

Olaviken



Pakkeforløp – også i alders- psykiatri

SIDE 14

Eldre og akutt-
psykiatri

SIDE 6



Pasientens helsetjeneste

Pasienten inn eller spesialisten ut – ambulante tjenester som svar på flere fremtidige utfordringer innen alderspsykiatrien?

NKS Olaviken mener svaret på spørsmålet over er ja. Som del av strategi- og handlingsplan 2017-2020 øker behandlerressursene våre for å kunne utvikle og i større grad tilby ambulante tjenester fremover.

På tross av et økende antall eldre ser vi ikke at døgnplassdekningen innen vårt fagområde vil øke. Det er av ulike begrunnelser viktig å legge om arbeidsformen og tjenesteprofilen, også innen alderspsykiatrien, for å svare ut de utfordringer som allerede i dag skaper press på spesialist- og kommunehelsetjenesten og som og er knyttet mot å oppfylle sentrale styresmaktens overordnede visjon.

I NKS Olaviken jobber vi med, i økende grad å flytte vår spesialistkompetanse ut mot pasienten, heller enn å legge denne inn i spesialistsengen. Våre 21 senger må fremover i enda sterkere grad prioriteres mot de «rette» pasientene – pasienter som ikke lar seg hjelpe innen kommunens rammer.

Vi har allerede i dag positive erfaringer med å utrede og behandle pasienten under psykisk helsevernloven i sykehjemmet, heller å flytte en multimorbid eldre pasient fra trygge omgivelser til nye ukjente – for å gjøre samme jobben. Flytter vi vedtaksføre spesialister ut til kommunen, vil gevinster kunne være flere:

- Redusere den eldre urolige/forvirrede og somatisk dårlige pasients belastning ved å unngå flytting, ofte via psykiatrisk akuttmottak til Olaviken.
- Øke muligheten for god veiledning til tilsynslege og annet kommunalt personale gjennom samhandling «rundt» pasienten.
- Redusere økende press på våre få (21) døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.



Vi ser at den ambulante tjenesten kan skje både i form av frivillig samtykke og gjennom tvungent psykisk helsevern uten døgn dersom kriteriene for bruk av tvang er innfridd, og pasientensyn tilsier at en bør unngå å flytte pasienten.

Økt satsing på ambulante tjenester er et viktig bidrag under målet om å utvikle «pasientens helsetjeneste».


Frode Wikne
Direktør



Innhold

Atferdsaktivering ved depresjon	4
Eldre og akuttpsykiatri	6
Møter eldrebølgen sammen	7
Terapihunder i spesialisthelsetjenesten	8
Eldres bruk av alkohol og vanedannende legemidler	10
Psykisk helsevern i sykehjemmene	12
Pakkeforløp – også i alderspsykiatri	14
NorKog: Hvilken nytteverdi har medisinske kvalitetsregistre?	16
Forskning	18
Intern forbedring	22
OLA-SKOLEN Kompetanseheving til flere	24

Olaviken
FAGMAGASIN

Ansvarlig redaktør: Frode Wikne
Redaksjonsnemnd: Ledergruppen
Foto: NKS Olaviken / iStock
Design og grafisk produksjon: Bodoni As

Utredning og behandling

Depresjon er en hyppig forekommende psykisk lidelse. Undersøkelser gjennomgått av Folkehelseinstituttet (2011) viser at for befolkningen over 65 år i Norge kan ca 4–8 % ha en alvorlig depresjon, mens ca 25–35 % kan ha depressive plager. Dette gjør at depresjon en sykdomstilstand som koster mye for den som er syk, pårørende og for samfunnet.



Hos eldre over 65 år, ser det ut til at kroppslig sykdom har en innvirkning på depressive symptomer. Fysisk inaktivitet, tap av sosialt nettverk og røyking er blant negative livsstilsfaktorer som har betydning for forekomsten av depresjon hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2014). Det er kjent at ensomhet, økt isolasjon, mangel på initiativ til å oppsøke andre kan være konsekvenser ved depresjon. Dette er faktorer som også er forbundet med redusert livskvalitet.

I følge Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009) blir det anslått at så mange som tre firedeler av personer med depresjon ikke får behandling. De som får behandling får hovedsakelig medikamentell behandling. For eldre anbefales samme type behandling som yngre, og det bør også være tilgjengelig på alle typer psykologiske intervensjoner også for de eldre. Eldre kan oppleve hyppigere bivirkninger av medikamentell behandling enn yngre og det

er også en reell fare for medikamentinteraksjoner da eldre ofte bruker flere medisiner enn yngre. Det er derfor behov for å finne ikke-medikamentelle behandlingsformer for depresjon som kan tilbys og være anvendbare også for eldre. I nevnte retningslinjer anbefales det videre å øke antall gjøremål med fokus på aktiviteter som gir en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse. Atferdsterapi med fokus på målrettet aktivisering er også blant anbefalingene for behandling av depresjon.

Atferd som øker engasjement

Atferdsaktivering (Lejuez et al 2011) er en standardisert og kortvarig behandling for depresjon, som har som mål å aktivere pasientene slik at de øker tilfredsstillende erfaringer i livet sitt. Det er enkle teknikker som benyttes. Teknikkene brukes for å øke ønsket aktivitet og engasjement i eget liv. Atferdsaktivering fokuserer i tillegg på prosesser som kan hemme aktivitet og engasjement, slik som unngåelsesatferd

og flukt. Atferdsaktivering baserer seg på premisset om at sårbare personer har utfordringer som reduserer evnen til å oppleve positive belønninger fra omgivelsene, noe som kan føre til symptomer på depresjon. For å lindre depresjon trenger pasientene hjelp til å engasjere seg i atferd som vil være positiv eller produktiv, eller som vil forbedre livssituasjonen på en slik måte at en oppnår større belønninger. Øktene i atferdsaktivering er handlingsorienterte og løsningsorienterte.

I begynnelsen av behandlingen kartlegger behandleren pasientens aktivitetsnivå, mål og verdier. Det neste steget er strukturert og målrettet planlegging av aktiviteter. Målet er å få pasienten til å gjøre noe annerledes, men som samtidig er i tråd med deres verdier og mål. I stedet for å handle i tråd med depressiv stemningsleie, som ofte innebærer tilbaketrekking, passivitet og isolasjon, skal pasienten motiveres til å gradvis handle mer i tråd med en plan som er laget på grunnlag av pasientens egne mål og verdier. Selv om det er krevende til å begynne med, er tanken at på sikt vil den nye måten å handle på øke mestringsopplevelsen og redusere depressive følelser.

Behandling for eldre med kognitiv svikt

Polenick og Flora (2013) har sett på studier hvor man har anvendt atferdsaktivering for depresjon hos eldre, også hos personer med kognitiv svikt. De oppsummerer med at atferdsaktivering er en effektiv behandling for denne gruppen, fordi den er lett å forstå, den er kostnadseffektiv og det kreves minimal opplæring av dem som skal gi behandlingen. De skriver at metoden kan brukes av eldre med depresjon og også samtidig kognitiv svikt og/eller angst. De skriver ikke noe om grad av kognitiv svikt, men en kan tenke seg at dess større kognitiv svikt – jo mer støtte og hjelp vil pasienten trenge for å følge manualen for atferdsaktivering. Videre påpeker de at få av studiene som har vært gjort har fokus på registrering og måling av aktiviteter og at fremtidige studier bør inkludere dette for å belyse om aktivitetsregistreringen bidrar til effekt.

Vi ser at det er behov for en standardisert, enkel og kostnadseffektiv behandlingsmetode for depresjon for pasienter innlagt i alderspsykiatrisk avdeling. Dette er en gruppe som i mange tilfeller har redusert sosialt nettverk, redusert aktivitet, og flere har kognitiv svikt. Vi ønsker å undersøke om atferdsaktivering er en anvendbar behandlingsform for pasienter innlagt i alderspsykiatrisk avdeling på grunn av depressive plager, og om behandlingen gir effekt i form av reduksjon av depressive symptomer, økt ønsket aktivitet og bedret livskvalitet.

I forbindelse med et mastergradsprosjekt, vil en på NKS Olaviken prøve ut denne metoden i den alderspsykiatriske posten gjennom en pilotstudie. Pasienter som dette kan

være aktuelt for vil få et tilbud om å delta i prosjektet. All deltakelse er frivillig og pasientene kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke seg fra prosjektet om de ønsker det.

Fokus på brukermedvirkning

Ved å delta i prosjektet, vil pasientene få en kartlegging av depressive symptomer, kognitiv svikt, livskvalitet og aktivitetsnivå før og etter innføring av metoden. Selve behandlingen består av 10 økter med fokus på aktivitetsplanlegging. Øktene gjennomføres sammen med en av sykepleierne på posten. Pasientene skal også underveis drive med registrering av egen fysisk- og sosial aktivitet. Gjennom denne egenregistreringen kan pasienten få en bevissthet i forhold til faktisk aktivitetsnivå og det kartlegges også hvilken betydning de ulike aktivitetene har for pasienten. Ut ifra denne kartleggingen kan vi bistå pasienten med videre planlegging av aktiviteter og hjelpe til med å rydde av veien praktiske hindringer. Pasienten vil også kunne bli bevisst hva som gjør at de unngår å gjennomføre aktiviteter og hva som skal til for faktisk å gjennomføre. Pasienten er aktiv i hele prosessen, og vil dermed få et eierforhold til bedringsprosessen og brukermedvirkning er sterkt i fokus. Metodens praktiske tilnærming til å øke fysisk og sosial aktivitet, for dermed å redusere depressive symptomer, vil i mindre grad enn tradisjonell samtalebehandling utfordre pasientens kognitive fungering.

Våre intensjoner er at ved å tilby atferdsaktivering som behandlingsmetode for depresjon, kan vi gi pasientene en metode med enkle verktøy som kan bidra til å redusere depressive symptomer og øke aktivitetsnivået. Dette vil igjen kunne bidra til bedre livskvalitet.

REFERANSER

Engedal, K. & Bjørkløf, G.H. (2014). Depresjon hos eldre – psykologisk og biologisk forståelse og behandling. Stavanger: Hertervig Forlag.

Helsedirektoratet. (2009) Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561). Oslo: Helsedirektoratet.

Lejuez, C.W., Hopoko, D.R., Daughters, S.B., & Pagoto, S.L. (2011) Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. Behavior Modification, 35(2), s. 111-161. Doi: 10.1177/0145445510390929

Polenick, C. A., & Flora, S.R. (2013) Behavioral Activation for Depression in Older Adults: Theoretical and Practical Considerations. The Behavior Analyst, 2013 Spring; 36 (1): 35-55.



ELSE WILHELMSEN

Fagansvarlig sykepleier

Samarbeid

Demens og akutt innleggelse i psykisk helsevern skaper utfordringer på grunn av økt belastning for pasienten. Rask overføring til alderspsykiatrien er derfor viktig.

Eldre og akutt-psykiatri

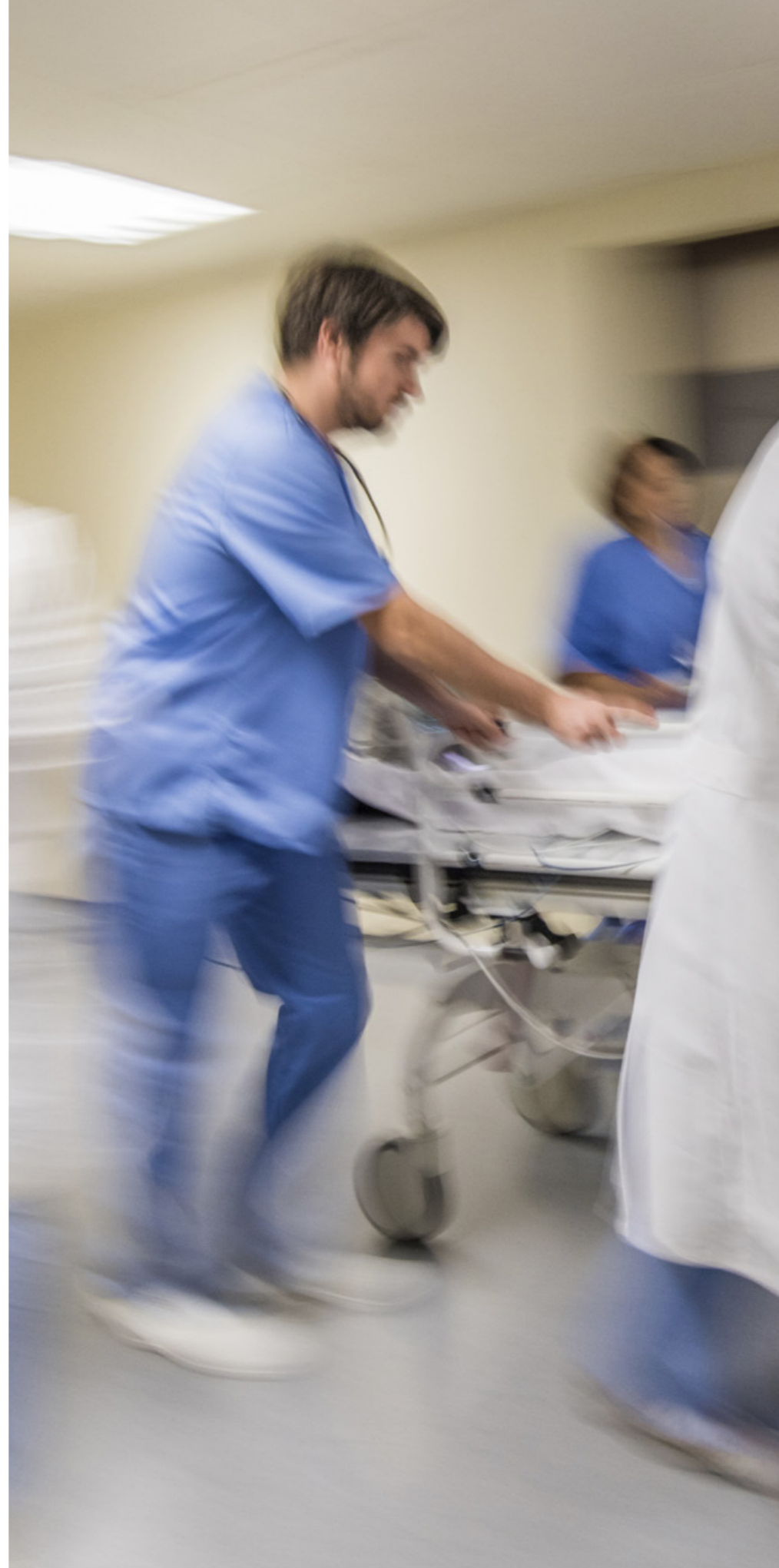
Demens betraktes som en neurologisk degenerativ lidelse som primært ikke omfattes av psykisk helsevernloven. I utgangspunktet vil pasienter med demens som trenger økt ivaretagelse bli ivaretatt i kommunen, gjennom økt omsorg slik som sykehjem. En del pasienter utvikler imidlertid andre psykiske symptomer i tillegg til demenslidelsen. Pasienter som lider av demens og i tillegg opplever sterk agitasjon, angst, depresjon, hallusinasjoner eller utfordrende atferd, kan ha behov for behandling under psykisk helsevernloven. Det samme gjelder pasienter hvor det er vanskelig å komme frem til riktig diagnose. For et mindretall av disse pasientene forverres tilstanden så raskt og situasjonen blir så prekær at det er behov for akutt innleggelse i psykisk helsevern. Siden det ikke er vanlig å ha akutt plasser i alderspsykiatrien, følger disse pasientene samme løp som andre pasientgrupper i behov for akuttinnleggelse.

For disse pasientene så kan demenssykdommen gi noen spesielle utfordringer når de skal behandles på ett psykiatrisk akuttmottak, eller i psykiatrien ellers. De er gjerne mer sårbare for endringer, lider av flere sykdommer samtidig, er mer forvirret og kan i mindre grad samtykke til behandlingen de får. Dette medfører økt belastning og vanskeligere forhold for dem i ett akuttmottak, og det er derfor viktig at disse pasientene kommer videre til alderspsykiatrien så raskt som mulig.

NKS OLAVIKENS ROLLE FOR PASIENTER MED DEMENS SOM BLIR AKUTT INNLAGT

NKS Olaviken har avtale med Haukeland Universitetssykehus og Psykiatrisk Akuttmottak om å prioritere akuttinnlagte pasienter med alderspsykiatriske problemstillinger. Gjelder følgende pasientgrupper:

- Pasienter med demens og tilleggssymptomer som angst, depresjon, psykose eller vesentlig omfang av avvikende atferd.
- Pasienter med uavklart kognitiv svikt eller demensdiagnose som er vanskelig å utrede innen kommunehelsetjenesten.
- Pasienter med psykiske lidelser som oppstår etter fylte 65 år.
- Pasienter over 65 år med kjente psykiske lidelser hvor det ikke er etablert en behandlingskontakt i psykisk helsevern.
- Pasienter med neurodegenerative lidelser med kognitiv svikt og/eller psykiatriske symptomer (f. eks. Huntingtons sykdom eller Parkinsons sykdom).



Samarbeid

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus inngikk høsten 2018 avtale om å etablere felles eldremedisinsk spesialistsenter, herunder samlokalisering av to poliklinikker og en langsiktig samarbeidavtale.

Møter eldrebølgen sammen



Avtalen er inngått for å videreutvikle tjenestene til eldre pasienter innen felles opptaksområde. De to poliklinikkene innen henholdsvis alderspsykiatri og geriatri dekker 24 kommuner og er enige om å utnytte hverandres kompetanse til beste for den enkelte pasient. Alderspsykiatri og geriatri er to fagområder innen spesialisthelsetjenesten som grenser tett mot hverandre, dette hva gjelder den enkelte eldre pasients ofte komplekse sykdomsbilde og følgende behov for begge spesialiteters kompetanse ift utredning og behandling. Samarbeidet vil slik kunne gi et bredere tilbud for utredning og behandling av felles målgrupper.

Seksjonsoverlege
Paal Naalsund, HDS,
og klinikkleder
Minna Hynninen,
NKS Olaviken.

SAMARBEIDSAVTALENS FORMÅL ER BLANT ANNET

Utvikling av tjenester i tråd med overordnede styringssignaler som «Pasientens helsetjeneste»,- flere spesialiteter i fysisk nærhet kan gi bedre og bredere konsultasjonstjenester, redusere ventetid, unngå unødig reise til flere spesialistinstanser, øke pasientsikkerheten mv.

- Redusere unødig variasjon i tilbud og ventetid innen regionen/opptaksområdet gjennom bl.a. bedre samlet kapasitetsutnyttelse, økt kommunikasjon rundt ulike henvisninger mv.
- Kvalitetsutvikling av tjenesten gjennom kompetanse-/fagutvikling på tvers av spesialitetene.
- Økt mulighet for praksisnær forskning og ulike samhandlingsmodeller – mellom spesialitetene og mot kommuner i felles opptaksområde.
- Koordinering av ambulante tjenester – elektive og akutte.
- Felles opplæringstilbud til kommunalt personale, pasienter og pårørende.

Utredning og behandling

TERAPIHUNDER I SPESIALISTHELSETJENESTEN:

Positiv aktivitet eller terapeutisk intervensjon?

Florence Nightingale skrev i 1860: «at en liten hund kan bringe trøst og vennskap til syke, særlig de med kroniske lidelser». I dag er systematiske tiltak med dyr for å bedre menneskers livskvalitet, samlet under paraplybetegnelsen: Dyreassisterte intervensjoner.

Økt fokus på forskning og dokumentasjon

Nå er det 150 år siden verdens meste berømte sykepleier uttalte at en hund kan være til trøst og glede for syke mennesker. I vår tid er bruk av dyr i helse- og omsorgssektoren økende. Forskning på dyreassisterte intervensjoner er også i vekst. Vi begynner etter hvert å få god vitenskapelig dokumentasjon på de mange positive effektene av tiltak med dyr. I Sverige pågår et forskningsprosjekt om terapihunden Livia, som arbeider med alvorlig syke barn. Prosjektet har så langt dokumentert at ikke bare hjelper terapihunden de syke barna og deres pårørende til å takle påkjenningene de gjennomgår, men terapihunden letter også de ansattes

situasjon. Det er et positivt bidrag i jobbsituasjonen å se pasientene oppleve gode øyeblikk i en vond tid. Ved barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Oslo bruker de terapihunder for å komme i posisjon med annen behandling.

Terapihund i spesialisthelsetjenesten

Ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus benyttes terapihunder i hovedsak knyttet mot individuelle pasientintervensjoner. Dette gjelder både i nevropsykiatrisk avdeling Huntington og i øvrige døgnposter, både lukkede og åpen post.

Terapihundene fungerer som katalysator og «kommunikativ døråpner» for øvrig behandling, – vi ser blant annet at depressive symptomer samt symptomer på angst og forvirring blir redusert. Når vi er engasjert og interessert i noe, påvirkes våre følelser. Slik

kan samhandling mellom pasienten og terapihunden skape engasjement og påvirke følelsene, og dermed påvirke atferden. Man kan eksempelvis bli mindre passiv, mindre introvert, mindre sint, mer interessert fellesskapet rundt seg og mer orientert mot øyeblikket. Nyere forskning og meta-studier slår fast at dyreassisterte intervensjoner har en klar positiv effekt på depressive symptomer, apati og utagering.

Pasienter med psykose og depresjoner kan også benefitere på hundens tydelige og ukompliserte tilstedeværelse. Hundens vesen ligger mer i øyeblikket enn hva tilfellet er for mennesket. Den har aldri vikarierende motiv. Mennesket tilpasser seg umiddelbart dette og er for eksempel aldri mistenksomme overfor en hund.

Rene fysiologiske effekter kan også måles. Terapihunden kan ha en beroligende og stressreducerende virkning på pasienter. Møtet med det varme levende dyret fører til økt utskillelse av oxytocin – som senker hjerterytmen og blodtrykket. Oxytocin får oss til å føle oss mer avslappet og tilfreds.

Terapihunden representerer også en realitetsorientering. Hundens tilstedeværelse i rommet bidrar til å normalisere og trygge en ekstraordinær situasjon. Det kan være sykdom eller andre situasjoner.

Terapihunden – og hundeføreren

I NKS Olaviken har vi sett at terapihunden fungerer som en døråpner til brukerens egen historie, og derved også som hukommelsesterapi. Hundeførers rolle blir å lytte, og i neste omgang være pasientens stemme. Ved å legge seg ting på minnet kan neste møte med pasienten bli enda bedre. Terapihunden skaper en øyeblikksorientering, et her-og-nå-fokus, som kan fortrenge andre bekymringer, frustrasjoner eller overveldende følelser. Alle som opplever kognitiv funksjonstap opplever forvirring, fortvilelse og sinne. Hundeførers rolle er å få terapihunden i posisjon og å henlede pasientens oppmerksomhet på hunden. Sanseropplevelsen ved det levende dyret bidrar positivt der språket, virkelighetsforståelsen eller formuleringsevnen er svekket.

Terapihunden stimulerer også til sosial interaksjon. En møtes i en felles interesse eller i en felles aktivitet med hunden, og dermed oppstår naturlig sosial interaksjon som kan minske følelsen av sosial isolasjon og ensomhet.



I NKS Olaviken fungerer hundene som en integrert del av behandlingsopplegget til den enkelte pasient. Terapihundekvipasjen arbeider tett med behandlerne for å målrette intervensjonen til behandlingsopplegget. Det er hundeførers oppgave å utvikle aktiviteter eller tilrettelegge for best mulig tilpasset samspill mellom terapihund og pasient.

Hundeførers oppgave er å påse at terapihunden til enhver tid er komfortabel i jobbsituasjonen. Samtidig må man lese pasientens signaler for å kunne tilrettelegge for et godt samspill. Hund og fører arbeider med svært syke og sårbare mennesker.

Spesialistkompetanse på fire (og to) bein

Terapihunden er spesialtrent og godkjent for å arbeide med mennesker. Den gjennomgår grundige tester for å vurdere dens velegnethet som terapihund. Deretter må den gjennomføre en praktisk prøve for godkjenning. Hundefører er utdannet i fagfeltet og har kunnskap om hundens språk og atferd, og er kvalifisert til å ivareta hundens velferd i intervensjonen.

I hovedsak går de første to årene av hundens liv med til samhandlings- og miljøtrening. En terapihund må være trygg og samarbeidsvillig. Med positiv opplæring vennes hunden til å omgås mennesker i all sin mangfoldighet, samt

å tåle ulike forstyrrelser som uvante bevegelser, høye lyder, elektriske senger, alarmer, traller og alt annet som den kan komme til å møte på ulike institusjoner, eller på tur med pasienter.

Flere av NKS Olavikens pasientgrupper har uforutsigbar adferd og uforutsigbare muskelbevegelser. De kan likevel få oppleve sanseropplevelse med terapihunden, ettersom den er trent opp til å være komfortabel med ulike typer atferd. I denne sammenhengen er det greit å ha hunder av en viss størrelse, slik at de har litt egentyngde og vekt.

For mestring og verdighet

Ovennevnte er NKS Olavikens visjon. Vi jobber daglig med mennesker der livsutfoldelsen gradvis innsnevres på grunn av sykdom og alder. Det er da fint å oppleve, i tråd med nevnte visjon, at tiltak med terapihunder har en positiv innvirkning på nettopp disse aspektene. Interaksjonen mellom pasient og hund gir nettopp mestringsopplevelser av ulik art og lengde.

Og gjennom dette bidrar terapihunden i behandlingstemaet til nettopp å skape økt verdighetsopplevelse. Terapihunden er ift enkelte pasienters behandlingsplan ikke et alternativ, men et viktig supplement i den generelle tverrfagligheten.



MARIANNE RAA

Hundefører

Her sammen med Ludvig, Sverre og Sigurd.

Utredning og behandling

Dagens eldre bruker rusmidler i større grad og på andre måter enn det deres foreldre-generasjon gjorde. Det gjelder først og fremst alkohol, men også bruk av vanedannende legemidler mot angst, smerter og søvnproblemer er vanlig i eldrebefolkningen.

Eldres bruk av alkohol og vanedannende legemidler

Eldre tåler alkohol og legemidler dårligere enn yngre. Dette skyldes blant annet aldersrelaterte endringer i kroppens evne til å absorbere, fordele og bryte ned alkohol og legemidler. Det skal derfor mindre mengder alkohol og legemidler for å gjøre skade. Når legemidler tas samtidig med alkohol, øker risikoen for helseskader, fall og ulykker.

Rus kan bli flukt

De færreste eldre utvikler alvorlige rusproblemer, men mange har det som defineres som en risikofylt bruk av alkohol og legemidler. Det er viktig å forebygge at slik risikofylt bruk utvikler seg til skadelig bruk, og i verste fall avhengighet. Risikofaktorer for å utvikle rusproblemer i eldre år

er sammensatte. Ofte er ulike tapsopplevelser, som det å miste ektefelle eller partner, utløsende for at man begynner å drikke mer enn det man vanligvis gjør. Alkohol eller legemidlene blir en flukt unna vanskelige tanker og følelser. Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på symptomer og tegn som kan være en indikasjon på at den eldre er i ferd med å utvikle et rusproblem.

Første skritt

Et viktig første tiltak er at pårørende eller helsepersonell som er bekymret for den eldre alkohol og legemiddelbruk, våger å formidle sine bekymringer til den det gjelder. Mange kvier seg for å ta opp temaet fordi det kan oppleves som å



LINN HEIDI LUNDE

Spesialist i eldre-psykologi og forsker
Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen

trå over en privat grense. Forskning viser imidlertid at selv korte samtaler med fokus på informasjon om skadevirkninger og råd for endring av rusvaner, er effektivt overfor eldre personer. For å komme i gang kan det være lurt å ta utgangspunkt i et symptom eller en plage som den eldre har formidlet allerede, som for eksempel søvnproblemer eller smerter. Det finnes også en informasjonsbrosjyre om aldring og rus som kan være en hjelp. Brosjyren med tittelen «Aldring og helse – hva med alkohol» kan lastes ned fra nettsiden korusbergen.no. Brosjyren inneholder informasjon og enkle råd om alkoholbruk og samtidig legemiddelbruk. En slik brosjyre kan gjennomgås og overleveres i en samtale med pasienten. Brosjyren kan også gjøres tilgjengelig på venteværelse hos fastlege og andre kommunale tjenester.

Samhandling på tvers

Eldre med mer sammensatte problemer vil ha behov for tverrfaglig oppfølging, og det kan være nødvendig med samarbeid på tvers av tjenestenivåer, slik som mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det kan også være aktuelt med samarbeid mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, slik som mellom alderspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Samarbeid på tvers av enheter/kompetanseområder innenfor spesialisthelsetjenesten

Fagpersoner ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og ved Avdeling for rusmedisin har gått sammen for å forbedre samarbeidet rundt eldre pasienter med samtidig psykiske lidelse og problematisk bruk/avhengighet av vanedannende legemidler og andre rusmidler.

Hensikten er å tilby pasientene helsehjelp av høy kvalitet, og å samarbeide med hverandre i større grad enn tidligere for å utnytte den kompetansen våre to ulike virksomheter besitter.

I et prosjekt som vil foregå fra høst 2019 vil vi prøve ut en samarbeidsmodell som vil sikre helhetlig og sammenhengende helsehjelp for pasienter med sammensatte tilstander. Vi ønsker å gjøre terskelen til spesialisthjelp så lav som mulig, og derfor vil vi tilby aktuelle pasienter en mulighet til å snakke med en spesialist på fastlegekontor som første steg i behandlingen. Deretter vil vi tilby en grundig kartlegging av psykiske og kognitive symptomer, samt smerter og søvn. Videre vil fastlegen gi oppfølging i forhold til nedtrappingsplanen, mens NKS Olaviken og Avdeling for rusmedisin kan, ved behov, tilby oppfølging og/eller behandling i henhold til sine respektive kompetanseområder. Det avtales også faste kontaktpunkter mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten for å evaluere forløpet så langt, samt løse eventuelle utfordringer.

Som et delmål i prosjektet ønsker vi å øke kunnskapen om alderspsykiatri og rus og avhengighetsproblemer blant eldre både ved de respektive institusjonene, men også bidra til kompetansebygging i kommunehelsetjenesten. Prosjektet vil kunne styrke tjenestene innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, samt bidra til bedre og mer forpliktende samhandling mellom avdelinger og fagområder. Dette er i tråd med de nåværende strategiplanene for NKS Olaviken, Helse Bergen og Helse Vest.

Utredning og behandling

Ved NKS Olaviken har vi et mål om å tilby flest mulig pasienter behandling i deres nærmiljø, for å finne tiltak som fungerer der pasientene skal bo og leve etter behandlingen, samt for å unngå uheldige omskiftninger i omgivelsene for pasienter som er spesielt sårbare.

PSYKISK HELSEVERN I SYKEHJEMMENE:

Økt fokus på trygghet og stabilitet kan redusere mengden tvang

Vi er også opptatt av riktig bruk av tvang og å redusere bruk av unødvendig tvang. I noen tilfeller kan dette by på utfordringer, særlig med tanke på helsehjelp i sykehjemmene som følger et annet lovverk enn det som er gjeldende i psykisk helsevern. Ett eksempel på dette er tvangsmedisinering for psykoselidelser. I noen tilfeller kan behandling med tvang uten innleggelse på sykehus/døgninstitusjon være et godt alternativ. I denne artikkelen drøftes det noen sentrale oppveier med tanke på tvang og psykisk helsevern for pasienter som bor på sykehjem.

Riktig bruk av tvang

For å behandle noen mot sin vilje i psykisk helsevern, så er det en rekke kriterier som skal være innfridd, som har til hensikt å sikre at den hjelpen som gis med tvang faktisk er helt nødvendig, at den ikke hadde vært mulig å få til frivillig, og at den ikke påfører mer skade enn den hjelper. Pasienten og nærmeste pårørende har rett til å klage dersom de er uenige, og de som utfører tvangen er underlagt kontroll av fylkesmannen og kontrollkommisjonen, som begge har som formål å sikre at pasientens rettigheter blir ivaretatt. På denne måten skal vi sikre riktig bruk av tvang. Helsehjelp i sykehjemmene følger annet lovverk (pasient- og brukerrettighetsloven) og medikamentell behandling av psykiske lidelser for pasienter som ikke kan samtykke til det er ikke mulig etter dette lovverket. I noen tilfeller medfører dette behandlinger i gråsoner mellom forskjellige helsebehov, i andre tilfeller kan pasienter forbli ubehandlet og i andre tilfeller igjen medfører dette tvangsinnleggelse på sykehus for å gjennomføre medikamentell behandling.

Redusere tvang

Det er ett uttalt mål å redusere bruken av tvang ovenfor pasienter, i tillegg til at tvangen skal brukes riktig og at unødvendig bruk av tvang ikke skal forekomme. Vi er

opptatt av å redusere den unødvendige tvangen, altså at vi bruker tvang i situasjoner som kunne ha blitt løst på annet vis. Å finne måter å gjøre dette på kan være vanskelig. Når det oppstår en akutt eller alvorlig situasjon, opplever vi kanskje tvang som eneste alternativet. I slike tilfeller er det ikke alltid like lett å se hva vi kan gjøre annerledes der og da. Ser vi derimot tilbake i tid til tiden før situasjonen eskalerte, så er det ofte mye vi kunne ha gjort i minuttene, timene og dagene før hendelsen som kunne hjulpet oss å unngå å komme i en situasjon hvor tvangen ble nødvendig. Tiltak og metoder som bidrar til redusert bruk av tvang har stort sett til felles at de gir økt fokus på medvirkning, trygghet, å skape tillit og å møte pasienten med respekt. Vi bør alltid jobbe for å bli bedre på disse tingene, også med formål om å redusere bruk av tvang. Likevel må vi regne med at det fortsatt vil oppstå situasjoner hvor tvang er nødvendig. Da blir jobben vår å sørge for at tvangen gjennomføres så skånsomt og så lite inngripende som mulig. Det handler da om å gi den nødvendige helsehjelpen samtidig som vi begrenser skaden av tvangen.

Tvang på tvers av systemer

Våre pasienter beveger seg ofte mellom sykehus og sykehjem. I våre systemer skiller vi mellom tvang som blir gjort på sykehuset etter lov om psykisk helsevern, og tvang som blir utøvd på sykehjemmet etter pasient- og brukerrettighetsloven. Vi på sykehuset blir ikke evaluert eller kontrollert ut i fra hvor stor grad av tvang som utøves etter utskrivelse til sykehjemmet. For pasientene våre, spiller det antagelig mindre rolle hvilket lovverk som hjemler tvangen eller hvilket system som forvalter den. Dette gir oss på sykehuset ett etisk ansvar for å se utover oss selv når vi jobber med tvang. Vårt mål må være at hver enkelt pasient blir utsatt for minst mulig tvang totalt sett. Vi må vurdere vår egen bruk av tvang opp mot senere tvang i sykehjemmet, og motsatt.



Ett eksempel på dette er tvangsmedisinering. Dette er noe vi vil ha minst mulig av. Men vi vil også ha minst mulig fastholding og skjerming på sykehjemmet hvor pasienten skal bo etter oppholdet hos oss.

Tvang med og uten døgn

I lov om psykisk helsevern skiller det mellom tvungen psykisk helsevern med og uten døgn. Det vanlige forløpet er at en pasient tvangsinnlegges og behandles på sykehus, og dersom det er nødvendig med videre bruk av tvang etter utskrivelse så overføres pasienten til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I de fleste tilfeller handler dette om medikamentell behandling, ofte mot psykose-lidelser.

Ambulerende tjenester

Ved NKS Olaviken ønsker vi å behandle og utrede flere av våre pasienter ambulant. Altså ved at våre spesialister oppsøker pasienten på sykehjemmet og setter i gang behandlingen der, heller enn at pasienten flyttes inn på sykehuset. Denne måten å jobbe på har flere fordeler. Det gir oss mulighet til å behandle langt flere pasienter enn ved innleggelse. Det gir oss mulighet til å finne gode løsninger i de omgivelsene der pasienten faktisk skal bo etter behandlingen, slik at alle våre tiltak blir mye lettere overførbart til de som skal følge opp videre. Et annet viktig moment som gjør at vi vil satse på denne arbeidsformen er at en del av våre pasienter blir forvirret, redd og agitert av omskiftninger i omgivelsene.

For de som strever med å bevare oversikt over sine omgivelser, hvor verden raskt kan virke uforutsigbar og faretruende, blir innleggelse i sykehus en belastning som forverrer deres psykiske tilstand. Dette gjelder i stor grad den pasientgruppen som har behov for behandling med tvang. Den økte uro, agitasjon og utagering som springer ut av dette kan også ende med at flere tvangstiltak blir nødvendig, slik som fastholding eller isolering. For å unngå en slik eskalering, vil vi i større grad forsøke å gjennomføre også tvangsbehandling uten å flytte pasienten. På denne måten håper vi å kunne redusere mengden tvang for disse pasientene. Vi vil da også sikre at pasientene får riktig behandling, og at denne gjøres på en måte som også sikrer at pasientenes rettssikkerhet ivaretas gjennom lov om psykisk helsevern.

Veien videre

I tillegg til alle de nevnte vurderingene som må gjøres, så vil også valg av tvang med eller uten døgn også være avhengig av hva som kan la seg gjøre medisinsk forsvarlig. Det forventes også at en slik måte å jobbe på vil gi nye juridiske problemstillinger som må vurderes og avklares. Derfor er det vanskelig å si på forhånd hvor mange pasienter tvang uten døgn kan bli aktuelt for. For dem det gjelder så mener vi dette vil innebære mer effektiv behandling av deres psykiske lidelser, med langt mindre skadevirkninger. Dette blir enda ett skritt på veien til å få flyttet mest mulig tjenester ut til der pasienten er, og på denne måten bidra til å skape pasientens helsetjeneste.

Utredning og behandling

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført trinnvis i psykisk helsevern fra 1. januar 2019. Hensikten med pakkeforløpene er å gi pasienter og pårørende behandling som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Det vektlegges også økt brukermedvirkning og systematisk evaluering underveis i et behandlingsforløp. På NKS Olaviken har vi gjennom høsten arbeidet med å forberede oss til pakkeforløp, som nå er implementert.

Pakkeforløp – også i alderspsykiatri



Pakkeforløp handler først og fremst om måten vi organiserer tjenestene på, heller enn detaljerte oppskrifter for innholdet i helsetjenestene. Pakkeforløpene fokuserer på brukermedvirkning, samhandling mellom ulike deler og nivåer av helse-tjenestene, og forutsigbarhet for pasienter og pårørende, og setter disse viktige tingene i et system. I tillegg fremheves det områder som kan være av sentral betydning for å kunne tilby helhetlige helsetjenester av høy kvalitet for pasienter i psykisk helsevern, som somatisk helse og vold og traumaer. De er utviklet i tett samarbeid med ulike fagmiljøer, samt brukerorganisasjoner. Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten registreres i et pakkeforløp. Det er ikke et alternativ å takke nei til pakkeforløp, med mindre pasienten også takker nei til helsehjelp. Et viktig mål med pakkeforløp er å bidra til rask utredning og behandling uten unødvendig ventetid.

Utredning og behandling skal tilpasses pasientens behov
Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er sentrale mål i pakkeforløp for psykisk helse og rus. Ved NKS Olaviken har vi arbeidet med å øke brukermedvirkningen over lengre tid på individnivå og på systemnivå, og anser pasientenes og pårørendes synspunkter som svært viktige for tjenestekvaliteten. Det er pasienten som er ekspert på eget liv og vet hva som er viktige mål for utredning og behandling. Pasienter og pårørende skal involveres i alle viktige avgjørelser underveis i forløpet, og det skal gis god informasjon

om ulike behandlingsalternativer og tjenester som tilbys slik at pasientene kan ta et informert valg. Mange har bruk for flere tjenester over lang tid, og ved behov skal det lages en individuell plan der pasienten i samarbeid med dem som gir tjenestene setter opp mål, hvilke tiltak som skal til for å nå målene og hvem som har ansvaret.

Koordinert oppfølging

Forløpskoordinatorer i kommunen og i spesialisthelsetjenesten er et sentralt grep for å sikre god oppfølging og unngå unødige avbrudd i tjenestene. Forløpskoordinatorer skal være med og sikre at utredning, behandling og oppfølging er individuelt tilpasset og skjer uten unødvendig ventetid. Forløpskoordinator vil være en viktig kontaktperson for pasienter og eventuelt pårørende, og kan svare på spørsmål og gi informasjon om hva som skal skje underveis i et forløp.

Pakkeforløp i alderspsykiatrien

Ved NKS Olaviken har våre egne, systematiske og strukturerte utrednings- og behandlingsforløp vært

SENTRALE TEMAER I PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

- Brukermedvirkning
- Systematisk evaluering og kontinuerlige tilbakemeldinger
- Somatisk helse og levevaner
- Barn som pårørende
- Vold, overgrep og traumaer

et godt utgangspunkt for implementering av de nye pakkeforløpene.

Pakkeforløp for utredning og behandling av psykiske lidelser for voksne er det mest relevante for våre pasienter i alderspsykiatrien. Pasienten skal henvises til pakkeforløpet når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger. Forløpet starter i kommunen når henvisningen sendes, men registreres og måles først når vi mottar henvisningen.

I starten av et forløp utarbeides det en utredningsplan i samråd med pasienten, som pasienten får med seg. Forløpstid for basisutredning er seks uker og innen den tiden vil de fleste få en diagnose. I noen tilfeller vil det være behov for flere undersøkelser, som for eksempel henvisning til billeddiagnostiske undersøkelser, som vil kreve mer tid. Forløpstid for en utvidet utredning er ytterligere seks uker, etter endt basisutredning. For noen pasienter avsluttes pakkeforløpet etter utredningen, selv om det avtales en oppfølging etter noen måneder eller et halvt år. Dersom pasienten har behov for behandling i alderspsykiatrien vil vi drøfte ulike alternativer sammen med pasienten (og eventuelt med pårørende), for å bli enige om en individuelt tilpasset behandlingsplan. Underveis i behandlingen vil behandleren be om tilbakemeldinger fra pasienten for å sikre at pasienten er tilfreds med behandlingen og kontakten med sin behandler. Ved forhåndsdefinerte evalueringspunkter evalueres behandlings-

FORLØPSKOORDINATORER NKS OLAVIKEN



LISBETH JOHANSEN
tlf. 55 38 18 80



ANN KRISTIN DVERGSDAL
tlf. 56 15 10 00

ANSVAR OG OPPGAVER FOR FORLØPSKOORDINATOR SPESIALISTHELSETJENESTEN

- være tilgjengelig for pasient og pårørende, samt involverte instanser til pasienten har fått tildelt egen behandler i spesialisthelsetjenesten
- koordinere forløpet, inkludert avbrudd
- følge med på at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet
- informere, veilede og gi råd om pakkeforløp
- ved behov, koordinere avtaler og samarbeidsmøter
- samarbeid med forløpskoordinator i kommunen

effekt og endring i symptomer eller tilstand. Samarbeid med pårørende og eventuelt andre instanser utfra pasientens ønsker er et viktig moment i pakkeforløp. Det kan også arrangeres samarbeidsmøter med primærhelsetjenesten og/eller andre deler av spesialisthelsetjenesten, når det er behov for å avklare ansvars- og oppgavefordelingen eller sikre kontinuitet i tjenestene.

Pakkeforløpene har gitt oss en fin mulighet til å gå gjennom dagens praksis både med tanke på organisering av tjenester, forløpstider og samarbeid på tvers av avdelinger internt og med eksterne samarbeidspartnere. Dette er viktig kontinuerlig utviklingsarbeid som vil fortsette også i tiden fremover.

Forskning

Et medisinsk kvalitetsregister samler informasjon om utredning og/eller behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Strukturert informasjon fra registrene skal brukes til kvalitetsforbedring, og kan også være en kilde til kvalitetssikring og forskning.

NorKog:

Hvilken nytteverdi har medisinske kvalitetsregistre?

Hovedformålet med registrene er å bidra til bedre kvalitet for pasienten, og minske uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. NKS Olaviken deltar i Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog), som er et nasjonalt kvalitets- og forskningsregister.

Registeret ble etablert i 2007 etter initiativ fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Aldring og helse) og Alderspsykiatriske fag- og forskningsnettverk Telemark Vestfold (TeVe). Fra og med 2017 har sykehus fra alle helse-

regioner levert data til registeret. NorKog har som mål å inkludere alle pasienter med samtykkekompetanse som henvises til en poliklinikk i spesialisthelsetjenesten i Norge for utredning av kognitive symptomer og/eller demens.

Formålet med NorKog

Formålet er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med kognitive symptomer og demens. Ved å benytte seg av NorKog registersett sikrer en at alle utredes etter samme mal og en benytter internasjonalt anerkjente utredningsverktøy og tester. Ved å samle data i et felles register har en



også mulighet til å bedre diagnostikk og klassifisering av kognitiv svikt og demens. En kan da lære mer om sykdomsforløpet og bedre behandlingen. Muligheten til å kvalitets-sikre og videreutvikle utredningsverktøy blir også bedre fordi en har et nettverk som utreder på samme måten, og pasienter får en likeverdig utredning uansett hvor i landet de bor. Dataene som samles inn brukes til forskning knyttet til kognitive symptomer og demens. Dette igjen bidrar til at beslutningstagere har et bedre grunnlag for planlegging av tjenester til denne pasientgruppen.

NorKog ved NKS Olaviken

NKS Olaviken Alderspsykiatriske poliklinikk ble med i registeret i slutten av 2015, og i januar 2016 ble de første pasientene inkludert. Etter dette har det vært en økning i forhold til inkluderte pasienter og i 2018 var 63 pasienter inkludert. I dag får alle som henvises til utredning av kognitive symptomer og/eller demens tilbud om deltakelse i registeret og de fleste takker ja til dette.

Ved første time får pasient og pårørende informasjon om NorKog fra et behandlerteam med tverrfaglig kompetanse og tilbud om å delta. Det er frivillig å delta og deltakelse i registeret medfører ingen ulemper for pasientene. Hvis de ønsker å delta signerer de et samtykkeskjema og får med seg kopi av dette. Samtykke til deltagelse kan når som helst trekkes tilbake, og en kan også takke nei til å delta i NorKog uten at det får konsekvenser for den videre behandlingen. Pasienter som takker ja får en enkel somatisk undersøkelse med måling av blodtrykk, høyde og vekt. Etter dette har en fra teamet samtale med pasienten, og i løpet av samtalen benyttes kunnskapsbaserte utredningsverktøy for å kartlegge pasientens kognitive symptomer. Parallelt med dette gjennomføres en samtale med pårørende, tilsvarende med kunnskapsbaserte utredningsverktøy. Ved behov kan det bli aktuelt med en ny time for å kunne fullføre kartleggingen, eventuelt kan pasienten henvises til MR eller andre relevante undersøkelser. Når kartleggingen er gjennomført drøfter teamet opplysningene de har innhentet seg i mellom, og ofte også i et større team med bredere tverrfaglig kompetanse. På bakgrunn av dette stilles diagnose og en kommer frem til aktuelle tiltak, som formidles til pasient og pårørende i en tilbakemeldingssamtale. Etter dette sendes anonymiserte opplysninger fra kartleggingen til OUS ved Aldring og helse.

RESULTATER FRA NORKOG I 2018

- Menn kommer tidligere til spesialisthelsetjenesten for utredning av kognitive symptomer og demens enn kvinner
- Det er stor variasjon mellom sykehus i kartlegging av depressive symptomer som ledd i demensutredning
- Av de som kommer til utredning er det 69 % som opplever at hukommelsen er dårligere enn den har vært og 51 % bekymrer seg for dette.



Assisterende klinikkleder Kate Myklebust og klinikkleder Minna Hynninen.

Arbeid med kvalitetsforbedring

Det er utarbeidet flere ulike kvalitetsindikatorer som benyttes for å monitorere kvaliteten av utredningen i poliklinikene som deltar i NorKog. Blant annet følges det med på hvor stor andel av pasientene får en spesifikk demensdiagnose og hvor mange som får oppfølging etter at de har fått demensdiagnose. Andre kvalitetsindikatorer går ut på kartlegging av psykiske og atferdsmessige symptomer, som for eksempel depresjon. I resultatrapporten fra 2018 ble det konkludert med at det er stor variasjon mellom sykehus i kartlegging av depressive symptomer i forbindelse med demensutredning. Slike funn byr på muligheter for å bedre kvaliteten av tjenestene, ved å øke fokus på å undersøke psykiske symptomer som kan påvirke både kognisjon og livskvalitet hos pasienter som utredes.

Forskning

Data fra registeret brukes i ulike forskningsprosjekter med stor bredde i temaområder. Det forskes blant annet på validitet av demensmarkører i spinalvæsken for demens ved Alzheimers sykdom, prognose hos personer med mild kognitiv svikt eller demens og samtidig depresjon, og fysisk funksjon hos hjemmeboende eldre med kognitiv svikt. Det er også nylig blitt publisert to artikler basert på data fra NorKog, som ser på genetiske risikofaktorer for demens ved Alzheimers sykdom.

Forskning

Erfaringer med bruk av Sound Beam hos mennesker med Huntingtons sykdom.

«Visste du at Chorea betyr dans?»

Høsten 2018 fikk musikkterapeut Sunniva Ulstein Kayser ved Nevropsykiatrisk avdeling Huntington, såkornmidler fra Polyfon Kunnskapsklynge for Musikkterapi til å gjennomføre ett pilotprosjekt på bruk av Sound Beam i møte med mennesker med Huntingtons sykdom (HS).

Huntingtons sykdom er en arvelig sykdom som oftest starter i 30-40-årsalderen. De som blir rammet utvikler gradvis motoriske, psykiske og kognitive forandringer. Ufrivillige bevegelser, «chorea» er et av symptomene ved Huntington sykdom og kan ofte bli mer fremtredende etter hvert som sykdommen utvikler seg. Samtidig med at bevegelsene øker, reduseres språkevnen og samhandlingen med omgivelsene kan bli utfordrende (Senter for sjeldne diagnoser, 2014). Mellom 300 og 400 nordmenn lever med sykdommen og rundt 1000 personer er i risikogruppen for å utvikle Huntingtons sykdom. Det finnes i dag ingen behandling som kan kurere sykdommen (European Huntington Association, 2018)

Ved NKS Olaviken Alderpsykiatriske sykehus er det en egen Nevropsykiatrisk avdeling for mennesker med Huntingtons sykdom. Avdelingen er ett spesialsykehjem og består av 10 langtidsplasser. Olaviken er også ett av fem ressurscenter for Huntingtons sykdom og del av det nasjonale fagnettverket Huntington <https://fagnettverkhuntington.no>

Bakgrunn

Ideen til Sound Beam prosjektet begynte med ett utsagn fra en av beboerne ved avdelingen. «Visste du at Chorea betyr «dans»? Som musikkterapeut er en av mitt hovedfokus å bruke musikk for å fremme samhandling og kommunikasjon der hvor dette er utfordrende. Som professor i musikkterapi, Even Ruud sier: «Musikkterapi er bruken av musikk

for å gi mennesker nye handlemuligheter» (ibid, 1990). Selv om sykdommen har gjort det utfordrende å delta og samhandle slik som før, betyr det ikke nødvendigvis at personen ikke kan gjøre det lenger. Man må da finne andre måter for å tilrettelegge for at personen opplever seg selv i meningsfulle samhandling med sine omgivelser.

Opplevelsen av å bli sett og hørt og å oppleve at ens egne initiativ er meningsfulle i sosial interaksjon er noe vi bærer med oss fra den dagen vi blir født og som har mange likheter med den musikalske interaksjonen. Dette er dokumentert gjennom forskning blant annet innenfor utviklingspsykologi og benevnes ofte som vår «kommunikative musikalitet» (Malloch & Trevarthen, 2009; Robarst, 2009). Musikk kan dermed fungere som en alternativ kanal for kommunikasjon i situasjoner hvor vanlig verbal kommunikasjon er utfordrende. Den danske musikkterapiprofessoren Lars Ole Bonde (2014) uttaler: «For klienter helt uten sprog (...) kan musikken være en vej til kontakt og kommunikation» (ibid). Med sitatet til en av beboerne som bakteppe, ønsket jeg å undersøke om det fantes en måte å sette de choreatiske bevegelsene inn i en meningsfull kontekst og å se om de kunne fungere som en måte å samhandle med andre i ett musikalsk kontekst; en kontekst hvor dans jo passer godt inn. Med dette som ide, ble Sound Beam prosjektet utviklet.

Metode

Tre beboere i senfasen av HS ble valgt ut til å delta i prosjektet. De hadde delvis eller helt mistet sin verbale taleevne og samhandlingen ble ansett som utfordrende både av musikkterapeut og øvrig personale. Utvelgelsen ble gjort i samråd med avdelingsleder, behandlere og primærkontakt. Informert samtykke ble sendt ut og signert av pårørende og studien ble etisk godkjent av REK (Regionale Etske Komiteer). Metoden for å evaluere Sound Beam var videoopptak. 1 Det ble gjort ett videoopptak uten og ett videoopptak med bruk av Sound Beam i en individuell musikkterapitime og hovedfokuset var å se på potensiale ved å bruke Sound Beam for å fremme samhandling og kommunikasjon med beboerne. For å unngå «læringseffekt» ble ikke deltakerne introdusert for Sound Beam før timen som ble videofilmet. Basert på videoopptakene, kliniske notater og observasjoner fra musikkterapeut og personale, ble det utarbeidet tre casebeskrivelser som dannet grunnlaget for en artikkel utgitt på European Huntington Association (EHA) sine nettsider sammen med en film om prosjektet. (<http://eurohuntington.org/2018/11/30/the-power-of-music-therapy/>)

Bakgrunnen for å velge denne metoden var todelt:

1. Musikkterapitimen ble gjennomført kun med musikkterapeuten og beboeren i rommet. Det ville derfor vært utfordrende for musikkterapeuten å dokumentere vedkommendes respons på en systematisk måte når man samtidig skulle samhandle med vedkommende. Å bruke videoopptak gjorde det mulig for musikkterapeuten å analysere timene i etterkant.
2. Siden responsen fra mennesker i en senfase av HS kan være vage og vanskelig å forstå, kan videoopptak være en god datainnsamlingsmetode fordi den ivaretar alle reaksjonene og responsene på en presis måte (Knoblauch et.al.2012)

Resultat

På grunn av begrensinger i forhold til artikkellengde, vil jeg her ikke gå detaljert inn på selve analysearbeidet, men heller skissere kort de hovedfunnene som ble gjort hos tre mannlige beboere som gav erfaringer i ulike muligheter å anvende Sound Beam på. For «Vidar», som tidvis hadde store choreatiske bevegelser som ofte kunne skape frykt hos mennesker rundt han fordi han potensielt kunne skade andre, ble Sound Beamen ett verktøy for å erfare at bevegelsene nå skapte musikk, heller en frykt. På videoopptakene ser man hvordan han gradvis viser tegn til smil og han gir tydelig blikkontakt og responsen ser ut til å være linket opp mot bevegelsene og musikken som han da produserer. Ved to anledninger ser det også ut til at hans frivillige bevegelser ble mer fremtredende ved at han beveget på kroppsdeler som jeg oppfordret han til å bevege på. I tillegg ble hans repeterende ord omgjort til en improvisatorisk vokaltekst gjennom en «call og respons effekt» og både hans bevegelser verbale lyder fikk dermed verdifull mening i en sosial interaksjon. For «Tom», som tidligere hadde spilt i bluesband og uttrykt en stor lidenskap for musikk, virket det som at bluestonene som han nå laget med sine choreatiske bevegelser i hånden og hodet, hjalp han å finne ro i en ellers så urolig tilstand. For «Lars» ble Sound Beamen i første omgang brukt i ett forsøk på å motivere for bevegelse for å motvirke spastisitet og muskelsmerter. Selv om Lars hadde mye chorea, ble han ofte sittende i ubehagelige feilstillinger i stolen sin og bevegelsene var gjerne sentrert mot ene siden. Sound Beamen ble dermed brukt for å gi auditiv feedback for å motivere han til å bevege seg mot den andre siden og mobilisere en bedre sittestilling. Sound Beamen endte imidlertid opp med å bli en påminnelse om hans tidligere DJ karriere som han måtte avslutte på grunn av sykdomsutvikling. Nå kunne han igjen oppleve å lage musikk med sine bevegelser og i videoene viser han tydelig tegn på glede og engasjement når han oppdager dette. På denne måten kunne jeg benytte Sound Beamen som en brobygger mellom fysiske og psykiske/psykososiale aspekter og dermed understøtte den flerdimensjonale tilnærmingen som blant annet

den nederlandske musikkterapeuten Monique van-Bruggen Rufi (2018) beskriver i sin Ph. D avhandling om musikkterapi og HS:

«Functional training can be combined with cognitive, emotional, and communicative/relational approaches. In so doing, the music therapist makes a link between medical and psychological treatment» (ibid, 2018, s.30).

Oppsummert vil jeg si at Sound Beamen gav meg, «Vidar», «Tom» og «Lars» en mulighet til å ha meningsfulle interaksjoner sammen på tre ulike måter. Det ble også ett verktøy som jeg kunne ta i bruk i ett forsøk på å ivareta deres muligheter til å skape, samhandle og handle gjennom deres bevegelser, gjennom deres «dans».

REFERANSER

- European Huntington Association (EHA) (2018) Bonde, L.O. (ed.) (2014) Musikkterapi – Teori, utdanning, praksis, forskning. En håndbok om musikkterapi i Danmark. Århus, Forlaget Klim
- Bruggen, van-Rufi, M. (2018) Music Therapy in Huntington's Disease. PhD Thesis, Leiden University Medical Center.
- Kayser, S.U. (2018) "Did you know that Chorea means "do dance"?" Nedlastet fra: : <http://eurohuntington.org/2018/11/30/the-power-of-music-therapy/>
- Knoblauch, H, et.al. (2012) Video Analysis: Methodology and Methods. Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology. Peter Lang, Frankfurt
- Robarst, J. (2009) Supporting the development of mindfulness and meaning. In: Malloch, S. & Trevarthen, C. (ed.) Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship. Oxford, Oxford University Press, p.377-400.
- Ruud, E (1990) Musikk som kommunikasjon og samhandling. Oslo: Solum Soundbeam.co: History. Downloaded from: <https://www.soundbeam.co.uk/history/>.
- Senter for Sjeldne Diagnoser (2014) Huntingtons sykdom, Oslo Universitetssykehus

SOUND BEAM

Sound Beam består av to ultrasoniske sensorer som omgjør bevegelser til musikk samt en tilhørende boks med forhåndslagrede «Sound Set» som fungerer som akkompagnement til musikken som laget i sensorene. En kan velge mellom ett bredt spekter av genrer: klassisk musikk, rock, club, blues, country, kjente sanger og lydeffekter eller spille inn egne melodier.

www.soundbeam.co.uk



Forskning

Rundt 1 % av befolkningen får diagnosen schizofreni i løpet av livet. Sykdommen kjenne- tegnes særlig av psykotiske symptomer, slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Mange pasienter har også problemer med oppmerksomhet, hukommelse og andre mentale funksjoner, og slike kognitive vansker har i økende grad blitt ansett som en viktig del av sykdommen i tillegg til psykosesymptomene.

Er det en sammenheng mellom immunsystemet og kognitiv funksjon ved schizofreni?

Det er fremdeles mye vi ikke vet om årsakene til at noen får schizofreni, men både arv og ulike miljøfaktorer kan øke risikoen for å bli syk. I tillegg har forskning innen både genetik, farmakologi, hjerneavbildning og klinikk vist at immunsystemet har en viktig rolle i utvikling av sykdommen.

Denne forskningen har blant annet gitt oss kunnskap om hvordan ulike betennelsesreaksjoner henger sammen med de kognitive vanskene som mange pasienter har. Hvis vi forstår mer av immunsystemets rolle i sykdomsprosess og kognisjon, kan vi forhåpentligvis utvikle nye behandlingsmetoder med bedre effekt på pasientenes kognitive symptomer. Dagens medikamenter virker primært mot hallusinasjoner og vrangforestillinger, men har liten effekt på hukommelse og andre mentale funksjoner som er viktige i dagliglivet.

For å undersøke betennelsesreaksjoner i kroppen, brukes ofte stoffet C-reaktive protein (CRP). CRP måles gjennom en vanlig blodprøve og er lett tilgjengelig på alle medisinske laboratorier inkludert fastlegekontorer. Stoffet produseres i leveren, og har i mange tiår blitt ansett som en pålitelig markør på betennelse.

Studier har vist at pasienter med schizofreni har et økt nivå av CRP i blodet. Når det gjelder assosiasjoner mellom CRP-nivå og kognisjon, har de fleste tidligere studier vært undersøkelser av kroniske pasienter på et visst tidspunkt. For å forstå mer av mekanismene bak sykdomsutviklingen, er det imidlertid viktig å undersøke pasientene ved første episode av psykose, eventuelt i en akutt fase av senere episoder. I tillegg vil oppfølging av pasientene over tid kunne vise hvilke antipsykotiske medikamenter som har best effekt både på CRP og psykotiske og kognitive symptomer.

I mitt PhD-prosjekt gjør vi omfattende undersøkelser av pasientene både ved akutt psykose og ved gjentatte målinger i en oppfølgingsperiode. Undersøkelsene inkluderer både kliniske intervjuer, blodprøver, nevropsykologisk utredning og avbildning av hjernens anatomi og funksjon. Vi har allerede funnet en sammenheng mellom CRP-nivå og kognitiv funksjon, der forhøyet CRP var knyttet til lav



FARIVAR FATHIAN
PhD-kandidat

Overlege ved NKS Olavikens alderspsykiatriske sykehus, poliklinikk.

Hun er i sluttfasen av sitt PhD-prosjekt, som omhandler sammenhengen mellombetennelsesreaksjoner og kognitive vansker hos personer med schizofreni.

farivar.fathian@olaviken.no

kognitiv fungering ved akutt psykose (1). Hvis fremtidig forskning bekrefter dette funnet, kan forhåpentligvis betennelsesdempende medisiner kombinert med antipsykotisk medikasjon bli en aktuell fremtidig behandling av kognitive vansker i tidlig fase av sykdommen.

Vi har også vist at lavgradig betennelse i en akutt fase av psykose kan forutsi kognitiv fungering i en senere fase av sykdommen (2). Dette funnet bekrefter at kroppens forsvarssystem har en viktig rolle, og tyder på at betennelsesreaksjoner også påvirker kognitiv funksjon flere måneder senere. Videre i prosjektet skal vi sammenligne hvordan ulike antipsykotiske medisiner påvirker CRP-nivået over tid. På sikt håper vi at denne kunnskapen skal kunne brukes for å utvikle mer effektiv behandling som også hjelper mot de kognitive vanskene som mange pasienter med schizofreni sliter med i hverdagen.

LES MER

- Johnsen E, Fathian F, Kroken RA, Steen VM, Jorgensen HA, Gjestad R, et al. The serum level of C-reactive protein (CRP) is associated with cognitive performance in acute phase psychosis. *BMC psychiatry*. 2016;16:60.
- Fathian, F, Loberg, EM, Gjestad R, Steen V, Kroken RA, Jorgensen HA, Johnsen E. Association s between C-reactive protein levels and cognition during the first 6 months after acute psychosis. *Acta Neuropsychiatr*. 2018; 1-10.
- Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA psychiatry*. 2013;70(10):1107-12.
- van Os J, Kapur S: Schizophrenia. *Lancet* 2009, 374(9690): 635-645.

Forskning

Samarbeid mellom NKS Olaviken og Senter for Alders og Sykehjemsmedisin (SEFAS) ved Universitetet i Bergen i prosjektet LIVE@home.path.



Overlege Line Iden Berge ved Olaviken sin poliklinikk startet i januar 2019 som 50 % post-doc tilknyttet LIVE@home.path studien ved Senter for Alders og Sykehjemsmedisin (SEFAS) ved Universitetet i Bergen (UiB). Prosjektet er et samarbeid mellom UiB, Bergen kommune, Kristiansand kommune og Bærum kommune, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Verdighetscenteret, Høyskolen på Vestlandet og NORCE, og er finansiert av Norges Forskningsråd. Studien vil gå over to år og rekruttere ca 300 hjemmeboende personer med demens og deres nærmeste pårørende i Bergen, Bærum og Kristiansand for å undersøke effekten av en kompleks intervensjon.

Studien søker å utvikle, implementere og evaluere en intervensjon bestående av elementer som oppsummeres med akronymet «LIVE» - L: Learning, I: Innovation, V: Volunteers og E: Empowerment. Målet er at personer med demens kan bo lengre og sikrere hjemme, samtidig som belastningen til de pårørende minker. Intervensjonen leveres i hovedsak via en personlig koordinator som følger familien tett i seks måneder. Familiene vil få tilbud om et undervisningsprogram ved blant annet de lokale Lærings- og Mestrings-sentrene, systematisk medikamentgjennomgang hos fastlege, kartlegging av og tilbud om velferdsteknologi (for eksempel GPS, døralarmer og kommunikasjonsplattformer), samt tilbud om kontakt med en frivillig. Dersom intervensjonen viser seg å være nyttig, kan vellykket implementering i kommunene bidra til at flere personer med demens kan bo hjemme lengre, med mindre belastning for pårørende og med stor samfunnsøkonomisk nytte.



LINE IDEN BERGE
Overlege ved NKS Olavikens alderspsykiatriske sykehus, poliklinikk

Intern forbedring

Som en del av det fremtidsrettede utviklingsarbeidet har vi tatt inn fokus på miljøprestasjon i strategien for de kommende årene.

Olaviken går for grønt

For å sikre virksomheten videre må vi drive bærekraftig, både økonomisk, sosialt og miljømessig. Gjennom systematisk arbeid for kontinuerlig forbedringer innen ytre miljø vil vi forhåpentligvis i løpet av 2019 bli sertifiserte etter ISO-standard 14001, og dermed med rette kunne kalle oss et grønt sykehus. Via «Bestillingen» har Helse Vest stilt krav til oss om denne sertifiseringen, og således er det systematiske miljøarbeidet svært viktig for å sikre videre drift av sykehusvirksomheten vår.

De siste to årene har det i media vært en økende interesse for de utfordringer planeten står ovenfor i miljøsakene. Lokalt husker mange hvalen på Sotra med magen full av plast som en vekker. Nasjonalt ga 2018 ekstremvær av både den tørre og våte sorten i 2018, med vannmangel om sommeren og enorme nedbørmengder på høsten. Selv om vår virksomhet ikke er noen versting når det gjelder miljøavtrykk så brukte vi i 2018 over 800 000 kWh strøm, kastet anslagsvis 2,5 tonn med mat, og leverte 21 tonn med avfall. Med slike volum er det klart at selv mindre prosentvise forbedringer vil monne, og det er vårt ansvar – både som bedrift og hver enkelt ansatt – å bidra til en reduksjon i vår miljøpåvirkning.

Skal vi lykkes med vårt miljøarbeid har vi troen på at informasjon og kompetanse til alle ansatte er en nøkkelfaktor.



I tillegg må miljøhensyn bygges inn i eksisterende rutiner og ikke legges på siden som et eget system. Bevissthet rundt miljø i både innkjøp og forbruk, daglig drift og investeringer, må til for å nå våre mål. For 2019 har vi fokus på kursing av ansatte, reduksjon av mat- og restavfall, samt at vi kjører kjøtt- og fiskefrie dager i kantinen en dag i uken. Ulike tiltak er iverksatt



Sigbjørn Reigstad er drifts- og regnskapsansvarlig ved NKS Olaviken.

og planlagt. Sortering av plast som egen avfallsfraksjon er under utrulling med formål om å få redusert restavfallsmengden. Kjøkkenet deltar i prosjektet Kutt matsvinn 2020, der målet er minst 20 % reduksjon av matsvinn innen utgangen av neste år (det vil utgjøre over 500 kg pr år for Olaviken!). Det er også gjort endringer på maten ut over grønn dag i kantinen; økologisk melk og kaffe er tatt inn «på menyen», og regjeringens mål om minst 15 % økologiske varer i kostholdet er innen rekkevidde.

Olaviken kan ikke redde verden alene, men vårt bidrag har likevel betydning og er viktig. Klarer vi å engasjere ansatte også utenom arbeidstiden for eksempel ved reiser til og fra jobb, så er vi 140 bidragsyttere for en bedre fremtid. Som foretak vil vi være ekstra oppmerksomme på miljøhensyn ved investeringer da mye av premissene for vårt miljøavtrykk legges nettopp når vi foretar større innkjøp. Med en rivende teknologisk utvikling er det ikke unaturlig å se for seg et Olaviken med solceller på taket, en bilpark uten innslag av diesel og bensin, samt at vi klarer å utnytte nærheten til fjorden og den energien som kan hentes ut derfra. Gode miljøtiltak vil også ofte være gode økonomiske valg, så vi går for grønt – for vår egen del og for de fremtidige generasjoner!

Intern forbedring

NKS Olaviken jobber målrettet på ulike områder for så godt som mulig å realisere de føringer som via Helse Vest kommer fra Regjeringen.

Sammen for «pasientens helsetjeneste»

I bestrebelsene etter å klare dette, er det en klar sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø, en dialog mellom arbeidsgiver- og arbeidstakersiden preget av gjensidig respekt og god rolleavklaring og de tjenester vi sammen skal utvikle og yte til pasientenes beste.

Sammenhengen belyses i disse dager ikke minst av den nasjonale og årlige Forbedringsundersøkelsen – der fokus nettopp er på både arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. To sider av samme sak.

I NKS Olaviken har vi rammet inn alle våre ulike aktiviteter som omhandler HMS i et overordnet styringssystem/dokument – her ser vi og tar felles ansvar knyttet mot følgende elementer:

- Virksomhetens 4-årige strategi- og handlingsplan
- Vårt webbaserte internkontrollsystem (kvartalsvis rapportering fra mellomleder – direktør – styret)
- Spesifikke håndbøker for personalhåndtering og for HMS
- Årlig Forbedringsundersøkelse – som nevnt med fokus både på arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten
- Årlige vernerunder og rapporter fra AMU
- Årlig HMS-plan og rapport
- Kvartalsvis sykefraværssrapport – avdelingsvis og samlet for virksomheten
- Årlig handlingsplan/avtale med bedriftshelsetjenesten
- Årlig HMS-plan
- Årlig intern «Samhandlingskonferanse»

For de involverte parter er årlig samhandlingskonferanse et avgjørende element. Her prioriterer vi (tillitsvalgte, vernetjeneste og ledere) to dager i november for kun å fokusere arbeidsmiljøet – herunder samle alle dokumenter, «verktøy» og rapporter som nevnt over for analyse. Og ikke minst for å trekke ut aktuelle konkrete tiltak og sette disse i neste års HMS-plan.

Systematisk og samstemt dialog rundt sentrale faktorer knyttet mot arbeidsmiljøet er avgjørende for at NKS Olavikens samfunnsoppdrag, nemlig å yte spesialisthelsetjenester av god kvalitet skal kunne realiseres.

Her hersker det full enighet på tvers i denne gjengen.



OLA-SKOLEN

NKS Olaviken har i en årrekke bidratt med undervisning for kommunehelsetjenesten og ulike utdanningsinstitusjoner. Tidligere hadde Olaviken en egen undervisningsavdeling, men i de senere år har det vært personer som også arbeider med pasienter i poliklinikk og døgnposter som har reist ut og holdt undervisning. Dette gjør at de som holder undervisning, har en nærhet til temaene det blir undervist i.

Kompetanseheving til flere



Olaviken arrangerer årlig en egen konferanse og har også noen faste oppdrag knyttet til for eksempel fagskole om demens. Ut over dette kan de som ønsker undervisning fra Olaviken ta kontakt, og det er en koordinator som tar imot forespørselene og fordeler oppdrag på ulike fagpersoner – alt etter hvilke tema som er forespurt og hvem det skal undervises for.

Vi har sett nærmere på tema som ofte blir etterspurt, for å se om det er mulig å tilby disse temaene til flere som faste, årlige kurs. Vi har laget en undervisningspakke som skal dekke disse behovene, og dette har blitt til «Ola-skolen».

Første Ola-skolen i 2018

Vi arrangerte den første Ola-skolen høsten 2018. Det ble holdt et to dagers kurs, hvor en kunne melde seg på begge, eller bare en av dagene. Temaene for den første Ola-skolen var Demens og utfordrende atferd på dag 1, og Angst og depresjon hos eldre på dag 2. Begge dagene var fullbooket. Vi arrangerte like etter et kurs på Tverrfaglig intervensjonsmodell for utfordrende atferd ved demens (TID-modell), som også hadde god påmelding. I TID- kurset er den første

dagen er et basiskurs hvor man får en grunnleggende innføring i metoden, og dag to er et administratorkurs hvor man har fokus på det å lede et TID-møte. TID er et verktøy som anvendes for å utrede, tolke og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og andre alvorlige psykiske lidelser. Metoden kan anvendes i både sykehjem og hjemmetjenesten.

Kurset er lagt opp med forelesninger, øvelser og diskusjoner. I mars 2019 har vi også arrangert et dagskurs med tema Utredning av kognitiv svikt og demens.

Bredt og innholdsrikt program

Ved å holde Ola-skolen lokalt på Olaviken i våre egne undervisningslokaler, klarer vi å tilby et bredt og innholdsrikt program for en rimelig pris, kr 500,- per kursdag. I stedet for at vi sender ut en person som skal undervise om et tema, kan vi samle flere dyktige fagpersoner som underviser i ulike tema. Vi får på den måten et innholdsrikt og variert program. Vi kan også tilby god lunsj fra eget kjøkken som en del av prisen.

Fra Ola-skolen i Kvinnherad.

Kvinnherad kommune starta året 2019 med et stort kompetanse-løft for ca. 130 tilsette inne sektoren helse, omsorg og sosial. Dette er det største kompetanseløftet vi har hatt i denne sektoren noen gang.

Høsten 2018 kom det invitasjon fra Olaviken om å få delta på Ola-skolen på Olaviken. Ledergruppe i pleie og omsorg i Kvinnherad kommune synes dette var et svært aktuelt kurs som vi ønsket at flest mulige tilsette skulle få tilbud om. Med det ble det raskt opprettet kontakt med Else Saksvik Wilhelmsen på Olaviken, og gjort avtale om at de skulle komme til Kvinnherad og arrangere fagdag over to dager, der fagdagene ble arrangert to ganger. Dette resulterte i at ca. 230 tilsette fikk mulighet for å delta. Tema for disse to dagene var demens og angst og depresjon hos eldre.

Å samle alle yrkesgrupper, og ufaglærte i sektoren til samme kurs, var for oss viktig. Som arbeidsgiver så vi det som verdifullt at tilsette i pleie og omsorgssektoren fikk felles opplæring. Summen av å ha så mange tilsette samlet til felles fagdag, er et flott utgangspunkt for å kunne yte gode tjenester.

Slik vi ser det står vi nå bedre rustet til å yte gode og omsorgsfulle tjenester. Dette for at vurderingene vi gjør i møte med pasient og pårørende bygger på at personale har oppdatert kunnskap, og felles forståelse, og med det kan vi løse oppgavene våre til det beste for pasient og pårørende.

Samarbeidet med Olaviken ledet til at Kvinnherad kommune fikk realisert sitt ønske om å øke kompetansen hos sine tilsette innen eldreomsorgen betraktelig.

Tove Omdal
Einingsleiar institusjon Halsnøytunet

Vi har også valgt å bruke Ola-skolen som en opplæringsarena for egne nyansatte. De får da en god innføring i faglig viktige tema, og vi danner samtidig et kontaktpunkt for ansatte i spesialisthelsetjenesten og ansatte i kommunehelsetjenesten. Ved å samles på denne måten kan vi bidra til å skape en arena hvor man kan utveksle erfaringer på tvers av de ulike nivåer i helsetjenesten, og også tilrettelegge for ytterligere samhandling rundt pasientgruppen.

Utvikler Ola-skolen videre

Kursene i Ola-skolen gjentas årlig, men vi vil selvsagt også være lydhøre for ønsker fra kursdeltagere og våre samarbeidspartnere, og justere kurstilbudet etter behovene hos dem. Som en del av spesialisthelsetjeneste er det også en del av vårt oppdrag å utvikle tjenestetilbudet, og vi er kontinuerlig på utkikk etter nye behandlingsmetoder og tiltak som kan gi bedre helse og hverdag for våre pasienter. Når vi først har kurset våre egne ansatte og prøvd ut metoden, vil også kunne tilby kurs til andre som en del av Ola-skolen.

NYTT KURS I OLA-SKOLEN

Hukommelsesstimulerende terapi

Hukommelsesstimulerende terapi (HST) er en ny behandling i Norge for personer med demens, som er basert på forskning på tiltak som øker livskvalitet hos personer med demens. HST er en gruppebasert behandling med to ukentlige gruppemøter i syv uker.

Metoden bygger på personsentrert tilnærming og fokuserer på restkapasitet hos personer med demens, og det som kan støtte deres selvfølelse og mestring. HST passer for personer som skårer mellom 10 og 24 på MMSE, som kan kommunisere og forstå språk, har regulert eller normalt syn og hørsel, og ikke har alvorlige symptomer (APSD) som vil forstyrre deltagelsen.

Behandlingen støttes av forskning, og i et randomisert kontrollert forsøk i 2003 fant en like god effekt av HST som de medisinerne som var tilgjengelig den gangen. Cochrane oppsummeringer av forskning konkluderer med at metoden har positiv effekt på livskvalitet, kognisjon og sosial kommunikasjon. Metoden brukes allerede i 11 land, og anbefales av NICE retningslinjer for demens. Utover kurs i HST, kreves det ingen andre spesifikke kvalifikasjoner for å kunne lede HST grupper.

Fagpersoner fra NKS Olaviken fordypet seg i metoden og tar kurs i England i våren 2019, slik at de får kompetanse til å utdanne andre til HST-gruppeledere. Til høsten vil vi tilby kurs i HST også for de som arbeider i primærhelsetjenesten. Vi ser for oss at metoden er velegnet for personer med demens på dag-sentere eller i omsorgsboliger.

**Kurset holdes på NKS Olaviken
tirsdag 19. november 2019**
Se program for Ola-skolen

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

POLIKLINIKK (BERGEN)

Klinikkleder:
Psykologspesialist/phd
Minna Hynninen

Assisterende klinikkleder:
Kate Myklebust

Generell alderspsykiatri,
Hukommelsesklinikk,
Huntingtonklinikk

**SYKEHUSET (ASKØY)
DØGNPOSTER**

Klinikkleder:
Psykologspesialist
Sindre Angeltvedt

Assisterende klinikkleder:
Spesialsykepleier
Kathe Elise Skagen

POST 1
Allmennpsykiatriske
problemstillinger
Åpen post.
Antall plasser: 6

POST 2 OG 3
Demens og utfordrende adferd
Utredning Huntington
Lukkede poster.
Antall plasser: 15

NEVROPSYKIATRISK
AVDELING HUNTINGTON
Avdelingsleder:
Spesialsykepleier
Margaret Heimli

Langtidsbehandling
Spesialsykehjem
Antall plasser: 10

SYKEHUSETS LEDELSE

Direktør: Frode Wikne
Styreleder: Ivar Ådlandsvik

NKS Olaviken er et privat ideelt sykehus eid av Bergen Sanitetsforening, som gjennom 90 år i Olaviken på Askøy har drevet virksomhet rettet mot svakere grupper i samfunnet. De siste 50 årene har personer med demenslidelser vært en viktig del av denne virksomheten. NKS Olaviken har driftsavtale med Helse Vest.



OLA-SKOLEN 2019-2020



Kompetansehevende tilbud fra Olaviken

11. – 12. november

Dag 1: Demens og utfordrende atferd
Dag 2: Angst og depresjon hos eldre

Kursdagene er egnet for alle som arbeider med eldre i kommunehelsetjenesten, og er lagt opp med forelesninger, diskusjoner og spørsmål i plenum. Undervisere er leger, psykologer og sykepleiere som arbeider på Olaviken.

Man kan velge å delta begge dager eller bare en av dagene. Pris: 500,- pr dag

19. november

Hukommelsesstimulerende terapi (HST)

HST er gruppebasert behandling for å støtte-kognisjon og sosial kommunikasjon hos personer med demens, som kan gi bedre livskvalitet. Kurset gir kompetanse til å lede HST grupper, og kan være spesielt relevant for ansatte i dagsentere og omsorgsboliger.

Kurset ledes av psykolog Kristine Madsø og psykiatrisk sykepleier Turid Risnes. Pris: 500,-

9. – 10. desember

Tverrfaglig intervensjonsmodell for utfordrende atferd ved demens (TID-modell)

Dag 1: Basiskurs med grunnleggende innføring i metoden

Dag 2: Administratorkurs med fokus på å lede et TID-møte

Kursdagene er egnet for alle som arbeider med personer med demens og utfordrende atferd. En kan her velge å delta på begge dager eller bare dag 1.

Kurset ledes av psykiatrisk sykepleier Mona Thronsen og psykiatrisk sykepleier Kate Myklebust. Priser: Dag 1: 500,-
Dag 2 (halv dag): 300,-

Påmelding til høstens kurs blir tilgjengelig på www.olaviken.no i august.

Mars 2020

Utredning av kognitiv svikt og demens

Se www.olaviken.no i desember. Pris: 500,-

OLAVIKEN-KONFERANSEN 2019

Et overordnet tema for årets konferanse er «Eldrehelse – døgnet rundt». Plenumsforedrag og innlegg i parallellsesjoner vil belyse ulike aspekter som påvirker helse, livskvalitet og mestring i eldre år – døgnet rundt.

Eldrehelse – døgnet rundt

16. – 17. oktober 2019, Scandic Bergen City



Vi vil fokusere på spennende og relevante tema som blant annet mestring av livets siste del, bedre dager hjemme med demens, tverrfaglige intervensjonsmodell for utfordrende adferd, smerter hos eldre, adferdsaktiverting for eldre med depresjon, hukommelsesstimulerende terapi, søvn og døgnrytme i eldre år, seksualitet i alderdommen og pårørendeperspektiver.

Konferansen er et tverrfaglig møtested for leger, psykologer, sykepleiere og annet helsepersonell som arbeider med alderspsykiatriske problemstillinger i kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

For mer informasjon ta kontakt med Ann Kristin Dvergsdal eller Anne Sørvig, tlf. 56 15 10 00.

Påmelding starter 6. mai 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?

FOR INFORMASJON OG VEILEDNING, SE olaviken.no

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