

Olaviken

FAGMAGASIN 2020



Alderspsykiatri og demens

SIDE 19



Komplekse sykdomsbilder – økte krav til både spisskompetanse og samhandling

Vi har så vidt rundet 2020 og planlegger som andre samarbeidspartnere i økende grad for eldreveksten i de kommende tiårene.

NKS Olaviken har over år sett en gradvis endring knyttet mot våre pasienter – den enkeltes sykdomsbilde øker i kompleksitet og som spesialisthelsetjeneste utfordres vi i økende grad. Dette får konsekvenser for bygningsmessige forhold (blant annet tilpassede arealer i forhold til skjermingsbehov) men ikke minst for vår bemanning (volum og tverrfaglig kompetanse) og arbeidsform.

NKS Olaviken tilpasser seg kontinuerlig for fremtidens utfordringer, og 2020 blir et viktig år for å legge føringer for både nær og mer langsiktig fremtid. Arbeidet med revisjon av vår strategi- og handlingsplan for perioden 2021–24 er i gang og følgende vil her være sentrale fokus:

- Fortsatt økning i ambulant virksomhet mot kommunene – herunder fokus «kompetansen ut heller enn pasienten inn» (jfr. leder Olaviken Fagmagasin 2019).
- Sikre riktig dimensjonering av spesialister som leger, psykologer og sykepleiere knyttet mot både sengeplasser, poliklinikk og ambulante tjenester.
- Være pådriver i forhold til økt samarbeid på tvers i spesialisthelsetjenesten i felles opptaksområde (samarbeidsmodell alderspsykiatrisk enhet Helse Bergen, geriatrik avd. Haraldsplass og NKS Olaviken).

Det er ut fra ovennevnte satsingspunkt gledelig å kunne melde at 2019 viste at vi er på riktig vei:

- Vi økte ambulant virksomhet betraktelig – uten at dette gikk på bekostning av andre tjenester/krav fra vår oppdragsgiver Helse Vest.
- Vi prioriterte en kraftig styrking av vår samlede legeressurs og vår legetjeneste teller nå 7 årsverk – hvorav 5 psykiatere, 1 nevrolog og 1 spesialist i allmennmedisin. Videre rekrutterte vi enda en nevropsykolog.

- Dialogen mellom Helse Bergen, Haraldsplass og NKS Olaviken er på nytt i gang, med felles mål om et «eldremedisinsk spesialistsenter» (ESS), herunder en tydelig samarbeidsmodell rundt felles utfordringer i felles opptaksområde.

NKS Olaviken går inn i et nytt tiår med friskt mot – ut fra både egen satsing og god dialog med samarbeidspartner både i spesialisthelsetjenesten og kommunene.




Frode Wikne
Direktør



Innhold

Hukommelsesklinikken	4
HST – Hukommelsesstimulerende terapi	6
Dysfagi ved nevrodegenerative sykdommer	10
Bevissthet rundt ernæring	14
Vurdering av samtykkekompetanse	16
Alderspsykiatri og demens, TID-prosjekt i Askøy kommune	19
Alight – musikk og helseteknologi	20
Forskning og utvikling	22
Personvern ved NKS Olaviken	24
Vårt samfunnsoppdrag	26

Olaviken
FAGMAGASIN

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

Utredning og behandling

Hukommelsesvansker og annen kognitiv svikt forbindes gjerne med høy alder.

Noen opplever imidlertid denne type vansker allerede «midt i livet», gjerne fra om lag 50 års alder og oppover. Hukommelsesklinikken er et tilbud til akkurat denne pasientgruppen, der fokus på helhetlig utredning og oppfølging står sentralt.



Nevropsykologisk undersøkelse gir et grundig bilde på den enkeltes ressurser og utfordringer.

HUKOMMELSESKLINIKKEN

Mer enn «bare» hukommelse

Å rammes av kognitive vansker allerede i 50-60 årsalder medfører konsekvenser på andre områder i livet enn det som er tilfelle sent i livet. Mange er yrkesaktive. Noen har barn som fremdeles bor hjemme, og samtidig gjerne egne foreldre som trenger hjelp i hverdagen. For å skjønne omfanget av hva kognitive vansker vil kunne innebære for den enkelte i denne livsfasen, er det viktig å kjenne til hva som faktisk ligger i begrepet. Kognisjon handler om alt som har med tenkning å gjøre, og det er ikke lite! Oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse, språk, mentalt tempo og evne

til å planlegge og organisere handlingene våre er alle helt sentrale kognitive ferdigheter. I mange tilfeller er faktisk vansker med sistnevnte den største utfordringen. Hva denne utfordring innebærer er også ofte vanskelig for de rundt å forstå. I tillegg til sykdommer og skader som rammer hjernen, og medfører kognitiv svikt, er det en rekke andre forhold som kan forårsake kognitive vansker. Søvnmangel, stress, psykisk sykdom, som angst og depresjon, visse medikamenter og enkelte fysiske sykdommer er eksempler på slike forhold. Heldigvis vil mange av disse faktorene kunne

bedres med rett behandling. Det er derfor svært viktig at det gjøres en grundig utredning for å få best mulig oversikt over mulige årsaker til de aktuelle vanskene.

Utredning ved Hukommelsesklinikken

Pasientene som kommer til Hukommelsesklinikken blir møtt av ulike fagpersoner, vanligvis nevrolog, nevropsykolog og spesialisert sykepleier. I fellesskap med pasienten utarbeides det en utredningsplan utfra hva pasienten opplever som utfordrende. Det gjøres så en grundig gjennomgang av sykehistorie sammen med pasient og pårørende. Som nevnt kan fysisk sykdom eller medisinbruk av og til påvirke kognitiv funksjon, og blir derfor alltid gjennomgått. Som rutine tilbyr vi nevrologvurdering for å avdekke symptomer og funn som kan hjelpe med å skille mellom disse. Videre kartlegges pasientens opplevelse av stress/psykososial belastning, stemningsleie og andre psykiske faktorer. Dette er viktig med tanke på å kunne gi pasienten den oppfølgingen som trengs, og også for å avdekke om slike forhold kan ha betydning for de opplevde kognitive vanskene. I disse tilfellene kan vi bidra til avklaring slik at pasient, fastlege eller andre behandlingsinstanser kan rette fokuset der det trengs. Vi har psykiater som kan benyttes ved behov, og i enkelte tilfeller blir pasienter fulgt opp for psykisk sykdom hos oss; av og til for å kunne re-evaluere den kognitive funksjonen når psykisk sykdom er mer stabil.

Pasienten gjennomgår så en grundig nevropsykologisk undersøkelse. En slik undersøkelse vil kunne være med på å bygge opp under – eller avkrefte – de antagelser en har gjort seg etter første del av utredningen. Det blir laget en skriftlig rapport fra denne undersøkelsen, som sendes henviser når endelig vurdering foreligger. Som oftest benytter vi oss av noen tilleggsundersøkelser, som for eksempel MR-bilde av hodet, undersøkelse av spinalvæske eller EEG (elektroencefalogram, en undersøkelse av hjernebølger). Dette er undersøkelser som kan bidra til nærmere å bestemme årsaken til kognitiv svikt. I 2019 har vi startet opp med egne spinalpunksjoner i hukommelsesklinikken. Dette effektiviserer utredningen og bidrar til at pasientene får færre instanser å forholde seg til.

Etter utredningen

Varigheten på utredningsforløpet kan variere fra noen uker til flere måneder, avhengig av hvilke undersøkelser som må gjøres. Enkelte tilleggsundersøkelser, som EEG, har lang ventetid. Selv om endelig eventuell diagnose kan ta litt tid,

vil man i de fleste tilfeller kunne gi en rask tilbakemelding om hvorvidt kognitive funksjoner synes normale. Etter endt utredning kalles man inn til en tilbakemeldingssamtale. Her går en gjennom det som har vært gjort og aktuell diagnose. Vi planlegger oppfølgingen sammen med den enkelte pasient. I praksis innebærer dette at kontakten noen ganger avsluttes etter endt utredning. I andre saker følges pasienten over tid. Det kan for eksempel være nødvendig for å se etter eventuell utvikling av pasientens vansker eller symptomer. I andre tilfeller opprettholdes kontakten en periode for å kunne bistå med igangsetting av ulike hjelpetiltak, rådgivning opp mot det kommunale hjelpeapparatet og NAV osv. Som regel blir man fulgt av samme fagpersoner gjennom utredning og eventuell behandling. Dette gir god kontinuitet og målrettet oppfølging, og mange gir uttrykk for at det gir en ekstra trygghet. Poliklinikken har grupper for hukommelsesstimulerende terapi. Dette er en forholdsvis ny evidensbasert metode som har vist seg å ha effekt på hukommelse og generell livskvalitet hos personer med demens. Vi kan også tilby individuell oppfølging med psykoterapi og støttesamtaler for både pasient og pårørende der det er behov for det.

Vi holder kontakt med henviser gjennom skriftlig tilbakemelding etter første konsultasjon og etter endt utredning. Her gis informasjon om hva som har vært gjort, diagnose, kopi av nevropsykologisk testrapport og hvilken videre oppfølging som er blitt avtalt. Ved behov har en hyppigere kontakt med henviser underveis i forløpet.

HENVISNING TIL HUKOMMELSESKLINIKK

- Pasienter kan henvises til oss via fastlege eller annen lege.
- Psykologer i spesialisthelsetjenesten kan også henviser til oss.
- Vi trenger skriftlig henvisning med beskrivelse av det aktuelle.
- I tillegg ønsker vi å få oversikt over psykisk og somatisk sykehistorie, oppdatert medikamentliste, resultat av nødvendige blodprøver, beskrivelse av MR cerebri (fortrinnsvis med demensprotokoll), samt relevante epikriser.

Utredning og behandling

– Det er så godt å få muligheten til å gjøre noe selv med demensen min.

– Det er vanskelig å være åpen med andre, men lett å være åpen her når alle er i samme båt.

HUKOMMELSESTIMULERENDE TERAPI – HST

Nytt behandlingstilbud for personer med demens i Norge

Å få en demensdiagnose kan gi håpløshet og maktesløshet. Disse sitatene er imidlertid fra evalueringen av vår første gruppe med Hukommelsesstimulerende terapi, en ny behandling som vi nå har begynt å tilby på poliklinikken vår. Vi er nå i gang med vår tredje gruppe. Deltagernes reaksjoner på gruppebehandlingen har gitt oss gruppeledere sterk motivasjon for å spre denne behandlingen for demens til så mange aktuelle som mulig.

Vi ønsker jo alle at det skal komme en kur for Alzheimer demens. Helst i går. Men mens vi venter, så må vi likevel fokusere på hva som kan gi best mulig livskvalitet for de som er rammet av sykdommen. Hvordan best mulig leve med. Mange pasienter spør «hva kan jeg gjøre selv?», når de har fått vite at de har demens. Noen ganger kan vi tilby demensmedisiner som bremser sykdommen. Vi kan gi råd om kosthold, fysisk og sosial aktivitet, informasjon og

opplæring til de pårørende, støttesamtaler og hjelp til håndtering av følgesymptomer som angst, depresjon og psykose. Men, siden august 2019 har NKS Olaviken Alderspsykiatriske poli- og hukommelsesklinikk også tilbudt Hukommelsesstimulerende terapi (HST).

Vi har spurt deltagerne i den pågående HST-gruppen ved poliklinikken om de hadde lyst til å fortelle litt om erfaringene sine så langt. Gruppen består av Eldar, Odd, Signe og Barbro, som fikk tilbud om å fortelle om erfaringene anonymt eller med navn og bilde.

– Vi har ikke noe å skjule, formidlet deltagerne enstemmig, og ville gjerne dele åpent med oss. De har kalt HST-gruppen sin «Tro på seg selv», og har så langt arbeidet sammen på åtte gruppesamlinger fra februar til mars 2020.

– Vi trenger et slikt tilbud der vi kan arbeide sammen på denne måten, forteller deltagerne. – Det er hyggelig. Tiden

KRISTINE GUSTAVSEN MADSØ

Psykolog og PhD-student

TURID RISNES

Psykiatrisk sykepleier

HST-gruppeledere

går fort i godt selskap. Det er godt å ha noen å prate med i samme situasjon. Men det blir et tomrom når det er over. Vi ønsker veldig gjerne videreføring av dette tilbudet når denne HST-gruppen er ferdig, for det er kun 14 samlinger. Alle kan trenge en hånd å holde i når man er i denne situasjonen.

Budskapet fra den pågående gruppen stemmer godt med det vi har hørt fra de to andre gruppene vi har gjennomført på poliklinikken siden høsten 2019. Erfaringene til nå har vært gjennomgående positive. Vi har observert at gruppedeltagere har fått bedre språk. Flere deltagere har hatt en økning på 4-5 poeng på Mini-Mental Status Examination (MMSE). Vi har sett markant nedgang i depresjon og angstsymptomer hos noen. I tillegg har flere deltagere formidlet at de har fått det bedre med seg selv og våger mer i hverdagen. Så hva er egentlig innholdet i HST?

HST i Norge

For å belyse dette har vi snakket med Torhild Holte fra Aldring og helse. Hun er prosjektleder for HST-satsningen i Norge. Holthe formidler at HST er en internasjonalt anerkjent behandlingsmetode for personer med demens, som handler om å stimulere personer med demens til å bruke sine kognitive funksjoner på flere måter.

– Kognitiv stimuleringsterapi har sitt utspring i Storbritannia, og tilbys nå i 27 andre land, blant annet i Danmark. Nå introduserer vi behandlingen i Norge, og Aldring og helse tilbyr bestillingskurs for opplæring av gruppeledere allerede i mars, sier Holthe.

Hun tror det er et stort behov for, og et ønske fra helse- og omsorgspersonell om, å ta i bruk en slik strukturert behandling over tid i dagaktivitetssentra, omsorgsboliger og i sykehjem.

– Opplæringen er rettet mot helsepersonell som har omsorgserfaring med personer med demens, fortsetter Holthe, og forteller at hun har jobbet lenge med å få dette i stand.

Når det gjelder bakgrunnen for at Aldring og helse bestemte seg for å satse på HST i Norge, sier Holthe: – For det første er kunnskap og kompetanseheving hos helsepersonell som arbeider med personer med demens et viktig mandat, og en av kjernekompetansene til Aldring og helse. Vårt mål er at helsepersonell dyktiggjøres til å skape gode og meningsfulle dager for personer med demens.

– For det andre, anbefaler Nasjonal retningslinje for demens kognitiv stimuleringsterapi som en aktuell metode for å bedre kognitiv funksjon og livskvalitet hos personer med demens.

– For det tredje, har det blitt gradvis mer fokus på aktiviteter, stimulering og innhold i hverdagen, i tråd med visjoner i de nasjonale demensplanene. Fra 1. januar 2020 trådte også reformen *Leve hele livet* i kraft. Denne reformen har fokus på å skape et mer aldersvennlig Norge og å finne løsninger på kvalitative utfordringer som er knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.



Torhild Holthe fra Aldring og Helse, prosjektleder for HST-satsningen i Norge. Foto: Skjalv Bøhmer Vold.

Med dette som bakteppe, og det at britene allerede hadde utviklet en metode for kognitiv stimuleringsterapi, gjorde at Aldring og helse innledet et samarbeid med professor Aimee Spector ved London University college. Hun utviklet metoden sammen med professor Bob Woods og lege Martin Orell. To norske kolleger, alderspsykiater Ingun Ulstein og professor Kari Kvaal kjøpte rettighetene til den første

HUKOMMELSESTIMULERENDE TERAPI

- Hukommelsesstimulerende terapi (HST) er gruppebasert kognitiv stimuleringsbehandling for personer med demens. Gruppen består av 5–8 deltakere. Behandlingen går over 7 uker, to samlinger per uke, til sammen 14 samlinger.
- Behandlingen er utviklet i England, under navnet Cognitive Stimulation Therapy (CST).
- Gruppesamlingene består av en fast struktur, der to gruppeledere leder ulike stimulerende aktiviteter i 45 minutter.
- Aktivitetene har som hovedmål å skape nye ideer og assosiasjoner, i tillegg til å være sosiale og lystbetonte.
- Nasjonalfaglig retningslinje for demens anbefaler kognitiv stimulering for personer med demens, og HST er et eksempel på en evidensbasert form for kognitiv stimulering.
- HST passer for personer som har mild til moderat grad av demens. Det kan tilbys både hjemmeboende eller personer som bor på sykehjem.

Gruppeledere Turid V. Risnes og Kristine G. Madsø fra NKS Olaviken sin poliklinikk, sammen med deltagerne i HST-gruppen «Tro på seg selv».



manualen og oversatte den til norsk, i samarbeid med Os kommune i Hedmark, som deltok i den første piloteringen av manualen. Aldring og helse innledet et samarbeid med professor Spector og med Ulstein og Kvaal, og utviklet det første kurset for helsepersonell som ble pilotert i Bærum kommune i september 2018. Etter litt finpussing, startet Aldring og helse opp med å tilby kurs, fra 2019, om hvordan helsepersonell kan jobbe systematisk med kognitiv stimuleringsterapi til personer med demens i tidlig og moderat fase av sykdommen.

– Selv om mange sier at de driver med noe lignende i dag, har vi manglet en systematisk behandling som er evidensbasert i demensomsorgen her i landet.

Vi som driver HST-gruppene på poliklinikken har vært på kurs med Torhild Holthe flere ganger, og opplever henne som veldig engasjert i dette prosjektet. Hun forteller mer om hva det er som engasjerer så mye med HST.

– Jeg mener at HST er en gavepakke for de som arbeider på dagaktivitetssentra, spesielt. Kanskje også for andre som jobber i bokollektiv og sykehjem. Enkelte studier viser at pasientene er passive i lange perioder av dagen. Og hva skjer da? Man blir bare sløv, ikke sant?

– Hvis man tilbyr HST på en god måte, kan personer med demens få bedre hverdager, bedre språk og bedre livskvalitet. Det må vi bare greie, sier Holthe.

Flere studier har vist at kontrollmål av MMSE før og etter behandling har vist bedring. Og dette er ikke bare morsomt for personer med demens, også personalet sier at de syns dette er morsomt og interessant, og at de lærer å kjenne pasientene på en ny måte – de ser ressursene deres!

Hva slags utfordringer bør en ta hensyn til for å få gjennomført HST-gruppene?

– Det er klart det er noen utfordringer. For eksempel sier vi at helsepersonell som vil drive med HST bør gå på kurs – ikke bare kjøpe boka og starte opp for seg selv. For å bli godkjent HST-gruppeleder må man gå et dagskurs, og det koster selvfølgelig tid og penger. Men å investere i et dagskurs hvor du lærer hva du skal gjøre, slik at du kan gå ut å lede grupper dagen etter, det er verdt pengene. Vi sier også at det bør være to fra hver arbeidsplass som går på kurset sammen, slik at de kan samarbeide om gruppeledelsen, utdypes Holthe.

– For de som starter grupper, tenker jeg det er viktig at de har tilgang til veiledning underveis. Det kan være små og store ting man lurer litt på. Aldring og helse tilbyr veiledning via Skype eller telefonmøte, når det er behov for dette. I tillegg vil man få tilgang til materiell som kan brukes i gruppen når man har gjennomført gruppelederkurs, fortsetter hun.

– Noen sier at økonomi er viktig og at man ikke kan drive med HST uten ekstra ressurser. Det er jeg egentlig uenig i. Jeg tror det er fullt mulig å inkorporere HST som en del av dagtilbudet, gjerne hver dag! Nå har vi altså en kjærkommen mulighet til å drive med terapi som gjør at folk får det bedre – vi kan ikke unnskyldte oss og si at vi velger å ikke ta HST i bruk, avslutter Torhild Holthe.

HST ved NKS Olaviken

For å dokumentere effekten av HST på vår poliklinikk har vi en pågående pilotstudie der vi undersøker effekten på kognisjon, livskvalitet og psykiske symptomer hos deltagerne. I tillegg har NKS Olaviken inngått et samarbeid med Aldring og helse om å utdanne HST-gruppeledere i kommunehelsetjenesten på vestlandet. Vårt neste dagskurs for HST-gruppeledere vil holdes i september. I tillegg til de 14 samlingene i manual nummer en, arbeider Aldring og helse også med å oversette neste manual med aktiviteter for ytterligere 24 gruppesamlinger. Det er veldig kjekt å få lov til å både gjennomføre disse gruppene på vår poliklinikk, og samtidig jobbe med å spre dette ut i kommunehelsetjenestene der den virkelig store gruppen med personer med demens har sine tilbud. For brukerne har talt. De vil ha denne behandlingen, og de ønsker svært gjerne at tilbudet skal vare, også ut over de 14 samlingene.

FORSKNING PÅ COGNITIVE STIMULATION THERAPY(CST)

- Første randomiserte kontrollerte multisenterstudie (Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Butterworth & Orrell, 2003) med 23 sentra og 201 deltagere fant signifikant bedring på MMSE, språkskalaen på ADAS-GOC og økning i livskvalitet hos deltagerne som fikk hukommelsesstimulerende terapi.
- Eksisterende forskning med 15 studier og 718 deltagere er oppsummert i en Cochrane review fra 2012, som viser at effekten av programmet har effekt på kognisjon hos personer med mild til moderat demens. Effekten er like god eller bedre enn de demensmedisinene som finnes på markedet i dag (Woods, Aguirre, Spector & Orrell, 2012)
- CST anbefales i retningslinjene til Englands National Institute for Health Care Excellence (2018), og i The World Alzheimer's Report (2018) som tiltak som bør tilbys personer med mild til moderat demens

HST I NORGE

- HST ble lansert i Norge i 2019 av Aldring og helse.
- NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus tilbyr kurs for gruppeledere i våre lokaler på Askøy med inntil 24 deltagere pr gang.
- Aldring og helse tilbyr bestillingskurs for å bli gruppeleder i HST. Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Fylkesmannsembeter og kommuner kan bestille via deres nettside. Kursholderne reiser rundt i Norge og holder kursene der du er.

NETTRESSURSER

www.aldringoghelse.no/demens/behandling/hukommelsesstimulerende-terapi-hst/
www.cstdementia.com



HUKOMMELSESKLINIKKEN: Fra venstre, Torunn Johnsen, Hilde Tyvoll og Kjersti Nesheim Power. Mailen Nybø var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Vi på Hukommelsesklinikken

TORUNN JOHNSEN

PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Jeg har mye ulik arbeidserfaring som psykiatrisk sykepleier og kjenner godt både kommunehelsetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Jeg har blant annet arbeidet i rusfeltet, på DPS og ved ulike avdelinger ved NKS Olaviken.

Jeg er opptatt av å kunne arbeide tverrfaglig for å «se et større bilde av pasienten», og at vi gjennom det tverrfaglige arbeidet kan komme frem til rett diagnose. Det er også viktig at pasientene har et kjent ansikt de kan forholde seg til i en vanskelig og usikker utredningsfase. Pasientene gir uttrykk for at det gir trygghet når de møter den samme personen i ulike deler av utredningen, fra den første samtalen til spinalpunksjon senere.

Arbeidet i hukommelsesklinikken er allsidig og jeg trives med å lære nytt som bygger videre på kunnskap jeg allerede har.

MAILEN NYBØ OG HILDE TYVOLL

NEVROPSYKOLOGER

I tillegg til arbeidet vårt ved NKS Olaviken har vi erfaring fra både kommunehelsetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten (blant annet avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologisk avdeling og psykiatrisk klinikk). Vi er begge spesialister i nevropsykologi. Mailen har i tillegg en spesialitet i klinisk arbeid med voksne, og Hilde en spesialitet i klinisk arbeid med eldre. I arbeidet vårt i hukommelsesklinikken gir dette en helhetlig psykologfaglig kompetanse.

En nevropsykologisk undersøkelse gir informasjon som kan bidra i arbeidet med å finne rett diagnose. Noen ganger vil det være behov for å gjenta undersøkelsen etter, for eksempel ett år, for å se om resultatene endrer seg. Undersøkelsen gir et grundig bilde på den enkeltes ressurser og utfordringer, og er et godt verktøy for å kunne si noe om tilrettelegging av arbeidssituasjon eller hjelpebehov i hjemmet.

I arbeidet vårt i hukommelsesklinikken er vi opptatt av at pasientene får en best mulig forståelse for sine vansker. I de tilfeller der pasienten har nære pårørende, og pasienten selv ønsker det, inngår også pårørende i dette arbeidet. Erfaringsvis er kognitive

vansker noe som mange synes er problematisk å skulle dele med andre. Vi ønsker at hver enkelt pasient skal kunne oppleve trygghet og mestring ut fra det som måtte være av utfordringer, noe som er sentralt for livskvalitet og for å forhindre utvikling av psykiske lidelser.

KJERSTI NESHEIM POWER

NEVROLOG

Jeg gjennomførte spesialisering i nevrologi ved Nevrologisk avdeling, HUS, og doktorgradsløpet ved UiB. Ved nevrologisk avdeling jobbet jeg med generell nevrologi, noe mer med epilepsi. Doktorgraden fokuserte på behandling og konsekvenser av langvarige epileptiske anfall. Jeg studerte spesielt kognitive følger.

Ved Olaviken vil jeg spesielt fokusere på til grunnleggende etiologisk (sykdoms-)årsak hos pasientene. Blant annet betyr det å identifisere særtrekk som sees ved de ulike nevrodegenerative tilstandene, som parkinsonisme, apraksi eller andre corticale utfall. Noen pasienter kan også ha sekundære vansker grunnet sin hjernesykdom som en nevrolog kan bidra til å oppdage og behandle, for eksempel epileptiske anfall og parkinsonisme. Videre foretar jeg spinalpunksjoner for analyse av blant annet demensmarkører der det er indisert.

Jeg er opptatt av at pasienter får etiologisk riktig diagnose. Hos noen har det stor betydning for valg av behandling. Det er viktig for pasient og familie å få svar på prognose og risikoen for sykdom hos andre familiemedlemmer. Det er også avgjørende for forskning og økt forståelse av de ulike tilstandene at vi diagnostiserer så nøyaktig som mulig. Det er avgjørende for at det vitenskapelige arbeidet så raskt som mulig kan lede til mer presise diagnostiske redskaper og, forhåpentligvis etter hvert, medikamenter som mer effektivt kan forsinke sykdomsprosessen.

Jeg synes også det er viktig at pasienter får utelukket hjerne- sykdom. For eksempel kan det å utelukke kognitiv svikt være en nødvendig brikke i det å få klarlagt hva en pasient faktisk sliter med. Av og til kan det for eksempel være en depresjon eller en angsttilstand som er behandlingstrengende.

Utredning og behandling

Dysfagi, eller spise/og svelgvansker, kan knyttes til mange ulike diagnoser. Mennesker med dysfagi har vansker med å svelge mat, drikke og/eller spytt. Svelgprosessen er en komplisert prosess som innebærer koordinering av svært mange komponenter.

Dysfagi ved neurodegenerative sykdommer

Dysfagi er en vanlig komplikasjon ved flere neurodegenerative tilstander som Parkinsons sykdom, Multippel Sklerose, ALS, Demens og Huntingtons sykdom. Dette kan føre til vansker med å få i seg tilstrekkelig med mat og drikke som igjen kan gi underernæring og dehydrering. Svelgvansker kan medføre vegring mot å spise i et sosialt fellesskap på grunn av de utfordringene som medfølger.

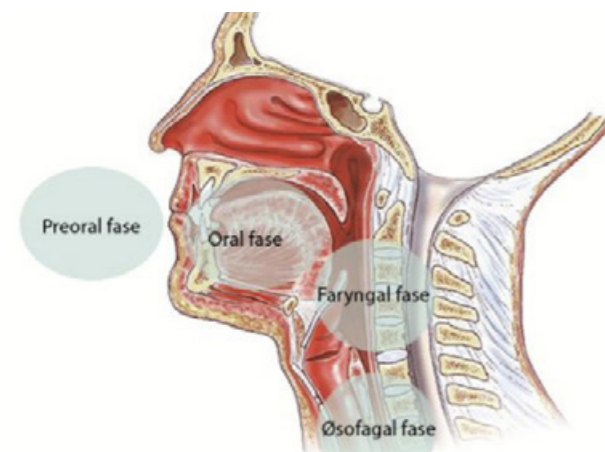
Ulike ledd i svelgprosessen kan bli rammet

Det å sette i halsen kan også utløse en angst i forhold til noen typer mat som man kanskje har opplevd å sette i halsen tidligere. Ved noen former for dysfagi svekkes strupelokket og øker faren for at mat og drikke havner i lungene. Dette kan føre til infeksjoner som for eksempel lungebetennelse grunnet at de ikke får hostet dette tilstrekkelig opp igjen. (Vital ernæring, 2016)

Vi deler dysfagi inn i fire ulike faser, preoral fase, oral fase, faryngal fase samt øsofagal fase. Man kan ha dysfagi i en eller flere av disse fasene (se fig. 1).

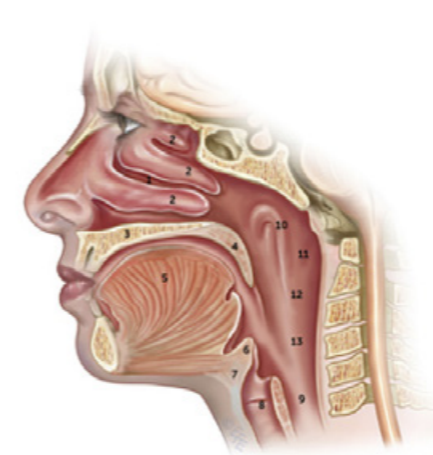
Figur 1

Illustrasjon: Sunnaas sykehus, nettkurs i Dysfagi.
Hentet fra: <https://kompetansetrappa.helsekompetanse.no>



De ulike fasene refererer til de ulike leddene i svelgprosessen man kan ha vansker med:

- Preoral fase – denne fasen er den delen av svelgprosessen som foregår før man får maten inn i munnen. For eksempel så krever denne fasen at vi gjenkjenner mat gjennom lukt- og synssansen og setter i gang en motorisk handling for å føre maten opp mot munnen. Ved neurodegenerative tilstander som angriper hjernen, kan man oppleve vansker med samordning av sanseapparatet samt vansker med å styre motoriske prosesser som krever mye fintilpasset koordinering.
- Oral fase – denne fasen er den delen av svelgprosessen som foregår inni munnhulen. Vi åpner og lukker munnen ved hjelp av kjeven. Tungen og kinnene bruker vi til å henholdsvis samle og flytte mat mellom tennene under tygging. Vi bruker leppene, tennene, tungen, kinnene og ganen for å holde maten på plass i munnhulen. Sanser og opplevelser får vi i tillegg gjennom smak, temperatur og konsistens. Maten transporteres så viljestyrt bakover i munnhulen ved å elevere tungen opp mot ganen, og svelgereflexen utløses. Denne transporten tar normalt under ett sekund.
- Faryngealfase – denne fasen er den delen av svelgprosessen som foregår i Farynx og Larynx (se fig. 2). Mat transporteres fra den bakerste delen av munnhulen ned i svelget og utløser svelgereflexen. Denne fasen er refleksstyrt og blir utløst av tungebevegelsen i forrige fase. Den bløte gane heves og lukker den nasofaryngeale åpningen. Strupehodet heves og strupelokket lukker for luftrøret. Respirasjon har opphørt – stemmeleppene lukkes. Bolus (mengden med mat og drikke) blir skjøvet nedover i svelget og ved hjelp av muskelsammentrekninger skyves maten videre ned mot spiserøret. Når svelgebevegelsen er gjennomført senkes strupehodet og luftveiene åpner seg igjen. Dette krever tett koordinasjon for å unngå feilsvelging.



Figur 2

Illustrasjon og copyright: Levent Efe, MD – Universitetet i Stavanger, NETTOP

Øvre luftveier

1. Nesehulen
2. Nesefolder
3. Den harde gane
4. Den myke gane
5. Tunge
6. Epiglottis
7. Larynks
8. Stemmebånd
9. Øsofagus
10. Åpning for øretrompeten
11. Nasofarynks
12. Osofarynks
13. Laryngofarynks

- Øsofagalfasen er styrt av det autonome nervesystemet og er dermed ikke viljestyrt. Ved hjelp av tyngdekraften og sammentrekning av muskler føres bolus gjennom spiserøret og til slutt ned i magesekken. Dette tar normalt 5–15 sekunder. I denne fasen kan svak, eller manglende muskelsammentrekninger føre til at mat blir liggende i lommer i spiserøret. Det kan også komme i retur opp i svelg, munnhule eller nese – såkalt refluks. Dette øker faren for aspirasjon. (Heemskerk & Roos, 2011; Helsekompetanse, 2015)



LINDA RØYSETH LOHNE
Ergoterapeut

SUNNIVA ULSTEIN
KAYSER
Musikkterapeut

Kompenserende og opprettholdende tiltak

Ved NKS Olaviken møter vi til enhver tid pasienter med dysfagi som følge av ulike typer sykdom, eksempelvis neurodegenerative sykdommer som Huntington sykdom, demens og Parkinson. Med disse pasientene jobbes det aktivt både med kompenserende tiltak og opprettholdende tiltak.

Kompenserende tiltak er særs viktig for å sikre tilfredsstillende ernæringstiltak. De kompenserende tiltakene består av tilrettelagt og beriket kost gjennom såkalt «123 puré», ett konsept utviklet av Vital Ernæring og videreført av Olavikens kjøkkensjef Ronny Nilsen (se Olaviken.no for mer informasjon). Miljøpersonalet jobber også tett sammen med ergoterapeut i tilrettelegging av måltid, eksempelvis i å optimalisere sittestillingen. Man bør tilstrebe at pasienten sitter rett i ryggen, har fast underlag under beina og sitter i en tilpasset stol som gir god støtte. Hjelpemidler som plastbestikk, antisklimatte, tallerkenkant og trillebord tas i bruk under måltidet.

I de opprettholdende tiltakene benytter vi spesifikke øvelser for å opprettholde bevegelse og/eller koordinasjon av ansikt- og svelgmuskulatur. Tiltakene har mange felles trekk med de man finner igjen i en rehabiliterings- tankegang hvor det fremheves at man igangsetter tiltak som «gjør den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine forutsetninger og ønsker» (Store Medisinske Leksikon, 2019). Men der hvor de rehabiliterende tiltakene fokuserer mer på å forbedre funksjon; eksempelvis som det omtales i dysfagi oppfølgingen ved Sunnaas sykehus, vil det i mange tilfeller være mer aktuelt å fokusere på tiltak som bidrar til å opprettholde funksjon i våre pasienters oppfølging. Dette gjelder særskilt pasientene innlagt på Huntingtonavdelingen, en pasientgruppe hvor dysfagi stadig blir mer fremtredende etter hvert som sykdommen utvikler seg. I tidligere fase har pasienten gjerne hatt oppfølging av logoped og tiltakene som her har blitt igangsatt blir ved innleggelse på Olaviken, forsøkt implementert inn i den musikkterapeutiske oppfølgingen og tilpasset pasientens nåværende tilstand.

I den musikkterapeutiske oppfølgingen benyttes det spesifikke sangøvelser for å adressere og opprettholde funksjonen i muskulatur tilknyttet de ulike spisefasene. Dette kan eksempelvis være øvelser for å opprettholde munnmotorikk og tungemusklatur samt sangøvelser for å adressere muskulatur i svelg. I aktuelle saker blir disse teknikkene videreført av miljøpersonale, eksempelvis ved at pasient trener på øvingsprogram i forkant av måltid. På denne måten forsøkes det å legge til rette for at pasienten kan opprettholde best mulig funksjon så lenge som mulig ut fra sine forutsetninger.

DysfaSing – forskningsprosjekt

På nåværende tidspunkt er den musikkterapeutiske oppfølgingen hovedsakelig blitt anvendt med pasienter i midt/senfase av Huntington sykdom, men i forskningsprosjektet DysfaSing er intensjonen å prøve dette ut også på brukere i tidlig fase av Huntington sykdom. Dette med bakgrunn i dokumentert forskning som henviser til at tidlig tiltak kan ha en effekt på utviklingen av dysfagi kombinert med forskning som henviser til at sangøvelser kan ha en forebyggende effekt i denne utviklingen.

KILDER

Heemskerck, A.-W. & Roos, R. (2011) Dysphagia in Huntington's disease: a review. In: Heemskerck, A.-W. (ed.) Dysphagia in Huntington's Disease. PhD Thesis, Leiden University Medical Centre, Leiden, the Netherlands, s. 13-22.

Helsekompetanse (2015) Dysfagi. Nedlastet fra: <https://dysfagi.kompetansetrappa.helsekompetanse.no/undersoke/> 13.03.20

Kompetansetrappa (2020): Dysfagi. Nedlastet fra: <https://dysfagi.kompetansetrappa.helsekompetanse.no/oppdage/normal-spise-og-svelgeprosess/> 06.03.20

www.erasmusnursing.net, DIMEANE – Development and Implementation of Interactive Mobile E-learning Apps for European Nursing Education – ERASMUS+, Call 2014, Round 1, Key Action 2: Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, Action: Strategic Partnerships, Field: Higher Education.

Store Medisinske Leksikon (2019) Rehabilitering. Nedlastet fra: <https://sml.sn.no/rehabilitering>, 21.02.20

Sunnaas Sykehus (2017) Dysfagi – årsaker, vurdering og behandling. Nedlastet fra: <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/dysfagi/dysfagi-arsaker-vurdering-behandling>, 21.02.20

DysfaSing

Musikkterapeut Sunniva Ulstein Kayser ved NKS Olaviken jobber med å utvikle et forskningsprosjekt som tar sikte på å teste effekten av musikkterapi og systematisk vokaltrening som ett forebyggende tiltak mot utvikling av svelgvansker hos mennesker i tidlig fase av Huntingtons sykdom

Nyere forskning har vist lovende resultater for systematisk bruk av musikalske vokaløvelser og sang som forebygging av svelgvansker hos pasienter med Parkinsons sykdom. Gjennom spesifikke sangøvelser trenes de samme musklene som anvendes i svelgsituasjoner og som svekkes både hos pasienter med Parkinsons sykdom og Huntington sykdom (HS). Gjennom kvalitative målinger har man også sett at dette øker livskvalitet og kan virke forebyggende mot apati og depresjon (Stegemöller et.al, 2016; Stegemöller, Hibbing, Radig & Wingate, 2017).

Sunniva Ulstein Kayser arbeider til daglig som musikkterapeut med pasienter med HS sykdom ved vår Nevropsykiatrisk avdeling. I samarbeid med ergoterapeut Linda Lohne Røyseth fra samme avdeling og nevrolog/professor Geir Olve Skeie (HUS/Griegakademiet), samt andre fagpersoner ved NKS Olaviken, jobber Sunniva nå med å utvikle et forskningsprosjekt for å undersøke om pasienter i tidlig fase av HS kan få like mye nytte av musikkterapi og systematisk vokaltrening som pasienter med Parkinsons sykdom. Tre brukerrepresentanter er involvert i prosjektutviklingen. I tillegg til terapiøkter sammen med musikkterapeut, kan Alight-appen benyttes for trening hjemme. Intervensjonens effekt vil bli målt kvantitativt for svelgmuskulatur. Det vil også bli gjort kvalitative intervjuer av deltagere for å dokumentere egen opplevelse av intervensjonen.

Våren 2020 mottok Olaviken støtte fra Polyfon Kunnskapsklynge for Musikkterapi pålydende kr. 100 000. Med disse midlene vil det gjennomføres en pilotstudie med to deltakere høsten 2020. På bakgrunn av denne studien gjennomføres hovedstudien fra og med våren 2021 og man tar da sikte på å involvere 20 deltakere i løpet av prosjektperioden.

REFERANSER

Stegemöller, E.L., Hibbing, P., Radig, H. & Wingate, J. (2017). Therapeutic singing as early interventions for swallowing in persons with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Medicine* 2017 (31), 127-133. Downloaded from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2017.03.002>

Stegemöller, E.L., Radig, H., Hibbing P., Wingate, J. & Sapienza, C. (2016) Effects of singing on voice, respiratory control and quality of life in persons with Parkinson's disease, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.3109/09638288.2016.1152610



Behov for sykehjems plass i kortere eller lengre perioder?

Ved NKS Olaviken spesialssykehjem har vi, ved siden av vår spesialisthelsetjeneste, også tilbud om plasser for mennesker med omfattende omsorgsbehov. Vår spesialkompetanse på å ivareta personer med Huntington sykdom, er også velegnet for å gi andre pasientgrupper, med spesielle behov, individuell og høyt kvalifisert oppfølging. Oppfølgingen ivaretas av tverrfaglig team som blant annet inkluderer lege, psykiater, psykolog, sykepleier/vernepleier, ergoterapeut, musikkterapeut.

MANGFOLDIGE MILJØTILTAK OG VARIERT KOST

NKS Olaviken har egen musikkterapeut, uteareal med sansepark av høy kvalitet og mulighet for behandlingsterapi med hund. Alle måltider fra lages av vårt eget kjøkken – fra grunnen og tilpasset den enkeltes behov.

VI TILBYR SKREDDERSØM:

- Døgnopphold av varierende lengde
- Avtaler tilpasset den enkelte pasients behov og vår kapasitet

TVERRFAGLIG TEAM FØLGER OPP:

- Atferdsproblematikk /psykisk helsetilstand
- Ernæringsstatus
- Søvnproblematikk
- Kognitiv fungering
- Medikamentgjennomgang og somatisk undersøkelse

Høy kompetanse og god bemanning

Flotte lokaler og store enkeltrom med utgang til hage

Fokus på optimal livskvalitet i hverdagen

Ta kontakt for nærmere informasjon og avtale.

Vi minner om statens tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.



NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

Nevropsykiatrisk avdeling
Avdelingsleder Margaret Heimli

Tlf. 56 15 10 00
olaviken@olaviken.no

olaviken.no

Utredning og behandling

Alle kjøkken har sine særtrekk og sine spesielle vilkår, inkludert matkultur, kompetanse, tradisjoner, økonomiske og fysiske rammer, kapasitet, kunder, foretrukne leverandører og mange andre ting som utgjør til sammen «virkeligheten» i kjøkkendriften. I NKS Olavikens strategiplan for 2017–2020 er også kjøkkenet inkludert.

Bevissthet rundt ernæring

NKS OLAVIKEN SATSER PÅ ØKT BÆREKRAFT OG BEDRE ERNÆRING FOR PASIENTENE

I tillegg til et uttalt mål om å redusere bruk av halvfabrikata, er det blitt satt fokus på å utvikle produkter og smaker som er tilpasset pasientgruppene, god kommunikasjon mellom miljøpersonalet og kjøkkenet om pasientenes matbehov, samt oppnåelse av nasjonale standarder om bruk av økologiske og rene matvarer. Dette fokuset har lagt til grunn for vårt kjøkkens utvikling de senere årene. Nå utvides utviklingsperspektivet fremover.

Videre satsing

Følgende elementer «rammer inn» videre satsing og tas inn i revidert strategiplan for 2021-2024:

- NKS Olaviken sertifisert etter ISO-standard 14001:2015 Ledelsessystemer for miljø for perioden 19.12.19–18.12.22, herunder ulike miljømål, også innrettet mot kjøkkendriften. Fokus: økt bærekraft.
- Vedtatt strategi/satsing på økt bruk av økologiske produkter, herunder økt bruk av frukt/grønt/fisk/plantebaserte produkter og redusert bruk av kjøtt. Fokus: økt bærekraft.
- Fortsatt høyt fokus på velsmakende mat som «treffer» våre pasienter, på riktig antall måltider/serveringstidspunkt, på riktig ernæringsstetthet og på hvordan bruke måltidet ytterligere i forhold til å være en «terapeutisk arena».

Næringsrike og klimavennlige menyer

Vårt kjøkken har i løpet av 2019–2020 hatt spesielt fokus på omlegging til økt bruk av økologiske produkter i matproduksjonen. Som en del av denne satsingen inngår også å etablere nye, velsmakende og næringsrike menyer, hvor vi erstatter noen råvarer med mer klimavennlige råvarer. Vårt utgangspunkt er, at stor bevissthet på hva slags mat og hvilke råvarer vi velger, samt tiltak for å redusere matsvinn, vil gi positive effekter også økonomisk. Slik vil en økologisk satsing ikke nødvendigvis gi økte kostnader.

Som en del av denne satsingen så har vi innført to «kjøttfrie dager» per uke, både for våre pasienter og for tilbudet i personalkantinen. Så langt er tilbakemeldingene gode – både fra pasienter og personalet. Noe som stimulerer kjøkkenet til å ytterligere utvikle denne satsingen i årene fremover.

Vi har et høyt fokus på matsvinn. Gjentatte kartlegginger har vist et matsvinn per person per dag på rundt 204 gram, noe som selvsagt er alt for høyt. Målet vårt er å redusere matsvinnet med 20 % innen utgangen av 2020. Redusert svinn vil også bidra til å holde budsjettet samtidig som vi får anledning til å kjøpe inn produkter av høy kvalitet, blant annet økologiske produkter. Skal vi nå våre mål på dette området kreves involvering og engasjement fra alle ansatte. Kjøkkenet gjør sin viktige del i forhold til å sette dagsorden og, sammen med ledelsen, påvirke positivt ut i organisasjonen.

Kostholds-boken er kjøkkenets bibel

Måltidene er viktig for trivsel og helse. Helsedirektoratets kostråd er i tråd med det bærekraftige måltidet. Direktoratet sier videre om ernæring, mat og måltider: «Å være godt ernært, har en positiv effekt for pasientens velvære (overskudd, humør, appetitt), bidrar til å bevare funksjonen, gir bedre muskelstyrke, raskere sårheling, bedre immunforsvar og færre komplikasjoner».

I NKS Olaviken tar vi disse føringene på alvor – gjennom ovennevnte tiltak. Kjøkkenets «bibel» i denne sammenheng er kostholds-boken. Kostholds-boken er på sett og vis som pasient/behandlingsforløp og samhandlingsreform – den synliggjør et helhetsperspektiv med hovedfokus på å heller forebygge mer og behandle mindre. Hensikten er å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten.

«Fokus på god og næringsrik mat for eldre blir stadig viktigere – og riktig ernæringsstatus er viktig for å nå inn med behandlingen. Våre pasientgrupper er ekstra sårbare i forhold til underernæring. I tillegg er mat en bestanddel i forhold til medikamentfrie tilbud.

NKS Olaviken arbeider for å tilby mat med utgangspunkt i det moderne norske kjøkken, med størst mulig andel mat laget fra grunnen, rene og naturlige råvarer, lokale tilpassinger og sesongbasert meny.»

FRA NKS OLAVIKENS STRATEGIPLAN FOR 2017-2020



KJØKKENET

Fra venstre: kokk Kristin Veivåg, kokkelærling Kathrine Solheim, kjøkkensjef Ronny Nilsen og kokk Hege Lyngbø.

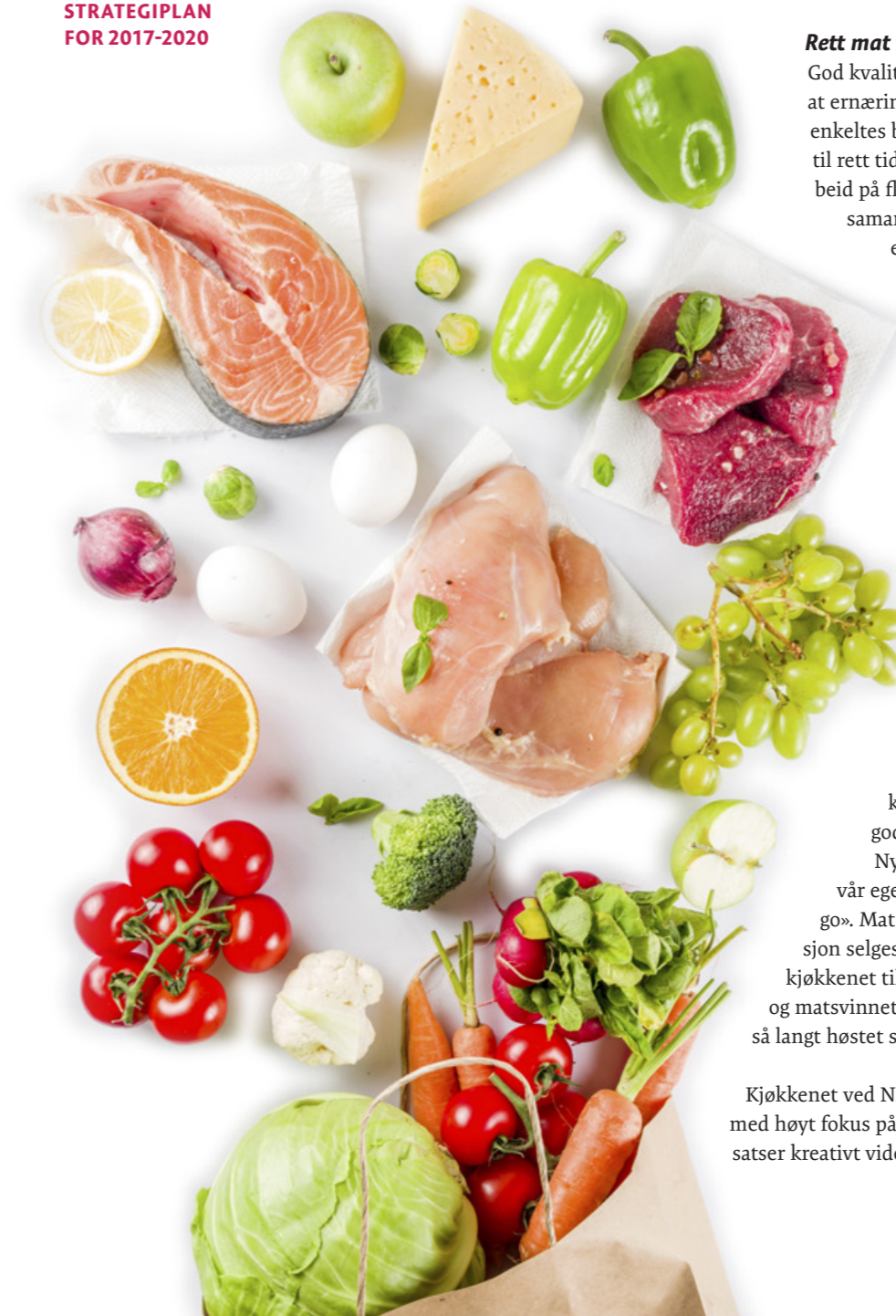
Rett mat til rett pasient til rett tid

God kvalitet handler om forsvarlighet og at ernæringstiltakene er tilpasset den enkeltes behov. Rett mat, til rett pasient, til rett tid krever kompetanse og samarbeid på flere nivåer. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfordeling er avgjørende om vi skal lykkes med vårt ernæringsarbeid.

Dette gjenspeiles blant annet i de nye menyene som kjøkkenet lanserte i januar 2020. Nå satses vi på flere og tettere måltider, noe vi håper vil gi en god effekt på våre brukere. Det er så langt hyggelig og inspirerende å motta skryt fra våre pasienter. Menyene kan også brukes som del av en terapeutisk arena. Dette gjennom «Dagens historie» på bak siden av menyen.

Historien tar utgangspunkt i noe av det som ligger på tallerkenen, noe vi håper får i gang de gode samtalen rundt måltidet. Nytt i 2020 er også lansering av vår egen, lokale versjon av «To good to go». Mat som er igjen etter overproduksjon selges rimelig. Dette hjelper oss på kjøkkenet til å holde orden på frys og kjøll og matsvinnet reduseres igjen. Tiltaket har så langt høstet svært gode tilbakemeldinger.

Kjøkkenet ved NKS Olaviken går inn i nytt ti-år med høyt fokus på bærekraft og matkvalitet – og satses kreativt videre.



Utredning og behandling

Pasienter ved NKS Olaviken utredes og behandles i hovedsak på frivillig grunnlag. Frivillighet forutsetter likevel at pasienten er i stand til å forstå hva utredningen/behandlingen innebærer og kan samtykke til det. Det å vurdere en pasients samtykkekompetanse kan noen ganger være utfordrende.



Vurdering av samtykkekompetanse som del av utredningen

Ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus utredes og behandles pasienter med et vidt spekter av alderspsykiatriske lidelser som depresjon, angst, psykoser, stemningslidelser, samt demenssykdommer som er kompliserte med ulik grad av psykiatriske symptomer som del av tilstandsbildet. Pasienter som kommer til innleggelse for utredning og behandling ved Olaviken innlegges i all hovedsak som frivillige pasienter. For å kunne legges inn frivillig må man være i stand til å samtykke til det og forstå hva en innleggelse innebærer. Noen ganger er det åpenbart om pasienten

er samtykkekompetent eller mangler samtykkekompetanse. Det å vurdere en pasients samtykkekompetanse kan også være utfordrende.

Dersom henviser kommer frem til at pasienten mangler samtykkekompetanse gjør vedkommende en vurdering av om det i tillegg dreier seg om en alvorlig sinnslidelse, som ved psykose eller en klart bristende realitetsforståelse. Det kan da bli aktuelt med innleggelse på tvang med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, det vil si tvungen psykisk helsevern eller tvungen observasjon.

Sentrale elementer i vurderingen

Det er utviklet verktøy for å hjelpe den faglig ansvarlige til å kunne ta stilling til om pasienten har samtykkekompetanse for innleggelsen (eksempelvis ACE; Aid to Capacity Evaluation). Helt sentrale elementer i denne vurderingen er om pasienten har:

- Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av behandlingsalternativene
- Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- Evnen til å uttrykke et valg

Når pasientens lidelse er angst og depresjon er det sjelden pasienten er så syk at lidelsen går ut over pasientens evne til å kunne samtykke eller takke nei til utredning og behandling.

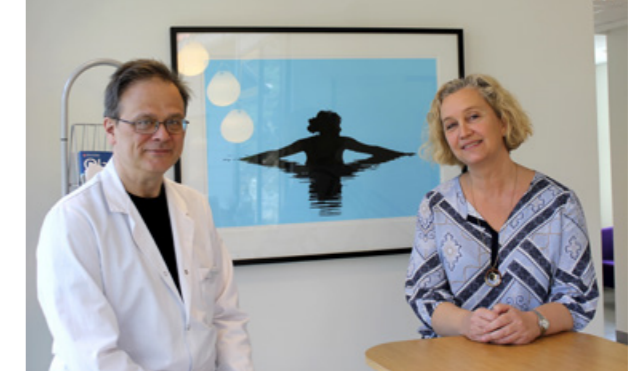
Ved mer alvorlige tilstander kan dette være annerledes. Særlig tydelig kan man se sviktende evne til å forstå informasjon, relatere den til seg selv og se konsekvenser hvis man lider av en langtkommet demenstilstand eller aktiv ubehandlet psykose.

Vurderinger med stor betydning

I Psykisk helsevernloven er det et viktig prinsipp om at frivillighet skal være forsøkt eller åpenbart ikke er formåls-

SAMTYKKE TIL HELSEHJELP

- All helsehjelp skal i utgangspunktet skje med samtykke fra pasienten
- Samtykkekompetansen skal vurderes i forhold til en konkret helsehjelp, etter at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen
- Den som yter helsehjelpen avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse
- Samtykkekompetansen kan variere og er i utgangspunktet en «ferskvarevurdering»
- Når pasientens funksjonsnivå tilsier det, for eksempel på grunn av langtkommen demens, kan det være åpenbart at pasienten ikke er samtykkekompetent i forhold til helsehjelp på varig basis
- Er det tvil om samtykkekompetanse? Pasienten anses som samtykkekompetent



tjenelig. Er man i tvil om hvorvidt pasienten er samtykkekompetent «skal tvilen komme pasienten til gode».

Noen ganger er det ikke tydelig umiddelbart hvorvidt pasienten er samtykkekompetent. For eksempel kan det å uttrykke samtykke til innleggelse være drevet av sykdomsfaktorer som blir mere tydelige etter hvert. I slike grensetilfeller, hvor samtykkekompetansen allerede er under tvil, vil det kunne være mulig å drøfte bakgrunnen til situasjonen, eventuelt med tidligere behandlere. Disse vil mange ganger kunne gi generell veiledning til hvordan henviser kan vurdere et bredere helhetsbilde, selv om mot-takende institusjon ikke kan gi føringer til hva henviser beslutter.

Samtidig som dette er ressurskrevende for henvisende instans, er gevinsten ved en mest mulig grundig vurdering ved de aller mest komplekse tilstandene av stor betydning. Dersom pasienten legges inn frivillig kan mangel på samtykkekompetanse medføre at hen ikke kan bli aktuell for videre endringer i psykiatrisk behandling, og i prinsippet bare kan holdes igjen ved bruk av §4-A i Pasient- og Brukerrettighetsloven.

Kan pasienten uttrykke et valg?

I samband med innleggelse gjøres det en grundig samtykkekompetansevurdering også av behandler i sykehuset. Når pasienten kommer til innleggelsen ved Olaviken undersøker behandler så langt det lar seg gjøre om pasienten forstår hvorfor hen er kommet til Olaviken. Man ber pasienten forsøke å sette ord på hva de tenker om sin egen situasjon og tilstand. Behandler spør gjerne om hva fastlegen har fortalt om innleggelsen. Dersom vi ikke får gode svar kan vi selv formidle hva legen har tenkt at innleggelsen kan bidra med og vi forteller også med egne ord hva vi tenker vi kan bidra med for å komme i dialog med pasienten og bringe på det rene hva pasienten tenker utfra informasjonen som blir gitt. Utfra slike spørsmål kan vi få nærmere klarhet i om pasienten kan reflektere rundt sin situasjon og i hvilken grad pasienten kan uttrykke et valg om behandling eller ei.

Når samtykkekompetanse vurderes ved innleggelsestidspunktet er det viktig å presisere at samtykkekompetansen gjelder evne til å forstå hva denne innleggelsen innebærer. Man kan ha kommet fram til at pasienten har samtykkekompetanse ved at pasienten uttrykker at hen stoler på det

MARTIN KROONI
Psykiater

HERBORG VATNELID
Psykologspesialist

legen sier, pasienten har gjerne ønske om å få det bedre, pasienten kan kjenne at hukommelsen ikke er så god som tidligere etc.

Noen kan gjenvinne samtykkekompetanse som følge av behandling

Videre i utredning og behandling av pasientens tilstand kan det likevel avdekkes eksempelvis at pasienten har sviktende evne til å klare seg i hverdagen, utredningen kan avdekke større kognitiv svikt enn det som man kjente til før pasienten ble innlagt. Begrenset evne til å klare seg i dagliglivet sammen med utredningsfunn av kognitiv funksjon, klinisk observasjon av symptomtrykk mv. kan medføre at man kommer fram til at pasienten ikke har samtykkekompetanse til å vurdere sin totalsituasjon og behov videre i sin egen bo- og helsetilstand. For noen pasienter kan dette medføre at det er økte behov for hjelpetiltak rundt omsorgssituasjon.

Noen pasienter som blir vurdert som ikke samtykkekompetent ved innleggelsen vil kunne gjenvinne samtykke som følge av den behandlingen som gis. Dette vil kunne være aktuelt særlig i tilfeller hvor en bakforliggende psykiatrisk sykdomstilstand er blitt forverret ved kognitiv svekkelse. Ved tilpassede miljø- og hjelpetiltak og medikamentjustering kan da funksjons- og vurderingsevne gjenvinnes og videre tiltak kan besluttes i direkte samråd med pasienten.

HELSEHJELP KAN YTES BASERT PÅ...

- Pasientens samtykke (Pbrl §4-1, Pbrl § 4-3 og Phvl § 2-1)
- «Antatt» samtykke (Pbrl § 4-6)
- Tvungen somatisk helsehjelp i henhold til kapittel 4 A i Pbrl
- Tvungen psykisk helsevern i henhold til kapittel 3 i Phvl
- Nødrettsbetraktninger (Straffeloven om nødrett/verge § 17,18, Helsepersonellovens øyeblikkelighjelpsplikt Kap 2 § 7)
- Pbrl = Pasient- og brukerrettighetsloven, Phvl = Psykisk helsevernloven

Fagnettverk Huntington er et nasjonalt fagnettverk for veiledning og kompetanse på Huntingtons sykdom i siste fase. Vårt tilbud retter seg hovedsakelig mot helsepersonell som jobber med brukergruppen. Fagnettverket er driftet av Helse- direktoratet gjennom tilskuddsordning.

Fagnettverk Huntington

NKS OLAVIKEN er et av fem ressursentre i Norge og vi dekker fylkene Vestland og Rogaland. Vi har årlige samlinger i Stavanger, Haugesund, Bergen og Leikanger. På samlingene underviser og veileder vi på ulike tema som f. eks. ernæring, utfordrende atferd, kognitiv svikt, hjelpemidler m.m. Ved Huntingtonavdelingen på NKS Olaviken har vi et tverrfaglig team vi som koordinatorer kan benytte i undervisning og veiledninger. I fagnettverket samarbeider vi også tett med Landsforeningen for Huntingtons sykdom (LHS) og Senter for Sjeldne diagnoser (SSD).

Koordinatorene ved hvert senter samt LHS er også med i Utviklingsgruppen i fagnettverket hvor vi arbeider med å utvikle informasjon/kunnskap til bruk i den kliniske hverdagen. I år jobber vi med å utvikle e-læringskurs for helsepersonell som jobber med pasientgruppen samt at vi har pågående et palliasjonsprosjekt for denne brukergruppen.

Lese mer om vårt arbeid på fagnettverkhuntington.no



Utredning og behandling

Erfaringer i Askøy kommune viser at pasienter med alderpsykiatriske lidelser og demens er ofte vanskelige å håndtere i kommunen. NKS Olaviken har bidratt med opplæring for bruk av en tverrfaglig intervensjonsmodell som en del av prosjekt «Alderspsykiatri og demens».

TID - ET PROSJEKT MOT ASKØY KOMMUNE

Alderspsykiatri og demens

Askøy kommune har hatt prosjekt i fagavdeling Helse og omsorg for å øke kompetansen til ansatte om alderspsykiatri og demens. Erfaringer gjort i kommunen er at denne gruppen ofte har store og komplekse utfordringer som er vanskelige å håndtere i kommunen. Pasientene blir ofte en kasteball mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, uten å få den rette oppfølgingen. Målet med prosjektet er:

- Flere pasienter med utfordrende atferd og demens kan bo hjemme lenger.
- Unngå innleggelse i sykehjem/spesialisthelsetjenesten.
- Ansatte opplever økt grad av mestring.

Tverrfaglig intervensjonsmodell

Olaviken ble derfor spurt om å bidra inn i prosjektet gjennom opplæring og bruk av TID-modellen (tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens). Januar 2018 var kickoff for ansatte i Sone sør. Til sammen 36 ansatte, både fra hjemmetjenesten, demensteam og sykehjem, fikk opplæring i TID-modellen. Også lederne deltok. Noen utvalgte fikk utvidet opplæring som TID administratorer. Kommunen ønsket å prøve ut bruk av TID-modellen som verktøy i hjemmetjenesten med base på Flagget. Som kursholder i TID-modellen har min rolle i prosjektet vært å gi opplæring i modellen og følge opp sone sør i innføringen av modellen.

Positive erfaringer

Askøy kommune melder at det har skjedd en generell kompetanseheving både i forhold til demens og bruk av TID-metoden. Påførende har meldt tilbake at de har følt seg sett og hørt. Det er også blitt tettere samarbeid mellom demensteamet og hjemmetjenesten.

Utfordringer

Det har i prosjektfasen ikke vært brukere med «store» utfordringer. Det har likevel vært brukere som vi gjennom prosjektet har brukt TID-veiledning på. Det har vært nyttig å kunne «øve» på metoden, uten at det har vært saker med stort trykk. Tilbakemeldinger fra noen ansatte er at det er uvant å bruke så mye tid på en bruker i et refleksjonsmøte. Kommunen/hjemmetjenesten synes det var utfordrende

å sende «alle» ansatte på kurs. Også noen av de ansatte som var valgt ut til ekstra undervisning og som skulle brukes som administratorer, har vært borte av ulike årsaker.

Systemer for å skrive ned tiltak i behandlingsplaner var ikke på plass før prosjektet ble satt i gang.

Mange flinke og engasjerte ansatte

Jeg har vært en del av dette prosjektet i ett år. I tillegg til å delta på veiledningsmøter i hjemmetjenesten, har jeg deltatt i prosjektgruppen. Jeg synes det har vært spennende å følge sone sør i deres innføring av metoden. Kjekt å få til et samarbeid med egen kommune!

Det å ta i bruk en ny metode kan være krevende og jeg har fått tilbakemeldinger på at det har vært godt med støtte på dette. Min opplevelse i prosjektet er at det er mange flinke og engasjerte ansatte i kommunen. Jeg har fått innsyn i hjemmetjenestens arbeidshverdag og kommunens satsing på alderspsykiatri og demens. Mitt inntrykk er at ansatte sitter på gode tiltak og løsninger når det kommer til hjemmeboende med demens. TID-møtene har vært en fin arena for å samle ansatte og hvor alle kan få komme med sine innspill.



MONA THRONSEN
Fagansvarlig sykepleier

Informasjon om prosjektet fra Askøy kommune, Liv Olsen.

Forskning og utvikling

Demens representerer et økende folkehelseproblem. Det er anslått 47 millioner mennesker med diagnosen i dag, det forventes å øke til 75 millioner i 2030 og innen 2050 forventes det å tredoble (WHO). Bare i Norge er tallet passert 100.000 personer med demens.

Alight

Musikk og helseteknologi til allmennyttinge formål

Musikkterapi brukes i dag i hele verden for eldre med demens som en ikke-medikamentell behandlingsform, for blant annet å øke livskvalitet, stimulere hukommelse og redusere psykiske symptomer (Ueda, Suzuki, Sato & Izumi, 2013). Oppsummert viser forskningen at personer med demens får det bedre med musikkbaserte intervensjoner, som ser ut til å bedre livskvalitet og kognisjon og redusere symptomer på angst (van der Steen, van Soest-Poortvliet & van der Wouden, 2018). Behandlingen er fri for bivirkninger.

Utfordringer

Studier viser at helsetjenester for eldre med psykiske lidelser er utilstrekkelige (Brunvold & Lunde, 2014; Helsedirektoratet, 2013). Helsemyndighetene har også påpekt at det er behov for et tydeligere fokus på eldres psykiske helse. Det er et økende behov for å utvikle innovative strategier for å behandle og forebygge psykiske helseproblemer hos eldre. Selv med økt fokus på musikkterapi som behandlingsmetode på norske sykehus og andre helseinstitusjoner de siste årene, er det ifølge Norsk Forening for Musikkterapi bare ca. 30 musikkterapeuter som jobber mot alderspsykiatriske helseutfordringer – de aller fleste har tilholdssted på institusjon i Sør-Norge. Gitt at det er 100 000 i Norge med demens, er det trolig ikke mer enn ca 2 % av disse som får tilgang til musikkterapeutisk oppfølging.

Sykehjemspasienter og «den store tausheten»

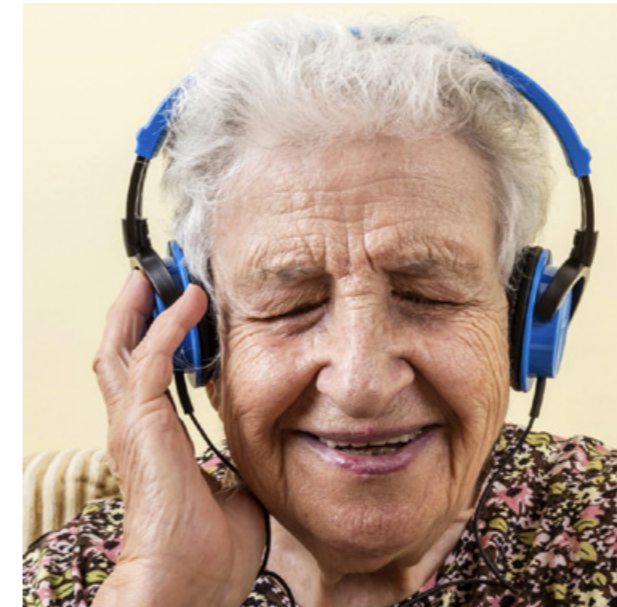
Vi vet at det ikke er lang vei fra fast plass på sykehjemmet til at en person med allerede svekket og sårbar fungering forvitrer ytterligere, ofte i mangel på daglig stimulans. Årsakene til denne mangelen er godt kjent – på grunn av ressursknapphet og i noen tilfeller også tradisjonelle holdninger til prioritering, har personale i sykehjemmene

i hovedsak fokus på å dekke pasientenes primære behov knyttet mot hygiene og ernæring. Slik kan sykehjemstilværelse raskt bli lite verdig – noe både pasient, men også pårørende opplever. Å besøke sin pårørende blir, i takt med økende demens, ofte svært krevende for familien. Dette ut fra den faktiske belastningen det ofte er for nære å oppleve sin kjære gradvis «forsvinne», kommunikasjonen blir tungvint og det kan være vanskelig å finne noe å snakke om som engasjerer personen med demens. Besøkene kan bli preget av taushet eller at det er pårørende som må ta ansvar for samtalen. Fremover blir det en hovedutfordring å aktivere og støtte opp om de pårørende – eksempelvis gjennom teknologi og løsninger som kan gjøre det mer lystbetont å besøke sine eldre på institusjonen. M.a.o. øke ansiktstiden – noe som i og for seg kan gjelde tiden en pleier og en pasient kan ha sammen – med et relasjonelt verktøy som støtte. Hva om vi derfor kan stimulere til å øke pårørendes sykebesøk og besøk i hjemmet?

Hjemmeboende med demens

Mulighetene for musikkterapeutisk oppfølging av hjemmeboende eldre etter utskrivelse fra sykehusopphold er per i dag begrenset. Mangel på musikkterapeuter i kommunene gjør at mange pasienter som skrives ut, mister muligheten for å fortsatt benytte seg av en behandling som har vist seg nyttig. Både i forhold til å stimulere gamle minner og gjennom dette oppleve kvalitativt gode stunder, livskvalitet, mestring og verdighet. Hva om vi kan tilby flere helseinstitusjoner et opplevelsesverktøy for musikk og helse, samt gi mennesker med demens like god musikalsk helseeffekt selv om de bor hjemme?

**DAG LANGFOSS-
HÅLAND**
Alight AS



Løsningen

Vi bygger Alight, i samarbeid med NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, musikkterapeuter og helsepersonell. Alight er en validert opplevelsesbasert teknologi plattform som tilbyr musikk for helse, oppfølging og monitorering fra helsepersonell og pårørende, i institusjon og hjemme. Alight er egnet for eldre med mild kognitiv svikt eller mild til moderat demens, som også kan ha tilleggssymptomer og plager i form av angst, uro og depresjon. Alight samler pasienten og pårørende i felles aktivitet, og kan også støtte samspelet mellom pasienten og pårørende eller andre omsorgspersoner. Klarer vi å øke pårørendes deltagelse vil dette ha følgende effekter:

- Gode opplevelser, inkludert mestings- og verdighetsopplevelse, for pasient og pårørende
- Mindre belastning på et allerede presset personale
- Muligheter for å prioritere økt interaksjon med pasienten fra personalets side

Alight er inntatt i Vestland fylkes handlingsplan 2020 for velferdsteknologi. Det interessante er at vi i det siste har fått flere henvendelser fra kommuner med spørsmål om å kunne benytte tjenesten på andre felt innen psykisk helse, noe som øker Alights allmenntytte.

Alight består av to komponenter:

1. Webklient som gjør det mulig for musikkterapeuter og annet helsepersonell å kartlegge og registrere pasientens musikalske livsreise med musikken de elsker, lage og sende pasienten digitale musikkopplevelses sesjoner som inkluderer video, familiebilder og musikk. Sesjonen kan også inneholde puste- og avslapningsøvelser utført av musikkterapeut/helsepersonell, eller velkomsthilsen fra musikkterapeuten/helsepersonellet pasienten kjenner.

2. En nettbrett-applikasjon som gjør det mulig for pasienter og deres pårørende å se og interagere med digitale musikkopplevelses sesjoner – enten på institusjon eller hjemme. I dag lages videoene for pasient manuelt av Alight-teamet, på bestilling fra musikkterapeut/helsepersonell, basert på intervju med pasienten. I intervjuet kartlegges pasientens musikalske livshistorie, oppvekst, familie og fritidsinteresser. Ved lansering vil helsepersonell selv lage videoene ved minimal bruk av tid og ressurser. Helsepersonellet vil gjennom web-klienten ha tilgang til bilde- og musikkbibliotek og enkelt brukergrensesnitt for å lage videoene.

Alight – når ferdigutviklet og utprøvd, representerer uante allmennyttinge gevinster – fra individuelle, kvalitative effekter for pasient og familie til samfunnsøkonomiske gevinster.

REFERANSER

Brunvold AR, Lunde L-H. (2014). Eldre i psykoterapi: en undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51(2); 113-118.

Helsedirektoratet. (2013). Forebygging, utredning, og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Helsedirektoratet, Oslo.

Ueda, T, Suzukamo Y, Sato M & Izumi S. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev, 12(2): 628-41.

van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJP & Vink AC. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev, (7), CD003477.

REACT-MCI

Aktuelt forskningsprosjekt for pasienter med mild kognitiv svikt.

Kan hukommelsestrening bedre hukommelse og livskvalitet hos personer med mild kognitiv svikt? Kan vi ved røntgenundersøkelser vise endringer i hjernen ved hjernetrening? Forskningsprosjektet REACT-MCI (Repeated Advanced Cognitive Training in Mild Cognitive Impairment) forsøker å finne svar på blant annet disse spørsmålene.

NKS Olaviken deltar som et senter i denne landsomfattende multisenterstudien, sammen med Kløveråsen, St. Olav, Oslo Universitetssykehus og Sørlandet Sykehus. Hensikten med studien er å vurdere om arbeidsminnetrening kan forsinke overgangen til demens hos personer diagnostisert med mild kognitiv svikt, bidra til bedre livskvalitet, og er helseøkonomisk sett gunstig.

Pasienter som utredes ved NKS Olaviken og vurderes å ha en mild kognitiv svikt inviteres å delta i studien, med oppstart i august 2020. Deltagere i studien vil trene hukommelsen ved hjelp av et program på egen datamaskin eller iPad i fem uker i sitt eget hjem. Alle deltagerne vil motta ukentlige telefonsamtaler fra en studiemedarbeider i perioden man trener. I tillegg blir deltagere fulgt opp i to år med tester på hukommelse og måling av livskvalitet. Det gjennomføres også røntgen- og andre undersøkelser i startfasen.



ComfortOla!

Bedret sittekomfort for Huntingtonpasienter.

Vi har hatt tilbud til pasienter med Huntingtons sykdom siden 1999 på NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. På bakgrunn av dette besitter vi derfor mye kunnskap og kompetanse på feltet. Vi har lenge sett et behov for et bedre sittetilbud til denne gruppen. På grunn av ufrivillige bevegelser samt ukoordinerte viljestyrte bevegelser, er det behov for en godt polstret stol som er både stabil, komfortabel og slitesterk. Stolene som er på markedet i dag besitter ikke alle de løsningene det er behov for. Dette ønsker vi å gjøre noe med. Vi tok derfor kontakt med Høgskulen på Vestlandet.

Status

Så langt har to grupper ved Ingeniørlinjen på Høgskulen på Vestlandet arbeidet med tegninger og løsninger på stolen som sin Bacheloroppgave. NKS Olaviken har skrevet prosjektbeskrivelse om hva som ønskes av løsninger i produktet og studentene har hospitert hos oss for å bli bedre kjent med behovene for pasientgruppen. Det jobbes med å utarbeide en samarbeidsavtale mellom NKS Olaviken og Høgskulen på Vestlandet for å kunne produsere en prototype av stolen.



Prosjekt e-læring

E-læring er et prosjekt som er under utvikling gjennom fagnettverk Huntington.



Hensikten er å lage et e-læringskurs for pleiere som jobber med personer med Huntington sykdom som trenger døgnkontinuerlig hjelp på sykehjem. Kurset skal ha en praktisk tilnærming med filmsnutter, faktatekster, samt tilgang til registreringsmateriale og podcasts. Dyktige pleiere på Olavikens spesialsykehjemsavdeling bidrar med sin kunnskap i filmsnittene.

Sanden Media AS Kristiansander, som er et produksjonsselskap innenfor TV-/video-produksjon er et samarbeidspartner i prosjektet.

ANeed-studien

Utprøving av medikamentell behandling mot lewybodydemens.

NKS Olaviken skal delta i den nasjonale, multisenterstudien som et av sentrene. I studien skal pasienter med tidlig lewybodydemens få medisiner som forskerne håper skal vise seg å kunne bedre symptomer og forsinke sykdomsutviklingen. Det finnes i dag ingen godkjent medisin som kan dempe symptom eller kurere lewybodydemens. Dersom forskergruppen ser effekt av disse medisinene, vil det kunne føre til at de blir godkjente for bruk mot lewybodydemens.

Medisinene som pasientene skal testa i studien heter Ambroxol og Nilvadipine, og er godkjente legemidler for andre indikasjoner. Den ene pasientgruppen vil få placebo, altså narremedisin, mens den andre gruppen vil få ambroxol og den tredje gruppen vil få ambroxol og nilvadipine i kombinasjon. Pasientene vil få behandling i ett år, og i denne perioden blir de nøye overvåket med tanke på effekt og bieffekt. Effekten av medisinene blir vurdert ut ifra etablerte kriterium for å måle symptom og sykdomsutvikling. Studien har oppstart høsten 2020.



Intern forbedring

Den nye personvernforordningen GDPR trådte i kraft i EU mai 2018. Det var stort fokus på dette i hele Helse Norge og vi fikk god informasjon på forhånd og følte oss forberedt, sier Anne Sørvig, personvernombudet ved NKS Olaviken.

PERSONVERN VED NKS OLAVIKEN

Økt fokus på informasjonssikkerhet



Overgangen fra den gamle personvernloven til personvernforordningen førte til en del endringer og ressursbruk som man ikke hadde tidligere – og i NKS Olaviken sitt tilfelle også kravet om et personvernombud. NKS Olaviken har forholdt seg til personvernloven i alle år siden vi er et sykehus og forvalter store mengder med personopplysninger. Sykehuset er godt kjent med lovverket og har hatt databehandleravtaler med samarbeidspartnere lenge før GDPR.

Fokus og forankring

Sykehuset har hele tiden hatt fokus på behandlingen av sensitive personopplysninger. NKS Olaviken er vant til å

forholde seg til høy risiko og kjenner konsekvensene av personopplysninger på avveie. Selv om alt dette er kjent må bedriften prioritere å bruke ressurser på personvern for å oppfylle kravene i den nye personvernforordningen GDPR.

Anne er personvernombudet på Olaviken

Ledelsen i NKS Olaviken var opptatt av å ha et personvernombud som kjente bedriften fra før og som hadde ært ansatt på sykehuset en tid. De ville ha et personvernombud som hadde kjennskap til rutiner, bedriftskultur og de ansatte i bedriften. Innføringen av GDPR og ansettelse av personvernombud var forankret i ledelsen helt fra begynnelsen.

Anne Sørvig er det nye personvernombudet på Olaviken. Hun har vært ansatt i administrasjonen siden 2008 og vært med å innføre elektronisk arkiv på sykehuset. I tillegg har hun vært verneombud i mange år.

– Rollen som personvernombud passer meg fint, sier Anne.

– Jeg kjenner bedriften godt og de fleste ansatte kjenner meg. Jeg samarbeider godt med ledelsen, men er ikke redd for å gi beskjed hvis det er saker vi må ta tak i. Jeg mener det er en god balanse og åpenhet mellom ledelsen og personvernombudet.

Informasjonssikkerhet er godt ivaretatt

NKS Olaviken følger «Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten» (Normen). Normen er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. Normen har gjort grov arbeidet for oss og vi forholder oss til deres standarder. Våre IKT tjenester leveres av Helse Vest IKT, og vi har databehandleravtaler med dem i tillegg til noen andre leverandører.

– Vi er godt ivaretatt av Helse Vest IKT og det er betryggende å ha en så stor aktør i ryggen, sier Anne.

Oppgaver fremover

Anne tror at de største utfordringene hos oss vil bli å endre rutiner, endre lokale lagringsområder, øke fokus på personvern i en ellers travel arbeidshverdag. Videre forteller Anne om sitt arbeid som personvernombud:

– Forståelse og kunnskap blir viktig her og derfor vil jeg prøve å nå ut til flest mulig gjennom å være synlig i bedriften, legge ut informasjon på intranett og være tilgjengelig. Vi må også heve kompetansen og fokuset hos de ansatte for å sikre at alle typer personopplysninger er tatt vare på, på en forsvarlig og god måte.

– Jeg har brukt det siste halve året på å sette meg inn i lovverket, gått på kurs på BI i «personvern og GDPR» og laget protokoll over behandlingsaktivitet (personvernprotokoll). Protokollen er et godt verktøy i videre arbeid med personvern på Olaviken.

Alle personvernombudene i Helse Vest har et Regionalt personvernutvalg. Det er veldig nyttig å samarbeide med de andre personvernombudene i Helse Vest. I utvalget er det erfarne dyktige personvernombud med ulik bakgrunn og mye kompetanse. Jeg er veldig glad for å ha dette møtestedet hvor jeg kan høste erfaringer og søke råd. Jeg er også glad for å ha en ledelse som har tatt dette på alvor og gitt meg stort spillerom og de ressursene jeg trenger for å gjøre en god jobb.



PERSONVERNFORORDNINGEN/GDPR GENERAL DATA PROTECTION REGULATION

- Personvernforordningen er en forordning som har som formål å sørge for en god beskyttelse av personopplysninger, samtidig som personopplysninger skal kunne utveksles fritt innenfor EU-/EØS-området.
- Personvernforordningen ble vedtatt av Europaparlamentet og Rådet i EU 27. april 2016. Den trådte i kraft i EU og i alle EUs medlemsland 25. mai 2018, og i Norge 20. juli 2018.
- Forordningens formål, som er slått fast i artikkel 1, er å sikre vern av fysiske personers (enkeltmenneskers) grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger.
- Personvernforordningen inneholder både rettigheter og plikter knyttet til behandling av personopplysninger. Felles for alle reglene er at de bygger på noen grunnleggende prinsipper for personopplysningsvern som er beskrevet i personvernforordningens artikkel 5. Alle som behandler personopplysninger må opptre i samsvar med disse prinsippene

POLIKLINIKKEN (BERGEN)

Klinikkjef:
Minna Hynninen

Seksjonsleder:
Kate Myklebust

Generell alderspsykiatri,
Hukommelsesklinikk,
Huntingtonklinikk

SYKEHUSET (ASKØY)

DØGNPOSTER

Klinikkjef:
Minna Hynninen

Seksjonsleder:
Kathe Elise Skagen

POST 1

Allmennpsykiatriske
problemstillinger
Åpen post.
Antall plasser: 6

POST 2 OG 3

Demens og utfordrende atferd
Utredning Huntington
Lukkede poster.
Antall plasser: 15

NEVROPSYKIATRISK AVDELING HUNTINGTON

Avdelingsleder:
Margaret Heimli

Langtidsbehandling
Spesialssykehjem
Antall plasser: 10

SYKEHUSETS LEDELSE

Direktør: Frode Wikne
Styreleder: Ivar Ådlandsvik



Hva er vårt «sørge for ansvar» og hvem er «våre» pasienter?

NKS Olavikens alderspsykiatriske sykehus driver sine tjenester i tråd med blant annet psykisk helsevernloven og overordnede rammeavtale med Helse Vest RHF. Sistnevnte avtale synliggjør også vår forpliktelse i henhold til spesialisthelsetjenestelovens §2-1a, herunder om å sørge for at befolkningen i regionen får et tilbud om spesialisthelsetjenester. Dette som del av det regionale helseforetakets såkalte «sørge for ansvar».

I årlig bestillingsdokument spesifiseres vårt oppdrag: «NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS skal, som leverandør av spesialisthelsetjenester innan psykisk helsevern, tilby utredning, diagnostikk og behandling av:»

Målgrupper

- Pasienter med demens og tilleggs-symptomer som angst, depresjon, psykose og vesentlig omfang av avvikende atferd.
- Pasienter med uavklart kognitiv svikt eller demensdiagnose som er vanskelig å utrede innen kommunehelsetjenesten.
- Pasienter med psykiatriske lidelser som inntreffer etter 65 år (affektive lidelser, angst, psykoser, suicidalitet).
- Pasienter med hjerneorganiske lidelser med alvorlig forvirring (delir).
- Pasienter med neurodegenerative lidelser med kognitiv svikt og/eller psykiatriske symptomer (eks. Huntington).

I takt med økende eldre-befolkning og en stigende andel eldre med alvorlige psykiske lidelser, opplever naturlig nok også vi økende press på våre tjenester – det være seg behovet for innleggelse, utredning i poliklinikk eller ambulant bistand, signalisert i hovedsak gjennom henvisninger fra leger i kommunene.

Våre ansatte bestreber seg daglig for å møte dette økte behovet – både hva gjelder å behandle henvisninger fortløpende og tilby poliklinisk time, oppfølging i kommunen eller innleggelse så raskt som mulig.

Vårt utfordringsbilde er, i tillegg til et økende behov for våre spesialisttjenester i Vestland fylke, at vårt samfunnsoppdrag fokuserer bredere enn bare de pasientene vi til enhver tid har i behandling. «Våre pasienter» er også dem som venter på våre tjenester.

Ut fra dette skal NKS Olaviken forholde seg til følgende to aspekter:

- Pasienter som vi til enhver tid har i utredning/-behandling i poliklinikken eller i døgnpostene (de vi tradisjonelt kanskje oppfatter som «våre»)
- Pasienter som er henvist, vurdert og kvalifiserer for spesialisert helsehjelp og som bør få denne så raskt som mulig («de på ventelisten»)

FRODE WIKNE

Direktør

Vår tilnærming for å sikre både utredning og behandling av god kvalitet, samt sørge for at de som venter får helsehjelp raskest mulig, er da følgende:

- Sikre effektive utrednings-/behandlingsforløp og gjennom dette «optimal» liggetid/utnyttelse av en knapp «sengerressurs» (snitt liggetid i 2019: 43 døgn).
- Sende størstedelen av våre epikriser ut med pasienten utskrivingsdagen, for at kvaliteten på pasientens oppfølging blir optimal ved at fastlege, sykehjem eller hjemmetjeneste får umiddelbar tilgang til viktige opplysninger.
- Sikre effektiv drift ved poliklinikken – herunder god kapasitet i forhold til individuelle konsultasjoner, gruppetilbud og god balanse mellom oppfølging/behandling og utredning/diagnostisering av nyhenviste.
- Bistå ambulant i enkelte tilfeller, eksempelvis mot sykehjem. Gjennom dette, blant annet opprettholde nødvendig sengekapasitet på Askøy.

Vi har stor forståelse for den enkelte kommunes/leges utfordringer i det daglige arbeid mot felles pasienter. Vi ser at den kommunale utfordringen knyttet til å legge til rette for eksempelvis sykehjemsplass eller forsterket hjemmetjeneste på relativt kort varsel.

NKS Olaviken vil bestrebe seg på å holde en god og tett dialog med den enkelte kommune hva gjelder å finne minnelige løsninger også i fremtiden. Sammenhengen mellom «riktig liggetid» og effektive behandlingsforløp for den enkelte pasient og muligheten for å kunne gi flere et tilbud «på rett nivå til rett tid» er imidlertid åpenbar, og er en felles utfordring som ikke blir mindre i årene fremover.

OLA-SKOLEN 2020

I løpet av høsten arrangerer vi følgende kurs på Ola-skolen. Mer informasjon og påmelding blir lagt ut i juni. Følg med på Facebook eller se www.olaviken.no



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 NKS Olaviken.

Man kan velge å delta begge dager eller bare en av dagene.

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.

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.

OLAVIKEN-KONFERANSEN 2020

Et overordnet tema for årets konferanse er «Mestring og ferdighet». Plenumsforedrag og innlegg i parallellsesjoner vil belyse ulike aspekter som påvirker både mestring og verdighet hos pasienter, pårørende – og hos oss som arbeider med eldre. Olaviken-konferansen er et tverrfaglig møtested for fagfolk med erfaring fra eller interesse for feltet.

Mestring og verdighet

14.-15. oktober 2020, Scandic Bergen City



Vi vil fokusere på spennende og relevante tema som blant annet profesjonsetikk og spesifikke profesjonsetiske problemstillinger i møte med eldre pasienter, bruk av tvang ovenfor hjemmeboende med demens, og behandlingsmetoder som er egnet for eldre med psykiske vansker. Deltagere kan også drøfte egne pasientkasuistikker i workshoper om utredning og behandling av alderspsykiatriske pasienter.

Konferansen er aktuell for leger, sykepleiere, psykologer og annen helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

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

Påmelding starter 18. 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