328				
⁶ Kjønn	-1,14	2,11	0,32(0,07-1,49)	0,15
Alder	-0,05	1,43	0,95(0,87-1,03)	0,23
*Diagnose (dikotom)	-1,75	7,43	0,17(0,05-0,61)	0,01
Diffallmenn	0,49	2,11	1,64(0,84-3,21)	0,15
Hosmer-Lemeshow Test: Kji-Kvadrat= 4,072, 7 frihetsgrader. P = 0,771				
⁷ Kjønn	0,19	0,02	1,21(0,09-16,78)	0,88
Alder	0,07	0,55	1,08(0,88-1,31)	0,46
Diagnose(dikotom)	-3,67	5,17	0,03(0,01-0,60)	0,02
Diffallmenn	0,52	0,49	1,68(0,39-7,19)	0,48
DiffPADL	1,81	2,42	6,12(0,62-59,93)	0,12
Hosmer-Lemeshow Test: Kji-kvadrat= 0,752, 8 frihetsgrader. P = 0,999				
*Diagnose dikotom = Psykose + Bipolar : Depresjon + Andre psykiske lidelser				

Som vist i tabell 10 er det bare prediktorvariabelen diagnose (psykose + mani vs ikke psykose og mani som viser en statistisk signifikans ($p = < 0,05$) sammenheng med den avhengige variabelen (reinnleggelse vs ikke reinnleggelse) i alle sekvensene. Dette betyr at det er diagnose som er avgjørende for om man blir reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling eller ikke, og som vist i tabell 3 er det flest personer med psykoselidelse (50 % av $n = 18$) og bipolare lidelser (25 % av $n = 12$) som reinnlegges. Denne tabellen viser også at diagnose variabelen korrelerer med både Diff allmenn variabelen og Diff PADL variabelen. Wald (blir lavere) og p verdien (blir høyere) endrer seg når man legger til variabelen diagnose.

⁵ Steg 1

⁶ Steg 2

⁷ Steg 3

5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Denne studien har sett på hva som kjennetegner personer som reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling på henholdsvis Diakonhjemmet sykehus og Vestre Viken, alderspsykiatrisk seksjon, Lier. Så vidt jeg kjenner til er det ikke gjort noen lignende studier på dette feltet i Norge.

I denne studien er reinnleggesraten på 22,9 % etter to år, noe som må sies å være en forholdsvis høy rate. Dette funnet er forenelig med funn fra studien til Yu et al. (2015) som peker på at reinnleggesraten for eldre personer med psykiske lidelser er høy, og at den strekker seg fra 4,9 % etter 30 dager til 32,3 % etter fem år (Yu et al., 2015).

I første fase, og egentlig før jeg hadde begynt planleggingen av denne studien, hadde jeg flere hypoteser om hva som kan føre til reinnleggelse i en alderspsykiatrisk avdeling. Men i denne studien endte jeg opp med å formulere tre hypoteser: I hypotese 1 hevdes det at diagnose, manglende oppfølging, og manglende brukervedvirkning har betydning for reinnleggelse. I hypotese 2 hevdes det at sosiodemografiske variabler som for eksempel alder og kjønn har betydning for reinnleggelse, og i hypotese 3 hevdes det at økt psykisk symptombelastning, kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

Jeg vil videre diskutere og drøfte mine funn opp i mot mine hypoteser, tidligere forskning og annen relevant litteratur. Jeg vil så i et eget underkapittel forklare om hypotesene forkastes eller beholdes. Deretter vil studiens styrker og svakheter diskuteres før man får en liten oppsummering av studien i en konklusjon. Tilslutt presenteres implikasjoner for praksis og videre forskning.

5.1 Diagnose, brukervedvirkning og manglende oppfølging

Studiens funn viser at diagnosene psykoselidelse og bipolar lidelse har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. Dette funnet er forenelig med funn fra andre studier (Heeren et al., 2002; Prince et al., 2008), men i disse studiene var også diagnoser som alvorlig depresjon en risikofaktor. Som i andre studier (Dekker & Peen, 2004; Riedel-Heller et al., 2006) viser det seg at depresjon (n=49) er den hyppigst forekommende lidelse i alderspsykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet sykehus og Vestre Viken HF. Den nest hyppigste innleggesårsak er psykoselidelse (n=18), så kommer demens (n=14), bipolar lidelse (n=12) og færrest er det i gruppen annet (n=7) som består av diagnoser som; angst, personlighetsforstyrrelse og tvangslidelse. Svært få er altså i denne studien diagnostisert med angst, til tross for at det flere steder i litteraturen henvises til at angst sammen med depresjon

er den dominerende lidelsen hos eldre (Engedal et al., 1997; Helsedirektoratet, 2007). Det kan være en svakhet i denne studien at jeg ikke har sett på bidiagnoser slik at vi også kunne fått en indikasjon på om angst er et ledsagende symptom til depresjon eller andre psykiske lidelser hos eldre personer (Kvaal & Laake, 2003).

En depressiv episode som debuterer i voksen alder har tendens til å komme tilbake og mange vil få minst et tilbakefall (Engedal, 2008). Engedal (2008) sier også at tilbakefallstendensen ved depresjon synes å avta etter 65 års alder, men på dette tidspunktet øker også andelen av andre depresjoner som er relatert til aldring, somatiske sykdommer og tapsopplevelser. Depresjon som er relatert til aldring, somatiske sykdommer og tapsopplevelser har god prognose dersom man igangsetter riktig behandling. Jeg vet jo ikke, basert på mine tall, hva som er bakgrunnen for at personer som er innlagt for depresjon, ser ut til å klare seg nokså bra når man ser på sannsynligheten for reinnleggelse i denne studien. Men man kan anta at behandlingen som gis og oppfølgingen som gjøres av personer med depresjon ved alderspsykiatrisk avdeling er god og baserer seg på en personsentrert tilnærming (Engedal & Bjørkløf, 2014; McCormack & McCance, 2010). Dette antar jeg med bakgrunn i at flertallet av deltakerne svarer at de har medvirket i egen behandling og at de derfor er bedre i stand til å takle sin lidelse, og bakgrunnen for denne, enn det de var før innleggelsen.

Man kan også anta at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider bedre, riktigere og tettere om personer som har en «mindre» utfordrende eller en mildere psykisk lidelse. Vi vet jo både fra teori og praksis at et tettere og bedre samarbeid mellom tjenestenivåene bidrar til færre reinnleggelser (Helsetilsynet, 2016; HOD, 2008; Karlsson & Borg, 2013).

Funnene i denne studien viser altså at det er de med de mest alvorlige psykiske lidelsene, altså personer med psykoselidelse og personer med bipolar lidelse, som reinnlegges oftest. Dette betyr, slik jeg tolker det, at ansatte i helsevesenet på tvers av tjenestenivåer har en utfordring i forhold til hvordan de skal hjelpe disse personene til en bedre hverdag. En hverdag hvor de i større grad er bedre rustet til å stå i mot nye sykdomsepisoder.

I følge Engedal (2008) har eldre personer med LOS-lignende psykoser med meget sen debut, ofte en dårlig prognose. Sykdommen progredierer og kan føre til isolasjon, generelt funksjonstap og redusert livskvalitet. Behandlet er prognosen ofte god, men mange av disse personene er ofte sårbare for bivirkninger av behandling med antipsykotiske legemidler. Det er derfor viktig at man tilstreber at personer som lider av denne diagnosen også får tilbud om

en ikke-medikamentell behandling, og at man fokuserer på personens egne ressurser. Like viktig er det å ha fokus på at disse personene kanskje er spesielt sårbare i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved utskrivelse.

Det er etter min mening spesielt viktig i denne fasen at ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten får til et tett og godt samarbeid med hverandre og ikke minst med personen det gjelder. Kanskje burde spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeide om å lage en oppfølgingsmodell for disse personene, en modell som går litt ut over de tradisjonelle måtene å jobbe på, hvor hjelpeapparatet tilpasser seg personen i stedet for at personen tilpasser seg hjelpeapparatet. Vi vet jo allerede fra litteraturen (Helsetilsynet, 2016) at samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke alltid i er like godt innarbeidet, og derfor er det kanskje spesielt viktig at man tenker litt annerledes når det gjelder oppfølgingen av personer med psykoselidelser eller bipolare lidelser. Dersom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og personen selv hadde samarbeidet og planlagt den videre oppfølgingen (HOD, 2008; Samhandlingsreformen, 2009), ville kanskje personen selv oppleve at hjelpeapparatet er til stede for dem. Kanskje personen da ville føle tillit og trygghet til at hjelpeapparatet ønsker å støtte, og å bidra til at personen selv etter hvert klarer å takle vanskelige og stressende situasjoner i stedet for at de kanskje blir en kasteball mellom tjenestenivåene. Kanskje man også da på denne måten kan være i forkant av at nye blomstrende psykotiske eller maniske perioder oppstår (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Karlsson & Borg, 2013).

Det anbefales på nasjonalt plan at konkrete mål og tiltak for utskrivningsklare personer settes før personen utskrives (Helsedirektoratet, 2013, 2014; Samhandlingsreformen, 2009), her bør det også være selvsagt at personen det gjelder tas med inn i planleggingen (Helsetilsynet, 2016). Dersom man lager en plan for oppfølging, med konkrete mål og tiltak, vil det kanskje bli lettere for personen selv å ta kontakt med enten kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten før symptomene på sykdommen blir for vanskelige å takle alene. Kanskje man også på denne måten unngår at personen eventuelt isolerer seg slik at den eneste løsningen til slutt er en ny (tvangs) innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Basert på egen erfaring og litteratur (Bjerkeset et al., 2006; Helsedirektoratet, 2009, 2012; Prince et al., 2008) har jeg vært ganske sterk i min tro på at manglende oppfølging fra henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. Imidlertid tyder ikke funn i denne studien på det.

Det å få oppfølging fra spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten hadde ikke betydning for reinnleggelse. Min påstand om at kommunene ikke har et godt nok tilbud for disse personene etter utskrivelse, medfører derfor ikke riktighet i denne studien. Funnene i denne studien kan derfor stemme overens med funnene til Rauktis (2001), nemlig at personer som hadde fått behandling i spesialisthelsetjenesten ikke blir dårligere av å bli skrevet ut til kommunehelsetjenesten.

I denne studien er nesten samtlige deltakere (86 av 87) delaktige i planlegging av videre behandling og tiltak, og den ene personen som ikke har medvirket i planlegging av egen behandling utgjorde ingen statistisk signifikans for reinnleggelse. Slik jeg tolker disse funnene betyr det at behandlingen som utføres ved alderspsykiatrisk avdeling er i tråd med det personsentrerte fokuset (Engedal & Bjørkløf, 2014; McCormack & McCance, 2010). Dersom personen hjelpes til å takle stressende situasjoner og til å ta egne avgjørelser ved å benytte egne ressurser, jobber man innenfor den personsentrerte tenkningen, og i følge Antonovsky (Antonovsky & Sjøbu, 2012) vil denne måten å jobbe på også være helsefremmende og innenfor det salutogene tenkesettet.

5.2 Sosiodemografiske variabler

Sosiodemografiske variabler som inngår i denne studien er alder, kjønn, sivilstand, antall år på skole og om personen bor alene før innleggelse.

Dekker og Peen (2004) fant at reinnleggesraten faller med økende alder. I denne studien har ikke alder noen signifikant betydning for reinnleggelse, og man ser heller ingen tendens til at reinnleggesraten faller med økende alder.

I studien finner jeg ut at det er flere kvinner (n=70) enn menn (n=32) som innlegges, men det er ingen signifikante forskjeller på kvinner og menn som reinnlegges slik det var i studien til Dekker og Peen (2004) der kvinner ble reinnlagt oftere enn menn, i den grad man kan sammenligne disse funnene ettersom studien til Dekker og Peen er utført i USA.

Trettitre av deltakerne i denne studien var enten gift eller i et samboende forhold, men det å være skilt/ikke gift eller det å være gift/samboende hadde ingen signifikant betydning for om man ble reinnlagt eller ei. Dette er det motsatte av hva Dekker og Peen (2004) finner i sin studie der det å være gift nettopp er vist å være en beskyttende faktor for reinnleggelse.

De aller fleste deltakerne i denne studien hadde flere års skolegang og mange hadde høyere utdanning. Gjennomsnittlig antall år skolegang for alle deltakerne var 12,8 (sd 3,9), mens det

i gruppen som ble reinnlagt var et noe høyere gjennomsnitt på antall år skolegang enn i hele gruppen for øvrig. Her var gjennomsnittlig antall år på skolen 13,2 år (sd 4,1). I studien til Mercer et al. (1999) har deltakerne som ble reinnlagt gått noen færre år på skole sammenlignet med deltakerne i min studie, gikk disse i gjennomsnitt 10,7 år (sd 1,4) på skole.

Seksti av 97 deltakere bodde alene før innleggelse (baseline), og av disse var det 12 personer som ble reinnlagt. Jeg trodde før jeg gjorde denne studien at det å bo alene kanskje ville være en faktor for om man ble reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling, men det viste seg at det å bo alene ikke hadde noen signifikant betydning for om man blir reinnlagt. I studien til Heeren et al. (2002) pekes det på at det å leve under tilsyn av andre kan være en risikofaktor for å bli reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling. Jeg må bemerke at jeg er litt usikker på hva de mener når de skriver *å leve under tilsyn av andre*, da dette ikke skrives noe om. I denne studien finner man hverken statistisk signifikans for at det å bo alene eller det å bo sammen med andre er avgjørende for om man blir reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling.

5.3 Endring i psykisk lidelse, kognitiv svikt, fysisk funksjon og allmenntilstand

I denne studien har det vært gjennomført tre kartleggingstester; NPI-Q som måler alvorlighetsgraden av symptomene på den psykiske lidelsen på et tidspunkt, MMSE-NR som måler kognitiv funksjon på et gitt tidspunkt og PADL som måler personens egenvurderte eller pårørendes vurdering på personens fysiske funksjon. I tillegg har jeg valgt å se på om personens allmenntilstand, rapportert og vurdert av helsepersonellet, har betydning for reinnleggelse.

Mine tester viser som tidligere beskrevet at det ikke var noen signifikante forskjeller på hverken NPI-Q, MMSE-NR eller PADL på baselinetidspunktet når det gjelder reinnleggelser. Det betyr at man ikke på grunnlag av funksjonsevne under innleggelsen kan forutsi hvem som har lav eller høy risiko for reinnleggelse. Samme tendens gjelder for allmenntilstand. Men det viser seg at endringen i PADL til det verre fra baselinetidspunktet til oppfølgingstidspunktet har en signifikant sammenheng med risiko for reinnleggelse, $p = 0,001$. Men denne forverringen i PADL er kun signifikant forbundet med økt risiko for reinnleggelse så lenge vi ikke justerer for diagnosegruppe. Når vi gjør det forsvinner den signifikante sammenhengen. Diagnosen psykoselidelse og mani er en viktigere risiko for reinnleggelse. Våre funn stemmer derfor ikke helt overens med funnene gjort i studien til Mercer et al. (1999) som sier at klinisk funksjon har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. Altså, i denne studie har forverring i PADL har en viss betydning, men den forsvinner ved justering for diagnosen.

Det har også vært interessant for meg å se om noen av funksjonstestene korrelerer med hverandre og om noen av disse testene korrelerer med alder og allmenntilstand. Funnene fra korrelasjonsanalysen tyder på at PADL korrelerer med MMSE. Denne korrelasjonen er negativ og middels sterk og indikerer at høy sumskår på PADL kan gi en lav sumskår på MMSE-NR. Vi vet at kognitiv svikt fører til tap av ADL, så dette stemmer godt.

PADL korrelerer også svakt med allmenntilstand og er signifikant på 0,05 nivået, $p = 0,04$. Det kan bety at dårlig allmenntilstand har sammenheng med svikt i ADL, noe som er innlysende. Dette er også forenelig med funn fra studien til Bjørkløf et al (2015) som fant at høy sum skåre på PADL var assosiert til dårlig somatisk helse. Igjen en forståelig sammenheng. Er man syk så fungerer man vanligvis dårligere i dagliglivet. Men igjen har ingen av disse faktorene i denne studien betydning for om man blir reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling.

Som beskrevet innledningsvis opplever eldre personer flere tap og kriser enn yngre personer. Tap kan komme i mange former, tap av arbeid, status, anseelse og identitet. Tap av fremtidsplaner, helse, funksjonsevne og evnen til å leve et selvstendig liv (Engedal, 2008).

Mestringsevnen er sentral for å klare å forholde seg til ulike tap og kriser (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Engedal, 2008). Ved økende alder og redusert funksjonsevne grunnet svekket helse er personer mer sårbare for krisereaksjoner. Dette betyr at mestringsmekanismene kan bryte sammen og en krise oppstår (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Engedal, 2008).

Noen eldre har vansker med å komme ut av kriser fordi belastningene blir for store i forhold til egne forutsetninger. Resultatet kan da bli at en eldre person går inn i en depressiv tilstand, en angsttilstand eller i en psykotisk tilstand. Eller man kan få en oppblomstring av depressive symptomer eller psykose symptomer (Engedal, 2008). Det er derfor, etter min mening, spesielt viktig at helsepersonell finner gode metoder, verktøy og behandlingsformer for å hjelpe og støtte (Antonovsky & Sjøbu, 2012) personer som opplever en endring i negativ forstand i sin sykdom eller fysiske funksjon.

I denne studien har man ikke funnet ut at andre faktorer enn det å ha diagnosen psykoselidelse eller bipolar lidelse i seg selv disponerer for reinnleggelse, men jeg mener og tror fortsatt at det er viktig at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider godt for å forebygge nye sykdomsgjennombrudd, eller forebygge fall i den fysiske funksjonen slik at man har større mulighet til å unngå at personer både blir innlagt og reinnlagt i fremtiden.

5.4 Bekrefte eller avkrefte studiens hypoteser

Første hypotese i denne studien var som følger:

H1: Diagnose, manglende oppfølging og manglende brukermedvirkning har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

Som beskrevet tidligere har diagnosene psykoselidelse og bipolar lidelse betydning for reinnleggelse og hypotesen beholdes. Manglende oppfølging og manglende brukermedvirkning har ingen statistisk betydning for reinnleggelse og hypotesen om disse to faktorenes betydning, forkastes.

Hypotese to lyder som følger:

H2: Sosiodemografiske variabler som for eksempel alder og kjønn har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

Ingen av de sosiodemografiske variablene som inngikk i denne studien hadde statistisk betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling, derfor forkastes hele hypotese 2.

Hypotese tre lyder som følger:

H3: Økt psykisk symptombelastning, kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon har betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling.

Ingen av disse faktorene hadde betydning for reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling, med unntak av endringen i PADL, men denne er ikke lenger signifikant når man korreterer for diagnose og derfor forkastes hele hypotese 3.

5.5 Svakheter og styrker ved studien

I studien var hensikten å beskrive hva som kjennetegner personer som ble reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling. En kohortundersøkelse ble valgt da denne typen design brukes når man skal følge opp en gruppe mennesker fremover i tid (Bjørndal & Hofoss, 2004).

I dette kapittelet starter jeg med å beskrive studiens svakheter for så å beskrive studiens styrker (validitet, troverdighet og pålitelighet).

En svakhet i denne studien er NPI-Q. NPI-Q er et godt validert skjema og er mye brukt både i klinisk praksis og i flere studier (Kirkevold & Selbæk, 2015; Rogne & Ulstein, 2012; Selbæk & Engedal, 2012), men på grunn av manglende data i flere av skjemaene har det vært

utfordrende å finne ut hvordan dette skjema skulle brukes inn i denne studien. Jeg har allikevel valgt å benytte meg av de dataene som er samlet inn, vel vitende om at dette kanskje ikke vil gi et helt riktig bilde av hvordan den psykiske helsetilstanden til deltakerne er. Jeg har også valgt kun å summere alvorlighetsgraden av psykisk sykkelighet, slik at jeg har stått igjen med en total sum på intensiteten av «symptombelastningen». I NPI-Q har man ingen kategori som heter hyppighet, slik man har i NPI. Det har vært såpass utfordrende å analysere og tolke disse dataene at jeg på flere tidspunkt har tenkt at denne testen ikke er verdt strevet og at den derfor burde fjernes fra min masteroppgave. Men som tidligere beskrevet har jeg allikevel valgt å ta den med, selv om jeg fortsatt er usikker på hvilken verdi den har for resultatene i denne studien.

I utgangspunktet er det pårørende som skal fylle ut NPI-Q. Flere av deltakerne ønsket ikke å inkludere pårørende i denne kartleggingen av ulike årsaker, blant annet som at deltakerne ikke ville «plage» pårørende med dette. Der hvor pårørende ikke har vært inne i bildet har helsepersonell svart på kartleggingsskjemaet, noe som også kanskje kan gi et litt annet bilde enn hvis det var pårørende selv som hadde svart på skjemaet.

En annen svakhet i studien er manglende data på enkelte variabler. Dette kan det være flere årsaker til, men en av årsakene kan være at enkelte deltakere har valgt å avstå fra å svare på flere spørsmål. Enkelte har også nektet å svare på MMSE-NR, PADL og NPI-Q fordi de rett og slett ikke vil svare på disse. Men jeg vet av erfaring at flere personer avstår fra å svare på MMSE-NR dersom de har en mistanke til at de har blitt litt mer glemsk den senere tid.

En tredje svakhet i studien kan være at jeg har benyttet meg av to testsykepleiere. Disse to har kartlagt deltakere tilhørende hvert sitt sykehus. Ved nøye gjennomgang viser det seg at det er flere ufullstendige utfylte skjemaer fra det ene sykehuset. Hvorfor det er slik er det vanskelig å gi noe korrekt svar på, men her kan det også være flere årsaker. Blant annet har det blitt sagt at en av årsakene har vært at den ene testsykepleieren ikke har hatt tilgang til journalsystemet DIPS og derfor ikke har fått mulighet til å fylle inn for eksempel enkelte sosiodemografiske variabler der hvor deltakerne ikke har ønsket å svare.

Til tross for at det har manglet en del data på det ene senteret har jeg valgt å ikke ekskludere disse fra studien, selv om det har gitt noen ekstra utfordringer i analysearbeidet og kan ha påvirket resultatene i denne studien. I selve analysearbeidet har jeg valgt å ekskludere personen det mangler data på i den testen jeg skulle kjøre, i stedet for å ekskludere personen fra hele studien eller datasettet (Pallant, 2013). Dette har ført til at jeg har kunnet beholde data

på alle deltakerne, men at jeg i enkelte analysere har endt opp med et færre antall deltakere (N).

Om studiens troverdighet eller styrke brukes begrepet validitet. Validitet betyr gyldighet (Johannessen et al., 2011). I boka til Johannessen et al. (2011) skilles det mellom tre former for validitet;

1. **Begrepsvaliditet:** Dette handler om relasjonen mellom det som skal undersøkes. I denne studien dreier det seg om relasjonen mellom reinnleggelse i alderspsykiatrisk avdeling (avhengig variabel) og de uavhengige variablene som for eksempel kjønn, sivilstand, diagnose, endring i PADL osv. (Johannessen et al., 2011).
2. **Intern validitet:** Dette handler om, i den grad det er mulig, å påvise årsakssammenhenger. Ofte er hensikten med kvantitative analyser å avdekke mulige årsakssammenhenger (kausalsammenhenger) mellom fenomener eller hendelser. Man snakker om en årsakssammenheng når det kan påvises at en hendelse fører til at en annen hendelse inntreffer. I denne studien som er en kohortundersøkelse kan jeg bare beskrive assosiasjoner mellom ulike variabler eller fenomener. Altså at det ene fenomenet øker sannsynligheten for at det andre skal inntreffe. Jeg kan ikke si med sikkerhet at det ene fenomenet fører til det andre, men jeg kan si at det er en assosiasjon eller en sammenheng, slik det var mellom endring i PADL og reinnleggelse og mellom Diagnose og reinnleggelse. Vanligvis stilles det krav til at sammenhengen må være robust (Goldthorpe, 2000). En årsakssammenheng er robust dersom man kan utelukke alternative forklaringer på sammenhengen mellom to fenomener. For at dette skal være tilfellet må, i følge Johannesen et al.(2011), følgende betingelser være oppfylt:
 - Det må kunne påvises en sammenheng mellom fenomenene
 - Årsaken må komme før eller sammen med effekten i tid
 - Man må ha tatt hensyn til og kontrollert for andre teoretiske relevante variabler.

I min studie har jeg kunnet påvise at det er en sammenheng mellom PADL og reinnleggelse, men man så også at denne sammenhengen ble «spist opp» når man korrigerer for diagnose.

Slik jeg tolker mine resultater er det slik at diagnosen kommer før reinnleggelse i tid. Jeg har tatt hensyn til og kontrollert for enkelte teoretiske variabler, men om jeg har

kontrollert for riktige og alle relevante variabler er jeg usikker på, derfor kan jeg ikke med sikkerhet si at denne sammenhengen er robust.

3. **Ytre validitet:** Validitet dreier seg som sagt om hvor troverdige eller hvor relevante dataene er, og dette er også et relevant spørsmål ved generalisering (Johannessen et al., 2011), hvor det da dreier seg om statistisk validitet og ytre validitet. Statistisk validitet er et spørsmål ved generalisering fra utvalg til populasjon. I følge Johannessen (2011) kan et stort bortfall ved bruttoutvalget være en trussel mot den statistiske validiteten. I enkelte av mine tester, som ved NPI-Q er bortfallet såpass stort at analyseresultater fra denne testen mest sannsynlig ikke har noen statistisk validitet. Det er også bortfall på enkelte andre variabler, men her er jeg usikker på om det er stort nok til å si at det er en trussel mot den statistiske validiteten. Johannessen (2011) sier at dersom forutsetningen om statistisk validitet er oppfylt, er det videre spørsmål om i hvilken grad resultatene fra undersøkelsen kan overføres i rom og tid (ytte validitet).

I den grad jeg kan trekke noen slutninger om hvorvidt resultatene fra denne studien kan generaliseres eller ei, forstår jeg det slik at disse resultater kun har overføringsverdi for de to sykehus avdelingene. Jeg kan ikke si at trenden som vises i min studie også er forenelig med trender i andre norske alderspsykiatriske avdelinger, eller er forenelig med trender utenfor Norges grenser.

Om studiens pålitelighet brukes begrepet reliabilitet, som betyr hvor pålitelige dataen er (Johannessen et al., 2011), altså om vi kan stole på dataene? Reliabiliteten knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten de er samlet inn på og hvordan de bearbeides. En måte å teste dataenes reliabilitet på er å gjenta den samme undersøkelsen på samme gruppe mennesker på to forskjellige tidspunkt (Johannessen et al., 2011), noe som er gjort i denne studien.

I denne studien er det benyttet to testsykepleiere, tilhørende hvert sitt sykehus. I bearbeidelsen og analysen av dataene ble det observert at det var nokså stor forskjell på om skjemaene var fullstendig utfylt fra det ene sykehuset til det andre. Denne observasjonen kan bidra til at reliabiliteten til denne studien ikke styrkes og at det kanskje er behov for å gjennomføre en ny studie av dette slag, men da med flere deltakere og med et mer fullstendig utfylt datamateriale. En annen fremgangsmåte for å styrke studiens pålitelighet er at flere forskere

undersøker samme fenomen. Hvis flere forskere kommer frem til samme resultat tyder det på høy reliabilitet (Johannessen et al., 2011). Dette er ikke tilfellet i denne studien.

5.6 Konklusjon

Denne studien har vist at 22,9 % av personer innlagt i to alderspsykiatriske avdelinger ble reinnlagt om lag to år etter indeksinnleggelsen. Det er størst sannsynlighet for at personer med diagnosene psykoselidelse og bipolar lidelse blir reinnlagt i alderspsykiatrisk avdeling på henholdsvis Diakonhjemmet sykehus og Vestre Viken, Lier. Samtidig viser den at det er flest personer med depresjon som innlegges. På bakgrunn av de funnene som er gjort, mener jeg at helsepersonell bør bli flinkere til å identifisere risikofaktorer som gjør at eldre personer utvikler nye sykdomsepisoder, for dermed å kunne sette inn forebyggende tiltak.

Helsetjenestene bør også tilstrebes organisert til det beste for den enkelte person ved at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider tettere. I tillegg må personen som er syk inkluderes i planleggingen av egen behandling og i planleggingen av videre oppfølging. Det er viktig at personer med psykiske lidelser føler trygghet og tillit i møte med helsetjenestene. Hjelpen som gis må være til det beste for personen. Personer som har en psykoselidelse eller en bipolarlidelse er etter min erfaring spesielt sårbare og kan ofte bli mer utrygge og ekstra sårbare i overføring mellom tjenestenivåene. Helsepersonell bør kartlegge personers hjemmesituasjon, fysiske, mentale og kognitive funksjon og være spesielt oppmerksom på endringer som kan føre til tapsopplevelser. På denne måten kan man legge til rette for at personer som har en sårbarhet for å utvikle nye sykdomsepisoder unngår unødige innleggelser eller reinnleggelser i fremtiden.

5.7 Implikasjoner for praksis

Som jeg har belyst tidligere i denne studien er det mange forskere som peker på at eldre personer med psykiske lidelser er en gruppe det settes for lite fokus på, en underprioritert gruppe. Mange forskere og klinikere hevder at disse personers lidelser er underbehandlet og at oppfølgingen er mangelfull. Funnene i min studie indikerer at det er større sannsynlighet for at personer med psykoselidelse og bipolare lidelser reinnlegges, derfor er det kanskje også slik at det er personer med disse diagnosene som underprioriteres og underbehandles i størst grad? Jeg mener at det må settes inn flere tiltak for å unngå at dette blir en trend for fremtiden. Det er mye som kan gjøres for å unngå at disse personene reinnlegges. Som jeg har vært inne på tidligere tror jeg at det må satses på mer og bedre samhandling, og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Jeg tror det ville være veldig nyttig å inngå samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/bydelene. I disse avtalene bør det tydelig fremkomme hvordan og når personer utskrives, retningslinjer for reinnleggelser og konkrete mål og tiltak for pasientoppfølgingen (Helsedirektoratet, 2014; Samhandlingsreformen, 2009).

Spesialisthelsetjenesten sitter på erfaring om hvordan personen har hatt det i en dårlig og kanskje akutt periode, mens ansatte i kommunehelsetjenesten har erfaring på hvordan ting «normalt» fungerer, og har ansvaret for å følge opp personene straks de er utskrevet.

Det optimale psykiske helsearbeidet til eldre personer med psykiske lidelser må etter mitt skjønn derfor være at Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten evner å samarbeide uavhengig av hvilket tjenestenivå personen befinner seg på, og at man sammen tilnærmer seg personen med et salutogent perspektiv som bakteppe (Antonovsky & Sjøbu, 2012; HOD, 2008; Samhandlingsreformen, 2009).

Dersom ansatte i spesialisthelsetjenesten sørger for å gi god og relevant informasjon til kommunehelsetjenesten, og kommunehelsetjenesten setter seg inn i den informasjonen de får, samtidig som de gjør seg kjent med symptomer som kan oppstå ved forverring i den psykiske tilstanden, kunne man kanskje på en bedre måte bidratt til at personen får riktig hjelp og støtte i hjemmet, slik det er anbefalt i Samhandlingsreformen (2009). Forebygging handler om å unngå at symptomer eller kriser blir for store eller for vanskelig å håndtere slik at personer enten må innlegges eller reinnlegges i spesialisthelsetjenesten. Dette støttes også i annen relevant litteratur (Engedal & Bjørkløf, 2014; HOD, 2008; Karlsson & Borg, 2013).

Personer med psykoselidelse og bipolare lidelser kan av og til være vanskelig å komme i kontakt med, da de kan oppleve virkeligheten litt annerledes enn andre (Cullberg, 1995; WHO, 1992). Det vil også kreve anstrengelse og tid fra hjelperen for å oppnå tillit og for å komme i posisjon til å hjelpe og støtte disse personene. Denne tiden bør både hjelpere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten prioritere å bruke.

For å redusere sannsynligheten for at personer reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling bør det satses på tiltak som:

- Å utvikle gode rutiner for å planlegge utskrivelsen og oppfølgingen av eldre personer med en psykisk lidelse, og da spesielt de med en psykose- og bipolar lidelse.
- Å jobbe for å utvikle og etablere et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

- Å sørge for at personen selv er involvert i alle behandlingsplaner og er deltakende i prosessen rundt utskrivelse og oppfølging etter endt innleggelse.
- Å legge til rette for at hjemmeboende personer med psykiske lidelser får et dagtilbud. Dette kan bidra til at personer som er ensomme i mindre grad blir isolert, noe som igjen kan forverre den psykiske lidelsen. Det vil også på denne måten være lettere å identifisere eventuelle endringer i personens psykiske tilstand.

5.8 Videre forskning

Denne studien har satt fokus på hva som kjennetegner personer som reinnlegges i alderspsykiatrisk avdeling på henholdsvis Diakonhjemmet sykehus og Vestre Viken HF, Lier. Funnene mine er interessante og samtidig var det litt overraskende at det kun var diagnosene psykoselidelse og bipolar lidelse som hadde betydning for reinnleggelse. Med bakgrunn i at det i denne studien var relativt få deltakere, og at det samtidig var en del manglende data, vil jeg anbefale at det forskes videre på akkurat dette temaet. Det er, som tidligere nevnt, allerede lite forskning på reinnleggelser i alderspsykiatrien spesielt, og på eldre personer med psykiske lidelser generelt, i Norge. Jeg mener at vi trenger mer kunnskap om eldre personer med psykiske lidelser i Norge. Vi trenger mer kunnskap om hvordan vi skal følge opp personer med psykiske lidelser, og da spesielt personer med psykoselidelser og bipolare lidelser, og vi trenger mer kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan samhandle og samarbeide til det beste for eldre med psykiske lidelser. Dette finner jeg også støtte for i litteraturen (Helsedirektoratet, 2007, 2009, 2012, 2013, 2014; Helsetilsynet, 2016).

6.0 ADMINISTRASJON OG ØKONOMI

Denne studien har blitt gjennomført som en del av en masteroppgave ved høyskolen i Vestfold og Buskerud, avdeling for helsefag, master i klinisk psykisk helsearbeid. Videre er denne studien gjennomført som et samarbeid mellom Aldring og helse, Diakonhjemmet sykehus, alderspsykiatrisk avdeling og Vestre Viken HF, Lier psykiatriske sykehus, alderspsykiatrisk seksjon. Studien har vært driftet av Aldring og helse ved forskningsleder professor dr.med. Geir Selbæk, men ettersom avdelingsoverlege, Bernhard Lorentzen ved Diakonhjemmet sykehus er ansvarlig for studien vil han stå som ansvarlig. Veileder for studien har vært Siren Eriksen fra høyskolen i Sørøst-Norge, og professor emeritus dr.med. Knut Engedal.

Midler til å samle inn data har vært støttet av Aldring og helse. Det ble satt av midler tilsvarende en 100 % stilling i ett år til dette formålet og jeg har fått permisjon med lønn til samlinger på Høyskolen og jeg har fått innvilget skrivefri til masteroppgaven.

7.0 LITTERATURLISTE

- Aakhus, E. (2014). Alderspsykiatriens fremtid: Fra 3D til 4K. *Demens & Alderspsykiatri*, 18(4), 15-17.
- Aakhus, E., Bergem, A. L. M., Holm, M., Bragason, A., & Eskeland, K. O. (2001). *Plandokument for norsk alderspsykiatri*. Gjøvik: Norsk psykiatrisk forening.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bendixen, A. B., & Engedal, K. (2015). Anxiety among older psychiatric patients: a hidden comorbidity? *Aging & Mental Health*, 1-8. doi:10.1080/13607863.2015.1063106
- Bjerkeset, O., Dahl, A. A., Stordal, E., Dahl, N. H., Krüger, M. B., & Lanaker, O. (2006). Feasibility of mental health screening and intervention in the HUNT population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 8. doi:10.1007/s00127-005-0018-y
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, H., & Bostad, I. (2003). *TENKEPAUSER Filosofi og Vitenskapsteori*. Oslo: Akribes Forlag.
- Bruce, M. L., Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2005). Evidence-based mental health services for home and community. *Psychiatr Clin North Am*, 28(4), 1039-1060, x-xi. doi:10.1016/j.psc.2005.08.002
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord*, 109(3), 233-250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Bystad, M. K., Skjerve, A., & Strobel, C. (2013). Demensutredning ved hjelp av MMSE-NR, klokketesten og pårørendeskalaer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vitenskapelig artikkel*, 5 s.

- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index : a reliability study. s.61-63.
- Cullberg, J. (1995). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* (Vol. 5). Otta: TANO AS.
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), S10-16.
- Dekker, J., & Peen, J. (2004). Elderly and inpatient mental health care. *Journal of Mental Health and Aging*, 10(2), 107-115.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disorders*, 6(5), 343-367. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00139.x
- Dols, A., Kupka, R. W., van Lammeren, A., Beekman, A. T., Sajatovic, M., & Stek, M. L. (2014). The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disorders*, 16(2), 113-118. doi:10.1111/bdi.12104
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis* (Vol. 2). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre : psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Engedal, K., Haugen, P., Gilje, K., & Laake, P. (1988). Efficacy of short mental tests in the detection of mental impairment in old age. *Compr Gerontol A*, 2(2), 87-93.
- Engedal, K., Haugen, P. K., Nygård, A. M., Kirkevold, Ø., Ulstein, I., Brækhus, A., & Eek, A. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer : Lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., Langballe, E. M., Strand, B. H., & Veenstra, M. (2012). Aldring og eldres helse - Bidrag fra norske forskningsmiljø til dette temanummer. *Norsk Epidemiologi : tidsskrift for norsk forening for epidemiologi*, 22(2): 72-74.

- Engedal, K., Nordberg, E., Moksnes, K. M., Bergem, A. L. M., & Henriksen, H. K. (1997). Alderspsykiatri - et fagfelt som finner sin plass. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, artikkel*, 3 s.
- Eriksson, B. G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre In J. K. Hummelvoll (Ed.), *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.
- Espnes, G. A., & Lindström, B. (2014). Salutogenese - et viktig sted for å forstå helse. In H. Gørill & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 301). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & P.R, M. (1998). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. M. Folstein, S. Folstein and P. McHugh, *Journal of Psychiatric Research* (1975) 12, 189-198. Introduction. Side 285- 285.
- Goldthorpe, J. H. (2000). *On sociology: Numbers, narratives, and the integration of research and theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of Mood, Anxiety, and Substance-Abuse Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a>
- Haugen, P. K. (2003). Gammel stubbe har sterke røtter. Alderdom og intellektuell evne *Aldring og Hjernesykdommer* (pp. 380). Oslo: Akribes.
- Haugen, P. K., & Nygård, A.-M. (2003). *Tenåringen blir 74 år : Intellektuell utvikling gjennom livsløpet*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Heeren, O., Dixon, L., Gavirneni, S., & Regenold, W. T. (2002). The Association Between Decreasing Length of Stay and Readmission Rate on a Psychogeriatric Unit. *Psychiatric Services*, 53(1), 76-79. doi:doi:10.1176/appi.ps.53.1.76

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, LOV-2011-06-24-30. Ikrafttredelse: 01.01.2012, 01.07.2012, 01.04.2014, 01.01.2016 C.F.R. (2011).

Helsedirektoratet. (2007). *Respekt og kvalitet: rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lindingar*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Statusrapport for samhandlingsreformen*. Retrieved from Fylkesmannen i Sør-Trøndelag:

Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. (ISBN: 978-82-90919-89-9. 1/2016). https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrappor1_2016.pdf

Helvik, A.-S., Høgset, L. D., Bergh, S., Saltyte-Benth, J., Kirkevold, Ø., & Selbæk, G. (2015). A 36-month follow-up of decline in activities of daily living in individuals receiving domiciliary care. *BMC Geriatrics*, doi:10.1186/s12877-12015-10047-12877.

Henderson, A. S., & Kay, D. W. (1997). The epidemiology of functional psychoses of late onset. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 247(4), 176-189.

- HOD. (2008). *Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med*, 24(1), 145-153.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. HUMANE OG SOSIALE PERSPEKTIVER OG PRAKSISER* (Vol. 1). Oslo: Gyldedal Norsk forlag AS.
- Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12(2), 233-239.
- Kessing, L. V. (2006). Gender differences in subtypes of late-onset depression and mania. *Int Psychogeriatr*, 18(4), 727-738. doi:10.1017/s104161020600319x
- Kirkevold, Ø., & Selbæk, G. (2015). The Agreement between the MMSE and IQCODE Tests in a Community-Based Sample of Subjects Aged 70 Years or Older Receiving In-Home Nursing: An Explorative Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder Extra*, 5, 32-41.
- Kohn, R., Goldsmith, E., & Sedgwick, T. W. (2002). Treatment of homebound mentally ill elderly patients: the multidisciplinary psychiatric mobile team. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(4), 469-475.
- Kristiansen, K. M., & Engedal, K. (2013). Nytt kvalitetsregister i alderspsykiatrien. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 133(7), 737-738. doi:10.4045/tidsskr.13.0048

- Krüger, R. M. E. (2007). Hva sier Helse- og omsorgsdepartementet? *Demens & Alderspsykiatri, intervju*, 1 s.
- Kvaal, K., & Laake, K. (2003). Anxiety and well-being in older people after discharge from hospital. *Assessment of anxiety in geriatric patients, artikkel i doktoravhandling*, 6 s.
- Kvaal, K., Laake, K., Engedal, K., & Macijauskiene, J. (2001). High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 690-693.
- Langballe, E. M., & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Li, H., Proctor, E., & Morrow-Howell, N. (2005). Outpatient mental health service use by older adults after acute psychiatric hospitalization. *J Behav Health Serv Res*, 32(1), 74-84.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing : theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Mercer, G. T., Molinari, V., Kunik, M. E., Orengo, C. A., Snow, L., & Rezabek, P. (1999). Rehospitalization of Older Psychiatric Inpatients: An Investigation of Predictors. *Gerontologist*, 39(5), 591-598. doi:10.1093/geront/39.5.591
- Moksnes, U. K. (2014). Opplevelse av sammenheng. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (pp. 301). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Ostling, S., Borjesson-Hanson, A., & Skoog, I. (2007). Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(12), 999-1004. doi:10.1097/JGP.0b013e31814622b9

- Ostling, S., & Skoog, I. (2002). Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry*, 59(1), 53-59.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. Ikraftttredelse: 01.01.2001, 01.07.2001. Sist endret: LOV-2015-05-22-32 fra 01.11.2015 C.F.R. (1999).
- Personvernloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger : LOV 2000-04-14 nr 31. Sist Endret: LOV 2013-01-11-3*. Oslo: Justidepartementet.
- Prince , J. D. P. D., Akincigil, A. P. D., Kalay, E., B.A., Walkup, J. T. P. D., Hoover, D. R. P. D., Lucas, J. E. D., R.N., . . . Crystal, S. P. D. (2008). Psychiatric Rehospitalization Among Elderly Persons in the United States. *Psychiatric Services*, 59(9), 1038-1045. doi:doi:10.1176/ps.2008.59.9.1038
- Ranhoff, A. H., Laake, P., Laake, K., Sveen, U., Wyller, T. B., & Bautz-Holter, E. (1995). The Barthel ADL Index: Factor structure depends upon the category of patient. *Age Ageing*, 24, 5 s.
- Rauktis, M. E. (2001). The impact of deinstitutionalization on the seriously and persistently mentally ill elderly: A one-year follow-up. *Journal of Mental Health and Aging*, 7(3), 335-348.
- Reuther, S., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., & Halek, M. (2016). Construct validity and internal consistency of the neuropsychiatric inventory – nursing home (NPI-NH) in German nursing homes. *International Psychogeriatrics, FirstView*, 1-11. doi:doi:10.1017/S1041610215002343
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A., & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the 'old' European Union-- a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 113(5), 388-401. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00632.x

- Rogne, H. B. G., & Ulstein, I. (2012). Validering av den norske kortversjonen av nevropsykiatrisk intervjuguide - NPI-Q en pilotstudie. *Vård i nord*, 32(1), 37-40.
- Rosenvinge, B. H., & Rosenvinge, J. H. (2003). [Occurrence of depression in the elderly--a systematic review of 55 prevalence studies from 1990-2001]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(7), 928-929.
- Samhandlingsreformen. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Selbæk, G. (2007). DPS-ene og de eldre pasientene: grunn til bekymring (eller undring?). *Demens&Alderspsykiatri, artikkel*, 2 s.
- Selbæk, G., & Engedal, K. (2012). Stability of the factor structure of the Neuropsychiatric Inventory in a 31-month follow-up study of a large sample of nursing-home patients with dementia. 11 s.
- Sellæg, W. F. (2003). Hestetjenester til gamle - en oppgave for spesielt interesserte? In K. Engedal & T. B. Wyller (Eds.), *Aldring og Hjernesykdommer* (pp. 380). Oslo: Akribes Forlag.
- Sletvold, O. (2003). Hjernens aldring In K. Engedal & T. B. Wyller (Eds.), *Aldring og hjernesykdommer* (pp. 380 s.). Oslo: Akribes.
- Tønseth, S. (2013). Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid. *Forskning.no*. Hentet fra <http://forskning.no/forebyggende-helse-helsepolitikk/2013/01/samhandlingsreformen-svekker-psykisk-helsearbeid>
- van Deurzen-Smith, E. (1995). *Eksistensiell samtale og terapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yu, C., Sylvestre, J.-D., Segal, M., Looper, K. J., & Rej, S. (2015). Predictors of psychiatric re-hospitalization in older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry*, 30(11), 1114-1119. doi:10.1002/gps.4361

VEDLEGG

VEDLEGG 1 ORGANISERING AV LITTERATUR BRUKT

Oversikt over litteratur til master oppgaven - Artikler funnet etter søk

Depresjon	psykose	Bipolar lidelser	Angst	delirium	psykisk lidelser	NPI	MMS	ADL	Oppfølging
R8	R9	R7	R20	P13	R10	R28	R25	R25	P19
R12	R15	R8	R30	P15	P4		P4	R26	P24
R13	R21	R14	R31	P23	P6		P11		P25
R2	R22	R1	PO2		P8				P26
R4	R26	R7			P10				P34
R5	P2	R15			P17				P36
R8	P3	P1			P18				P37
R19	P26	AP10			P24				P38
R24	P27	AP17			P25				P39
R25	AP1				P26				AP3
R29	AP2				P28				AP5
R32	AP14				P31				AP11
R35	PO16				P34				AP13
P7					P35				AP15
P9					P36				PO47
P10					P37				PO65
P12					P38				PO87
P14					P39				PO118
P16					AP3				PO123
P19					AP5				
P22					AP6				
P32					AP7				
P43					AP11				
P44					AP13				
P45					AP15				
AP4					PO47				
Ap6					PO65				
AP8					PO83				
Ap9					PO87				
PO23					PO118				
PO40					PO123				
PO65									

VEDLEGG 2 DATABASE SØK

DATABASE	SØKEORD/STRENG	ANTALL TREFF
<i>PsycINFO</i>	1 psychiatric hospitalization.mp. or exp Psychiatric Hospitalization/ (10074) 2 exp Geriatric Patients/ or geriatric inpatients.mp. (11135) AND follow up	45
<i>AgeLine</i>	Psychiatric hospitalization, Limiters - Publication Year: 1986-2013	36
<i>Ageline</i>	Psychiatric hospitalization	45
<i>AgeLine</i>	geriatric psychiatry AND (• Geriatric inpatients OR geriatric patients),AND follow up. 2000-2014	53
<i>Ageline</i>	Rehospitalization 2005-2015, Rehospitalization AND depression or anxiety or psychosis	2
<i>Medline</i>	geriatric psychiatry AND (• Geriatric inpatients OR geriatric patients), 2005- 2015	27
<i>PubMed</i>	Geriatric inpatients OR geriatric patients)) AND geriatric psychiatry) AND English[lang]) NOT (dementia AND (AND English[lang])) NOT alzheimer*, 2005-2015	822
<i>Cochrane</i>	Geriatric inpatients OR geriatric patients AND geriatric psychiatry. 2005- 2015	76 (49 Cochranereviews 27 Other... reviews)
<i>OVID</i>	Reshospitalization, geriatric patient, geriatric outpatient, psychiatry, geriatric psychiatry	8



Oslo universitetssykehus HF
v/ Helge Grimnes
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

Deres referanse

Vår referanse (bes oppgitt ved svar)
11/00446-2/BSO

Dato

3. november 2011

Konsesjon til å behandle helseopplysninger - Kvalitets- og forskningsregister i Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk

Datatilsynet viser til Deres søknad av 18. april 2011 om konsesjon til å behandle helseopplysninger. Datatilsynet beklager den uforholdsmessige lange saksbehandlingstiden.

Det søkes om etablering av et tematisk kvalitets- og forskningsregister. Registeret er ikke knyttet til et enkeltprosjekt, men vil danne grunnlag for flere fremtidige delstudier som enkeltvis vil bli søkt til REK og/eller meldt personvernombudet.

For inklusjon av pasienter med redusert eller manglende samtykkekompetanse fra andre foretak, samt for kobling mot forskriftsregulerte registre, vil det bli søkt Helse- og omsorgsdepartementet om dispensasjon.

For å få bedre kunnskap om gamle personer med alvorlige psykiske lidelser og hvordan man kan bedre utredning, behandling, og omsorgstilbud til denne gruppen, vil man samle inn standardiserte data om pasientene som innlegges i en alderspsykiatrisk avdeling. Man vil dermed få bedre kunnskap om hvem han og hun er og dermed vil man kunne tilrettelegge for bedre og "smartere" utrednings- og behandlingsprosedyrer.

Hovedformålet med å opprette registeret er å kvalitetssikre og videreutvikle utredningsverktøy, slik at verktøyene som brukes til enhver tid er up-to-date, at de sikrer den diagnostiske presisjonen og at kostnadene står i forhold til brukbarheten.

Data som skal samles inn fremgår av søknaden. Pasientene vil også bli spurt om man i fremtiden kan koble data fra undersøkelsen til offentlige registre som Folkeregisteret, Reseptregisteret og Dødsårsaksregisteret. Det er altså si kobling av opplysninger fra dette omsøkte registeret med andre offentlige registre i forbindelse med gjennomføring av enkeltprosjekter, som for eksempel et helseforskningsprosjekt etter helseforskningsloven. Man vil også be om tillatelse til å ta kontakt igjen om det skal igangsettes et forskningsprosjekt hvor det skal samles inn flere data enn det som står i samtykkeskjemaet.

Det søkes om registrering av data fra alle innleggelser fra 1. april 2011 tom 31. desember 2030. Det søkes om konsesjon for registeret frem til utløpet av 2040. Da skal kodelisten

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no



Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring
Kompetansesenter for personvern og
informasjonssikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDNING OM FORSKNING UNDER BREDT SAMTYKKE MED KONSESJON

Til: Knut Engedal

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Stein Vetland

Dato: 24. juni 2014

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilrådning til innsamling,
utlevering og behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2014/9203

Personvernnummer:

Personvernombudets tilrådning til innsamling, utlevering og behandling av personopplysninger for forskning under bredt samtykke med konsesjon

Konsesjon: ”Kvalitets- og forskningsregister i Viken
alderspsykiatrisk forskningsnettverk - KVALAP”

Prosjektets navn: ”Prognose etter alderspsykiatrisk behandling”

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger /
helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilrådning av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens §
36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra

meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Diakonhjemmets sykehus ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Data lagres som oppgitt i innsendte melding. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
4. Innsendte samtykke benyttes. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
5. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2040 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
9. Tilrådommen impliserer utlevering fra andre helseforetak. Personvernombudet tilrår samtidig denne utleveringen for de helseforetakene som har avtale med personvernombudet under følgende forutsetninger:
 - a. Utlevering skjer enten personlig, postalt eller på annen måte som er godkjent av personvernombudet.
 - b. Uthenting av opplysninger fra journal gjøres av behandlende personell ved det utleverende helseforetaket, etter godkjenning fra deres avdelingsleder.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådninger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Stein Vetland, personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no

Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Diakonhjemmet Sykehus AS

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING AV TEMATISK KVALITETS- OG FORSKNINGSREGISTER

Til: Bernhard Lorentsen, avdelingsleder/leder av
registeret

Kopi: Kari Midtbø Kristiansen, adm.leder i VAF
Kåre Birger Hagen, direktørens forskningsrådgiver
Tore Kvien, leder i forskningsutvalget

Fra: Personvernombudet for forskning ved
Diakonhjemmet sykehus AS

Saksbehandler: Helge Grimnes

Dato: 18.04.2011

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding

Saksnummer/
Personvernnummer: 2011/786

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger i "Kvalitets- og forskningsregister i Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger i tematisk kvalitets- og forskningsregister. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Diakonhjemmet sykehus AS (DS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Registeret som meldingen omhandler, er ikke tilknyttet ett konkret prosjekt, men vil danne grunnlag for flere fremtidige delstudier som enkeltvis vil bli omsøkt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og/eller personvernombudet for studier som faller utenfor REKs vedtakskompetanse. Registeret er følgelig omfattet av personvernombudets og Datatilsynets vedtakskompetanse.

Personvernombudet har vurdert registeret til å være omfattet av ombudets vedtakskompetanse (jfr. Personopplysningsforskriften § 7-27) frem til det blir aktuelt å søke om kobling til forskriftsregulerte registre for registeret som helhet, og/eller til databehandlingen kan anses å ha et stort omfang (19000 inkluderte) og lang varighet. Konsesjon fra Datatilsynet er derfor vurdert som nødvendig for at registerets totale planlagte omfang og varighet kan realiseres, samt for kobling mot forskriftsregulerte registre. Foruten kobling med Folkeregisteret er det aktuelt med



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	May Britt Rossvoll	77620757	26.05.2014	2014/679/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			08.04.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Knut Engedal
Medisinsk divisjon

2014/679 Prognose etter alderspsykiatrisk behandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 08.05.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Diakonhjemmets sykehus
Prosjektleder: Knut Engedal

Prosjektleders prosjekttale:

Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste tar imot pasienter i sengeavdling til behandling av alvorlige depresjoner, psykoser, alvorlig angstlidelse og demens med atferdsproblematikk. Vi vet ikke over hvordan det går med dem noen år senere. Dette prosjektet har som hensikt å undersøke funksjon, sykkelighet, legemiddelbehandling og evt.reinnleggelser hos eldre pasienter 2 til 3 år etter (indeks) innleggelse i en alderspsykiatrisk avdeling. Vi vil inkludere pasienter innlagt i alderspsykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet og Vestre Viken (Lier) sykehus i tidsrommet 2011-2013, som har gitt samtykke til at data ved innleggelsen kunne inngå i et kvalitetsregister (KVALAP) og kan brukes til forskning. Det dreier seg om 251 pasienter. De vil bli tilskrevet og spurt om å delta i en ny undersøkelse, som vil skje på de to sykehusene eller i hjemmebesøk. I undersøkelsen vil man bruke samme type tester og skalaer som ved baseline (=indeksinnleggelsen). Ingen biologiske undersøkelser vil bli utført

Vurdering

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I prosjektsøknaden under punkt 4 står det at "Undersøkelsen kan avdekke problem som kan bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten" og videre at "Undersøkelsen skal skaffe kunnskap om samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for en svak gruppe." I samtykkeskrivet er formålet beskrevet som "Formålet er å undersøke hvordan du nå har det både med hensyn til den sykdommen du var i behandling for, i relasjon til eventuelt andre sykdommer og din selvhjelpsevne." Selv

om det er lagt opp til at man skal samle inn helseopplysninger og foreta undersøkelser av tidligere pasienter, anser komiteen at hovedformålet er helsetjenesteforskning. Dette vil ikke fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse slik dette er definert i helseforskningslovens § 4 a.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Etter delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd, er det REK som skal vurdere om det kan gis fritak fra taushetsplikt slik at man kan spørre deltagerne på nytt.

Vurderingstema er om prosjektet kan ha ansees for å ha vesentlig interesse for samfunnet og om deltageres velferd og integritet blir ivaretatt.

Komiteen har i sin vurdering lagt vekt på prosjektleders argumenter om at disse tidligere har samtykket til å delta i et lignende prosjekt. Videre er det vektlagt at prosjektet tar utgangspunkt i en gruppe som er ressurs svak, og der det er behov for mer samhandling som er empirisk forankret. Opplysningene vil bli innsamlet og behandlet av en kompetent gruppe som er vant i å behandle taushetsbelagt informasjon.

Komiteen har vurdert at det kan gis fritak for taushetsplikt, jf. delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd

Manglende samtykkekompetanse

Søker skriver: «Vi kan komme i den situasjon at noen av pasientene som var samtykkekompetente for 2 til 3 år siden ikke lenger er fullt samtykkekompetente. Vi vil i slike tilfeller be den nærmeste pårørende om et stedfortredende samtykke (eller heller et samtykke om at de ikke motsetter seg undersøkelsen), og mener at dette må kunne forsvares siden alle pasientene har tidligere gitt samtykke, og vi bør kunne anta at de ville samtykket igjen (om de kunne). Dessuten er den aktuelle undersøkelsen non-invasiv og medfører ingen fare for helseskade».

Av helseforskningslovens § 18 fremkommer det at forskning som inkluderer personer uten eller med redusert samtykkekompetanse kan bare finne sted dersom eventuell risiko eller ulempe for personen er ubetydelig, personen selv ikke motsetter seg det, og det er grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom skade eller tilstand. Det må heller ikke være grunn til å tro at personen ville motsatt seg deltakelse i forskningsprosjektet hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. Det er også et krav at tilsvarende forskning ikke kan gjennomføres på personer med samtykkekompetanse. I det omsøkte prosjekt er det tale om en non-invasiv undersøkelse, og det antas at resultatet kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom skade eller tilstand. Komiteen anser at vilkår etter § 18 er oppfylt.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 9, jf. forskningsetikkloven § 2.

Etter delegering av myndighet til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd, har REK vurdert at det kan gis fritak fra taushet, samt at det innvilges mulighet for stedfortredende samtykke, jf. helseforskningslovens § 18

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: bernhard.lorentzen@diakonsyk.no / postmottak@diakonsyk.no

VEDLEGG 7 OPPFØLGINGSSTUDIEN

┌ 1965225932

Senternummer	<input type="text"/>	Pas.nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------

OPPFØLGINGSSTUDIEN

Alle felter fylles ut av sykepleier

Ferdig utfylt skjema:..... Dato..... Måned..... År.....

└

Side 1 av 24

Dato for oppfølging
 . . 2 0
Fødselsår
 1 9
Reinnleggelser siden baseline?
☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Antall

Antall døgn

Korttidsopphold på sykehjem?
☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Antall

Permanent plass på sykehjem?
☐ Ja
Dato for innleggelse
 . . 2 0

Antall perioder/episoder behandlet for psykisk uhelse totalt

Sivilstand

- ☐ Gift/samboer
☐ Enke/enkemann
☐ Ugift
☐ Skilt/separert

Antall år skolegang

Yrke /tidligere yrke

Maks 30 tegn (bruk blokkbokstaver)

Tobakk

- ☐ Aldri røkt
☐ Røyker nå
☐ Røkt tidligere, men sluttet

Alkohol

- ☐ Ikke misbruk
☐ Tidligere misbruk
☐ Nåværende misbruk/skadelig bruk

Andre rusmidler

- ☐ Ikke misbruk
☐ Tidligere misbruk
☐ Nåværende misbruk/skadelig bruk

Bor alene

- ☐ Ja
☐ Nei, sammen med familiemedlem
☐ Bor på institusjon, spesifiser:

Maks 30 tegn (bruk blokkbokstaver)

NB! Kryss av på "Bor på institusjon..." ved annet enn "Permanent plass på sykehjem" (se over), og spesifiser hva det gjelder!

Dødsfall i nær familie / vennekrets siste år
☐ Ja ☐ Nei
Hvis pasienten har falt - Sannsynlige medvirkende årsaker til fallet

- ☐ Ulykke / uhell
☐ Medisinske årsaker
☐ Uforklarlig / ikke kjent / vet ikke

Sted for siste fall
☐ Hjemme ☐ Ute / Borte

Egne aktiviteter☐ Ja**Hvor ofte?**

Hvilke aktiviteter

Høyde (cm)

Vekt (kg)

Blodtrykk (sittende)

/

Puls per minutt

Ufrivillig vekttap siste 6 måneder?☐ Nei☐ Ja, angi vekttap i kg:

Utilfredstillende matinntak som varte i fem dager eller mer på grunn av akutt sykdom de siste 6 måneder?☐ Ja☐ Nei**Pulskvalitet**☐ Regelmessig☐ Uregelmessig som ved ekstrasystoler☐ Uregelmessig som ved atrieflimmer**Oppfølging 2.linjetjenesten etter utskriving / (behandlingsslutt)**☐ Ingen☐ Alderspsykiatrisk poliklinikk☐ DPS☐ Annet (spesifiser):

(Flere valg mulig)

Maks 30 tegn (bruk blokkbokstaver)

ECT vedlikeholdsbeh. siden baseline☐ Ja ☐ Nei**Pasienten har Individuell Plan**☐ Ja ☐ Nei**Brukermedvirkning**Pasienten har deltatt i planlegging av videre oppfølging ☐ Ja ☐ Nei

Hvorfor ikke?

Pårørende har deltatt i planlegging av videre oppfølging ☐ Ja ☐ Nei

Hvorfor ikke?

Helsetjenestetilbud nå (flere valg mulig)		
<input type="checkbox"/> Poliklinisk (i sykehus)	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Antall konsult.)
		Oppfølging fra: <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Hjelpepleier <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Ambulant hjem	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Antall besøk)
		Oppfølging fra: <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Hjelpepleier <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Ambulant sykehjem	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Antall besøk)
		Oppfølging fra: <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Hjelpepleier <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Dagbehandling	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Antall dager)
		Oppfølging fra: <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Hjelpepleier <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Andre
Annet (spesifiser) / Helsetjenestetilbud i dag: <input type="text"/>		

Hva opplevde pasienten at var til hjelp under inneleggelsen?

Faste legemidler psykofarmaka

1. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
2. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
3. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
4. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
5. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
6. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
7. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
8. _____	Døgndose i mg <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	ATC-nummer <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>

Totalt antall legemidler

**Kronisk langvarige sykdommer
(flere valg mulig)**

- ☐ Tidligere hjerteinfarkt
- ☐ Hjertesvikt
- ☐ Perifer vaskulær sykdom
- ☐ Cerebrovaskulær sykdom
- ☐ Demens
- ☐ Kronisk lungesykdom
- ☐ Bindevevssykdom
- ☐ Magesår
- ☐ Mild leversykdom
- ☐ Moderat til alvorlig leversykdom
- ☐ Diabetes uten kroniske komplikasjoner
- ☐ Diabetes med kroniske komplikasjoner
- ☐ Hemiplegia eller paraplegia
- ☐ Moderat til alvorlig nyresykdom
- ☐ Kreftlidelse
- ☐ Metastatisk tumor
- ☐ HIV / AIDS

Antall sykdommer

Allmenntilstand

- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Nokså god
- ☐ Dårlig

Andre sykdommer

- ☐ Osteoporose
- ☐ Synssvikt
- ☐ Hørselsvikt
- ☐ Parkinson

(flere valg mulig)

Pågående suicidalitet

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Risiko

- ☐ Liten
- ☐ Moderat
- ☐ Høy

Notater/Kommentarer:

NORSK REVIDERT MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE-NR)

Carsten Strobel og Knut Engedal, 2008

TL= testleder, PAS=pasient. Pause (markert [pause]) skal vare i 1 sek. Noter ordrett PAS-svar på hvert spørsmål.

Alder og utdanning påvirker resultatet. Totalskåre sier lite om spesifikke utfall.

TL starter med følgende spørsmål: Synes du hukommelsen har blitt dårligere? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Jeg skal nå stille deg noen spørsmål, svar så godt du kan. Instruksjon kan gjentas, unntatt på oppg.12 og 17.

TIDSORIENTERING	POENG
1. Hvilket årstall har vi nå? (Kun fullt årstall med 4 sifre gir poeng)..... 2. Hvilken årstid har vi nå? (Ta hensyn til vær og geografiske forhold)..... 3. Hvilken måned har vi nå? (Kun riktig navn på måned gir poeng)..... 4. Hvilken ukedag har vi i dag? (Kun riktig navn på dag gir poeng)..... 5. Hvilken dato har vi idag? (Kun dagsledd trenger å være riktig for å gi poeng).....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
STEDSORIENTERING På spørsmål 7 brukes "Landsdel" ved testing i Oslo. "Fylke" utenfor Oslo.	
6. Hvilket land er vi i nå?..... 7. Hvilket fylke/landsdel er vi i nå? (Sør- Norge gir også poeng for landsdel)..... 8. Hvilken by/kommune er vi i nå?..... 9. Hva heter dette stedet/bygningen/sykehuset/legekontoret/hvor er vi nå?..... 10. I hvilken etasje er vi nå? (Spørsmålet stilles også om man er i 1. etasje).....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
UMIDDELBAR GJENNKALLING/REGISTRERING Ved retesting: [2. adm: STOL-BANAN-MYNT], [3. adm: SAFT-LAMPE-BÅT], [4. adm: KANIN-AVIS-LØK], [5. adm: FLY-EPLER-SKO]	
11. Hør godt etter. Jeg vil si 3 ord som du skal gjenta etter at jeg har sagt dem, og som du skal prøve å huske, for jeg kommer til å spørre deg om dem senere. Klar? Nå kommer ordene:.....HUS [pause], KANIN [pause], TOG [pause]. Nå kan du gjenta disse ordene. Dersom PAS ikke gjentar alle ordene ved 1. forsøk, repeteres alle ord inntil alle gjengis i samme forsøk, maks 3 forsøk. Det gis kun poeng for 1. forsøk, rekkefølge PAS sier ordene er uten betydning. Antall forsøk stk. HUS.....[Ord ved retest.....]..... KANIN..[Ord ved retest.....]..... TOG.....[Ord ved retest.....].....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Husk disse ordene, for jeg vil be deg gjenta dem senere.	
OPPMERKSOMHET OG HODEREGNING (Vær oppmerksom på eventuell distraksjonsbetingelser*) Poeng gis når svar er akkurat 7 fra forrige tall, uavhengig av om forrige tall var riktig.	
12. Kan du trekke 7 fra 80? [Dersom PAS ikke gir et svartall]; si hva er 80 minus 7?] [Rett etter tallsvar gis videre instruksjon]: Og så fortsetter du å trekke 7 fra tallet du kommer til, helt til jeg sier stopp. [Instruksjon gis én gang]. Dersom PAS heller ikke nå gir et tallsvar, gå videre til distraksjonsbetingelsen.	
Starttall: 80 50 90 40 60 Om nødvendig si: og så videre... [73].....[43].....[83].....[33].....[53]..... Om nødvendig si: og så videre... [66].....[36].....[76].....[26].....[46]..... Om nødvendig si: og så videre... [59].....[29].....[69].....[19].....[39]..... Om nødvendig si: og så videre... [52].....[22].....[62].....[12].....[32]..... Om nødvendig si: og så videre... [45].....[15].....[55].....[5].....[25]..... Etter 5 subtraksjoner si: Fint, det holder. [Gå til oppg. 13]	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

UTSATT GJENNKALLING 13. Hvilke 3 ord var det jeg ba deg om å huske? [Ikke gi hjelp/stikkord] <i>HUS</i> [Ord ved retest.....] <i>KANIN</i> [Ord ved retest.....] <i>TOG</i> [Ord ved retest.....] Nevnes mer enn 3 ord, må PAS velge hvilke 3 ord som skal være svaret. Rekkefølgen er uten betydning. Det gis kun poeng for eksakt gjengivelse, dvs. bolighus, hytte, hare, kanindyr, togbane, lokomotiv etc. gir ikke poeng	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
BENEVNING 14. Hva heter dette? [Pek på en blyant]..... 15. Hva heter dette? [Pek på et armbåndsur]..... Bruk kun blyant og armbåndsur, gjelder også retesting. Alternative poenggivende svar: Penn, gråblyant, klokke, ur etc.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
REPETISJON 16. Gjenta ordrett det jeg sier. Er du klar? [Si tydelig]: "ALDRI ANNET ENN OM OG MEN" Frasen kan repeteres, maks. 3 forsøk. Det gis kun poeng for 1. forsøk. Dialektvarianter godtas. Antall forsøk: ____stk. ALDRI ANNET ENN OM OG MEN.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
FORSTÅELSE Legg et blankt A4-ark på bordet midt foran PAS, kortsiden mot PAS. TL legger egen hånd på arket til all instruksjon er gitt. Gi poeng for hver utført delhandling, også dersom PAS bretter arket med én hånd eller legger arket foran TL. 17. Hør godt etter, for jeg skal be deg gjøre 3 ting i en bestemt rekkefølge. Er du klar? Ta arket med én hånd [pause], brett arket på midten én gang med begge hender samtidig [pause], og gi arket til meg [pause]. Vær så god! [Instruksjon gis kun én gang.] TA ARKET MED KUN EN HÅND..... BRETT ARKET PÅ MIDTEN KUN EN GANG..... LEGGER ARKET PÅ BORDET FORAN TL eller GIR ARKET TIL TL.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
LESING 18. Nå vil jeg at du skal gjøre det som står på arket [Vis PAS teksten]. PAS må lukke øynene for å få poeng. LUKK ØYNE DINE.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
SKRIVING/SETNINGSGENERERING Legg et A4-ark med kortsiden foran PAS og gi vedkommende en blyant. 19. Skriv en meningsfull setning her [Pek på øvre del av arket]. Skriver ikke PAS noe, si:..... Skriv om været. Skriver kun imperativsetning med ett ord, f.eks. "Spis", si: Skriv en lengre setning. Skriver tidligere gitt setning/frase, f.eks. "Lukk øynene dine", "En meningsfull setning", si: Skriv en setning du lager selv. Setningen må være forståelig, men trenger ikke inneholde objekt. Det gis poeng ved riktig utførelse selv etter supplerende instruksjon. Ignorer stave- og grammatikalske feil.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
TEGNING/FIGURKOPIERING Figurark plasseres med figurspiss mot PAS. Viskelær ved siden av. 20. Kopier figuren så nøyaktig du kan. Du kan bruke viskelær. Ta deg god tid. Si fra når du er ferdig. Det gis poeng når tegningen består av to 5-kantede figurer som former en 4-sidet figur der 5-kantene overlapper. Tegnet figur trenger ikke være identisk med modellen.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

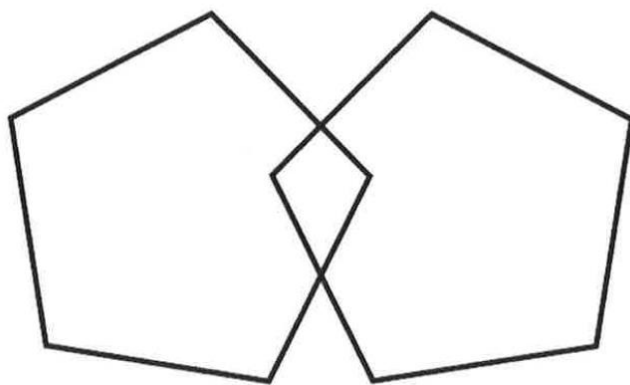
Sumskår

--	--

LUKK ØYNENE DINE

Skriv setningen her:

Kopiering av figur oppgave 20 i MMSE-NR



Senternummer	<input type="text"/>	Pas.nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Slektskapsforhold:	<input type="checkbox"/> Ektefelle	<input type="checkbox"/> Barn	<input type="checkbox"/> Søsken	<input type="checkbox"/> Andre
--------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

OPPFØLGINGSSTUDIEN

PÅRØRENDE

Opplysninger fra pårørende (evt. helsepersonell på sykehjem/dagsenter o.l.)

NB! I-ADL og P-ADL kan til nød fylles ut med opplysninger fra pasienten selv

Kontroll av utfylling

Ferdig utfylt skjema:..... Dato..... Måned..... År.....

Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)

Kaufer et al, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: 145/146

Kryss av "JA" bare hvis symptomene har vært til stede siste måned
Hvis ikke, kryss av "NEI" - gå videre til neste spørsmål

For hvert spørsmål som besvares med "JA" vurderes følgende:

Alvorlighetsgrad av symptomene (hvordan det virker inn på pasienten)

1= Mild (merkbar, men ikke en vesentlig forandring)

2= Moderat (betydelig, men ikke en dramatisk forandring)

3= Alvorlig (svært merkbar eller tydelig, en dramatisk forandring)

n.a. = lar seg ikke evaluere

1 Vrangforestillinger Har pasienten oppfatninger som du vet ikke er riktige? F.eks tror at andre stjeler fra ham/henne eller at andre planlegger å skade ham/henne på en eller annen måte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2 Hallusinasjoner Har pasienten hallusinasjoner slik som uvirkelige syner eller stemmer? Virker det som om han/hun ser eller hører ting som ikke er virkelige?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3 Agitasjon/aggresjon Har pasienten perioder der han/hun motsetter seg hjelp fra andre, eller er vanskelig å ha med å gjøre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4 Depresjon/dysfori Virker pasienten trist, eller sier han/hun at han/hun er deprimert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5 Angst Blir pasienten nervøs/uroelig når han/hun er adskilt fra deg? Viser han/hun andre tegn til nervøsitet slik som tungpusthet, sukking, er ute av stand til å slappe av eller føler seg svært anspent?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6 Oppstemthet/eufori Virker pasienten uvanlig munter eller oppfører han/hun seg som om han/hun er svært lykkelig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
7 Apati/likegyldighet Virker pasienten mindre interessert i sine vanlige aktiviteter og i andres gjøremål og planer enn tidligere?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8 Mangler hemninger Virker det som om pasienten handler impulsivt, f.eks snakker til fremmede personer som om han/hun kjenner dem, eller sier sårende ting til folk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
9 Irritabilitet Er pasienten utålmodig og irritabel? Har han/hun vanskelig for å takle forsinkelser eller å vente på planlagte gjøremål?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
10 Avvikende motorisk atferd Utfører pasienten stadig gjentatte handlinger slik som å vandre rundt i huset, fingre med knapper, vri snorer eller gjøre andre ting om og om igjen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
11 Søvn Er pasienten mye våken i løpet av natten, våkner for tidlig om morgenen eller sover mye på dagtid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
12 Appetitt/spising Har pasienten hatt vekttap eller vektøkning? Har han/hun endret type mat han/hun foretrekker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> n.a.	Hvis ja, angi alvorlighetsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

I-ADL (Lawton & Brody)**Kryss av for det svaralternativet som passer best, kun et kryss per spørsmål**

Vurdering av pasientens funksjon i dagliglivet (I-ADL = instrumentelle aktiviteter i dagliglivet)

A. Bruk av telefon/mobiltelefon

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Benytter telefon/mobiltelefon på eget initiativ, slår nummeret og ringer
- ☐ 2 = Ringer noen få velkjente telefonnummer
- ☐ 3 = Svarer telefonen selv, men ringer ikke selv
- ☐ 4 = Bruker ikke telefonen

B. Innkjøp

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Tar hånd om innkjøp alene
- ☐ 2 = Gjør mindre innkjøp på egen hånd
- ☐ 3 = Trenger hjelp til hver handletur
- ☐ 4 = Er ikke i stand til å gjøre innkjøp

C. Matlaging

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Planlegger, forbereder og serverer måltider selvstendig
- ☐ 2 = Lager tilstrekkelig med måltider dersom ingrediensene er til stede
- ☐ 3 = Varmer opp og serverer ferdiglagede måltider, men opprettholder ikke diett
- ☐ 4 = Må ha måltidene ferdiglaget og servert

D. Hushold

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Opprettholder husarbeid alene eller har hjelp til større oppgaver innimellom
- ☐ 2 = Gjør lettere oppgaver som oppvask og rer sengen
- ☐ 3 = Gjør lettere oppgaver, men klarer ikke holde et akseptabelt nivå av renhold
- ☐ 4 = Trenger hjelp til alle husholdningsoppgaver
- ☐ 5 = Deltar ikke i noen husholdningsoppgaver

E. Vasking av klær

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Vasker alle klærne selv
- ☐ 2 = Vasker småting, skyller strømper etc.
- ☐ 3 = All vasking av klær gjøres av andre

F. Transport

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Reiser selvstendig med offentlig transport eller kjører egen bil
- ☐ 2 = Reiser på egen hånd med drosje, men bruker ikke annen offentlig transport
- ☐ 3 = Reiser med offentlig transport med hjelp eller sammen med andre
- ☐ 4 = Begrensede reiser med drosje eller bil med hjelp fra andre
- ☐ 5 = Reiser ikke i det hele tatt

G. Ansvar for egne medisiner

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Tar ansvar for å ta medisiner i korrekte doser til riktig tid
- ☐ 2 = Tar ansvar for å ta medisiner dersom de på forhånd er klargjort i korrekte doser
- ☐ 3 = Klarer ikke å ta hånd om egen medisiner

H. Håndtere egen økonomi

- ☐ 0 = Ikke aktuelt
- ☐ 1 = Bestyrer økonomien selvstendig (betaler regninger, bruker bank/post/nettbank, bruker minibankkort)
- ☐ 2 = Håndterer daglige innkjøp, men trenger hjelp med bankoppgaver, store innkjøp osv.
- ☐ 3 = Kan ikke håndtere penger

P-ADL Personnære aktiviteter i dagliglivet (Lawton & Brody)

Kryss av for det svaralternativet som passer best, kun et kryss per spørsmål

A. Toalett (max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Klarer seg selv på toalettet
- ☐ 2 = Trenger å bli påminnet, og/eller hjelp til å vaske seg, har sjelden uhell (høyst en gang i uken)
- ☐ 3 = Er inkontinent (blære eller tarm) i søvn mer enn en gang i uken
- ☐ 4 = Er inkontinent (blære eller tarm) i våken tilstand mer enn en gang i uken
- ☐ 5 = Ingen kontroll over blære eller tarm

B. Spising (max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Spiser uten hjelp
- ☐ 2 = Trenger litt hjelp under måltidene, eller trenger spesialtilberedte måltider, eller trenger annen hjelp i måltidssituasjonene
- ☐ 3 = Spiser med moderat hjelp og "søler"
- ☐ 4 = Trenger mye hjelp ved alle måltider
- ☐ 5 = Spiser ikke selv i det hele tatt og motsetter seg forsøk på å bli matet av andre

C. Påkledning (max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Kler av og på seg selv
- ☐ 2 = Kler av og på seg selv med noe hjelp
- ☐ 3 = Trenger moderat hjelp ved påkledning og/eller utvelgelse av klær
- ☐ 4 = Trenger mye hjelp ved påkledning, men samarbeider med den som hjelper
- ☐ 5 = Ute av stand til å kle på seg selv og setter seg til motverge ved hjelp fra andre

D. Personlig stell (hår, negler, hender, ansikt, klær)(max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Alltid pent kledd og velstelt, uten hjelp
- ☐ 2 = Steller seg selv, men trenger hjelp av og til, for eksempel barbering
- ☐ 3 = Trenger moderat og regelmessig hjelp eller veiledning til personlig stell
- ☐ 4 = Trenger hjelp til alt personlig stell, men holder seg ren og velstelt ved hjelp fra andre
- ☐ 5 = Motsetter seg aktivt andres hjelp til personlig stell

E. Fysisk bevegelse (max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Går utendørs, i by og på landevei
- ☐ 2 = Går i nærmiljøet
- ☐ 3 = Kan forflytte seg ved hjelp av (kryss av en)
- ☐ 3 A = Annen person
- ☐ 3 B = Rekkverk
- ☐ 3 C = Spaserstokk
- ☐ 3 D = Gåstol
- ☐ 3 E1 = Rullestol, kommer i og ut på egen hånd
- ☐ 3 E2 = Rullestol, trenger hjelp til å komme i og ut
- ☐ 4 = Kan ikke gå, men sitter oppreist uten støtte i stol eller rullestol, kan ikke bevege seg uten hjelp
- ☐ 5 = Sengeliggende mer enn halvparten av tiden

F. Bading (max. et kryss for hvert spørsmål)

- ☐ 1 = Bader selv uten hjelp (badekar, dusj)
- ☐ 2 = Bader selv, men trenger hjelp i og ut av badekaret/dusjen
- ☐ 3 = Vasker kun ansikt og hender, og kan ikke bade/vaske resten av kroppen
- ☐ 4 = Vasker seg ikke selv, men er samarbeidsvillig når andre hjelper
- ☐ 5 = Vasker seg ikke selv og gjør motstand når andre gjør forsøk på å hjelpe