



NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

FAGMAGASIN 2017

Olaviken

Ambulant team
– veiledning på
sykehjem

SIDE 12

Behandlings-
forløp

SIDE 4-7



Innhold

Behandlingsforløp: – Vi har en plan!	4
Hvordan skape miljø som gjør pasientene friskere?	6
Alderspsykiatrien – hvor går vi?	8
Forskning: Musikk for mestring?	11
Demensprisen 2016 Hordaland	11
Forsterker den gode kompetansen i sykehjemmene	12
Det norske kjøkken i Olaviken	14
Musikkterapi ved Huntingtons sykdom	16
Felles utrednings- og behandlingsplattform	24
– Din erfaring er viktig	25
Hva betyr det egentlig? – En ordliste	27
Olaviken-konferansen 2017	28

Olaviken FAGMAGASIN

Ansvarlig redaktør: Frode Wikne
Utøvende redaktør: Solveig Steinnes
Foto: Solveig Steinnes
Design og grafisk produksjon: Bodoni AS



For mestring og verdighet

ET SPØRSMÅL VI ALLE tidvis stiller oss er hvordan vi vil takle vår livssituasjon dersom vi selv eller en av våre nærmeste får en alvorlig, kronisk og stadig forverrende sykdom.

Hvilke ressurser vil vi selv kunne mobilisere? Hvilke støttespillere vil vi kunne regne med? I hvor stor grad vil vi mestre en slik eventuell realitet? Og ikke minst: hvordan vil sykdommen påvirke oss selv eller nærmeste med hensyn til å fortsatt kunne fremstå som «den en gang var»?

Gjennom flere tiår har NKS Olaviken, under ledestjernen «kompetanse gjennom kjærlighet», utviklet spesiell kompetanse på å ivareta mennesker med sykdommer en «ikke blir frisk av». Dette gjeldende pasienter med ulike demensdiagnoser og andre psykiske lidelser – og ikke minst mennesker med Huntingtons sykdom.

Det kan for utenforstående virke paradoksalt å drive et sykehus som ikke kurerer sine pasienter, i den forstand at en etter endt opphold ved døgnposter eller oppfølging i poliklinikk ikke blir skrevet ut som friskmeldt. Men for oss i Olaviken er det å bidra som ledd i en tjenesteyterkjede til beste for nettopp disse pasientgruppene og deres pårørende, svært meningsfullt.

Sammen med våre gode samarbeidspartner i kommunene og andre deler av spesialisthelsetjenesten vil vi fortsette å utvikle tjenester på spesialistnivå. Våre pasienter og deres pårørende skal sikres utredning og behandling, lindring, støtte og trøst – og ikke diskrimineres ut fra alder, diagnose eller prognose. Olavikens visjon – eller kanskje rettere sagt misjon – er endret fra 2017. Med

utgangspunkt i vår lange erfaring med disse pasientgruppene og deres familier vet vi hva vi alle ønsker for oss selv og våre nærmeste dersom kronisk, uhelbredelig sykdom skulle ramme: å mestre livsdagen best mulig på tross av alvorlig helsesvikt.

En mestringsopplevelse, i korte eller lengre perioder, ligger til grunn for opplevelsen av å kunne «beholde seg selv» lengst mulig, å kunne opprettholde sin verdighet på tross av en permanent langtidssykdom. Spesialisthelsetjenestens bidrag og ansvar i en slik sammenheng er innlysende – og må gis rom for også i fremtiden.



Frode Wikne
Frode Wikne
Direktør



Behandlingsforløp

Som forhåndsstrukturert tilnærming til behandling og utredning, har pasientforløp vært en føring fra helsemyndighetene de siste årene. Olaviken har tatt tak i dette.

Vi har en plan!

Strukturerte forløp skal sikre riktig og lik behandling av pasienter.

EIVIND RONOLD
PSYKOLOG, NKS OLAVIKEN

Pasientene våre har en rekke ulike utfordringer: nedstemthet eller overdreven oppstemthet; uvanlige forestillinger og/eller sanseopplevelser; i tillegg til redusert hukommelse og personlighetsforandringer. Vi har derfor definert tre behandlingsforløp som tar høyde for disse utfordringene: Behandlingsforløp for stemningslidelser, for psykoser, og for demens med utfordrende atferd.

Standardisering eller individuelt fokus?

Behandlingsforløp i psykiatrien har blitt debattert i mediene. Vil denne tilnærmingen gjøre at man ikke lenger kan ta individuelle hensyn? Til dette svarte helseminister Bent Høie: «ikke likt, men like godt!». Dette er en utfordring – og Olaviken har tatt utfordringen. Behandlingsforløpene skal sikre jevn kvalitet på høyt nivå for alle pasienter og at vår behandling samsvarer med det beste i resten av landet. Vi har i tillegg utformet løpene

– Utredningen og behandlingen blir tilpasset det enkelte individs sterke sider og utfordringer.



slik at utredningen og behandlingen blir tilpasset det enkelte individs sterke sider og utfordringer. Videre sikrer forløpene at pårørende tas med i utredning og behandling. Pårørende bidrar med viktig informasjon, er naturlige samarbeidspartnere og vi ønsker å sikre både pasienter og får god livskvalitet på tross av sykdom.

SAMARBEID: Miljøpersonale og behandlere har jobbet tett sammen for å utvikle gode behandlingsforløp, skriver Eivind Ronold.

Prosess og samarbeid

Arbeidet med å utvikle behandlingsforløpene har vært en prosess. To arbeidsgrupper på «holdninger og kultur» og «miljøterapi» startet opp i sykehusavdelingen høsten 2013. Arbeidsgruppene hadde representanter fra miljøpersonale fra de tre postene. Det ble underveis klart at det var nødvendig å inkludere behandlerne i det videre arbeid. Det ble derfor dannet en ny arbeidsgruppe høsten 2014 som bestod av psykologer, avdelingsoverlege, fagansvarlige sykepleier og avdelingsleder. Gruppen tok utgangspunkt i det som miljøpersonale hadde arbeidet med og konkluderte allerede på første møte at det var behov for å utvikle egne behandlingsforløp.

Beste praksis som rettesnor

Behandlingsforløpene ble implementert januar 2016 i post 2 og 3. Hovedmål for utvikling og implementering av behandlingsforløp i NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus har vært å utvikle og standardisere behandling samsvarende med nasjonale retningslinjer og beste praksis innen fagfeltet alderspsykiatri. Behandlingsforløpene skal også aktivt medvirke til å oppfylle krav og forventninger fra regionale og sentrale helsemyndigheter. I prosessen har vi hentet innspill fra flere hold, særlig Nasjonalt Kompetansetjeneste for Aldring og Helse.

Evaluerings og videreutvikling

Evaluerings og videreutvikling av forløpene vil være en del av arbeidet i 2017. I fremtiden jobbes det for å integrere forløp, fra kommunehelsetjenesten til poliklinisk arbeid, til sykehuset og tilbake til kommunehelsetjenesten, slik at folk kan få det best mulig der de bor. Vi vil bygge videre på grunnlaget lagt de siste årene for å hevde oss i teten innenfor alderspsykiatri, ikke bare i Bergen, men også i hele landet.

HVA ER BEHANDLINGSFORLØP?

Tanken om faste behandlingsforløp kommer opprinnelig fra somatikken. Det er tenkt at behandlingsforløp kan sikre riktig, effektiv og god behandling av pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten. Dette ble først prøvd ut i kreftbehandlingen hvor man innførte standard «pakker» i forbindelse med utredning og behandling av kreftsykdommer. «Pakkene» inneholdt et fast opplegg med en bestemt behandling og utredning, til en bestemt tid, uansett hvilket sykehus man var innlagt i.

Dette ble gjort for at alle pasienter skulle få samme behandling til samme tid, uavhengig av hvor de var i landet, og for å effektivisere ventelister og behandlingstid. Regjeringen bestemte i 2015 at man også skulle innføre denne ordningen i psykisk helsevern.

UKEPLAN: Plan for hele forløpet og plan for hver uke. Alle skal vite hva de skal gjøre.

Alderspsykiatrisk avdeling

Henvisninger til avdelingen skjer via Poliklinikken

PSYKOSE



DEMENS-/UTFORDRENDE ADFERD



STEMNINGSLIDELSER



For alle behandlingsforløp gjelder følgende:

Dersom pasienten gir uttrykk for suicidalitet må dette uten opphold meldes videre til behandler/bakvakt. Tiltak iverksettes umiddelbart.

Kartlegge risiko for suicidalitet:

- A. Har du tanker om å dø?
- B. Har du tanker om å ta livet ditt?
- C. Har du planer om å ta livet ditt?

Behandlingsforløp

Olaviken benytter seg av Gundersons prinsipper og kognitiv atferdsterapeutiske prinsipper. Miljøterapi er de rammene i avdelingen som bidrar til å gjøre pasienter friskere. Alt fra møblering til kontakt med miljøpersonalet faller inn under dette.

Hvordan skape miljø som gjør pasientene friskere?

Det handler om å utnytte de mulighetene som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter, for å skape et miljø som støtter, involverer og verdsetter det enkelte mennesket. Den miljøterapeutiske prosessen tilpasses individuelt til pasientenes behov, for å sikre at pasientene til enhver tid er i stand til å møte de forventningene som stilles dem.

I tillegg er det viktig å identifisere situasjoner, atferd- og tankemønstre som er lite heldige, og snu disse til mønstre som bidrar til mestring, trivsel og helse. Gjennom ulike individuelle miljøterapeutiske tiltak, Marte Meo-metoden og musikkterapi leter vi etter det som skaper trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Hvilke tiltak bedrer hverdag med innhold og aktivitet? Bedrer kommunikasjon og samhandling med pasienten? Hva skaper forståelse for den atferden som miljøpersonale observerer?

Dette er et kontinuerlig arbeid, og Olaviken jobber hele tiden for å bli bedre til å møte og hjelpe pasienter og pårørende i livskriser.

– Forløpene skal sikre jevn kvalitet på høyt nivå for alle pasienter.

ENGASJERT: Strukturerte behandlingforløp sikrer det beste samarbeid om retning og og tiltak. Sykepleierne (f.v.) Rannveig Baugstø, Monica Solsvik, Torill Brurås og Roald Lie diskuterer observasjoner, hendelser og hvordan ulike tiltak har fungert.

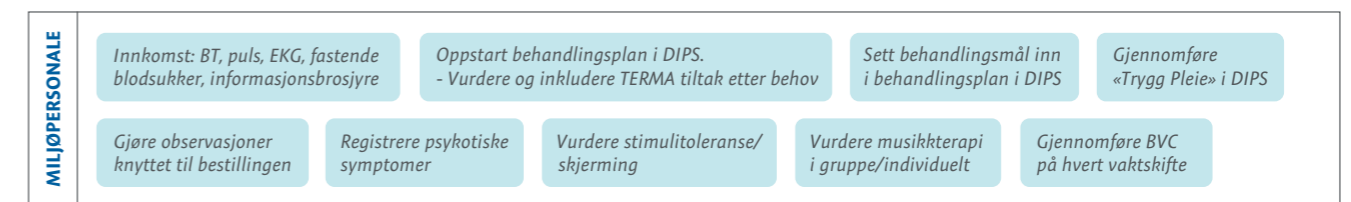
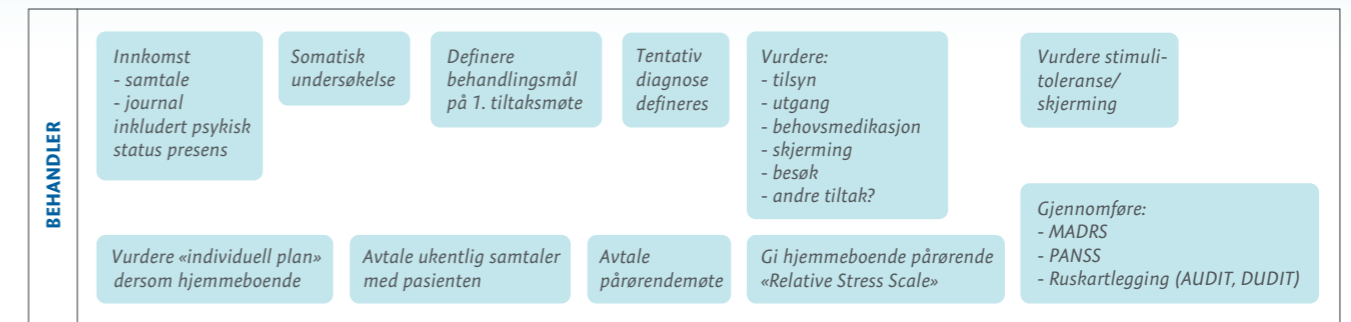


Behandlingsforløp i NKS Olaviken

For stemningslidelser, for psykoser, for demens med utfordrende atferd.

UKE 1 Psykose

Fase



INTERNKONTROLLPUNKT

Sjekkliste

Druid / interaksjonsanalyse

Tilpasset informasjon om klagerett og innsyn ved innleggelse på tvang

Et standard forløp er på seks uker.

For hver uke er det blitt definert ansvarsområder og oppgaver for miljøpersonalet og behandlergruppen. Det er laget overordnede planer og detaljerte planer for ukene, med sjekklister. Ut fra individuelle hensyn til pasientens behandling kan forløpene forkortes eller forlenges.

Hovedmål for utvikling og implementering av behandlingsforløpene i NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus er at vår behandling skal samsvare med nasjonale retningslinjer og beste praksis innen vårt fagfelt.

FORLØPENE SKAL OGSÅ AKTIVT MEDVIRKE TIL Å OPPFYLLE:

- Krav og forventninger fra vår oppdragsgiver Helse Vest
- Gode og effektive standardiserte pasientforløp
- Sikre læring mellom avdelinger ut fra kunnskap om beste praksis
- Sikre brukermedvirkning på individnivå
- Sikre til at pasienters og/eller pårørendes erfaringer blir brukt på systemnivå til å utforme, utvikle og kvalitetssikre tjenestetilbudet
- Sikre en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder
- Følge opp relevante tiltak i det nasjonale og regionale pasienttrygghetsprogrammet. Innsatsområder for Olaviken vil være samstemming av legemiddellister, fallforebygging, suicidforebygging og ledelse av pasientsikkerhet

Strategiplan

Strategiplanen til Olaviken de fire kommende årene har lagt hovedvekt på at NKS Olaviken må forberede seg til den kommende eldrebølgen. Vi har snakket med direktør Frode Wikne om alderspsykiatriske utfordringer i fremtiden.

Alderspsykiatrien – hvor går vi?

– Det vil bli et gap mellom ressursene og utfordringene i fremtiden, sier direktør Frode Wikne.

– Vi har et viktig faglig ansvar for å levere premisser og kunnskap inn mot departementene og lovgiverne, direktorat og helseforetak. Alder må ikke diskvalifisere personen fra å få psykiatrisk helsehjelp. Det må ikke være bli slik at dersom man er over 65 år, så blir retten til hjelp ved alvorlig psykiske lidelser svekket.

Prosjekter for å prøve ut løsninger

I den kommende fireårsperioden vil NKS Olaviken satse på å prøve ut nye arbeidsformer og modeller i ulike prosjekter, for å se hvordan man kan jobbe mer effektivt og samtidig gi et like godt eller bedre tilbud til pasienter og pårørende.

– Vi utforsker pakkeløp, lenger poliklinisk oppfølging og ulike samarbeidsmodeller med kommunene, forteller Wikne. Et av flere viktige fokus er prosjekter der vi forsøker å unngå unødig flytting av svake og forvirrede eldre. Dette krever endringer i etablerte arbeidsformer og gir spennende muligheter.

Større press på døgnplassene

Effektiv samhandling med kommunene blir ytterligere avgjørende i årene fremover, understreker Wikne.

– Arbeids- og ansvarsfordelingen mellom kommuner, DPS-er og sykehuset må bli enda bedre enn i dag. Vi ønsker at Olaviken skal være en initiativtaker til dette utviklingsarbeidet.

– De neste årene er det viktig at vi er kreative og tilpasningsdyktige. Kapasiteten vår knyttet til døgnplasser vil sannsynligvis ikke øke, så vi forventer at det vil bli en knapphet på denne ressursen, selv om vi samarbeider tett med Helse Bergen. Vi vil derfor jobbe med ulike tiltak for å optimalisere bruken av døgnplassene, sier Wikne.

Ambulerende tjenester

Hva er best? Flytte på pasienten eller flytte på kompetansen? Ett virkemiddel er *ambulerende tjenester*. Dette ser Olaviken på som viktig fremover.

– Eldre er mindre mobile – derfor skal vi jobbe for å bringe tjenestene ut, sier Wikne.

– Kan vi for eksempel utrede pasienter i sykehjemmet med fagfolk fra spesialisthelsetjenesten uten at de legges inn på sykehuset? Vi tenker eksempelvis på alternativer der vi kan sende ut personale som jobber tett med pasient og personale på stedet, i en periode, og slik bringe spesialisthelsetjenesten ut til kommunene, både med hensyn til kompetansebygging, veiledning og aktiv behandling.

Nye løsninger har også nye utfordringer. Ikke alt er tilrettelagt for denne måten å jobbe på. Wikne peker på noen utfordringer.

– Det er flere faktorer som er viktige dersom vi skal få

ELDREBØLGEN

Vi blir flere, og antageligvis passerer folketallet i Norge 6 millioner i 2030. En del av økningen skyldes høyere levealder. Vi blir flere eldre – først flere over 70 år, etter hvert flere over 80 år.

På individuelt nivå er de fleste glade for å leve lenger. På samfunnsnivå er det både positivt og utfordrende – og både spesialisthelsetjenesten og kommunene ser etter løsningene som kan sikre at vi har et godt helse- og omsorgstilbud til den økende eldre befolkningen.

Eldre mennesker har flere sykdommer enn den yngre delen av befolkningen. En økende andel eldre vil derfor utfordre kapasiteten. Volumet som trenger hjelp i spesialisthelsetjenesten, både innen somatiske og psykiatriske lidelser, vil øke. Det er samtidig ikke tenkt at spesialisthelsetjenesten kan vokse «inn i himmelen». Løsningene må derfor bli annerledes enn de er i dag.



– Økt press på tjenestene krever en kreativ og endringsdyktig organisasjon.

FRODE WIKNE
DIREKTØR, NKS OLAVIKEN

til en oppgaveglidning mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste: Den første er å kontinuerlig bidra til å øke kompetansen i kommunene. Videre må kommunene sikre både tilstrekkelig antall tilrettelagte rom/arealer for de av pasientene med størst adferdsutfordringer, samt tilstrekkelig bemanning.

Flere behandlinger uten innleggelse

– Vår poliklinikk utvikles også videre, eksempelvis med økt fokus på behandling/oppfølging, ikke bare utredning, også oppfølging og behandling – individuelt og i grupper.

– Spennende tema her inkluderer og utforskning av økt grad av ambulante tjenester, i ulike modeller. Igjen for å bringe fagfolkene ut mot pasienter og pårørende – og i større grad skåne eldre pasienter for blant annet lange reiser, sier Wikne.

Mange gode hjelpere – behov for ytterligere samhandling

Samlet sett settes det inn store ressurser mot eldre med komplekse sykdomsbilder, selv om mange vil si at det burde vært prioritert mer.

– Klarer vi å få ut det samlede potensialet – i et ytterligere forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene, sykehjemslegene og annet personell i kommunene, vil det være gevinster å hente for pasienter og pårørende, mener Wikne.

– De ulike distriktpsykiatriske sentrene (DPS-ene) er også en samarbeidsinstans alderspsykiatrien må nærme seg i tiden fremover, herunder både Helse Bergens offer. Et viktig område fremover blir derfor å knytte bedre bånd til DPS-ene, i samarbeid med både Helse Bergen og private ideelle virksomheter.

Forskning og utvikling

Olaviken vil og forsøke å prioritere forskning i årene fremover.

– Vi har behov for mer kunnskap om eldre med psykiske lidelser – både knyttet mot årsaker til sykdomsutvikling og annet, men og til tiltak som kan medføre bedring av sykdomsbildet. Her vil vi eksempelvis søke samarbeid med både andre private ideelle virksomheter og offentlige sykehus, forteller Wikne.

Pårørende må få støtte

– Vårt syn på eldre og omsorgstankning vil bli utfordret i møte med knappere ressurser, sier Wikne. – Spesialisthelsetjenesten må prioritere strammere, kommunene må prioritere strammere, de fleste ønsker å bo hjemme men mange trenger hjelp og tilrettelegging. Pårørende må bli en enda viktigere ressurs fremover.

– Det er viktig at vi støtter de pårørende og understreker behovet de har for hjelp, mot kommunehelsetjenestene, avslutter Frode Wikne. – Pårørende til psykisk syke eller svekkede eldre har et stort press på seg. Gode støttetjenester gir pårørende hjelp til å holde ut litt lenger, og dette har mye å si for pasienten, for de pårørende og også for samfunnets totale kostnader.

DETTE VIL VI GJØRE

Hovedmål i strategiplanen 2017 – 2020

TJENESTETILBUD

- Utvikle så gode tjenester og samarbeidsformer at vi blir det naturlige førstevalget for eldre med psykiske lidelser innenfor regionen
- Utvikle modeller for å bringe spesialisthelsetjenester og kompetanse i størst mulig grad ut til pasientene, heller enn å flytte pasientene inn til tjenestene
- Vi skal implementere en felles utrednings- og behandlingsplattform for å sikre kvaliteten på behandlingen

FORSKNING, FORMIDLING OG UTVIKLING

- Mer pasientnær forskning på de kliniske hovedområdene innen behandlingsprosess, mekanismer og effekt
- Kompetansebygging eksternt med kurs- og undervisningspakker som tilbys av fagpersoner med tilknytning i klinikk
- Organisasjonen skal være tilpasningsdyktig, fleksibel og innovativ for å møte fremtidens utfordringer

SAMHANDLING

- Vi skal sikre økt grad av brukermedvirkning for pasienter og pårørende
- Vi skal øke internt samhandling på pasientnivå, både innen og på tvers av avdelingene
- Vi skal være en aktiv initiativtaker for økt samhandling med kommune og andre deler av spesialisthelsetjeneste

*Hva er best?
Flytte på pasienten
eller flytte på
kompetansen?*

FRODE WIKNE
DIREKTØR, NKS OLAVIKEN

Forskning

Musikk for mestring?

Effekten av musikkterapi for personer med demens og deres pårørende.

Kan musikkterapi hjelpe personer med demens med kommunikasjon? Kan det øke positive følelser og hjelpe å håndtere de vanskelige? Er det positivt for personer med demens og pårørende å bruke musikk sammen? Dette ønsker psykolog og doktorgradskandidat Kristine G. Madsø å finne ut mer om.



NKS Olaviken samarbeider med Universitetet i Bergen om en studie der personer med demens og en nær pårørende får skreddersydd musikkterapi over 10 uker.

– Våren 2017 begynner vi å rekruttere deltagere til et nytt forskningsprosjekt ved poliklinikken. De som kan delta er personer med demens i mild til moderat grad, som bor hjemme eller i omsorgsbolig» sier Kristine.

I tillegg må de ha med en pårørende som ønsker å delta aktivt. Musikkterapien skjer sammen med den pårørende. Kristine formidler at under studieperioden skal deltager sammen med pårørende også ha musikk-samvær en gang i uken.

– Musikk-samværet innebærer at pasienten og den pårørende ukentlig bruker musikk sammen. Musikkterapeuten i prosjektet vil utforme innholdet sammen med pasienten og den pårørende.

Musikkterapeuten vil komme hjem til deltageren.

– Vi har planlagt å inkludere 20 deltagere i prosjektet, forteller Kristine. – Før og etter behandlingen med musikkterapi vil en psykolog kartlegge kognitiv funksjon og opplevd livskvalitet hos pasienten. Den pårørende vil bli spurt om pårørendebelastning. Det viktigste er likevel det som skjer under musikkterapien og musikk-samværet. Dette vil vi kartlegge med spørreskjema underveis. I tillegg vil vi filme tre av de ti timene med musikkterapi, og observere kommunikasjon og positive følelser.

– Noe av det som er veldig spennende med bruk av musikk ved demens, er at det kan stimulere hjernen på en helt spesiell måte. Forskning viser at kapasiteten for musikalske minner er godt bevart selv om hukommelsen ellers er svekket.

ØNSKER DU Å DELTA I PROSJEKTET?

For å delta i forskningsprosjektet må man være henviset som pasient til NKS Olaviken Alderspsykiatriske poliklinikk. Deltagere må bo i Bergen kommune, Askøy kommune eller Fjell kommune. Tilbudet er gratis. Det vil bli gjort videoopptak av noen av musikkterapitimene. Disse vil selvsagt behandles strengt konfidensielt, og slettes når de er ferdig analyserte.

Forskningsprosjektet er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskning (2016/1374-5)

KONTAKT KRISTINE MADSO, PSYKOLOG
TLF. 55 38 18 80

DEMENSPRISEN 2016 HORDALAND

Solgunn Knardal

Musikkterapeut Solgunn Knardal ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus fikk velfortjent heder og ble tildelt Demensprisen 2016 i Hordaland av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Solgunn er musikkterapeut på NKS Olaviken, og foruten individuell behandling og gruppebehandling på sykehuset er hun aktiv med formidling og undervisning.

Brennende engasjement

«Solgunn er like engasjert og gir alt, enten det er fire til stede eller stinn brakke. Solgunn brenner for arbeidet og musikkterapi mot eldre, og det merkes når hun har foredrag, eller synger og spiller sammen med pasienter og pårørende. Hun er systematisk i sitt arbeid sammen med pasienten, for å finne frem musikk som rører den enkelte, og slik få frem følelser, engasjement, restevner og ressurser som kan slumre under overflaten hos alle pasienter», var begrunnelsen da Solgunn fikk prisen.



Ambulant team

Stuen er full. Det er personalmøte på Luranetunet, og i dag er poliklinikken på Olaviken på besøk. De to psykiatriske sykepleierne Kate Blindheim Myklebust og Tone Veland Kutschker fra NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehuset samtaler med personalet på sykehjemmet. Det er mange spørsmål og mange fortellinger. Engasjementet er stort.



Forsterker den gode kompetansen i sykehjemmene

– Kan vi gjøre det på denne måten? Hva er den beste måten? Jeg gjør det slik ...

Temaet er en pasient som personalet ved sykehjemmet har hatt vanskeligheter med å hjelpe. Pasienten har opplevd tilværelsen på sykehjemmet som usikker. Pasienten har vært urolig, skremt de andre pasientene og hatt en utfordrende adferd. En situasjon som hverken er god for pasienten selv, de pårørende, andre beboere eller ansatte.

Finne virkemiddel

– Vi forsøker å finne virkemidler som gjør situasjonen håndterbar der pasienten er, sier sykepleierne fra Olaviken.

– Innleggelse på døgnavdelingen til sykehuset har vært vurdert, men det ville ikke vært godt for nettopp denne pasienten å bli flyttet.

Når pasienten får besøk av pårørende om kvelden, blir vedkommende urolig og agitert etter at de er gått, forteller personalet. Kate Myklebust reflekterer:

– En person med demens har mindre muligheter til å vurdere sine egne krefter. På slutten av dagen er «batteriet» nesten brukt opp, og da klarer ikke vedkommende å falle til ro etterpå. Men dette går det an å snakke med de pårørende om.

En samtale i personalgruppen oppstår. Noen har snakket med de pårørende allerede.

– Det bør være gode rutiner i forhold til dialog med pårørende, understreker Kate Myklebust.

– Hverdagslige ting tas her og nå. Ting vi vet at kan påvirke pasientens hverdag negativt, bør tas opp på generelt grunnlag gjerne i innkomstsamtaler eller andre planlagte pårørendemøter.

Miljøtiltak som medisin

– Tenk på enhver stell- og omsorgssituasjon som et miljøtiltak. Miljøtiltakene er «medisinen» pasienten skal ha. Det er ikke tilfeldig hvilken «medisin» som passer for den enkelte pasient, sier Kate Myklebust. Hun trekker frem et ark.

– Jeg har med et eksempel på det vi kaller en holdningsplan. Dere har kommet med mange innspill i forhold til hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Sett dere ned sammen og få skriftliggjort i denne planen det som fungerer for nettopp denne pasienten, og hvorfor det er viktig å samhandle nettopp sånn. Når alle gjør likt, skapes trygghet og forutsigbarhet. Det blir «feil medisinering» å gjøre det som man selv synes fungerer best.

Fokusert oppmerksomhet

– Vi vil også anbefale fokusert oppmerksomhet, sier Tone Kutschker.

– Den som har ansvar for rommet gir pasienten ekstra og fokusert oppmerksomhet i rundt 10 til 15 minutter hver dag. For eksempel merket jeg at personen likte å holde meg i hånden. En stund med håndmassasje er noe man kan forsøke. Pasienten har behov for å føle seg inkludert og ha tilknytning.

– Ja, og vi kan banke på døren og komme på besøk, utbryter en fra personalet. – Det liker vedkommende. «Takk for at du ville besøke meg», hørte jeg etter at jeg hadde banket fint.

– Vi forsøker å finne virkemidler som gjør situasjonen håndterbar der pasienten er.

SLIK ARBEIDER AMBULANT TEAM FRA NKS OLAVIKEN

En sak starter med at NKS Olaviken får en henvisning fra en tilsynslege. Sakene dreier seg ofte om personer som har utfordrende adferd, eller ikke vil spise eller sove, eller har andre problemer som er knyttet til kognitiv svekkelse og psykiatri.

Personalet ved poliklinikken har samtaler med pasienten, pårørende og de tilsatte. Så blir saken gjennomgått i tverrfaglig team på poliklinikken. Psykiater går gjennom medisinene som brukes. Psykolog og erfarne sykepleiere vurderer og diskuterer ulike miljøterapeutiske tiltak og andre tiltak som kan hjelpe. Etter denne vurderingen drar personalet fra poliklinikken ut til sykehjemmet for å ha veiledning med deler av eller hele personalgruppen.

– Og hvordan går det med maten? spør Kate Myklebust de ansatte.

Det kommer mange svar. Noen gode erfaringer og noen vanskelige. Samtalen reflekterer rundt behovet for næring satt opp mot behovet for at personen får velge selv. Personer med langt fremskreden demens er ofte ikke flink med ordene. Men de leser kroppsspråket vårt godt. Så derfor må vi ha et tydelig og avslappet kroppsspråk. Stresser vi for mye med at en person skal spise, kan han eller hun gå i vranglås, sier Myklebust.

Detaljert plan

Møtet går mot slutten. Erfaringer, ideer og forslag har blitt delt.

– Dere kan gjøre dette og har mange gode tiltak allerede, oppfordrer Kate Myklebust. – Lag en holdningsplan som er

så detaljert som mulig. Dere vil oppleve at dere feiler. Men det nytter ikke å diskutere med en person som har demens. Legg dere flate og forsøk noe annet. Men vær systematisk i å forsøke ulike tiltak og skrive dem ned.

– Vi tar kontakt om en måned, dere tar kontakt tidligere dersom dere har behov for det.

KOMPETANSE UT – HELLER ENN PASIENTEN INN:

Spesialsykepleierne Kate Myklebust og Tone Kutschker synes kompetansen i sykehjemmene er stor, og opplever at veiledning der pasienten bor kan hjelpe til at pasienten ikke trenger flytting og innleggelse på sykehus, og dermed få mulighet til å falle til ro på ett sted.



Mat og måltid

Etter at personalet i Olaviken sitt kjøkken var på inspirasjonstur til Danmark våren 2016 har de ikke sett seg tilbake, men kastet seg over grytene med fornyet iver.

Det norske kjøkken i Olaviken

- Mer hjemmelaget

- Disse kjøttkakene smaker som mine egne, utbryter en pasient fornøyd. - Når maten er hjemmelaget og pasientene liker den, da er vi glade på kjøkkenet, smiler kjøkkensjef Ronny Nilsen.

Han har grunn til å smile. Etter at personalet i Olaviken sitt kjøkken var på inspirasjonstur til Danmark våren 2016 har de ikke sett seg tilbake, men kastet seg over grytene med fornyet iver.

- Vi besøkte to store sykehus og ett mindre sykehjem, og ble imponert over hva danskene fikk til av selvlaget og økologisk mat, forteller Ronny Nilsen, kjøkkensjef ved NKS Olaviken.

- Vi bestemte oss for å bare se mulighetene og ikke begrensningene. Olaviken sitt kjøkken var godt tidligere, men nå lager vi mye mer mat fra bunnen og har endret måltidsrytmene.

Pasientene på Olaviken har alltid fått hjemmebakst brødmat. Nå blir også alle sauser, alle supper og alle desserter laget fra bunnen. Kjøkkenet steiker alle steiker selv, lager alle farser selv og serverer hjemmelagde fiskekaker.



NYSTEKT: Populær kaffemat er nysteekte lapper fra kjøkkenet. Assistent Målfrid Høviskeland svinger stekespaden.

- Vi kan slite med å få tilgang til rett fisk i perioder, men vi følger med og stort sett går det bra, forteller Ronny.

Eget brød og ny måltidsrytme

En ting kjøkkenet har jobbet mye med, er brødet.

- Vi har nå utviklet den ideelle brøddoppskrift, forteller Ronny. Etter en del prøving har vi nå et brød som ikke smulder og holder seg saftig. Kvaliteten på brødet er viktig for vår målgruppe.

Det siste året har Olaviken også endret på måltidsrytmen.

- Det startet på Huntington-avdelingen, der vi begynte å servere middagen senere, og innførte i stedet en lunsj. Nå gjør vi det på alle

avdelingene. Dette har latt seg gjøre innenfor de samme ressursene som vi hadde. Det har vært gode tilbakemeldinger på dette, og miljøpersonalet rapporterer om mer ro og bedre tid til måltidene, sier Ronny.

Det lønner seg

- Å lage mat fra bunnen gjør at maten smaker bedre, og det er også rimeligere enn å kjøpe halvfabrikata. Fokuset har ikke vært å spare mest mulig penger, men å gi høy kvalitet innenfor det budsjettet vi har. Ved å gjøre endringer har vi kunnet heve kvaliteten på maten innenfor de rammene som vi har hatt tidligere. Det gjør noe med kokkehjertet vårt, når vi får mulighet til å lage velsmakende og næringsrik mat fra bunnen.

For å bruke budsjettene riktig har kjøkkenet også fokusert på matsvinn.

- Vi har redusert matsvinnet til cirka det halve. Det har vi gjort ved å være mer bevisst på porsjonsberegninger. Et annet viktig grep er god planlegging av menyene. Med god menyplanlegging får vi utnyttet maten bedre og kjøper det vi trenger og ikke mer, avslutter kjøkkensjefen.

Vi bestemte oss for å bare se mulighetene og ikke begrensningene.

RONNY NILSEN
KJØKKENSJEF



VELSMAKENDE OG NÆRINGSRIKT

Siden underernæring er en stor utfordring for eldre, syke mennesker, er maten ved Olaviken i utgangspunktet næringstett for alle. Sausene våre inneholder gjerne både smør og fløte. For institusjonsbeboere i Olaviken sin aldersgruppe anbefaler myndighetene en meny på 2200 kilokalorier. Våre pasienter på Huntington-avdelingen er særlig utsatt for underernæring på grunn av mye bevegelse og samtidig utfordringer med svelging.

Kjøkkenet næringsberegner menyene og en pasient som spiser anbefalt mengde til lunsj og middag skal få i seg omtrent 80% av dagsbehovet til disse måltidene, i tillegg kommer frokost og et kvelds/kaffemåltid.

HVA ER POPULÆRT BLANT PASIENTENE?

Suppene våre er alltid populære, forteller Ronny. - Og hjemmelagde fiskekaker er alltid godt mottatt. Tradisjonell mat som sursteik er også populært.

Ellers blir wraps til lunsj godt mottatt, med kylling og karri, og salat, eller varmrøkt ørret og philadelphiaost.

Fremover skal vi fokusere på å utvikle lunsjmenyene til pasientene mer, slik at vi får større variasjon. Vi er på jakt etter tidligere tiders oppskrifter og mat, for å hente opp den tradisjonsmaten som de fleste setter sånn pris på.

TIL KRAFTEN: Større kjøttstykker er rimeligere, samtidig som kjøkkenet har bein og rester til å koke kraft for supper og sauser.

Musikkterapi

Den følgende teksten er skrevet av musikkterapeut **Sunniva Kayser** til en antologien «Musikkterapi i praksis». Olaviken fagmagasin har fått tillatelse til å trykke teksten.

Musikkterapi ved Huntingtons sykdom

MUSIKKTERAPI I PRAKSIS

Alle artikler i denne antologien blir offentlig tilgjengelig på nettet, for dem som vil lese mer om musikkterapi.

Tom Næss og Even Ruud (red.) (2017). *Musikkterapi i praksis*. Skriftserie fra Senter for forskning i musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2017

SUNNIVA KAYSER er en av to musikkterapeuter ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Hun har master i musikkterapi fra Universitetet i Bergen, og arbeidet som musikkterapeut siden 2011. På Olaviken jobber hun spesielt mot mennesker med Huntingtons sykdom.

FØRSTE MØTET MED «KIM» foregår på avdelingskontoret hvor vi har tilgang til PC og Internett. Før timen har jeg fått vite at Kim har en interesse for rapmusikk og vi bruker største delen av timen på å se på og snakke omkring rapvideoer på You Tube.

Kim søker selv opp videoer og manøvrerer seg frem på pc. Kim har god kontroll på dette, dog er latenstiden merkbar. Han «rapper» med, dog med noe lav og monoton stemme og uklare uttale. Tempoet i sangene er relativt høyt, så jeg foreslår vi kan forsøke å synge en sang sammen, dette for å kartlegge om levende musikk som tilpasses mer til Kims eget tempo kan fremme en bedre uttale. Vi synger en sang som Kim har ytret ønske om å høre og han synger da aktivt med på store deler av teksten og har en langt bedre uttale. Kim forteller om sin interesse for rap og at han har rappet i 5-6 år. På spørsmål om han har skrevet egne rapper svarer han nei. Han forteller imidlertid at han har spilt trommer i band på ungdomsskolen og deltatt på Ungdommens kulturmønstring i 10. klasse. Med utgangspunkt i opplysninger om at Kim liker å skrive, oppfordrer jeg han til å forsøke å skrive ned ideer og eventuelt formulere en egen raptekst på sin egen pc. Kim virker motivert til dette og vil forsøke å jobbe med dette til neste gang.

Jeg rapporterer og informerer personale om dette og de tar videre ansvar for å oppfordre Kim til å skrive. Neste dag henvender Kim seg til meg og forteller at han begynt og skrevet på rapteksten.

Jeg vil i dette kapitlet fortelle om den individuelle musikkterapiprosessen med en utredningspasient ved Nevropsykiatrisk avdeling, Huntington ved NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus. Denne vignetten beskriver mitt første møte med «Kim» (anonymisert navn) og oppstarten på den individuelle musikkterapiprosessen som hadde en varighet på cirka 2 måneder frem til Kim ble utskrevet.

Pasienten skal tilbake til sin hjemkommune med en tverrfaglig rapport fra lege, sykepleier, psykolog, ergoterapeut og musikkterapeut.



SAMSPILL: Musikkterapeut Sunniva Kayser i aktivt samspill med pasient (pasienten på bildet er ikke samme person som omtales i artikkelen som «Kim»).

I tillegg til individuell musikkterapi 2-3 ganger i uken, deltok også Kim i musikkterapigrupper sammen med de andre Huntingtonpasientene på avdelingen.

I motsetning til de andre pasientene som har fastplass på avdelingen, var Kim her på ett utredningsopphold. Utredningsplassen er den eneste av sitt slag i Norge på spesialisthelsetjenestenivå og tilbyr opphold i 6-8 uker hvor et tverrfaglig behandlingsteam gir utredning i forhold til ADL-funksjon, ergoterapi, atferdsproblematikk, ernærings-situasjon, søvnproblematikk, kognitiv fungering, medikamentgjennomgang, somatisk undersøkelse og psykisk helsetilstand (NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, 2016). Kim skulle tilbake til sin hjemkommune med en tverrfaglig rapport fra lege, sykepleier, psykolog, ergoterapeut og musikkterapeut i kofferten. I denne rapporten ble både kartlegging av hans funksjoner, sykdomstilstand,

interesser og anbefalinger for videre behandlingsforløp beskrevet.

Kim var på det tidspunktet jeg møtte han, en 31 år gammel mann som hadde levd med diagnosen «Huntingtons sykdom» siden 2008. Sykdommen hadde han arvet fra sin mor. Både i forkant og etter diagnostisering slet Kim med depresjon og rusproblematikk. Han ble rusfri i 2011, men hadde fortsatt perioder hvor han følte seg deprimert og angstfull, mye på grunn av frykt for sykdommens utvikling. Han hadde også episoder med suicidal adferd. I rapporten fra institusjonen ble det beskrevet et behov for meningsfulle aktiviteter som kunne ta vekk noe av tankekjøret og fokuset rundt sykdommen og interesse for rapmusikk ble nevnt. Han pleide da å høre på rapmusikk via YouTube og rappe til sangene. I rapporten kom det også frem at Kim likte å skrive og at han jobbet en fortelling om sitt eget liv.

Jeg vil i dette kapitlet beskrive den musikkterapeutiske prosessen, da med hovedvekt på den individuelle oppfølgingen fra Kim kom til avdelingen og frem til han reiste hjem. Teksten vil bli illustrert med vignetter fra logg og rapporttekster som ble gjort underveis.

For å sette casebeskrivelsen inn i en klinisk kontekst, vil jeg først beskrive i korte trekk hva Huntingtons sykdom er. Beskrivelsen av Huntingtons sykdom er hentet fra heftet «Huntingtons sykdom» utgitt av Senter for Sjeldne Diagnoser (2011).

1. Hva er Huntingtons sykdom?

Huntingtons sykdom (heretter beskrevet som HS) er en arvelig, gradvis fremskridende hjernesykdom som skyldes en feil (mutasjon) i ett gen som sitter på kromosom 4. Det finnes til dags dato ingen helbredende behandling av sykdommen. Det er 50 % arvelighet og sykdommen nedarves fra den forelder som er bærer av genet. Sykdommen angriper sentrale deler av hjernen som basalgangliene og den prefrontale cortex. Sykdommen påvirker tenkning, følelser og motorikk. Det er vanlig å dele symptomene inn i 3 faktorer; motorisk, kognitiv og psykiske symptomer. Dersom mor eller far har HS, kan barnet velge å ta en presymptomatisk test etter fylte 18 år. Selve sykdommen rammer som regel i voksenalder og symptomene starter vanligvis når man er 30–55 år. Enkelte får symptomer før de er 30 år og bryter sykdommen ut før fylte 20 år kalles den «juvenil HS». Sykdommen utvikler seg gradvis over 15–25 år og inndeles vanligvis i 5 sykdomsfaser; tidlig fase, tidlig midtfase, sen midtfase, tidlig senfase og avansert senfase.

Foruten den pre symptomatiske testen, stilles diagnosen etter hvert som symptomene blir fremtredende. HS er en klinisk diagnose og baseres på en leges vurdering av pasientenes symptomer, funn ved nevrologisk undersøkelse og svar på gentest.

HS kan utarte seg forskjellig fra person til person og symptomene fremtrer ulikt hos den enkelte. Det som først legges merke til er ofte milde adferds- og personlighetsendringer som glemskhet, irritabilitet og redusert konsentrasjons- evne. Rykninger eller urolige bevegelser i ansikt, hender/ fingrer eller føttene kan også være tidlige symptomer. Mange venter lenge fra de første symptomene dukker opp til de oppsøker lege og får sykdommen diagnostisert. Et stort flertall av de med HS mener selv at sykdommen startet med ufrivillige bevegelser, mens pårørende og miljøet

Mennesker rammet av HS vil ofte være preget av en psykisk ustabilitet som kan gi utslag i depresjon, personlighetsendring, angst og uro.

rundt merket som regel atferdsendringene før bevegelsesforstyrrelsene ble synlige.

HS rammer som tidligere nevnt motorisk funksjon. Personen får ufrivillige bevegelser i ulike grad, også kalt «chorea» i armer, ben og ansikt, samt upresise frivillige bevegelser som gir redusert funksjon i hender samt redusert koordinasjon i gange og dårligere balanse. Språkevnene blir også gradvis svekket og det kan etter hvert være svært vanskelig å forstå hva personen sier.

På det kognitive planet gir sykdommen seg utslag i langsomme tenkning, økt latenstid, behov for faste rutiner og vansker med å fokusere på mer enn en ting av gangen. Ordforrådet reduseres og det blir vanskelig å finne riktig ord. Evnen til å tenke abstrakt blir kraftig redusert og personen trenger ofte å se hendelser og situasjoner avbildet for å gjenkjenne de. Å sette seg inn i andre sine følelser og tolke sosiale situasjoner blir også vanskeligere etter hvert som sykdommen trer frem. Å ikke lenger kunne vente er et vanlig adferdstrekk.

Mennesker rammet av HS vil ofte være preget av en psykisk ustabilitet som kan gi utslag i depresjon, personlighetsendring, angst og uro. Apati, irritabilitet, sinneutbrudd og sosial tilbaketrekning er også vanlig.

2. Historien om Kim: «BAD BOY»

Kim har i løpet av tre dager, skrevet en raptekst på cirka 5 vers om egne livsopplevelser. Rappen har fått navnet «Bad boy». Vi bruker timen til å sette opp teksten i verslinjer og Kim er aktivt med på dette. Han manøvrerer seg selv frem på pc, kopierer, klipper og limer, samt flytter om på setninger. Kim snakker fortsatt med lav og monoton stemme og har vansker med å få flyt i teksten. Han får i oppgave å lese teksten høyt for seg selv samt for personale for å bli trygg på teksten, samt for å øke stemmevolumet og gjøre teksten mer dynamisk. Personalet øver med pasient daglig og pasient blir mer og mer trygg på teksten og viser den stadig frem i stuen til begeistring for personale og medpasienter.

Det viser seg at oppfordringen om å skrive rap faller i god jord hos Kim. Han finner både motivasjon og glede i å utforme tekstene. Tekstene brukes også av personale som en inngangsport for samtale, både om hans tidligere livserfaringer, interesser, tanker og følelser. At Kim velger å vise frem teksten på avdelingen, kan vitne om at Kim kjenner på en følelse av stolthet gjennom at produktet fremmer anerkjennelse for hans identitet. Dette er aspekt som kan være viktig for å motarbeide hans stadig tilbakevendende nedstemthet, hans angst for at sykdommen overtar for hans personlighet og et behov for å få tankene over på andre ting enn sykdommen, som beskrevet i hans innkomstrapport. Etter denne timen utformer jeg følgende målsetting i rapporten:

«Psykisk: fokus på ressurser og interesse. Vise respekt for dette og oppfordre pasienten til å anvende sin kunnskap og interesse for rap til å skape et eget produkt. Sette fokus på intakte ressurser kontra degenererende evner (med

tanke på pasients egne utsagn om at han bare tenker på sykdommen).»

I tillegg til å jobbe med psykiske aspekter, brukes også rapproduksjonen til å jobbe med motoriske og kognitive aspekter. Jeg utformer følgende målsetninger i hans journal:

«Kognitivt: opprettholdelse av verbalspråk gjennom bruk av rap, både egen tekst og innspilte rapper fra YouTube.

Trene på uttale, samt klang, dynamikk og volum i stemme, stimulere til å bruke språket kreativt for å ivareta ordforråd. Gi pasienten oppgaver på data som skriving, klipping, kopiere og lim, opprette dokumenter og redigere tekst som krever flere handlinger og tankeprosesser samtidig.»

«Motorisk: Bruk av digitalt trommesett hvor pasienten må anvende håndflate, samt armene for å lage lyd på de ulike tastene. Både bevegelse og koordinasjon er involvert her.»

I musikkterapitimen i dag øver vi spesifikt på melodien på refrenget både i forhold til tonehøyde og dynamikk. Jeg utfordrer Kim til å synge refrenget så høyt han kan og han får da trening i forhold til stemmevolum og klang (jf. hans monotone og lave stemmevolum i verbal tale). Uttalen til Kim blir merkbart bedre når han synger og rapper, dette påpekes også av andre i personalgruppen (muntlig og i rapport).

Med bakgrunn i at Kim har spilt trommer tidligere, har jeg i dag med en Roland digital trommePad. Kim utforsker instrumentet lenge med begge hendene og vi improviserer på den sammen med forskjellige lyder. Kim smiler og ler og er tydelig engasjert. Han får også forsøke å rappe oppå en ferdiglaget beat.

Jeg skal nå på ferie i 3 uker og Kim får i oppgave å fortsette å øve på rappen samt lage en liten presentasjon av seg selv til huskonserten som planlegges en måned frem i tid.

2.1 «MARIANNE»

Jeg er tilbake fra ferie og personalet forteller at Kim på egen hånd har skrevet 3 nye rapper i løpet av denne tiden. Han har vært svært ivrig og stadig vist personalet hva han jobber med. En av rappene har han skrevet til datteren sin. Denne har han skrevet på engelsk, et språk han tydelig er komfortabel med, både muntlig og skriftlig. I denne teksten tar han oppgjør med sin fortid og beklager til datteren de tingene som har vært vanskelige. Kim forteller at han ønsker et melodisk tema også på denne. Når jeg spør om han har noen ideer om melodi begynner han å nynne med en klar og melodisk stemme. I etterkant forteller han at han har laget denne melodien selv og når jeg bemerker hans klare sangstemme, forteller Kim at han har sunget i kor som liten. Kim synger inn melodien på lydopptaker på mobiltelefonen sin og vi avtaler å øve inn melodien på piano dagen etter. Mens musikkterapeut har vært på ferie har Kim også vært ute og handlet inn diverse sceneantrekkeffekter som han skal anvende på den forekommende huskonserten. Dette er etter eget ønske. Han observeres stadig med effektene på seg.

«MARIANNE»

*My daughter I love u so much
I will protect u from all dangers in the world
You`re my precious diamond
We use to play with each other
2 one of us got tired and that`s me.*

*My hold world spins around u my little princess.
I will die for u Marianne.
2 keep u safe my little tinkler bell.
U bright up my sad life.
When u come in the door u see me standing there
U run in my arms and gives me a kiss
That feeling can`t be explained.*

*Daddy loves u so much, daddy loves u so much,
daddy loves u so much, daddy loves u so much*

*Your mum was amazing, but we got divorced
She`s my biggest sorrow in the world.
But daddy was hustling and made mummy sad.
Daddy was a playboy and made mummy very sad.
Daddy cheated on mummy, something daddy regrets.
But daddy was crazy that time and made a lot of people suffer.*

*She loves ice like me and looks like a princess.
She fulfill my life and got me 2 stop hustling and 2 stop with drugs.
Uand me princess for a lifetime
Daddy loves u over the moon*

*Daddy loves u so much, daddy loves u so much,
daddy loves u so much, daddy loves u so much*

*My feelings for you can't be explained
How much I love u, Marianne
And how I worship u
My little princess
U are my sunshine in my sad life*

Det faktum at Kim går rundt med sceneantrekkeffekter opplever jeg og flere av personale som ett tegn på at rap-produksjonen hjelper han i å holde fast ved sin egen identitet og personlighet. Samtidig bruker han tekstene for å bearbeide og sette ord på en del av de vanskelige aspektene som hans tidligere livstil og personlighet førte med seg. Dette ser ut til å bidra positivt i forhold til hans psykiske tilstand. Han smiler stadig mer, han deltar i det sosiale fellesskapet og hans tidligere selvdestruktive tilstand, med innslag av suicidal adferd er ikke tilstedeværende under hans opphold her.

I denne sammenheng er det imidlertid viktig å fremheve at musikkterapi er ett av flere tiltak som fremmer denne bedringen. Personalet på avdelingen har svært god erfaring og kunnskap med HS-sykdom og bruker denne kunnskapen i sin daglige samhandling med Kim og gjennom det tverrfaglige samarbeidet tilrettelegges det for gode miljøtiltak og aktiviteter.

2.2 HUSKONSERT

Kim har helt siden oppstart av musikkterapiforløpet kommet med ønske om å fremføre rappene han har laget for pasienter og personale. I samarbeid med avdelingen arrangerer vi derfor en huskonsert med personale og medpasienter til stede. To medpasienter fremfører også. Kim gjennomfører svært godt, han synger og rapper med tydeligere uttale og har lært seg teksten på den første sangen helt utenat. Fremføringen blir filmet på Kim sin mobiltelefon etter eget ønske og han er tydelig stolt av dette og legger videoene ut på Facebook hvor han får god feedback fra venner og bekjente.

En uke etter får Kim spille inn rappen til datteren i et studio som ligger i nærområdet. I forkant får studioteknikeren tilsendt melodi og tekst, og komponerer ut fra dette et arrangement innen hiphop-sjangeren. På innspillingsdagen starter vi med lytting av arrangement og Kim viser tydelig begeistring for dette. Tidlig i prosessen blir det tydelig at timing og rytmikk blir en utfordring, så vi bestemmer oss for å spille inn vokalen i korte sekvenser. Vi deler opp versene i en strofe av gangen, og spiller inn enkelte ord ved behov. Refrenget spilles inn som en duett med musikkterapeut.

Sangen blir mikset og brent på CD og Kim får ved utreise med seg eksemplarer som han kan gi både til datteren, familie og venner.

Huskonserten og studioinnspillingen ble på mange måter avslutningen for Kims opphold på Nevropsykiatrisk avdeling, Huntington. Han har gjennom oppholdet vært gjennom en prosess som forhåpentligvis vil gjøre han bedre rustet til å møte de utfordringene sykdommen fortsatt vil føre med seg.

Håpet er at de erfaringene han gjorde her, vil kunne bli en viktig påminner for han selv og de rundt han om hvem han er. Det vil være viktig i hans videre behandling å finne tiltak og strategier som ivaretar dette og forhåpentligvis kan raptekstene og innspillingen være ett av tiltakene.

Kim brukte oppholdet til å hoppe bukk over mange av de hindringene som HS sykdommen bringer med seg. Han lærte seg blant annet raptekstene helt utenat, noe som for en pasient med HS kan være særs krevende da den kognitive svikten sykdommen bringer med seg ofte gjør det vanskelig å huske og gjengi ny informasjon. Han utfordret seg selv på å gjøre ulike skapende prosesser samtidig; han laget melodi, tekst og skrev disse ned på pc. Han jobbet med å få sterkere stemme og en tydeligere uttale. Til tross for at han lever med en degenerativ sykdom, opplevde han en bedring. Om ikke permanent, så som en påminner for han selv og de rundt han om at man aldri må gi opp i å ivareta de funksjonene og ressursene som hver person med HS innehar.

Personalet på institusjonen i hans hjemkommune forstod viktigheten av å la Kim få fortsette med å skrive raptekster og har lagt til rette gjennom sine ressurser for at Kim har fått fortsette å lage og fremføre sine tekster. Like før jul fikk jeg denne mailen fra Kim:

Hei suniva. takk for at du fikk meg t å begynne å skrive. jeg sender med en julrap som kommer t bli sunget i generasjoner.. jeg vil igjen takke for et kjempebra opphold. Julhilsner fra Kim

rap jul

Jeg elske jul.å gi gave t dattera mi som blir kjempegla.vi elske julefølelsen..vi elske julehistorian å spise god mat.å vi elsker å få gaver. vi elske å se på tv om rudof. ref kom jul du store vi elske jula så elske vi julelys,julemusikk,ribba,familen våres,- gå i pysjen,alle er glade,at vi trives,god mat å drikke å gi gave t værandre.vi elske å se på tegnefilm å julekalendera.å få julekalender.hele jula e magisk for de små å stor ref kom jul du store vi elske jula . så elske vi å familie-tid,gi gaver t ungene våres,- god mat,stemningen,jule-middag,mandarin,jule-nisse,fargen rød,snø,pinnekjøtt,ribbe,pakker,- lukten av grantrø å nyvaska hus, fre å ro å være sammen å kunne være lammi værandre. Stillheta, gleden, forventinga, så elske vi å gå i kirka på julaften,å få julestrømpe, å sette opp adventslys å se på askepott på julaften og se på hovmesteren på lillejuledag ref kom jul du store vi elske jula

3. Det flerdimensjonale perspektivet

Hva vil jeg så frem til med å fortelle denne casen? Først og fremst ønsker jeg å fortelle om de muligheter som ligger i musikkterapi med HS-pasienter. Basert på egne kliniske erfaringer og tidligere forskning viser det seg nemlig å være et potensiale for bruk av musikkterapi i møte med denne pasientgruppen. I 2015 gjorde Bruggen van-Rufi & Roos ett litteratursøk for å se nærmere på effekten av musikkterapi for pasienter med HS. Mange av de artiklene de presenterer, viser til funn som gir samklang med erfaringene fra arbeidet med Kim. Blant annet viser tre ulike studier hvordan musikkterapeutisk oppfølging, da henholdsvis melodisk taleterapi, Rytmisk Auditiv Stimuli og improvisasjon, kan stimulere og ivareta taleevne, både ekspressiv tale og taleflyt (*Groche-Erdonmez, 1976; Thaut et.al, 1999*), samt øke kommunikasjon og samhandling med omgivelsene (*Davis & Magee, 2001*).

Hos Kim erfarte jeg og de andre på avdelingen også en positiv endring i under hans opphold på Huntington-avdelingen. Dette har enkelte forskningsprosjekter også vist tendenser til (*Hoskyns, 1982; Rainey Perry, 1983*). Rainey Perry (1983) ga over en periode på 8 måneder tilbud om musikkterapigruppe for 6-8 deltakere. I gruppen erfarte Rainey Perry at pasientene både viste evne til å opprettholde og forbedre sin evne til deltakelse, kommunikasjon, konsentrasjon, hukommelse, avspenning, bevegelse, selvtilit, selvtuttrykk og sosial interaksjon. Som beskrevet hos Kim, ble han mer og mer delaktig i interaksjon med personale og medpasienter, han virket til å få en forbedret selvtilit gjennom sine handlinger og episodene med suicidal adferd og depresjon var så å si fraværende.

Hvorvidt dokumenterte kliniske erfaringer og forskningsresultat har påvirket hvordan mennesker som arbeider med HS oppfatter mulighetene som ligger i musikkterapi, er uvisst. Imidlertid viser to kvalitative studier til at pasienter med HS oftest ble henvisst til musikkterapi på grunn av behov for å uttrykke seg emosjonelt samt opprettholdelse av kommunikative evner og sosiale relasjoner (*Davson, 2007; Bruggen van-Rufi, 2010*). Til orientering planlegger Bruggen van-Rufi en større RCT studie omkring effekten av musikkterapi på HS pasienter da med hovedvekt på helse relatert livskvalitet (*Bruggen van-Rufi & Roos, 2012*).

Selv om studiene som omtales har blitt gjennomført med få deltakere, peker de mot en mulig positiv effekt av musikkterapi, da spesielt mulighetene for økt sosial interaksjon og kommunikasjon med omgivelsene som igjen kan øke anerkjennelse og identitetsfølelse hos pasienten. Dette er funn som gir gjenklang også i forhold til den musikkterapeutiske prosessen med Kim. Gjennom Kim sin rap-produksjon jobbet vi med psykiske aspekter som bearbeiding av følelser, opplevelser og erfaringer. Vi jobbet med bevisstgjøring av egen identitet og synliggjøring av egne ressurser som kunne bidra til å motvirke nedstemthet og depressive symptomer.

På det kognitive planet jobbet vi med å fremkalle minner og tankeprosesser. Kim ble utfordret til å utføre flere handlinger samtidig. Gjennom å skrive raptekster jobbet han både med ordforråd, grammatikk og ordflyt, tre aspekt som svekkes etter hvert som HS-sykdommen trer frem. Motorisk ble Kim utfordret til å spille på trommepad og piano, samt manøvrere seg frem på pc, noe som setter krav til finmotorikk og koordinasjon.

Kjernen i min tekst er å formidle at man gjennom musikkterapeutisk arbeid ser ut til å kunne imøtekomme den flerdimensjonale sykdomsproblematikken som HS bringer med seg og jobbe på flere nivå samtidig. Dette har jeg sett flere eksempler på, også i møte med andre pasienter med HS. Å jobbe flerdimensjonalt i møte med pasienter med HS ser ut til å være en viktig nøkkel for å skape en god musikkterapeutisk prosess som kan integreres inn i den overordnede behandlingen av pasienten. Silke Jochims hevder at man i møte med mennesker nevrologiske sykdommer må være fleksibel nok til å bytte mellom hva hun benevner som «opplevelses-orienterte» og «treningsorienterte» tilnærminger. Dette er særs viktig for å imøtekomme og jobbe med pasientens endrede behov og øke deres livskvalitet (Jochims, 2004). Denne fleksible tilnærmingen kan også relateres til ressursorientert musikkterapi hvor viktigheten av å finne en balanse mellom å arbeide med ressurser og symptomer understrekes (Rolvjord, 2008). I det musikkterapeutiske arbeidet jobbet Kim og jeg med hans ressurser gjennom å fremdyrke hans interesse for og kunnskap om rapmusikk, samt hans evne til å skrive tekster. Samtidig kunne ikke de symptomene som HS- sykdommen brakte med seg, neglisjeres. Det ble viktig å finne en måte å jobbe med bevaring av hans intakte ressurser på tross av sykdomsutviklingen. Som musikkterapeut måtte jeg dermed adressere hans symptomer og bruke tilrettelagte øvelser som både tok hensyn til, men samtidig utfordret sykdomsutviklingen. Kim kunne dermed oppleve å få bruke sin interesse og samtidig motvirke noen av de problemene sykdommen brakte med seg.

Det viktigste aspektet i denne historien er imidlertid hvordan Kim aktivt brukte rap-produksjonen til å gjenvinne noe av sin identitet. Det er ikke uvanlig at personer som får en kronisk, degenerativ sykdom, slik som HS, går inn i en prosess hvor «syke-rollen» tilslutt tar over for personlighet og undertrykker personens personlighetstrekk. Denne prosessen beskrives blant annet av Talcot Parson i hans modell «the sick role» (Parson, 1951 i Lewis & Lubkin, 2002). Her beskrives en prosess hvor personen tilpasser seg

Sett fokus på intakte ressurser kontra degenererende evner.



«syke-rollen» på en slik måte at det blir hans nye identitet som undertrykker alle andre personlige trekk og ressurser. Personen bruker sykdommen for å trekke seg tilbake fra det sosiale liv og dette kan lede til en svært negativ utvikling hvor sykerollen blir en trussel for identiteten og selvbildet til en person. Som Wormnes & Manger (2005) hevder: «I det lange løp er disse rollene nedbrytende. Vi blir pasifiserte og unngår utfordringer som styrker vår opplevelse av mestring» (ibid, 2005, s.90).

Etter hvert som årene går forsvinner minnene om personens ressurser og personlighet for ham selv og omgivelsene. Personen begynner da å akseptere at han er «bare en pasient» som er avhengig av andre. Som beskrevet i innkomst-rapporten til Kim opplevde han at sykdommen stadig tok mer og mer over i hans liv og han opplevde både angst og nedstemthet som følge av dette. Det ble som tidligere nevnt beskrevet et ensidig tankejør rundt hva sykdommen ville bringe med seg, og dette ble oppfattet som en sterk trussel mot Kim sin livskvalitet og gjorde han deprimert og nedstemt, hadde ført til rusproblemer og til tider suicidal adferd. Det ble derfor viktig å finne aktiviteter hvor Kim kunne bli påminnet om sin identitet, sine ressurser og skape opplevelser av mestring for å «avdekke» hvem han var bak sin HS-

Kim brukte aktivt rap-produksjonen til å gjenvinne noe av sin identitet.

kunne fremføre og dokumentere sin rap-produksjonen, er mitt håp at Kim opplevde en aksept for sin egen identitet. Som musikkterapeut opplevde jeg det som min oppgave å bygge opp under den interessen Kim allerede hadde for rapmusikk og la han ta styringen i produksjonen. Dette gir gjenhør i forhold til den ressursorienterte musikkterapi-modellen hvor det å være sensitiv og anerkjenne hvordan klienten bruker musikk, ikke bare i terapi, men også i deres eget liv. Dette er, i følge Rolvsjord, en måte musikkterapeuten anerkjenner klientens egen kompetanse (ibid, 2008).

I forhold til Kim vil jeg tørre å hevde at det var han som hadde størst kunnskap og kompetanse omkring rapmusikk av alle som jobbet på Nevropsykiatrisk avdeling, Huntingtons ved NKS Olaviken.

diagnose. Samtidig måtte man, som nevnt ovenfor, ta hensyn til hans sykdomsutvikling og tilrettelegge for mestring på tross av de funksjonstapene han opplevde. På avdelingen viste han etter hvert flere og flere tegn på hvem han var og sanket anerkjennelse blant personale og medpasienter. En sterk relasjon mellom musikk og identitet er vist til både innenfor musikkterapi-disiplinen (eksempelvis Ruud, 1997;1998), i sosiologi (DeNora, 2000) og i personlighet- og sosialpsykologi (Rentfrow & McDonald, 2010). Som Ruud (1998) hevder:

Music empowers us: it gives us a psychological and cultural platform from which to make our own decisions on matters concerning our lives. When we are engaged in music, we feel we are "somebody" (s.62)

Gjennom sin rap-produksjon tror jeg at Kim følte at han var «noen», en noen som ikke nødvendigvis var knyttet opp mot å ha Huntingtons sykdom. Ved å få bekreftelse og anerkjennelse fra personalet, og å

REFERANSELISTE

- Bruggen, van-Rufi, M. (2010) *Multi-and interdisciplinary collaboration between the music therapist and other professionals in Huntington's patient care*. (Unpublished Master Thesis Zuyd University, Heerlen, The Netherlands)
- Bruggen, van-Rufi, M. & Ross, R. (2012) Music therapy as a method to improve the quality of life of patients with Huntington's Disease: preliminary findings. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. No.83. Nedlastet fra: http://jnnp.bmj.com/content/83/Suppl_1/A60.3, 26.02.15
- Bruggen, van-Rufi, M. & Roos, R. (2015) The effect of Music Therapy for Patients with Huntington's Disease: A systematic Literature Review. *Journal of Literature and Art Studies*, No. 5 (1), 30-40.
- Davis, G. & Magee, W. (2001) Clinical improvisation within neurological disease: Exploring the effect of structured clinical improvisation on the expressive and interactive responses of patient with Huntington's disease. I: *British Journal of Music Therapy*, No. 15 (2), 51-60
- Daveson, B (2007) Findings of an audit of music therapy referrals in a specialist in-patient setting for 16 patients with advancing Huntington's disease. *Australian Journal of Music Therapy*, No. 8, 2-19
- Davis, G. & Magee, W. (2001) Clinical improvisation within neurological disease: Exploring the effect of structured clinical improvisation on the expressive and interactive responses of patient with Huntington's disease. *British Journal of Music Therapy*, No. 15 (2), 51-60
- DeNora, T. (2000) *Music in Everyday Life*. New York:Cambridge University Press
- Grocke- Endormez, D. (1976). *The effect of music therapy in the treatment of Huntington's Chorea Patients*. Proceedings of the 2nd National Conference of the Australian Music Therapy Association Incorporated Melbourne, 58-64
- Hoskyns, S. (1982) Striking the right chord. *Nursing Mirror* no.2, 14-17
- Jochims, S. (2004) Music Therapy in the Area of conflict between functional and psychoterapeutic approach within the field of neurology/neurorehabilitation. I: *Nordic Journal of Music Therapy*, no.13 (2), 161-169
- Lewis, P.R. & Lubkin, I.M (2002) Illness Roles, in: Lubkin, I.M & Larsen, P.D (ed.) *Chronic Illness Impact and Interventions 5th edition*. Subury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers
- Magee, W. (1995a) Case studies in Huntington's disease: Music Therapy assessment and treatment in the early to advanced stages. *British Journal of Music Therapy*, 9 (2), 13-19
- Magee, W. (1995b) Music Therapy as part of assessment and treatment for people living with Huntington's disease, in: C.Lee (ed.) *Proceedings of the International Conference Music Therapy in Palliative Care*. Oxford: Sobell Publications
- NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus (2016) Nedlastet fra: <http://www.olaviken.no/default.asp?k=3&id=13&aid=557>, 25.02.15
- Rainey, Perry, M. (1983) *Music Therapy in the care of Huntington's disease patients*. The Australian Music Therapy Association Bulletin 6(4). 2-11
- Rentfrow, P.J., & McDonald, A. (2010) Preference, personality and emotion, in: Juslin, P.N. & Sloboda, J.A.(ed.) *Handbook of Music and Emotion. Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press
- Rolvsjord, R. (2008) En ressursorientert musikkterapi, in: Trondalen, G. & Ruud, E. (ed) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse*. Oslo: Unipub
- Ruud, E. (1997) *Musikk og Identitet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ruud, E. (1998) *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture* Gilsum NH: Barcelona Publishers
- Senter for Sjeldne Diagnoser (2011) *Huntingtons sykdom*, Oslo Universitetssykehus
- Thaut, M.H., Miltner, R., Lange, H.W., Hurt, C.P. & Hoemberg, V. (1999). Velocity modulation and rhythmic synchronization of gait in Huntington's disease. *Movement Disorders*, no. 14 (5), p. 808-819
- Wormnes, B & Manger, T. (2005) *Motivasjon og Mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget

Behandlingsplattform

Olavikens behandlere og miljøpersonale har det siste året brukt mye tid på å definere det som er vår felles utrednings- og behandlingsplattform. Vi ønsker å trekke i samme retning, og vet at en felles forståelse av «hvor vi skal» vil bidra til mer effektivt samarbeid og kommunikasjon internt, og ikke minst med pasienten og de som er rundt pasienten.

Felles utrednings- og behandlingsplattform for behandlere og miljøpersonale

Vår plattform for utredning og behandling er en personsentrert og ressursorientert tilnærming til pasienter og deres pårørende og omsorgsgivere, som bygger på en biopsykososal forståelse av pasientenes helse og helserelaterte utfordringer.

Personsentrert tilnærming

kan forstås som et bredt verdigrunnlag, som understreker den verdi som tildeles et menneske av andre i sosiale relasjoner, og som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. I vår sammenheng vil personsentrert tilnærming innebære et helhetlig perspektiv på den enkeltes behov og preferanser, og inkluderer verdier, interesser, sosiale relasjoner, miljø og kultur som sentrale aspekter i utrednings- og behandlingsprosessen.

Biopsykososal forståelse

Ut fra en biopsykososal forståelse, ses pasientens plager, symptomer og funksjonssvikt ikke bare som en følge av kroppslige eller organiske forandringer, men også i lys av den enkeltes personlighet, helseatferd, relasjoner til andre og livssituasjon.

Mens strukturerte utrednings- og behandlingsforløp sikrer like tjenester og skaper trygghet og forutsigbarhet for pasientene, bør behandlingsmål og intervensjoner eller tiltak innenfor standardiserte forløp tilpasses og utformes ut fra forståelsen av og interessen for pasienten som unik person og det som er betydningsfylt for pasienten.

Mål for behandling

I utgangspunktet skal behandlingen bidra til økt mestring av helserelaterte plager og utfordringer i livssituasjon for pasienten og omsorgsgivere.

Dette vil si at behandlingsressursene i størst mulig grad fokuserer på å gi pasienten og omsorgsgivere – som kan være pårørende eller behandlere i andre nivåer av helsetjenestene – verktøy som hjelper dem videre. Samtidig må vi unngå å gjøre for pasientene eller deres andre hjelpere det de kan gjøre selv. Noen av våre pasienter er likevel så svekket av alderdommen og sine helseplager at en aktiv mestring ikke er et realistisk mål for behandlingen. Et aktuelt mål kan likevel være at behandlingen bidrar til økt verdighet, og dermed også bedre livskvalitet, for pasienten og deres omsorgsgivere og hjelpere.

Mer om behandlingen

I behandlingen gis det plass for en rekke metodiske tilnærmeringer ut fra pasientens behov. Prinsipper fra kognitiv terapi og adferdsterapi danner en felles teoretisk forankring for samtaleterapi, miljøterapi og veiledning gjennom hele behandlingsforløpet, for å øke pasientens mestringsevne, motvirke passivitet og forandre uhen-siktssmessige atferdsmønstre. Bruken bør være fundert i Gundersons fem miljøterapeutiske variabler. Ved utfordrende adferd eller pasienter med lavt funksjonsnivå kan kognitiv adferdsterapi brukes som veiledningsmetode for å strukturere tilnærmingen og finne gode og hensiktsmessige tiltak.

LES MER Se dokumentet: *FUB – felles utredning- og behandlingsplattform*
www.olaviken.no



Foto: Bent René Synnevåg

Brukermedvirkning

Brukerundersøkelser til kunnskap og forbedring.

– Din erfaring er viktig

Vi ønsker å lytte til våre pasienter og pasientenes pårørende for å kunne gi best mulig behandling og ikke minst på best mulig måte informere om utredning, diagnose og behandling på en god måte. Hvordan har du opplevd kontakten med Olaviken? Hva var bra – og hva kan bli bedre?

Både på poliklinikken og i sykehuset ønsker vi å høre pasienter og pårørende sin mening om behandlingen og oppholdet. Å bli syk er alltid vanskelig, og vi vet at måten den syke og pårørende blir møtt på, har mye å si i en krevende situasjon for alle. Derfor har vi lagt til rette for at pasienter og pårørende svarer på et enkelt spørreskjema der fokus er hvor fornøyd du som pasient eller pårørende er med behandlingen, involvering, kommunikasjon og andre ting som er viktig for deg.

Hvordan delta

Både på sykehuset og på poliklinikken skal du som pasient eller pårørende bli bedt om å delta i undersøkelsen. Dersom du ikke har hørt noe – kontakt din behandler eller merkantilt personale for å få skjemaet. Skjemaene er utviklet av Kunnskapssenteret og tilpasset NKS Olaviken. Spørreskjemaene er anonyme. Når vi har fått tilstrekkelig mange svar vil vi publisere resultatene på nettsiden vår.

Resultatene fra undersøkelsen blir jevnlig tatt opp og behandlet i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved Olaviken, for at vi hele tiden kan justere kursen og bli bedre.



VIKTIG: Gi oss din mening og dine erfaringer, oppfordrer psykologspesialist Minna Hynninen.

Privat ideelt sykehus eid av Bergen sanitetsforening, driftsavtale med Helse Vest

POLIKLINIKK (BERGEN)

Poliklinikkleder:
Psykiater Erik Rønneberg Hauge
Generell alderspsykiatri,
hukommelsesklinikk,
Huntingtonklinikk

SYKEHUSET (ASKØY)

DØGNPOSTER
Klinikkleder:
Psykologspesialist
Minna Hynninen
(konstituert 7.11.16-30.4.17)

Psykologspesialist
Sindre Angeltvedt (fra 1.5.17)

Assisterende
klinikkleder:
Spesialsykepleier
Kathe Elise Skagen

Avdelingsoverlege:
Psykiater Elena Selvåg

POST 1
Allmennpsykiatriske
problemstillinger
Åpen post.
Antall plasser: 6

POST 2 OG 3
Demens og utfordrende
adferd. Lukkede poster.
Antall plasser: 14

NEVROPSYKIATRISK
AVDELING
Huntington sykdom.
Antall plasser: 1

SPELIALSYKEHJEM
Huntington sykdom
Avdelingsleder:
Spesialsykepleier Nina Langøy
Antall plasser: 9

SYKEHUSETS LEDELSE

Direktør: Frode Wikne
Styreleder: Ivar Ådlandsvik

I Olaviken på Askøy har Bergen Sanitetsforening drevet virksomhet rettet mot svake grupper i samfunnet i 90 år. De siste 50 årene har personer med demenslidelser vært en viktig del av denne virksomheten.

VIKTIGSTE MÅLGRUPPER

- Pasienter med demens og tilleggssymptomer som angst, depresjon, psykose og vesentlig omfang av adferdssymptomer
- Pasienter med uavklart demensdiagnose som er vanskelig å utrede innen kommunehelsetjenesten
- Pasienter med psykiatrisk lidelse med debut etter 65 år (affektive lidelser, angstlidelser, psykoser, suicidalitet)
- Pasienter med hjerneorganiske lidelser med alvorlig forvirring (delir)
- Pasienter med nevrodegenerative lidelser med kognitiv svikt og/eller psykiatriske symptomer (eks. Huntington)

Hva betyr det egentlig?

EN ORDLISTE FOR DEG SOM ER NY I HELSEVESENET ELLER PSYKIATRIEN

DIPS

Elektronisk pasient- og journalsystem som brukes ved NKS Olaviken og mange andre sykehus i Norge. Innskriving av pasienter, rutiner, medisinsk registrering av diagnoser, sentralbord – og poliklinikkrutiner, skriving av journaler og epikriser – alt går gjennom DIPS.

DPS – DISTRIKTSPSYKIATRISK SENTER

DPS eller psykiatrisk senter er grunnsteinen i annenlinjetjenesten (spesialisttjenesten) innen psykisk helsevern. DPS er definert som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern. DPS består av ulike type tilbud og tjenester: Dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester. Alle landets innbyggere omfattes i dag av et DPS. Enkelte steder er DPS samlokalisert med sentraliserte sykehusavdelinger.

EPIKRIS

En kort, sammenfattende rapport om årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, f.eks. etter et sykehusopphold. Epikrisen sendes til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, for pasientene på Olaviken er det normalt fastlege eller personell på sykehjem.

HELSE VEST RHF

Se Regionale Helseforetak

HELSEFORETAK

En statlig virksomhets om yter spesialisthelsetjeneste, forskning og undervisning. Ta eksempelet Helse Bergen HF. Helse Bergen HF det juridiske navnet, men i dagligtale sier vi ofte Haukeland universitetssykehus, som inkluderer pasientbehandling på Haukeland og flere andre steder (Sandviken, Voss sjukehus, Kysthospitalet Hagavik m.v).

PAM – PSYKIATRISK AKUTTMOTTAK

Psykiatrisk akuttmottak (PAM) gir akutt psykiatrisk hjelp til personer over 18 år. Tilbudet består av akutt allmennpsykiatrisk vurdering, diagnostisering, behandling og pleie. Oppholdet i PAM er av kort varighet (1 til 5 dager). Etter et opphold i PAM blir pasienten overført til andre sykehusavdelinger eller utskrevet med oppfølging fra et distriktspsykiatrisk senter eller fra kommunehelsetjenesten. PAM tar imot både pasienter som frivillig ønsker behandling og pasienter som er underlagt tvungen psykisk helsevern. NKS Olaviken samarbeider tett med PAM og får pasienter overført fra PAM.

PRIMÆRHELSETJENESTE

Helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet/kommunene i det daglige. Består av allmennpraktiserende leger (fastleger og andre), hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, annet helsepersonell som kiropraktorer, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.

PSYKIATER

En lege (overlege) med spesialitet (videreutdanning og relevant arbeidserfaring) innen psykiatri. Psykiateren forsøker å forstå, utrede, behandle eller forebygge psykiske lidelser. Psykiateren vektlegger både biologiske, psykologiske og sosiale aspekter ved psykisk lidelse.

PSYKOFARMIKA

Legemiddel/medisiner som brukes ved psykiske lidelser. Kan deles i fire grupper: Beroligende/angstdempende midler; midler mot søvnløshet; midler mot depresjoner; midler mot psykoser og schizofreni

PSYKOLOG

Har studert psykologi på universitetet, profesjonsstudium i seks år. Psykologene og legene er det to gruppene som har formell kompetanse til å utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser hos mennesker i Norge.

PSYKOLOGSPESIALIST

Psykolog som etter studiene spesialisert seg innen et fagområde (for eksempel eldre, voksne, nevropsykologi).

REGIONALE HELSEFORETAK

Et regionalt helseforetak (RHF) er en virksomhet som er eid av den norske stat og som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i en region. Viktige oppgaver er å styre, kontrollere og koordinere de lokale helseforetakene (som for eksempel Helse Vest), DPS-er, ambulanse, nødmeldingstjeneste, apotek og laboratorier, koordinere felles oppgaver som utdanning av helsepersonell, forskning, opplæring og informasjon pasienter, pårørende og befolkningen generelt.

SPELIALISTHELSETJENESTE

Sykehus, DPS-er, avtalespesialister og ambulansetjenesten, samt rusomsorg. Spesialisthelsetjenesten skal ta seg av problemstillinger som ikke like godt kan løses i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er delt inn i fire regioner som styres av hvert sitt regionale helseforetak.

OLAVIKEN-KONFERANSEN 2017

Et overordnet tema for årets konferanse er «Den sårbare hjernen». Plenumsforedrag og kortere innlegg i parallellsesjoner vil belyse ulike sider ved aldersrelaterte og degenerative endringer som kan gjøre hjernen mer sårbar, og føre til en rekke kognitive, psykologiske og atferdsmessige symptomer.

«Den sårbare hjernen»

18. – 19. oktober, Scandic Bergen City



Vi vil tematisere blant annet akutt forvirring hos eldre (delir), demens ved Lewy-legemer, samt hjernesykdommer som frontotemporal demens og Huntingtons sykdom som påvirker eksekutive funksjoner. I praksisorienterte workshoper blir det satt fokus på tema som mestring av utfordrende atferd og aggresjon, bruk av tvang, behandling av søvnvansker, og utredning av fremmedkulturelle.

Olaviken-konferansen er et tverrfaglig møtested for fagfolk med erfaring fra eller interesse for feltet. Konferansen er aktuell for leger, psykologer, sykepleiere og annen helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger blant eldre i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Konferansen søkes godkjent hos Norsk Sykepleierforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Legeforeningen, Psykologforeningen og Fagforbundet.

For mer informasjon, ta kontakt med Minna Hynninen eller Anne Sørvig, tlf. 56 15 10 00.

Påmelding starter medio juni via link på olaviken.no

Er du...

- lege som skal henvise pasient?
- pårørende eller pasient som vil vite mer?
- interessert i å jobbe i med alderspsykiatri i dedikert fagmiljø?

NKS Olaviken
alderspsykiatriske sykehus
Askvegen 150
5306 Erdal
Tlf. 56 15 10 00
olaviken@olaviken.no