

Olaviken



*Bred lege-
kompetanse*

SIDE 39



Fremtidens utfordringer krever fremtidens løsninger

Tallenes tale er klare og vel kjente for oss alle: Innen Helse Bergens og vårt felles opptaksområde øker antallet eldre (65+) fra ca 75.000 i dag til vel 95.000 i 2030, i 2040 nærmer vi oss 120.000 mennesker over 65 år.

Vi forventer en økning innen denne gruppen eldre hva gjelder komplekse sykdomsbilder, sammensatt av somatikk, psykiatri og kognitiv svikt. Videre sier et estimat at antallet mennesker med demens vil øke med ca 2500 i perioden 2020–2030.

Demografien representerer store utfordringer både for kommuner og spesialisthelsetjeneste – utfordringer som ikke lar seg løse utelukkende med øning av sengekapasitet eller rene polikliniske tjenester på sistnevnte tjenestenivå.

Dette er fremtidens, og egentlig delvis allerede dagens, utfordringer. Som vi er satt til å løse – i fellesskap gjennom ytterligere økt samhandling – på tvers av forvaltningsnivåene. Det er slik ikke mer enn «tid og vei» ift å forsøke å enes om noen felles tiltak.

Her skal vi finne løsninger som tar hensyn til både helsetjenestene (kapasitet og kompetanse) og ikke minst, – pasienten og pårørende behov for kvalitet og trygghet. Og løsningene må legge til rette for fremtidens utfordringer og slik stille krav til justering av både interne og ikke minst samhandlingsformer – både mellom sykehus og kommunene samt mellom sykehusene innen regionen/opptaksområdet.

En arbeidsgruppe satt sammen av gode fagfolk fra Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sykehus og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, har nylig levert en fyldig rapport som nettopp fokuserer behovet for økt samhandling innen spesialisthelsetjenestene i vårt felles opptaksområde. Arbeidet har vært koordinert av og rapporten ført i pennen på vegne av gruppen av vår klinikkssjef Minna Hynninen.

Det er å forvente at toppledelsen i de tre sykehusene gjennomgår og definerer en konkret plan for videre effektivering av de foreslåtte tiltak i rapporten – dette senest i løpet av første halvår 2021. NKS Olaviken er allerede er godt i gang ift å utvikle en ambulant modell i tråd med rapportens føring, og har en konstruktiv dialog med Helse Vest om dette spesifikke temaet. Vi håper andre i gruppen henger seg på denne utviklingen etter hvert.

Eksempler på nødvendige fokus/områder som bør arbeides videre med i 2021:

- Planlegge økt samarbeid og felles mottak/koordinering/vurderinger av henvisninger.
- Utvikle og øke ambulant virksomhet – til beste for pasienten ved å unngå unødig flytting av eldre svært syke mennesker, herunder sikre raskere tilgang enn idag ift ambulant respons ift utredning, behandling og veiledning der pasienten bor.
- Samlokalisere enheter innen det alderspsykiatriske fagfeltet for å styrke utvikling av tjenester, rekruttering av kompetanse til fagfeltet, utnyttelse av felles kapasitet mv.
- Utvikle og kvalitetssikre den eldre psykisk tilbud om akutt hjelp.
- Utvikle samhandlingen og avklare ansvar/oppgaver mellom sykehusene og DPS-ene hva gjelder den aktuelle målgruppen.
- Fortsette og samkjøre kompetansebyggingen mot kommunene, herunder og tydeligere informasjon om tilbud og ansvarsdeling mellom de tre sykehusene.

NKS Olaviken vil også i 2021 være en offensiv og positiv aktør knyttet til denne viktige dialogen og avklaringen. Vi er glade for den gode dialogen mellom sykehusene (jfr rapport i uke9), inkl felles mål om å sikre gode og fremtidsrettede tjenester, med pasientenes behov i bunn. Og slik svare ut fremtidens utfordringer med fremtidens løsninger, gjennom å endre/justere etablerte rutiner og praksis. Og gjennom å se mulighetene heller den begrensningene når vi fokuserer helheten hva gjelder ressurser i vårt felles opptaks/ansvarsområde.



Frode Wikne
Frode Wikne
Direktør



INNHOLD

Hva trenger personer med Huntingtons sykdom?	4
Alderspsykiatri i koronatiden	6
Pandemiens janusansikt	10
Bedringsfokus i møte med eldre med psykiske lidelser?	12
Miljøterapi i Olaviken	16
MAP – møte med aggresjonsproblematikk	20
Raskere ambulant hjelp direkte ut i sykehjemmene	22
Videoveiledning som følge av pandemien	24
Økologisk og bærekraftig matproduksjon	26
Bedre kognisjon og økt mestringsfølelse?	28
Hvordan går det med LIVE@Home.Path?	31
Samhandling om eldre med sammensatte lidelser	32

Olaviken FAGMAGASIN

Ansvarlig redaktør: Frode Wikne
Redaksjonsnemnd: Ledergruppen
Foto: NKS Olaviken / iStock
Design og trykk: Bodoni AS

Hva trenger personer med Huntingtons sykdom?

Nevropsykiatrisk avdeling, ved NKS Olaviken, har over tyve års erfaring med å bygge kompetanse til personale som arbeider med mennesker med neurodegenerative lidelser som blant annet Huntingtons sykdom.

MARGARET HEIMLI, AVDELINGSLEDER

LINDA R. LOHNE, FAGANSVARLIG ERGOTERAPEUT

Forståelse for den svikten sykdommen forårsaker hos den enkelte, er den viktigste kompetansen vi kan gi dem og helt grunnleggende i enhver relasjon til våre pasienter. Men det er også det som er vanskeligst og mest utfordrende for både hjelpere og den som trenger hjelp.

Trenger de beste løsningene/tiltakene

Personer med Huntington krever at de får hjelp umiddelbart, og kan ikke vente. Det vi kan hjelpe dem med i øyeblikket, gjør vi med glede, men det er ikke alltid at ønskene til pasienten er av en slik karakter at vi kan hjelpe dem der og da. Mange har vansker med impuls kontroll og mangelfull innsikt på hva de kan klare og ikke. Dette gjør at realitetsorientering blir vanskelig og utfordrer personalet på kreative og gode løsninger i disse situasjonene.

Ettersom sykdommen skrider frem, trenger pasienten i økende grad hjelp fra personalet. Man får etterhvert vansker med helt dagligdagse aktiviteter som personlig stell, måltider, språk m.m. Huntington sykdom påvirker personens kognitive, psykiske og motoriske funksjon og dette vil nødvendigvis gi stor frustrasjon når man ikke lenger klarer det man klarte før og heller ikke klarer å uttrykke seg for å formidle tanker og følelser. Personalet har lang erfaring med å hjelpe pasientene til å mestre og finne løsninger som ikke er krenkende, selv i en vanskelig livssituasjon.

Trenger kontinuerlig tilstedeværelse

Det kan være vanskelig å hjelpe personer som ikke har innsikt i egne behov. Personale må tilpasse, endre, hjelpe, være tilstede for pasientene kontinuerlig. Dette innebærer at vi hele tiden er på tilbudssiden, og alltid legger opp til faglige diskusjoner om hva som kan være det riktige i enhver situasjon.

Personer med Huntington trenger at vi som personale tåler å stå i de vanskelige følelsene sammen med dem. De

vanskelige følelsene får utløp på mange ulike vis; gjennom verbale angrep, fysiske angrep, rop, tramping i gulvet, kasting av gjenstander m.m. Veldig ofte er det sinne eller angst som utløser denne type atferd og vi har derfor stort fokus på å ivareta og overholde rutiner som pasienten trives med. Den utfordrende atferden er en stor belastning for personalet å stå i over tid og det er derfor viktig å ivareta de ansatte gjennom veiledninger og debriefing når det oppstår vanskelige situasjoner.

Trenger tilpasset stimuli

Pasientene trenger som nevnt mye hjelp etter hvert. På grunn av redusert motorisk kontroll og kognitiv svikt, får de etter hvert problemer med å spise og drikke, all form for egenomsorg og de trenger også etter hvert hjelp til å regulere stimuli da hjernen ikke lengre klarer å håndtere den store mengden med informasjon som vi får gjennom samtale, lyder, lys, fjernsyn, radio, mobiler, nettbrett osv.

Ettersom mange daglige aktiviteter blir vanskelig å gjennomføre, prioriterer vi at de får hjelp til de tingene som de har behov for hjelp til, slik at de har overskudd i hverdagen til å være med på lystbetonte aktiviteter. Ut fra hver pasient sin personlige historie, prøver vi å finne ut hva de har drevet med tidligere for å finne de gode tiltakene som kan gi glede i hverdagen og skape de gode øyeblikkene. Dette kan være seg hvilken mat og drikke de liker, musikk i form av sangskrivning, lytte til favoritt-

Personer med Huntington trenger at vi som personale tåler å stå i de vanskelige følelsene sammen med dem.



musikk, gjøre øvelser, turer ut i skog og mark, hundeterapi, samvær med medpasienter og personale, bilturer m.m

Trenger tilpasning i måltider

Servering og tilrettelegging av gode måltider med god og næringsrik mat er sentralt på avdelingen. På grunn av svelgproblematikk, har pasientene våre risiko for å aspirere og/eller sette i halsen, som igjen kan gi komplikasjoner som henholdsvis lungebetennelser/respirasjonssvikt. På grunn av svekket motorikk, vansker med å avpasse tempo samt uregelmessig pust grunnet ufrivillige bevegelser, er et måltid svært utfordrende for pasienten. Det er derfor viktig at personalet er drillet i f.eks Heimlich for å kunne hjelpe pasienten dersom de setter noe i halsen. Sittestilling under måltid er svært viktig for å optimalisere at svelgprosessen skal gå riktig for seg i tillegg til riktig konsistens på mat og drikke.

Trenger alle faggruppene i avdelingen

Vi legger stor vekt på tverrfaglig kompetanse og har et tverrfaglig team innad i avdelingen som følger våre pasienter tett. «Team huntington» består av psykiater, somatisk lege, psykolog, musikkterapeut, sykepleier/vernepleier og ergoterapeut. Hver uke samles dette teamet for å drøfte problemstillinger rundt pasientene våre for å prøve å finne de beste løsningene for den enkelte.

En avdeling som vår er bygd rundt filosofien om at personale og pasienter kan ha en til en kontakt store deler av vekten hvis det er det som kreves. Dette er noen tilfeller helt nødvendig for å unngå store utfall av fortvilelse og depressive tanker og handlinger. Personalet bruker MAP og TID veiledning for å drille hverandre i å hjelpe pasientene våre. Erfaring og kompetanse bygget på fag og undervisning, samt erfaringer knyttet til en kunnskapsrik personalgruppe som stadig utvikler seg, er viktig for å kunne gi den rette omsorgen.

Bak fra venstre: Psykolog Nikita Løyland, spesialykepleier Nicola Vindenes, psykiater Mirjana Tatarevic, musikkterapeut Sunniva Kayser. Foran fra venstre: Almennspesialist Lise Fredriksen, fagansvarlig/ergoterapeut Linda L. Røyseth.

Trenger tilrettelegging av hjelpemidler

Hjelpemidler og riktig bruk av disse er også svært viktig for at pasientene våre skal ha det bra og for at personalet skal ha gode arbeidsstillinger. Det er ikke alltid pasienten forstår dette da de ikke alltid forstår sine egne behov, så personale tilfører dette med den største omhu og kreativitet. Det er «viktig å selge disse inn» som noe de får og ikke som erstatning for noe de har tapt.

En som kommer til vår avdeling, trenger nok helt sin egen individuelle oppfølging. Dette får hver og en pasient som bor hos oss. De er avhengig av at det er kjent personale som gir dem hjelp til å mestre, og alle pasientene har to utvalgte personale som følger dem spesielt opp og har kontakt med deres nærmeste pårørende.

Trenger hjelp til pårørende

Personer med Huntington trenger også å få hjelp til å ha kontakt med pårørende. Ofte i en familiesituasjon der familien har det svært vondt.

Pårørende trenger å bli sett og hørt. Gjerne etter mange år som pårørende, er det viktig at de får være pårørende som også trenger å få bekreftelse på sine opplevelser.

Da er det viktig at de får veiledning og hjelp til å takle eventuelle utfordringer de måtte ha av trygge personer som tar vare på dem.

Vi er også opptatt av å signalisere at deres nærmeste som bor hos oss, få den mest optimale behandlingen vi kan tilby av våre tverrfaglige team.

Alderspsykiatri i koronatiden

I det alderspsykiatriske fagfeltet har den kliniske hverdag blitt ytterligere kompleks under koronapandemien. For oss, som for resten av verden har pandemien vært en helt ny situasjon hvor vi har hatt begrenset erfaring og kunnskap. Det har stadig dukket opp nye og uventede utfordringer og problemstillinger, både i forhold til medisinsk, praktisk og etisk praksis.

MIRJANA TATAREVIC, OVERLEGE/PSYKIATER

LISE CHRISTINE FREDRIKSEN, OVERLEGE ALLMENNEMEDISIN

Starten av pandemien var preget av usikkerhet både faglig og i samfunnet øvrig. Det var ingen klart etablert praksis og erfaringene om hva som skulle møte oss klinisk var tynne. For å forberede oss på hva som kunne komme, samt å skulle etablere en praksis for å yte den beste og mest optimale helsehjelpen til våre pasienter måtte vi søke kunnskap i ulike kilder. Det var sett mye til internasjonale erfaringer, nasjonalt ble behandlende avdelinger forespurt om råd og erfaringer men en måtte også vurdere hva som kunne være nyttig fra etablert kunnskap samt praksis som kunne være relevant. Kollegaer fra hele verden gjorde gode observasjoner, studier og medikamentell utprøving ble satt i gang og mye av dette dannet bakgrunnen for en slags prosedyreplan for oss. Men oppi all usikkerhet, søken etter svar, mangel på evidensbasert kunnskap og tidspress har det også vært svært viktig å være kildekritisk og nøktern i hva vi tar med oss i vår praksis.

I tillegg til å jobbe med pasientene både med symptom-bildet¹, behandling av både somatiske og psykiatriske symptomer samt trygg ivaretagelse ved evt covid-19 smitte, parallelt til å opprettholde forsvarlig utredning og behandling øvrig på postene og poliklinikken har det vært behov for å jobbe med det systematiske smittevernsarbeidet i vår organisasjon. Med etablering av lokale smittervernsrutiner², restrukturering og tilpassing i avdelingene, arbeidsfordeling, forebyggende rutiner ved innleggelse av pasienter, risiko-reducerende tiltak, tilpassing av behandlingsforløp og endring i postens hverdagsrutiner har den nye hverdagen gitt oss mange nye utfordringer vi ikke hadde sett for oss på starten av året.

Miljøterapi i fullt smittevernustyr

Det siste året har vi hatt enkelte pasienter hvor en har mistenkt covid-19 sykdom. Både pasienter og ansatte med akutt oppståtte luftveissymptomer og eksponering for kjent smitte har vært problemstillinger som vi har jevnlig måttet forholde oss til i døgnpostene. Inntil avklaring på smitte-status har det vært behov for isolasjon av pasienter med mistenkt smittet og deres nærkontakter. Dette har medført en belastning på postene i ventetiden. Både usikkerhet, risiko for videre smitte av medpasienter og personale samt frykten for alvorlig sykdom og død hos den syke har preget disse situasjonene. Vi har heldigvis så langt vært skånt fra positive tester. Men disse episodene har også gitt oss mye erfaring og lærdom om hvordan vi skal håndtere et eventuelt utbrudd. Vi har sett begrensningene i våre hverdagsoppgaver og spesielt hvor kreative vi har måttet være for å jobbe miljø-terapeutisk. Marte Meo-prinsipper, ikke-verbal og tilpasset kommunikasjon i fullt smittevernustyr har sine begrensinger! Vi har også erfart hvor sårbare vår pasientpopulasjon er, både med generell overfølsomhet for infeksjon og medikamentelle bivirkninger, ko- og multimorbiditet, polyfarmasi og ikke minst uspesifikk symptomatologi og tolkningen av endringer. Er ending i adferd et første tegn på covid-19, eller er det betinget i obstipasjon, bivirkning av en ny medisin eller bare en «vanlig» urinveisinfeksjon?

Nye erfaringer med pandemien

Nye erfaringer fra pandemien har vekket mange spørsmål. Under vil vi drøfte omkring sentrale punkt, og forsøke å komme med noen konklusjoner som kan beskrive våre

vurderinger i en «korona-setting» samt nye elementer vi har implementert i vår vanlige kliniske praksis som resultat av dette.

Symptombildet

Innenfor fagfeltet alderspsykiatri er samspillet mellom psyke, kropp og kognisjon spesielt uttalt og synlig. I følge WHO kan infeksjon med covid-19³ ha et asymptomatisk, mildt eller moderat sykdomsforløp, men det utpeker seg tydelig at covid-19 sykdom kan komme i mange former: luftveissymptomene, feber, GI-plager, smerter, manglende smaks- og luktesans, redusert matlyst og generell reduksjon i allmenntilstand. Samtidig er de eldre sårbare for alvorlig forløp komplisert med utvikling av pneumoni, hjerneslag, epileptiske anfall, lungeemboli og dødsfall⁴. De fleste av disse er plager som for våre pasienter ikke er helt ukjente og på ingen måte uvanlige i klinisk praksis.

I tillegg er det stadig flere publikasjoner som beskriver også et spesielt «nevrologisk preget» forløp hos smittede med covid-19 («covid-hjerne»). Dette tyder på behov for mye større forsiktighet i tilnærming ved diagnostisering av delir ved forvirrings- og nytilkomne nevro-psykiatriske^{5,6} symptomer hos eldre eller pasienter med kognitiv svikt. Det krever også forsiktighet i tolkning av et symptombilde med endringer i adferd, økende forvirring og generell endring i

allmenntilstand, siden dette kompliseres med covid-19 som X-faktor i bildet.

Som vanlig god praksis har vi en grunntanke om at akutt endring i allmenntilstand, funksjon, psyke og/eller kognisjon hos eldre skal vekke mistanke om underliggende somatisk årsak. Dette må nå inkludere mistanke om infeksjon med covid-19.

For en rask avklaring av situasjonen og dermed minst mulig belastning og risiko, anbefales det derfor lav terskel for isolering, smitteverntiltak og prøvetaking. Som nevnt ikke bare når det foreligger tegn på luftveisinfeksjon eller feber⁷, men også ved endringer i tilstand. Som en del av dette har vi den siste tiden pålagt test helst før eller senest rett etter ankomst til vår døgnpost, med isolasjon inntil svar foreligger.

Håndtering av agitasjon og aggresjon under smitteregime, når miljøtiltak og ressurser er begrenset

Vi har opplevd hvor vanskelig det kan være å håndtere agitasjon hos våre pasienter, med alvorlige psykiske og atferdsmessige symptomer, når klassiske ikke-medikamentelle tiltak ikke kan brukes grunnet smitteutstyr. Dette krevde mer jobbing i tverrfaglig team hvor vi måtte være kreative og finne alternative løsninger for vår miljøterapeutiske tilnærming.



Lise Fredriksen (t.v.), overlege allmenntilstand og Mirjana Tatarevic, overlege/psykiater.

Vi stod også oppe i store etiske og juridiske dilemmaer med situasjoner hvor pasienter med mistenkt smitte hadde så betydelig utagering at de satt andre rundt seg i fare for smitte, i tillegg til alvorlige fysiske skader. Både bruk av smittevernutstyr som ble dratt av, behov for tilsyn under isolering, belastning på pleiepersonell samt overvåkning og oppfølging av somatisk og psykiatrisk gav behov for nytenkning og tilpasning av vanlig praksis.

Under vanlige omstendigheter jobber vi svært mye med kommunikasjonen med våre pasienter, selv også når pasientene har reduserte evner til å kommunisere. Det er ikke uvanlig for oss å kommunisere med enkelte ord, rolig tone, vennlig kroppsspråk, smil og tillitsskapende blikkontakt, kjent fra Marte Meo-metoden. I utallig mange episoder har vi lyktes med demping av angst og uro med «kun» et smil. Men bak munnbind, visir, smittevernbriller, frakk og hansker har det vært nesten umulig å tilpasse framtoning og tale, eller bare å kommunisere via ansiktsmimikk og kroppsspråk. Dette var ikke uventet for oss, med tanke på situasjonen med pandemien, men det har til tider ført til frustrasjon.

I slike ekstreme tilfeller med lite muligheter for beroligende miljøtiltak, måtte vi satse på et godt vurdert medikamentelt regime i påvente av smitteavklaring. I starten av pandemien var det også flere dagers svartid på koronatest, med pasienten ventende i isolasjon.

Medikamentelle beslutninger ble gjort på bakgrunn av alvorlighetsgrad og type symptomer sett opp mot underliggende sykdom og polyfarmasi. Men med ukjent smittestatus måtte en også ta forhåndsregler for eventuelle uønskede bivirkninger samt registrering av symptomatologi som kunne tilskrives covid-19.

Hos denne pasientkategorien er det heller ikke uvanlig at medikasjon ikke kan administreres frivillig slik at preparatvalg også begrenses i muligheter til injeksjonsform intramuskulært. De var i enkelte tilfeller gitt etter nødrett under akutte situasjoner med alvorlig utagering. Men for andre pasienter ble vurdert indikasjon for behandling under tvang i Psykisk helsevern lov.

Ved atferdsmessige symptomer som uro, agitasjon, forvirring og utagering (blant annet angrep på pleier og riving av smittevernutstyr) med bakgrunn i pasientens reduserte kapasitet til å forstå situasjon, ble det valgt stesolid injeksjon. Stesolid 5 mg var brukt forsiktig, med minimum 4-timers pause mellom injeksjoner. Max døgndose på 15mg og ikke varighet over 1 døgn. Etter gjentatte doser vil en også se akkumulering slik at lavere doser ble like effektive samt at en stort sett fikk jobbet mot frivillighet og kommet i posisjon til bedre samarbeid og samspill med pasienten.

Ved aggresjon på grunn av hallusinerende atferd med vedvarende atferdsmessige symptomer (uro, agitasjon og vrangforestillinger), ble zyprexa injeksjon foretrukket. Med enkeltinjeksjon im på 5 mg med nøye observasjon av pasientens tilstand før og etter hver injeksjon.



Det ble satt inn ekstra tiltak med mer hyppig tilsyn og observasjon av vitale parametere, forebygging av eventuelle bivirkninger ved bla. tett oppfølging av fast personale. Vi opplevde heldigvis ikke situasjoner med alvorlige bivirkninger.

Vi fikk generelt inntrykk av at dempende effekt av injisert stesolid oppnås raskere enn injisering av zyprexa. Stesolid viste seg dessverre å ha en mer svingende og således uforutsigbar virkning. Zyprexa derimot gav mindre uttalt sedasjon slik at dosejustering ble enklere.

Ved vurdering av tvangsmedisinering la vi til grunn bred faglig drøfting mellom ulike behandlergrupper samt veiledning og diskusjoner med pleiere. Det var en grundig gjennomgang av situasjon, helsetilstand og medikamenter og ulike tiltak som bakgrunn for beslutningene.

Andre utfordringer – kommunikasjon med pasient og kontakt med pårørende

Til vanlig jobber vi mye i samarbeid med pårørende. De er en uvurderlig kilde av informasjon om våre pasienter. Tidligere fungering, livshistorie, personlighetstrekk, preferanser for blant annet mat og musikk, livsstil, tro, hobbyer, interesser og hvordan utviklingen har vært i sykdomsforløpet. Alle disse opplysningene er viktige for oss i både diagnostisering samt videre behandling med tiltak som vil være tilpasset pasienten. Pårørende er også en helt uerstattelig ressurs for pasienten og således også for oss og alle andre rundt pasienten. Det er derfor av stor betydning å få opprettet et godt samarbeid som kan følge pasientene videre i hjelpesystemet. Det er derfor også viktig for oss at pårørende føler seg trygge og godt ivaretatt i møte med helsevesenet. Med reduserte muligheter for både personlige møter og besøksforbud ble denne kommunikasjonen ekstra utfordrende både for pårørende og for oss behandlere. Vi kunne dele felles frustrasjon og utilstrekkelighet, men det medførte, som i resten av samfunnet, en rask teknologisk læringskurve. Først og fremst i form av videomøter, selv om vi fortsatt er av en klar oppfatning at dette ikke i full grad kan erstatte en personlig kontakt. Men det har det siste året vært både en utvikling og en tilvenning til denne formen for samhandling for oss alle. Vi har vel uansett i denne perioden sett at vi klarer å tilpasse oss ulike situasjoner og kan klare å finne gode løsninger i unntakstilstander. Også i samspill hos ekstra sårbare pasienter hvor en har klart å lage gode løsninger med ivaretagelse av smittevern for unntakssituasjoner.

Selv om tiden går er korona fortsatt her med oss og det er usikkert om den noensinne blir helt vekke. Vår kamp mot dette viruset har sine bølger og daler, som i et sjakkspill, men vi føler oss gradvis mer rustet til å takle dets utfordringer og spørsmål. Vi tviler ikke på at vi skal bekjempe denne pandemien, men vi tror nok at det kan ta sin tid.

LITTERATUR

1. <https://www.fhi.no/>
2. Liu K, Chen Y, Lin R, et al. J Infect. 2020 Mar 27. pii: S0163-4453(20)30116-X. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.005. [Epub ahead of print] Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32171866#>
3. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272156/retrieve>) (Accessed on March 29th 2020)
4. Arentz M, Yim E, Klaff L, et al. Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. JAMA 2020. (doi: 10.1001/jama.2020.4326).
5. Ling Mao et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500>
6. Ipsit V. Vahia, Dan G. Blazer, et al. COVID-19, Mental Health and Aging: A Need for New Knowledge to Bridge Science and Service. Am J Geriatr Psychiatry. 2020 Mar 25 doi: 10.1016/j.jagp.2020.03.007 [Epub ahead of print]
7. Myrstad M, Ranhoff AH. Akutt syke eldre i koronaens tid. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0227. [CrossRef]
8. Wang M, Zhang RCL, Yang Xet al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro Published online 2020 Feb 4. Cell Res. 2020 Mar; 30(3): 269–271. doi: 10.1038/s41422-020-0282-0
9. Gautret P, Lagier JC, Parola P et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. Int J Antimicrob Agents. 2020 Mar 20: 105949 doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949 [Epub ahead of print]
11. www.legemiddelhandboka
12. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2020 Apr 29. doi: 10.1161/CIRCEP.120.008662. [Epub ahead of print]
13. Saleh M, Gabriels J, Chang D et al..The Effect of Chloroquine, Hydroxychloroquine and Azithromycin on the Corrected QT Interval in Patients with SARS-CoV-2 Infection.[www.medscape Drug Interactions Checker](http://www.medscape.com/drug-interactions-checker)
14. www.webMD
16. www.drugs.com
17. Yunusa I, Alsumali A, Garba AE et al. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Mar 1;2(3):e190828. doi: 10.1001/jama-networkopen.2019.0828.
18. Nakafero G1, et al.The association between benzodiazepines and influenza-like illness-related pneumonia and mortality: a survival analysis using UK Primary Care data Pharmacoeconom Drug Saf. 2016 Nov;25(11):1263-1273. doi: 10.1002/pds.4028. Epub 2016 May 23.

Aldri så galt at det ikke er godt for noe?

Pandemiens janusansikt*

Koronaviruset traff oss uventet og plutselig for vel et år siden. Hverdagen til oss alle ble på flere måter endret over natten,- herunder medvirkninger knyttet til både våre private liv og yrkesmessige forhold.

FRODE WIKNE, DIREKTØR

For min generasjon, som i følge min morfar i alt for liten grad har opplevd krigens realiteter og hva det egentlig betyr å «jobbe», opplevdes det som et sjokk å plutselig motta «inngripende tiltak» i form av å ikke kunne dra på hytten i påsken, øke den fysiske sosiale distansen (har egentlig aldri vært en «klemmer» men savner det gode håndtrykket), og sprite håndflatene til grensen av hudløshet. For å nevne noe.

I NKS Olaviken har skuten vært styrt etterrettelig i tråd med smittevernsforskrifter, anbefalinger og påbud. Målet har helliget midlene – pasientene og medarbeidere har forblitt smittefrie, og forsakelsene i form av «ferdigsmurt» fra kjøkkenet som alternativ til buffeen, hjemmekontor inkludert manglende fysisk menneskelig kontakt for noen, oppjusterte krav til hygiene og smittevern utstyr m.m. har vært til å leve med.

Men krevende har det vært for oss alle, og i påvente av en etterlengtet vaksine, om det blir en russisk Sputnik eller fra en annen kompetent leverandør, holder vi fortet opppe både på hjemmebane og på jobb.

Så blir spørsmålet om det og er noe positivt å trekke ut fra dette året med uforutsigbarhet, negative opplevelser knyttet til egen eller andre kjentes helse, økende jobbbelastning og en generell utmattelsesfølelse?

Jeg lar det bli opp til den enkelte leser å analysere privatdelen av dette, og fokuserer videre på noen betraktninger knyttet til helsevesenet og samfunnsberedskapen – for aldri så galt at det nok ikke er godt for noe:

- I NKS Olaviken har vi fått nyttige erfaringer knyttet til lokal beredskap, herunder ble en «koronaplan» raskt etablert inkl gode rutiner og effektiv beredskapsledelse.

Et år med beredskapsøvelse som et godt grunnlag for eventuelt fremtidige utfordringer i denne sammenheng. «Praktisk øvelse» er langt mer nyttig enn «papirøvelse», selv om den har sin pris.

- Som del av Helse Vests regionale beredskapsplan inngikk NKS Olaviken en beredskapsavtale med Helse Bergen, i forkant av pandemien. Gjennom pandemien har vi sett stor nytte av faste, felles beredskapsmøter med både Helse Bergen (psykiatrisk divisjon) og andre private ideelle virksomheter innen psykisk helsevern. Fokus har vært felles utfordringer og bistand – både av kompetansemessig og praktisk art. Enda noe å bygge videre på i fremtiden.
- Videre bør våre lokale erfaringer knyttet til mangel på smittevern utstyr tas til etterretning av sentrale myndigheter. Verdens rikeste land bør ta seg råd til å ha et beredskapslager for kommende pandemier. Denne gang gikk det bra, for oss i NKS Olaviken ble vi tidvis reddet av bidrag fra lokalt næringsliv hva gjaldt munnbind. Videre fikk vi «diskret smuglet ut» 10 visirer fra god samarbeidspartner innen psykisk helsevern,- som strengt tatt hadde behov for visirene til eget bruk. Men dette bør være viktig læring på nasjonalt nivå – tilstrekkelig og rask tilgang på nødvendig utstyr via regionale helseforetak bør være en selvsagt del av nasjonal beredskap.

Og så får som nevnt hver og en av oss fundere på om nedstengning og periodevise innskrenkninger i vår til nå ubegrensede individuelle sosiale frihet, utelukkende har vært en negativ erfaring.

Eller om det kanskje kan være slik at vår til nå relativt rosenrøde, vestlige tilværelse har hatt godt av en liten «trøkk». Om ikke annet for å minne oss på hvor privilegerte vi er i vår egen lille «boble»,- om vi orker å ta inn over oss hvordan det generelt står til på andre deler av kloden.





* Janusansikt (Store Norske Leksikon): Brukes billedlig av sak eller person som viser seg fra to forskjellige sider. Janus har to forskjellige ansikt – et vendt fremover og et vendt bakover. Brukes ofte som symbol dersom en sak har både positive og negative sider.

Lise Fredriksen er vår smittevernoverlege

Lise er en dyktig allmennlege som har vært en god kollega til oss alle på Olaviken siden 2019. I begynnelsen av 2020 takket Lise ja til funksjonen som smittevernoverlege – bare en knapp måned før pandemien var et faktum også i Norge. Vi har spurt Lise om hennes opplevelser i pandemiåret og rollen som smittevernoverlege:

Hvordan har det vært å jobbe som smittevernoverlege det siste året?

– Det siste året har for oss alle vært spesielt i det å leve under en pandemi. Men å jobbe med smittevern har vært både ekstra utfordrende og interessant. Det har vært utfordrende å skulle ha ansvaret for å «beskytte» og trygge både ansatte og pasienter men også spennende å få lov til å være midt i alt som skjer.

Hvordan har NKS Olaviken jobbet med pandemihåndtering?

– Vi har nok hatt en styrke i å være en mindre organisasjon med at vi er oversiktlige, tiltak har kunnet iverksettes raskt og vi har hatt god kontakt med alle ledd for å føle på pulsen i avdelingene. Men det har også medført at vi har måtte innføre alle rutiner og tiltak på eget initiativ med egne ressurser. Vi har hatt en aktiv beredskapsledelse som har møttes hyppig hvor det meste av avgjørelser er tatt. Her har ledergruppen og jeg som fagperson deltatt. Og det er viktig for meg at ledelsen har satt stor lit til de faglige råd og vurderinger som er lagt fram for dem. Dette tror jeg har hatt en stor betydning i hvordan vi har klart oss som organisasjon med aller høyeste risikogrupper i denne pandemien.

Hva var vært dine viktigste oppgaver som smittevernoverlege?

– Jeg opplever at det har vært viktige oppgaver med systemarbeid for å opprette gode rutiner, retningslinjer og opplæring i forhold til smittevern og korona spesielt. Men også at den daglige håndteringen med testing, tilsyn, vurdering og også trygging av pasienter og personale har vært en stor del av mine oppgaver det siste året.

Hvor ofte sjekker du koronastatistikk og covid 19-forskrifter?

– Stort sett et par ganger daglig... I vår var det nesten på timesbasis.

Hvordan tror du at 2021 kommer til å bli, for våre medarbeidere og pasienter?

– Jeg er rett og slett veldig spent og usikker. Det er utrolig vanskelig å spå hvordan vaksiner og eventuelle mutasjonsutbrudd vil påvirke hverdagen framover neste året. Jeg håper at vi kan åpne opp samfunnet mer og komme tilbake til mer ordinær hverdag, men tror nok at både reisevaner og kontakt kanskje fortsatt vil være endret i lengre tid framover.

Bedringsfokus i møte med eldre med psykiske lidelser?

Bedring er en prosess hvor man søker å skape seg et godt liv, med de kortene man har på hånden. Dette kan stå i kontrast med ytre symptomsmål definert av fagpersoner.

MINNA HYNINEN, KLINIKKSJEF

Bedringsfokus eller «recovery» er en tilnærming til psykiske helseplager som fremmer muligheter. Den mest kjente definisjonen på bedringsfokus kommer fra Anthony (1993):

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.»

Selvbestemmelse og selvstyring er sentralt i bedringsprosessen. Andre viktige personlige elementer har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål.

Bedringsorienterte psykiske helsetjenester

Hvordan vi forstår psykiske plager og bedring har implikasjoner for hvordan vi forholder oss til personene som vi møter i behandling. Bedringsorientert tilnærming utfordrer den

tradisjonelle ideen om at bedring/«recovery» handler om å gjenopprette den tidligere, friske helsetilstanden. I bedringsorienterte psykiske helsetjenester blir det lagt vekt på «personlig bedring», at mennesker kan leve tilfredsstillende liv, på tross av psykiske helseutfordringer. Dette i kontrast til «klinisk bedring», med fokus på symptomlette eller symptomfrihet, det å bli «frisk», som innebærer at bedring er forstått som et utfall som kan måles av fagpersonen eller etter objektive kriterier: «Tilstanden er betydelig bedret» eller «Pasienten er blitt symptomfri». For personer som selv sliter med psykiske lidelser handler bedring oftere om å leve et meningsfullt, verdig og autonomt liv. Det er fullt ut mulig å oppleve like mye eller til og med mer symptomer og likevel være i bedringsprosess mot en god og verdig hverdag.

Bedringsmål heller enn behandlingsmål

I bedringsfokusert praksis skal hjelperen stille sin faglige kompetanse og kunnskap til rådighet, samtidig som en skal verdsette personen med psykiske helseplager som ekspert på seg selv. Hjelperen og brukeren blir likeverdige partnere med brukerens mål i sentrum. Relasjonen mellom hjelperen og brukeren kan også være et viktig bidrag i bedringsprosessen for mange mennesker. Bedringen som en aktiv og levende prosess reflekteres også i målene for behandling, som tar utgangspunkt i personenes egne ambisjoner og ønsker. En såkalt «død-manns test» kan brukes for å sjekke om målene er bedringsorienterte, eller om de er mer passive behandlingsmål som også døde menn og kvinner vil kunne oppfylle. Bedringsorienterte mål kan ikke nås av døde mennesker og de forteller oss at det er personen selv som er den viktigste aktøren i prosesser mot vekst og utvikling.



Hva med de eldre?

Bedringstilnærming har påvirket betydelig psykiske helse-tjenester for voksne over hele verden, også i Norge, men har hatt mye mindre innvirkning på eldres psykiske helse-tjenester. En mulig årsak til dette er usikkerhet om hvordan disse ideene kan benyttes med eldre mennesker, spesielt de som lever med demens, som kan ha begrenset kapasitet til å delta aktivt i en bedringsprosess. Bedringstilnærmingen kan likevel tilpasses enkelt de behovene og begrensningene som eldre kan ha, ved å fokusere på utvikling av ny mening og hensikt, på tross av aldersrelaterte endringer som bidrar til psykisk lidelse, som tap, ensomhet og nedsatt funksjons-evne. Ofte kan dette innebære å skifte fokus, fra å behandle helseplager til å fremme velvære eller livskvalitet – noe som lar seg gjøre også når personen selv kun i begrenset grad kan «eie» sin bedringsprosess. Håp, mening i livet, identitet og autonomi er sentrale områder også i de eldres personlige bedringsprosesser. Hjelperen sin oppgave blir da å støtte den eldre, eksempelvis med kontinuitet i identitet, knyttet til etablerte roller, langsiktige vennskap og sosiale nettverk.

Jeg er fortsatt meg

Bedringstilnærming kan også benyttes med personer med demens, for å støtte dem til å finne og ta i bruk tilgjengelige ressurser og til å opprettholde viktige roller. For personer med demens, har familien, venner, hjelpere og omsorgs-personer en sentral rolle i å gjøre det mulig å «fortsette å være meg». I de tidlige stadiene er personen i større grad i stand til å ta ansvar for å håndtere sykdommens konsekvenser og utarbeide nye mestringsstrategier. For personer med mer avansert demens blir det personlige ansvaret redusert,

Død- manns test

Selv døde menn og kvinner vil oppfylle behandlingsmål som «å redusere uro», «å ha mindre depressive symptomer» og «å fjerne utfordrende atferd i stellesituasjoner». Døde mennesker har ikke uro, depressive symptomer eller utfordrende atferd. Bedringsmål viser bedring som en aktiv prosess, fokuserer på personens egne ambisjoner, og målene kan ikke nås av døde personer: «Å ha noen å spise middag med», «å gå en tur i sansehagen hver dag», «å bli tryggere i sosiale situasjoner», «å ha mer struktur og aktivitet i hverdagen» og «å finne en aktivitet som gir glede/mestring og er gjennomførbar».

men dersom omsorgspersoner og hjelpere er i stand til å forsterke en følelse av personlig identitet gjennom kontinuitet, kan bedring likevel finne sted; personen er i stand til å «fortsette å være meg».

Å fremme håp hos familien, venner og helsepersonell som gir omsorg og støtte kan være en effektiv måte å maksimere sjansen for at mennesker som har diagnosen kan oppleve bedring og et verdig liv. Det er ikke sjeldent at diagnosen medbringer en viss håpløshet, men ettersom omsorgsgiverens forhold til personen med demens er langt mer konsekvent og intens enn den profesjonelle hjelperens i spesialisthelsetjenesten, gir det mening å støtte omsorgsgivere til å se livet med demens i et mer positivt lys. Dette kan bidra til at de kan opprettholde sin tro på personen de gir omsorg til og kan bedre tilpasse seg til de endringene som kommer med sykdommen.

Med fokus på bedring og håp, er det likevel viktig å ikke bidra til urealistiske forventninger hos personen med demens eller omsorgsgivere. Enkelte kan oppleve hjelperens forsøk på å fremme håp som bagatelliserende, med tanke på de omfattende

konsekvensene som demens har for de som er rammet.

Kanskje kan det også være lurt å være bevisst på begrepsbruk i samtaler, siden «bedring» i kontekst av en progressiv og uhelbredelig sykdom kan virke forvirrende for personer som ikke kjenner til tilnærmingen.

Dersom omsorgspersoner og hjelpere er i stand til å forsterke en følelse av personlig identitet gjennom kontinuitet, kan bedring finne sted.

Bedringstilnærming på NKS Olaviken?

Med vår visjon, «Mestring og verdighet», og vårt helhetlig fokus i utredning og behandling er vi godt på vei mot bedringstilnærming i vårt sykehus. I NKS Olavikens Felles utrednings- og behandlingsplattform (FUB) beskrives det videre at «...vårt syn er at endringspotensiale er alltid til stede, og gjennom vårt behandlingstilbud kan livskvaliteten til den enkelte forhøyes» og «...helhetlig behandling og oppfølging som bygger på tilgjengelige ressurser hos eller rundt pasienten, for å øke mestring og livskvalitet». Bedringsfokus har også mye overlapp med personsentrert tilnærming, som er en veletablert tilnærming i utredning og behandling på Olaviken og en av grunnelementene i FUBen.

Enkle steg mot mer bedringsfokus

Ytterligere bevegelse mot bedringsfokus kan utfordre våre tanker om hva som skal vektlegges og prioriteres i utredning og behandling og hva slags aktiviteter miljøterapi og annen



MINNA HYNNINEN, KLINIKKSJEF VED NKS OLAVIKEN

behandling for våre pasienter bør bestå av. Forventninger til oss fra henviser handler ofte om mål som å utrede kognitiv svikt og psykiske symptomer eller å redusere utfordrende atferd, angst eller psykotiske symptomer. Det er kanskje det vi også tenker at vi i spesialisthelsetjenesten først og fremst skal gjøre – utrede symptomer, gi diagnose og behandle uro, utfordrende atferd eller symptomer på psykiske lidelser.

Steg mot mer bedringsfokus kan likevel være ganske enkle. Bedringsfokus stiller krav til brukermedvirkning i alle ledd av utredning og behandling, slik at vi kjenner til og kan fremme det som er viktig og meningsfylt for pasienten. I de tilfellene hvor pasienten selv ikke er i stand til å formidle sine ønsker og ambisjoner, er det likevel ofte andre rundt pasienten, som kjenner pasienten og kan bidra til formulering av meningsfulle bedringsmål, mot livskvalitet og verdighet. Det som kreves av oss er at vi får tak i det som er av betydning for personlig bedring, og har det med oss i planlegging og gjennomføring av videre arbeid. Kanskje kan vi ta en «død-manns test» av og til, når vi formulerer mål og planer for utredning og behandling, for å sjekke at målene med tilhørende tiltak ivaretar også den personlige bedringen?

KILDER

<https://napha.no/content/13883/Recovery>

<https://imroc.org/wp-content/uploads/2016/09/Continuing-to-be-me-recovery-and-dementia-briefing-Sept-2016.pdf>

Veseth, M. (2014). Folk blir bedre. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 1, 2014, side 29-35.

En kommune-psykologs perspektiv

Anna Helle-Valle jobber som psykolog ved sykehjemsetaten i Bergen kommune. Her forteller hun om bedringsfokus i sitt arbeid.

Fra en kommunepsykologs perspektiv er et recovery- eller bedringsfokus helt grunnleggende. I Bergen kommune er vi tre psykologer som arbeider med beboere på sykehjem. Disse har ingen utsikter til å bli friske, så da er fokuset naturlig nok på hvordan vi kan bidra til at de skal ha det så godt som mulig der de er i livsløpet.

Å arbeide bedringsorientert med personer på slutten av livet, utfordrer et ungt menneskes standarder for god psykisk helse. Samtidig åpner det nye rom for å oppleve og sette pris på livet her og nå. Jeg husker spesielt en beboer jeg fikk god kontakt med. Han var fysisk svært redusert, men var utrolig tilstedeværende og humoristisk i våre møter. Grunnen til at jeg ble tilkalt var at legen opplevde at han strevet psykisk og at han hadde et bedringspotensiale som hun tenkte jeg kunne bidra til å utløse gjennom direkte samtaler og veiledning av ansatte.

Noe av det første jeg gjorde da jeg kom inn i rommet var å gå bort til sengen, ta ham i hånden, se ham i øynene og presentere meg skikkelig. I etterkant fikk jeg vite at han opplevde at dette skapte verdighet og ga ham en følelse av å bli respektert, samtidig som han fikk respekt for meg. I våre samtaler fortalte han om livet sitt, om personer som var viktig for ham, og om tidligere (nesten)møter med



ANNA HELLE-VALLE,
KOMMUNEPSYKOLOG, PHD,
SYKEHJEMSETATEN I
BERGEN KOMMUNE

døden. Vi diskuterte organiseringen av offentlige helse-tjenester generelt og på avdelingen spesielt, og jeg tok det prinsipielle i flere av hans tilbakemeldinger videre med opp i systemet.

Etter hans ønske ble mesteparten av innholdet i samtalen mellom oss, men jeg formidlet behov for respektfull kontakt, samtaleid og noe fysisk habilitering til de ansatte. I etterkant fikk jeg tilbakemelding på at vår kontakt hadde bidratt med bedring. Det var både sterkt og sårt å kjenne på hvor sjelden og etterlengtet denne psykologiske dimensjonen av omsorgen var for både beboer, ansatte og pårørende.

Anna har startet Siste kapittel, en stiftelse som vil bidra til et aldersvennlig samfunn ved å bringe sammen mennesker på tvers av fagfelt, roller og aldre. Festivalen Siste kapittel arrangeres for første gang 19. juni, og foregår i Muséhagen og Aulaen ved UiB. Festivalen innledes med et tverrfaglig seminar dagen før (18. juni) på fakultet for Kunst, musikk og design.

www.sistekapittel.no





Miljøterapi i Olaviken

Vi er gode på miljøterapi – og skal bli enda bedre, for å kunne bidra til god helsehjelp for pasienter og råd og veiledning til andre deler av helsetjenestene. Ikke-medikamentelle tiltak som miljøterapi er første valg i behandling. Dagens miljøterapeutisk tilnærming er beskrevet i felles plattform.

KATHE-ELISE SKAGEN, SEKSJONSLEDER DØGN
MINNA HYNNINEN, KLINIKKSJEF

I Olaviken har vi tidligere definert en Felles utrednings- og behandlingsplattform (FUB) for behandlere og miljøpersonale som vi per i dag bygger vår miljøterapeutiske behandling på. Denne plattformen er en personsentrert og ressursorientert tilnærming til pasienter og deres pårørende og omsorgsgivere, som bygger på en biopsykososial forståelse av pasientenes helse og helserelaterte utfordringer. Den er både godt

teoretisk fundert og anerkjent i fagmiljøene, og i samsvar med Plandokumentet for alderspsykiatri. Utrednings- og behandlingsplattformen skal være retningsgivende for alle nøkkelprosesser/intervensjoner i sykehuset og skal gjenspeiles i holdninger i møte med pasienter og i utforming av behandlingsmiljø, og være i samsvar med sykehusets visjon.

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

Persontentrert verdigrunnlag

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

Målene baseres på pasientens ønsker og behov

Plan for behandling utformes i samarbeid med pasienten og/eller pårørende/omsorgsgivere, og skal sikre at pasienten/pårørende får tilstrekkelig informasjon om tilgjengelige alternativer og kan ta reelle valg i forhold til behandlingsmuligheter. Plan for behandling diskuteres i tillegg ukentlig i tverrfaglig behandlingsteam, der tiltak i plan evalueres og endres ved behov.

Målene for behandlingen baseres på pasientens ønsker og behov, og en biopsykososial forståelse av forhold som vedlikeholder eller forverrer symptomer og plager benyttes for å forme og velge behandlingsintervensjoner og tiltak som bygger på ressurser hos og/eller rundt pasienten. Behandling forstås her i en vid betydning, og omfatter også tiltak rettet mot forhold som påvirker velvære og livskvalitet hos pasienten (f.eks. meningsfull aktivitet, sosial kontakt, ernæringsrik mat, trygghet og struktur). For å unngå institusjonalisering og støtte pasientens egen mestring av utfordringer, legges det vekt på behandlings-tiltak og intervensjoner i pasientens nærmiljø.

Smidige overganger

Dersom innleggelse i en døgnpost vurderes hensiktsmessig, tar en sikte på å skrive pasienten ut raskest mulig med en plan for videre behandling på annet omsorgsnivå der det er nødvendig eller oppfølging hjemme. Planen for behandling skal legge til rette for mest mulig smidige overganger mellom ulike behandlingssenheter og nivåer av helsetjenestene. Informasjon om planen formidles til pasientens kontakter i andre nivåer av helsetjenesten så raskt som mulig, og disse inkluderes i dialog om og planlegging av videre behandling eller oppfølging så tidlig som mulig.

Mål for behandling er å bidra til økt mestring av helse-relaterte plager og/eller utfordringer i livssituasjon for pasienten og/eller omsorgsgivere. Dette vil si at vi i behandlingsressursene i størst mulig grad fokuserer på å gi pasienten og/eller omsorgsgivere (eller behandlere i andre nivåer av



Miljøterapiprosjekt 2021-2024

I PROSJEKTET FOKUSERES DET PÅ

- Systemnivå og lederforankring for miljøterapeutisk arbeid – hvordan sikrer ledergruppen det miljøterapeutiske fokus i utredning og behandling
- Utviklings- og forbedringsprosjekter i døgnposter eller i poliklinikk

MÅLENE FOR PROSJEKTET ER

- Forløpsbeskrivelser og rutiner som sikrer systematisk miljøterapeutisk behandling for pasienter i seksjon døgn
- Oppdatert kompetanse på høyt nivå
- Bedre behandlingseffekt ved døgnbehandling
- Øke bevissthet for miljøterapi som ikke-medikamentell første valg
- Overføring av kompetanse til kommunehelsetjeneste



helsetjenestene) verktøy som hjelper dem videre, og samtidig unngår å gjøre for pasientene eller deres andre hjelpere det de kan gjøre selv. Noen av våre pasienter er likevel så svekket av alderdommen og/eller helseplagene, at en aktiv mestring ikke er et realistisk mål for behandlingen. Et aktuelt mål kan likevel være at behandlingen bidrar til økt verdighet, og dermed også bedre livskvalitet, for pasienten og/eller deres omsorgsgivere/hjelpere.

Vår verktøykasse

I behandlingen som gis er det plass for en rekke metodiske tilnærminger, og pasientens behov og ønsker ivaretas i et helhetlig perspektiv. På Olaviken har vi ulike behandlingstiltak og tilnærminger. Verktøykassen inkluderer blant annet musikkterapi, dyreassistert terapi (hund), Marte Meo veiledning og bruk av Marte Meo elementer i daglig tilnærming og samhandling med pasienter, bruk av uteområde og sansehage (høns, griser, bærbusker, frukttrær, gangstier, karpedam mv.), fysisk aktivitet (inne og ute), måltid som miljøterapeutisk tilnærming, undervisning samt informasjon - og møter med pårørende, og symptomatisk medikamentell behandling, for å nevne noe. I tillegg har vi tatt i bruk MAP modellen som er et helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjon- og voldsproblematikk. Vi har som målsetting at alle ansatte i pasientnært arbeid skal gjennomføre opplæringen. I tillegg har vi ukentlig øving på MAP-teknikker for å gjøre ansatte bedre rustet til å møte aggresjons- og voldsproblematikk. I verktøykassen har vi over flere år også hatt stor vekt på TID modellen (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens). Alle ansatte i pasientnært arbeid har fått opplæring i modellen. Vi kurser all nyansatte og vektlegger også at helgevakter og assistenter skal ha den samme kunnskapen. Det gjennomføres TID veiledning jevnlig i alle døgnposter med det tverrfaglige teamet knyttet til post og pasient.

Utvikling og foredling i årene som kommer

I NKS Olaviken jobber vi systematisk, planmessig og effektivt. Vi har dedikerte medarbeidere som snur hver stein for gi våre pasienter god behandling og finne de rette tiltak. Gjennom et prosjekt med oppstart våren 2021 ønsker vi å fokusere på miljøterapi for å utvikle og foredle det vi allerede gjør. Dette henger tett sammen med de planer vi har for å evaluere og revidere våre utrednings- og behandlingsforløp. Behandlingsforløp har vi selv utviklet og de bygger også på vår felles utrednings- og behandlingsplattform.

Ingen svin på skogen, men minigriser i Sansehagen

Møt Dolly og Elvis

I 2020 ble det vedtatt utvikling og utviding av vår sansehage, herunder supplering av de stimulerende elementene (planter, høns, fisk, bekkesus mv) med to stykk minigris. Det ble etablert kontakt med Abrahamsen Friluftsgård på Ask, der minigrisene Molly og Pelle ventet på familie-forøkning.

29. mai 2020 ble et kull med fem grisunger født, og to av disse skulle senere til Olaviken, når de var store nok til å klare seg uten grisemor.

I mellomtiden var det byggearbeid i gang på Olaviken – grisene skulle få en bolig, og selveste Helse Vest hadde gitt oss en kvart million i støtte til dette miljøterapeutiske tiltaket. Det ble bygget en flott grisevilla for all slags griseaktiviteter, med både lys, varme og egen inngjerdet hage.

Smågrisene kommer til Olaviken

Smågrisene kom til Olaviken 23. juni, og de ble håndmatet og stelt godt på, samt sosialisert til å bli vant med mennesker. Det å finne navn til smågrisene var ikke en enkel prosess. Først ble det samlet inn forslag fra alle ansatte. Disse inkluderte både søtere varianter som Nasse, Lillebror, Minnie og Babe, og mer kreative og brutale forslag som Covid og 19, Svinekotelett og Bacon. En høyverdig jury med bred representasjon fra AMU, VO, TV og administrasjon valgte de ti beste forslag for en avstemning i MinGAT. I slutten av august ble det kunngjort at smågrisene skulle hete Dolly og Elvis. På grunn av den pågående pandemien ble grisedåp arrangert med kun de mest ivrige til stede.

Trekkplaster i sansehagen

Nå er Dolly og Elvis blitt litt større og de er sosiale og nysgjerrige, liker godt å få besøk i bingen eller i huset



sitt. De er blitt et trekkplaster i sansehagen, ikke bare for våre pasienter, men for barnefamilier, avlastningsboligene som ligger overfor oss, og barnehagen som går forbi. Som gris generelt, setter de pris på mat, men har likevel klare preferanser. Gulrot i biter og oppbløtt havre er godt, men ikke paprika.

Å lete og jobbe litt for maten, snuse seg frem er gøy. Da visper grisehalene! Elvis har et ukomplisert forhold til det meste og bortimot inhalerer maten. Dolly er mer kresen og tar seg tid til å dytte vekk kålrotbitene med trynet for så å kose seg med gulrotbitene.

Ulike personligheter

Når det gjelder kos, ser vi de samme personlighetstrekkene hos grisene som også er tydelige i deres matvaner og -preferanser. Elvis er åpen for det meste (ukritisk?) og liker godt å bli klødd i nakken og ned mot kjeve og hals. Da går det ikke lang tid før øynene ruller og han gir seg over. Dolly, derimot, er litt mer kostbar og bruker mer tid på å gi seg over. Hun blir stående lenge og kjenner etter, før hun etter hvert går i «knestående» og legger seg ned.

Hylte som en stukken gris

En av de første gangene det ble forsøkt å sette på dem sele, fikk vi erfaring med hva begrepet «hyle som en stukken gris» innebærer. Dolly sitt uttrykk den dagen var uten tvil fornærmet og hun kikket på «grisetemmere» fra avstand med

et «jeg trodde vi var venner» - uttrykk. Det tok rett og slett litt tid før menneskevennene ble tatt inn i varmen igjen. Etter en del trening og øving har Dolly og Elvis nå lært seg at det å ta på seler ikke er farlig. De har også fått seler med navnet sitt inngravert. Så får vi se om de etter hvert kan kose seg med tur på området, og være til enda større glede for våre pasienter og nærmiljøet!

MINIGRIS

- Minigris er ikke en egen rase, det er griser som er avlet for å være små
- «Mini» er et relativt begrep, men selv om en voksen minigris kan veie 50 kg er den likevel «mini» i forhold til en voksen produksjonsgris
- Griser kan vokse til fem års alder
- Griser er blant de mest intelligente pattedyrene. Om grisen ikke blir nok stimulert, kan det utløse «utfordrende atferd»
- Griser er renslige dyr, men at en gris ikke lukter er en sannhet med modifikasjoner...
- Hva sier minigrisen? Nøff-nøff-nøff-gryntenøff!



MAP

Møte med aggresjons- problematikk

MAP-modellen ble til som en erkjennelse av at de eksisterende opplæringsprogrammene var mangelfulle – både i form av innhold og kunnskapsgrunnlag. De tre regionale sikkerhetsavdelingene ved Brøset, Dikemark og Bergen, samt Helse Stavanger og Helse Fonna har alle hatt lange tradisjoner for systematisk arbeid med aggresjon- og voldsproblematikk. Arbeidet med å utarbeide et felles opplæringsprogram hadde sitt opphav i 2015.

MAY-ELIN FAUSKANGER, SPESIALSYKEPLEIER

ROALD LIE, SPESIALSYKEPLEIER

MAP er et helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjon- og voldsproblematikk.

Det er viktig at personalet som jobber med utfordrende adferd kjenner til og forstår hva som kan ligge bak aggressiv atferd for å kunne møte personen på en konstruktiv og beroligende måte. Situasjoner med aggresjon og vold som blir møtt uten systematikk og tilstrekkelig kompetanse kjennetegnes ofte av kaos, store mengder stress og improvisasjon.

Det kan da bli tilfeldig hvilke utfall og konsekvenser situasjonene kan få. Konsekvensene av slike situasjoner kan i verste fall bli svært alvorlige for alle involverte, og det er derfor viktig å møte slike situasjoner på en faglig og profesjonell måte.

Spesielt er dette vanskelig når personalet i slike situasjoner ofte har vansker med å regulere sitt eget stress og emosjonsnivå. Personalets stress og uro i slike situasjoner kan medføre mindre hensiktsmessige, forhastede og potensielt farlige handlingsalternativer.

En trygg personalgruppe gir bedre forutsetninger for å skape trygge pasienter.

Gir personalet et helhetlig rammeverk

MAP ønsker å være et program som kan gi personalet et helhetlig rammeverk for hvordan forstå, forebygge og

«De ulike yrkesgruppene i helse- og sosialsektoren er blant de som er mest utsatt for aggresjons- og voldsproblematikk i sitt daglige arbeid. Det er holdepunkter for at problematikken er økende og fokuset på å forebygge og imøtekomme denne problematikken har vært omfattende de siste tiårene»

MAP – MANUAL VERSJON 1,
THOMAS NAG, M/FL. 2019



VISJON

Bidra til økt sikkerhet og trygghet for pasienter og personale

Redusere forekomsten av aggressive og voldelige episoder

møte aggressive situasjoner på en omsorgsfull, ivaretagende og samtidig trygg måte.

MAP har et sterkt etisk fundament hvor holdninger som empati, likeverd og respekt er sentrale begreper i vår filosofi for effektiv voldsforebygging og -håndtering.

Ett av hovedprinsippene til MAP er at personalet får en felles forståelsesmodell som igjen gir grobunn for felles holdninger og handlinger i møte med aggresjon og vold. En del av opplæringen har fokus på etterarbeid, når voldelige episoder har skjedd.

Sertifisering som instruktør

Det stilles krav til at MAP-instruktører må innfri noen kriterier for å beholde sertifiseringen:

- Holde minst to grunnkurs (eller tilsvarende (30 timer undervisning) - anbefalt mengde er 4-6 kurs per år.
- Delta på minst en nettverkssamling
- Gjennomføre minst fire vedlikeholdstreninger for ansatte

MAP ved NKS Olaviken Alderpsykiatriske sykehus

Mens det tidligere ble fokusert mer på å øve på fysiske teknikker, altså å håndtere situasjonene når volden allerede har oppstått, har vi ved hjelp av MAP rettet fokuset mot å forebygge at aggressive og voldelige episoder oppstår i utgangspunktet.

Alle som jobber pasientrettet ved Olaviken alderpsykiatriske sykehus skal gjennomføre et to dagers grunnkurs som gir en innføring i MAP, dette innebærer også trening i fysiske teknikker.

Det vil bli jevnlige treninger på fysiske teknikker av en times varighet annenhver uke gjennom hele året.

Det er to personell som i dag er sertifiserte MAP-instruktører ved Olaviken alderpsykiatriske sykehus. Det er Roald Lie og May-Elin Fauskanger, som har gjennomgått instruktørkurs over 10 dager på Sandviken sykehus i regi av hovedinstruktørene i MAP. Begge er utdannet spesialsykepleiere og jobber ved henholdsvis post 2 og post 3.

MAP kurs for eksterne

NKS Olaviken alderpsykiatriske sykehus tilbyr også MAP kurs for eksterne. Innholdet i vårt kurs er spisset mot alderpsykiatriske pasienter, og mennesker med demens og utfordrende adferd. Tidsramme og pedagogisk format avklares mellom bestiller og instruktør.

FOR MER INFORMASJON

olaviken.no/fag-og-forskning/undervisningstilbud

Raskere ambulant hjelp direkte ut i sykehjemmene

Et prosjekt for å raskt hjelpe pasienter med alvorlige og sammensatte behov i deres eget miljø med så liten inngripen i deres liv som mulig.

BENEDICTE SKAGEN, SPESIALVERNEPLEIER
HERBORG VATNELID, PSYKOLOGSPESIALIST

Antall og andel eldre i Norge er økende. I aldersgruppen over 65 år lider 15 til 20 % av psykiske sykdommer. De vanligste psykiatriske lidelsene hos eldre er depresjon og demens med psykologiske symptomer som depresjon, angst og apati. Psykotiske symptomer, agitasjon og atferdsmessige symptomer er også vanlige. I en norsk oversiktsstudie om forekomst av depresjon hos eldre så man også at forekomsten økte i sykehjems- og sykehuspopulasjonen (Rosenvinge og Rosenvinge, Tidsskr Nor Lægeforen 2003;112:928-9).

Bakgrunn

Vi vet at å flytte eldre pasienter med eksempelvis langtkommet demens og tilleggsutfordringer har en kostnad i seg selv. Flytteprosessen fra sykehjem til sykehus kan blant annet øke pasientens forvirringstilstand. De blir møtt av fremmed personale og ukjente omgivelser noe som kan føre til et forverret utgangspunkt for god utredning og behandling.

Å utrede og behandle pasienten i kjente omgivelser med kjent personalet vil kunne skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Man vil også kunne forhindre tvangsinnleggelse under lov om psykisk helsevern. Noe som kan føre med seg blant annet ubehagelige følelser for både pasient, pårørende og personale samt uheldige overganger. Med det som utgangspunkt har vi ønsket å se på en organisering og utvikling av vårt ambulante tilbud som gjør det mulig å hjelpe pasienter med «subakutte» behov der de bor. Da må behandlere og personale i alderspsykiatrien i større grad reise ut til de skjøreste pasientene. Bringe kompetansen og omsorgen ut til dem.

Hensikt

Hensikten med prosjektet er å behandle eldre med sammensatte, «subakutte» behov i deres eget miljø med så lite inn-

gripen i deres liv som mulig, samt bistå kommunene med kompetanseheving, veiledning og undervisning.

Organisering

Det planlagte prosjektet har oppstart høsten 2021. Målgruppen vil være sykehjemspasienter, hvor sykehjemmet står i en krevende situasjon der det er nært forestående med innleggelse. Med en responstid på 1–4 dager vil et tverrfaglig team bestående av psykiater, psykologspesialist og sykepleier/vernepleier raskt bistå med å vurdere pasienten, iverksette aktuelle tiltak og bistå personalet med intensiv veiledning og oppfølging.

Et helhetlig perspektiv med pasienten i sentrum er viktig. Pasientens somatiske, psykiske og sosiale behov må ivaretas. Som utgangspunkt ser en for seg en definert oppfølgingsperiode på 2–3 uker med tett oppfølging. Den konkrete oppfølgingen vil variere ut ifra pasientens symptomtrykk og behov, men det kan omhandle medikasjon, miljøterapeutiske tiltak, veiledning og opplæring av personalet på aktuelle verktøy som MAP, TID og deeskalering. Det er viktig med godt samarbeid mellom teamet og kommunen.

Underveis i oppfølgingsperioden vil pasienten bli kontinuerlig vurdert. Vurderes symptomtrykket av en slik alvorlighetsgrad at det ikke er mulig å yte nødvendig helsehjelp på eksempelvis sykehjemmet vil pasienten bli innlagt.

Vi ønsket å se på en organisering av vårt ambulante tilbud som gjør det mulig å hjelpe pasienter med «subakutte» behov der de bor.



Arbeidsgruppen bak prosjektet «Raskere ambulant hjelp». Fra venstre: Benedicte Skagen (spesialvernepleier), Torunn Johnsen (spesialsykepleier), Herborg Vatnelid (psykologspesialist) og Amir Peljto (psykiater og sjåfør).

Dersom innleggelse ikke er nødvendig ser en for seg at saken avsluttes etter endt oppfølgingsperiode eller overføres til vanlig poliklinisk kontakt.

Nytteverdi

Den potensielle nytteverdien ved et slikt team vil være at pasienten raskt vil bli tverrfaglig vurdert ut ifra et helhetlig perspektiv i pasientens eget miljø. Man vil også raskt starte behandling og iverksette aktuelle tiltak på egnet sted med egnede ressurser ut ifra hva kommunen kan tilby. Dette vil kunne forhindre ytterligere forvirring for pasienten og sørge for at tiltakene som blir iverksatt er gjennomførbare.

Antall tvangsinnleggelser under psykisk helsevern vil også potensielt bli redusert, og med det uheldige overganger, følelser og evt. episoder for pasient, pårørende og personalet. Ved å bringe kompetansen og omsorgen ut til pasienten vil en kunne få større forståelse for pasientens atferd, symptomer og eventuell motstand mot helsehjelp. Istedenfor tvangsinnleggelse under lov om psykisk helsevern kan man optimalt heller skape høyere selvtillit og selvautonomi for pasienten.

Organiseringen vil potensielt også kunne bistå kommunene med kompetanseheving gjennom intensiv veiledning og oppfølging av hele personalgruppen på aktuelle sykehjem. Noe som kan ha overføringsverdi til andre pasienter i kommunen med lignende problemstillinger. Optimalt kan man på lang sikt øke kompetansen i kommunene slik at de vil være bedre rustet til å ivareta eldre pasienter med sammensatte behov og utfordrende atferd i tiden fremover.

Et subakutt ambulant team vil potensielt også kunne optimalisere ressursbruken på alderpsykiatriske døgnplasser og resultere i at innleggelser blir begrenset til perioder hvor det er nødvendig med høyere omsorgs- og behandlingsnivå. Eksempelvis vil man kunne tenke seg at det kan bli færre akuttinnleggelser, kortere ventelister og mer avgrensede innleggelser for pasienter som i større grad kan nyttiggjøre seg av et slikt tilbud.

KILDER

Psykiske lidelser hos eldre - Helsedirektoratet plandokument.pdf (legeforeningen.no)

Videoveiledning som følge av pandemien

Da Norge ble stengt i mars 2020 påvirket dette vår pasientbehandling, både poliklinisk og ambulant. I starten av pandemien var det ikke aktuelt å kalle inn pasienter til poliklinisk time eller dra på ambulantlyppdrag. Dette fordi mange av våre pasienter var blant de mest sårbare ut fra Folkehelseinstituttets og myndighetenes kriterier.

KATE MYKLEBUST, SEKSJONSLEDER POLIKLINIKK

Våre polikliniske pasienter kommer til oss for utredning og behandling, det kan dreie seg om utredning av kognitiv svikt, psykisk sykdom og behandling av dette. Den første tiden ble som nevnt en rekke avtaler avlyst. Dette var svært uheldig for pasientene, spesielt de i behandling for psykisk sykdom som angst og depresjon. Etter hvert som tiden gikk fant vi andre løsninger, noen konsultasjoner ble gitt utendørs på tur sammen med pasienten, andre ble gitt per telefon. Parallelt med dette jobbet IKT Helse Vest med etablering av gode plattformer for videokonsultasjoner, disse ble etter hvert presentert for de ulike aktørene de jobber for.

Utprøving av videokonsultasjon med pasienter

Alle våre pasienter er per i dag oppdatert innen teknologi og bruk av Helsenorge.no, det er derfor for øyeblikket ingen pasienter som har nyttiggjort seg av akkurat denne løsningen. Behandlerne på poliklinikken hadde imidlertid dialog med noen enkelt pasienter om utprøving av videokonsultasjon. Innen det var på plass ble det åpnet opp fra myndighetene slik at poliklinisk oppmøte igjen kunne gjennomføres, og de fleste foretrakk fysisk oppmøte fremfor videobehandling.



MIN MUSIKALSKE LIVSHISTORIE

Eldre helse i fokus

Det brede samarbeidet mellom UiB/Griegakademiet, kommunene, spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjoner i regi av POLYFON (kunnskapsklynge for utvikling av musikkterapi i ulike virksomheter/forvaltningsnivå) er fremdeles høyst levende.

En av POLYFONS ulike arbeidsgrupper er spesielt dedikert mot å utvikle tjenestene til eldre, og fra 2020 satt sammen av fagfolk og ledere fra Griegakademiet/POLYFON (professor i musikkterapi Brynjulf Stige), Høgskolen på Vestlandet (professor Frode Fadnes Jacobsen), Øygarden kommune (kommunalsjef for helse og velferd Line Barmen) og Bergen kommune (spesialrådgiver Rune Eidset og psykolog Anna Helle-Valla) og NKS Olaviken (klinikkisjef Minna Hynninen og direktør Frode Wikne).

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i POLYFONS generelle målsettinger og har i perioden 2020 til d.d. fokusert følgende:

- Samarbeide med ulike aktører rundt utvikling «brukervennlig omsorgsteknologi» som støtte for profesjonelle tjenesteytere (musikkterapeuter, helsepersonell) og pårørende.
- Løfte og styrke musikkterapitilbudet i kommunene generelt og utvikle/styrke musikkterapeutens rolle i form av mer systemrettet funksjon (veiledning, støtte mot andre profesjoner mv) – for å kunne nå flere eldre innen en knapp ressursramme.

Det er flere spennende prosjekter på gang – herunder blant annet i både Øygarden og Bergen – der en ønsker å prøve ut en musikkterapeutisk app for å øke livskvaliteten for pasienter på sykehjem, herunder bidra for å øke kvaliteten på møtet/dialogen mellom personer med demens og deres pårørende.

Først et prøvemøte

Vi har imidlertid brukt videoveiledning overfor personalet for aktuelle pasienter som bor på sykehjem, istedenfor ambulante oppdrag. Vi har også benyttet dette overfor pårørende til pasienter på sykehjem hvor disse har trengt veiledning. Den første tiden var vi alle utforskende, både på poliklinikken og på det enkelte sykehjem/pårørende. Vi startet ofte det første møtet med et prøvemøte, ofte med leder på sykehjemmet eller andre som hadde et mer avslappet forhold til dette mediet, så var det å prøve og feile. Målet var i starten å skape trygghet for bruk av videokonsultasjon for personalet på sykehjemmet, det og teste ut på forhånd skapte også trygghet for behandlerne på poliklinikken.

En annen måte å kommunisere på

Bruk av videoveiledning krever en annen måte å kommunisere på enn når vi møtes ansikt til ansikt. Det krever godt kamera og lyd på begge sider, egnede lokaler som er tilpasset krav til sosial distanse. I tillegg krever det også mer disiplin i forhold til verbalkommunikasjon, det er ikke bare å snakke. Dette er ting vi har vært klar over lenge før pandemien, og som muligens har ført til at videoveiledning ikke har vært praktisert i større grad. Pandemien tvang oss alle til å tenke nytt, prøve og feile. Vi måtte lage nye rutiner og booke virtuelle møterom, dele linker, invitere gjester og låse rommet når alle inviterte var kommet.

Tekniske utfordringer

Etter hvert som vi fikk brukt mediet oftere ble vi også tryggere og lærte oss å gjøre veiledningen på en litt annen måte enn det vi normalt ville ha gjort om vi var i samme lokale som personalgruppen. Bruken av videoveiledning har på ingen måte gått knirkefritt. Til tross for testing på forhånd har vi møtt på tekniske utfordringer, lyd og bilde har ikke kommet og en har måttet gå ut og inn av det virtuelle møterommet, restartet maskinen hos vert og gjest og så videre. Noen ganger har en vært nødt til å avlyse eller gi veiledningen per telefon med de følger det får, oftest har det imidlertid gått fint. I starten har vi på beholdersiden sittet igjen med at «dette var et dårlig møte/en dårlig veiledning», ofte har dette skyltes våre forventninger og sammenligning med hvordan det er når vi har fysisk oppmøte. Tilbakemeldingene fra personalet på sykehjemmet har stort sett vært gode og de har gitt uttrykk for at de er «sett og forstått».

Kan hjelpe flere

Det at vi be «tvunget» til å bruke videoveiledning har medført at vi kan tilby veiledning også overfor pasienter som bor på sykehjem som ligger geografisk langt fra poliklinikken. Dette gjør at vi kan hjelpe flere enn det vi har gjort tidligere. Vi ser også at det rundt omkring i de ulike kommunene blir bedre og bedre utstyr slik at denne kommunikasjonsformen nok er kommet for å bli.

Økologisk og bærekraftig matproduksjon

Høsten 2019 startet kjøkkenet ved NKS Olaviken prosjektet «Bærekraftig og økologisk mat på vårt kjøkken». Prosjektet gikk ut på å legge om den konvensjonelle kjøkkendriften til en mer økologisk drift. Hensynet til miljø og bærekraftig utvikling er den største faktoren for gjennomføring av omleggingsprosjektet.

RONNY NILSEN, KJØKKENSJEF

Hvilke mål hadde vi?

1. Bruk av mer enn 50 % økologiske matvarer innen utgangen av 2020 og søke Debio om valørmerke i sølv.
2. Kjøkkenet skal ta vare på mattradisjonene, herunder råvarekunnskap og matlagning.
3. NKS Olavikens indirekte klimagassutslipp skulle reduseres.
4. Olavikens pasienter og ansatte skulle redusere kjøttforbruket og øke fiskemåltidene.
5. Reduksjon av matavfall.

Gjennom økt bruk av økologisk mat, kan vi være med på å bidra til å øke etterspørsel etter økologisk mat. Og dermed påvirke behovet for mere økologisk varer i markedet.

Samtidig var det også ett mål med prosjektet å etablere nye, velsmakende og næringsrike menyer, og erstatte råvarer med mer klimavennlige råvarer.

Det var også et delmål at prosjektet kan ha ett spredningspotensial og overføringsverdi til andre institusjoner, og ikke minst være nyskapende ved å prøve ut nye løsninger.

Fokus på økologisk drift og kulinariske kvaliteter

Kjøkkenet har de siste årene gjennomgått en stor endringsprosess og gjennomgående omlegging fra konvensjonell drift til økologisk drift har brakt mathåndverket tilbake til vårt kjøkken. Vi lager i dag så å si alle våre hovedmåltider fra grunnen av.

I prosessen med omleggingen til mere økologisk drift, har vi utviklet våre menyer med et stort fokus på matens kulinariske kvalitet. Det har vi gjort fordi vi tror på at det gir de beste betingelser for våre pasienters helse og velferd.

Som første sykehus i Norge fikk vi høsten 2020 gleden av å motta Debios valørmerke i sølv for vår satsing på økologi, noe som betyr at våre innkjøp av råvarer til vår produksjon består mellom 50–90 % av økologiske produkter.

Hva lykkes vi med?

- Vi har lykkes med å øke graden av fisk på menyen,
- Økt andeler av kjøttfrie dager
- Mere bruk av plantebasert produkter
- Mere bruk av grønnsaker og salat som metningsgarnityr
- 50 % eller mere økologisk og sølvmerke Debio

Vi tror på det å satse på bærekraftige måltider, bevarer og videreutvikler vi kultur og vi bedrer folkehelsen.

DEBIOS MERKER ER ET SYNLIG BEVIS PÅ AMBISJONENE I MATEN SOM SERVERES

En Debio-godkjent servering tilbyr råvarer som er dyrket med omsorg for jordliv og miljø, fra et landbruk og havbruk som tar hensyn til levende veseners naturlige atferd og behov.



Valørmerkene brukes for å profilere andel av serverings-tilbudet som består av økologiske/Debio-godkjente produkter. Sølvmerket betyr at minst 50 % av serveringen er økologisk/Debio godkjent og i samsvar med økologiforskriftene.

Debio er en privat medlemsorganisasjon som sertifiserer økologisk produksjon på vegne av staten. Debio har merket mat og utviklet økologien i Norge i over 30 år. Virksomheter velger å bruke Debios merkeordninger, inklusiv valørmerkeordningen, for å:

- styrke egen profil ved å synliggjøre egen innsats for bærekraftig matproduksjon
- skape tillit hos kunder og besøkende at man tar matlagningen på alvor
- forbedre økonomien og oversikten over matvare-regnskapet
- skape stolthet blant de ansatte



Kjøkkenet på NKS Olaviken har utviklet nye menyer med fokus på økologiske matvarer og matens kulinariske kvaliteter. Kjøkkensjef Ronny Nilsen og kokkelærling Kathrine Dävøy Solheim.

Foreløpige resultater fra pilot-studie av Hukommelsesstimulerende terapi ved NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus.

Bedre kognisjon og økt mestringsfølelse?

I forrige nummer av Olamagasinet presenterte deltager erfaringer fra det nye behandlingstilbudet for personer med demens ved poliklinikken, gruppebehandlingen Hukommelsesstimulerende terapi (HST). I dette nummeret vil vi formidle noen foreløpige resultater fra vår pilotstudie på deltagerens effekt av disse gruppene. Vi håper dette vil inspirere andre til å komme i gang med HST-grupper rundt omkring i Norge.

KRISTINE G. MADSO, PSYKOLOG, PHD-KANDIDAT, INTERNASJONAL HST-INSTRUKTØR

LOUISE MARKHUS, PSYKOLOG OG HST-GRUPPELEDER

HST, internasjonalt kjent som «Cognitive stimulation therapy» (CST), er en anerkjent manualbasert behandlingsmetode rettet mot personer med demenssykdom. Den er utviklet i England og er evidensbasert.

Forskning på CST

CST er evaluert både gjennom kvantitativ og kvalitativ forskning. Den første randomiserte kontrollerte studien på CST (N = 201) fant bedring på kognitiv funksjon, spesielt på språk (1). I tillegg fant de positiv effekt på selvrapportert livskvalitet. Ingen effekt ble funnet på angst og depresjon.

En nyere forskningsoppsummering av internasjonale CST-studier viste at ni av de 12 inkluderte studiene fant signifikant bedring på kognisjon (2). Fire av studiene undersøkte spesifikke kognitive domener, hvor størst effekt ble funnet på språk. Fire av ni studier fant positiv effekt på livskvalitet. Fire av åtte studier fant positiv effekt på depresjon, og to av tre studier fant fordeler for de pårørende.

I en systematisk gjennomgang av 10 kvalitative studier på CST (3) fant man at deltagerne opplevde økt konsentrasjon, bedre selvtillit, bedre relasjoner til andre og generelt bedre humør. I tillegg opplevde pårørende behandlingen som verdifull for deltagerne.

Oppsummert viser forskning at CST kan ha positiv effekt på psykisk helse, relasjoner, livskvalitet og kognitive funksjoner. Til sammenligning med kolinesterasehemmere (medikamentell behandling for demens) er det funnet at seks personer må behandles med CST for at én person skal få en forbedring i kognisjon med mer enn fire poeng på kognitive tester (ADAS-Cog, 4). Til gjengjeld må fire til ti

personer behandles med Donepezil for at én person skal oppnå samme forbedring. Tallet er 13 for Rivastigmin og seks for Galantamin. Basert på denne forskningen kan en altså argumentere for at CST er en godt dokumentert behandling for demens.

HST i Norge

I 2019 ble CST lansert i Norge av Aldring og Helse, under navnet «Hukommelsesstimulerende terapi». NKS Olaviken var raskt ute med å sende personale på kurs hos Amiee Spector, grunnlegger av CST i England. Vi samarbeider med Aldring og Helse om å holde kurs for gruppeledere i HST, og er nå i gang med femte runde med gruppebehandling på poliklinikken.

Mål

Målet med pilotstudien er å utforske effekten av HST for våre polikliniske pasienter. I tillegg er det nyttig å få en indikasjon om effekten av HST basert på den manualen som er tilpasset norske forhold (5) gir samme resultat som den originale CST-behandlingen.

Metode

Personer som ble tilbudt HST ved vår poliklinikk, ble invitert til å delta i studien. I utgangspunktet planla vi å gjennomføre en randomisering til gruppebehandling eller venteliste-kontroll, men dette var vanskelig å få gjennomført på grunn av logistikk og gruppesammensetning. Designet ble derfor endret til en sammenligning av individuelle resultater før og etter behandlingen.

Intervensjonen

Gruppebehandlingen går over syv uker, med to samlinger pr uke. De 14 samlingene varer mellom 45–60 minutter hver gang. Seks deltagere kan delta per gruppe, som er ledet av to gruppeledere med utdanning som HST-gruppeleder. Samlingene er strukturerte og inneholder spesifikke oppgaver. Felles elementer for oppgavene er at de bygger på noen faste prinsipper som for eksempel å aktivere minst to sanser, etterspørre assosiasjoner og meninger istedenfor fakta, og stimulere språk. I tillegg er relasjonsbygging, inkludering og medbestemmelse viktige faktorer (5).

Kartlegging

I forkant av gruppebehandlingen samlet vi inn informasjon om personens bakgrunn, interesser og forventninger. Før og etter gruppebehandlingen ble deltagerens kognitive funksjon screenet, deltagerne ble spurt om sin livskvalitet og symptomer på depresjon og angst. For deltagere med økende grad av vansker med å redegjøre for seg ble også pårørende spurt om å gi komparentopplysninger om deltagerens depresjon eller angst. I tillegg ble deltagerens nevro-psykiatriske symptomer kartlagt gjennom komparenten.

Kartleggingsinstrumentene var:

- Mini Mental State Examination – Norsk Revisjon 3 (6)
- Quality of Life in Alzheimer's Disease (7)
- Cornell depresjonsskala (8)
- Rating Anxiety in Dementia – Norsk versjon (RAID-N) (9), (10)
- Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (11)

Inklusjonskriteriene var mild til moderat demens (ICD-10 kriterier; 12), godt nok (korrigert) syn eller hørsel til å delta i gruppen og stabil legemiddelbruk gjennom behandlings-



Psykologene Louise Markhus og Kristine Madsø ønsker å inspirere andre til å komme i gang med hukommelsesstimulerende terapi.

perioden. Eksklusjonskriterier var høy grad av symptomer på urolig atferd som kunne forstyrre gruppens samspill og alvorlig afasi.

Analyser

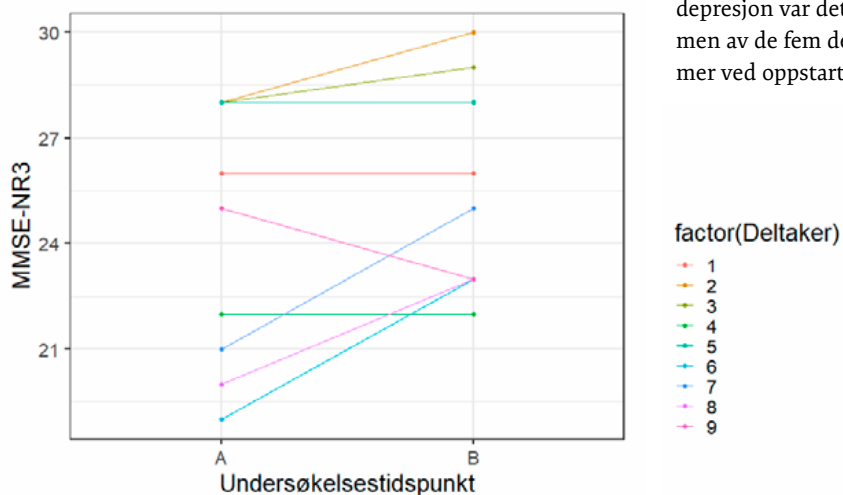
De aktuelle utfallsmålene ble analysert med parede t-tester i programvaren Jamovi (13). Pilotstudien er godkjent av REK (ID: 6855)

Foreløpige resultater

Ni deltagere er nå inkludert i pilotstudien. Deltagerne har ulike demensdiagnoser, men mesteparten har Alzheimer's-, Vaskulær- eller blandet demens. Alvorlighetsgraden er innenfor mild til moderat demens, og alle bor hjemme.

Den systematiske kartleggingen har så langt vist statistisk signifikant positiv effekt for kognisjon målt med MMSE. Figur 1 viser utviklingen fra pre til post på MMSE-NR3. For fem deltagere har skåren økt med 1-4 poeng, og den samlede effektstørrelsen er moderat. Kartlegging av livskvalitet har ikke vist noen systematisk endring. For depresjon var det generelt lavt symptomtrykk ved oppstart, men av de fem deltagerne som hadde depresjonssymptomer ved oppstart har fire deltagere en nedgang på mellom

FIGUR 1 – SKÅRER PÅ MMSE-NR FOR HVER DELTAGER FRA PRE TIL POST



3–5 poeng (Cornell depresjonsskala). Dette resultatet var nær statistisk signifikant, og effektstørrelsen var moderat. De fleste hadde lite symptomer på angst ved oppstart, men en deltager gikk ned 15 poeng på RAID, og hadde ikke lenger kliniske angstsymptomer. Nevropsykiatrisk symptomtrykk var generelt lavt, og vi mangler noe data for å inkludere disse i analysene.

Diskusjon

Samlet er de foreløpige resultatene fra pilotstudien lovende, og vi kan se at endringer innen de enkelte deltagerne er signifikante for kognisjon, og nær signifikant for depresjon. Resultatene sammenfaller godt med resultatene fra den første engelske RCT-studien (1) og sammenfatningen fra internasjonale studier (2). Selv om vi ikke fant noen endring i selvrapportert livskvalitet, har deltagerne gitt svært positive tilbakemeldinger på HST-gruppene. De formidler at det er positivt at alle er likeverdige og behandler hverandre med respekt. Vi har inntrykk av at mange opplever redusert selvtillit når de får en demensdiagnose, mange kan bli redd for å dumme seg ut eller gjøre feil. Flere av deltagerne har sagt at de kan oppleve å stadig få påpekt hva man har glemt eller misforstått av mennesker rundt seg. Dette gjør HST-gruppene svært verdifulle, da flere formidler at de tør å utfolde seg mer fordi de er sammen med andre i samme situasjon. I tillegg er gruppeoppgavene lagt opp slik at de er stimulerende og mulige for alle å få til. Det å assosiere og diskutere aktuelle meninger blir både stimulerende og ufarlig, fordi i motsetning til faktaopplysninger så er det ingen fasit på hvilke meninger eller assosiasjoner som er riktig.

Det som de fleste deltakere har hatt til felles, har vært en skepsis til behandlingen i starten. Hvem er de andre? Hvilke oppgaver blir det? Hva om jeg ikke klarer det? Ved avslutning av gruppesamlingene har imidlertid den samlede tilbakemeldingen vært at samlingene har vært noe positivt for dem i hverdagen. De har vært engasjerte, hatt det gøy, og delt fra sine liv og erfaringer. Ikke minst har de utviklet gode og støttende relasjoner til hverandre. Det er også flere som har syntes det er tungt at gruppesamlingene slutter etter 14 ganger.

Konklusjon

Samlet peker de foreløpige resultatene fra pilotstudien i retning av at HST tilpasset norske kulturelle forhold tilsvarer resultatene for internasjonale studier. Muligheten til å trekke slutninger basert på resultatene er begrenset, gitt en liten studiepopulasjon og manglende kontrollgruppe. Likevel er det viktig å se på resultatene i lys av prognosene for demenssykdommer. Når vi forventer en degenerativ utvikling, vil selv et stabilt symptombilde kunne være uttrykk for noe positivt. En positiv endring på kognisjon er i utgangspunktet ikke å forvente, noe som gjør resultatene interessante.

REFERANSER

- (1) Spector, A., et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 183(SEPT.): 248-254.
- (2) Livingston, G., & Katona, C. (2000). How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 203-207.
- (3) Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2018). The Efficacy of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for People With Mild-to-Moderate Dementia. *European Psychologist*.
- (4) Gibbor, L., Yates, L., Volkmer, A., & Spector, A. (2020): Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research. *Aging & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2020.1746741
- (5) Spector, A., Kvaal, K., & Ulstein, I. (2018). Hukommelsesstimulerende terapi: mestring og muligheter: et evidensbasert gruppeprogram for å gi hukommelsesstimulerende terapi (HST) til personer med demens. Universitetsforlaget
- (6) Strobel, C., & Engedal, K. (2008). MMSE-NR- Norsk revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- (7) Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *J Mental Health Aging*, 5, 21-32.
- (8) Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284. doi:10.1016/0006-3223(88)90038-8
- (9) Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging and Mental Health*, 3, 39-49.
- (10) Goyal, A. R., Bergh, S., Engedal, K., Kirkevold, M., & Kirkevold, Ø. (2016). Norwegian version of the rating anxiety in dementia scale (RAID-N): a validity and reliability study. *Aging and Mental Health*, 3, 39-49. DOI: 10.1080/13607869956424
- (11) Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 233-239.
- (12) WHO. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization
- (13) Selker, R., Love, J., & Dropmann, D. (2020). jmv: The 'jamovi' Analyses. R package version 1.2.23.: URL: <https://CRAN.R-project.org/package=jmv>.

Hvordan går det med LIVE@Home.Path?

Våren 2019 startet Senter for alders og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen gjennomføringen av LIVE@Home.Path, en toåring, trappetrinnsrandomisert klinisk studie av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende i Bergen, Bærum og Kristiansand kommune.

LINE IDEN BERGE, OVERLEGE VED NKS OLAVIKEN / POST DOC VED SEFAS

Formålet er å undersøke om en kompleks intervensjon, som består av L for læring, I for innovasjon, V for volunteering (frivillighet) og E for empowerment (myndiggjøring) levert av en kommunal koordinator kan bedre ressursbruk og pårørendebelastning for denne gruppen. Protokoll artikkelen beskriver i detalj hvorfor vi gjør studien og hvordan vi går frem for å finne ut om tiltakene har effekt¹. Høsten 2019 var totalt 429 dyader med personer med demens og deres pårørende undersøkt med tanke på om de kunne delta, 280 dyader var inkludert, og flere av disse var rekruttert av NKS Olaviken og geriatrisk avdeling ved Haraldsplass Diagonale sykehus. Første pulje mottok intervensjonen fra 1. september til 1. mars og foreløpige data tyder på at deltagerne i denne gruppen har fått et bedre koordinert tilbud fra kommunene.

Hvordan har pandemien påvirket tjenestetilbud?

Da Covid-19 pandemien stengte store deler av tjenestetilbudet, ble det krevende å fortsette med studien slik vi hadde planlagt. Derfor initierte vi PAN.DEM, en nøstet kohort inne den pågående studien. Etter godkjenning fra REK gjennomførte vi telefonintervju med 126 pårørende, der vi undersøkte hvordan pandemien påvirket tjenestetilbudet, psykiatriske symptomer, bruk av velferdsteknologi og i hvilken grad personen med demens hadde innsikt i situasjonen, samt hvilke restriksjoner de hadde på fysisk kontakt. Så langt har vi presentert disse dataene på en poster på konferansen Technology in Psychiatry ved Harvard, McLean, USA², samt publisert en artikkel³, der vi finner at svært få av deltagerne har avansert sensorteknologi hjemme, som GPS, fallsensorer osv, og at pandemien har økt interessen for ny velferdsteknologi hos kun 20 %. Vi mener det derfor er et stort potensialt for å ta i bruk hjemmeteknologi i denne gruppen, og vi jobber med å initiere nye prosjekter som vil undersøke dette videre. Flere manuskript er under arbeid der vi blant annet ser på hvordan pandemien har endret ressursbruk og nevropsykiatriske symptomer hos hjemmeboende personer

med demens og prosjektgruppen bidrar som eksperter på eldre helse i det nyopprettede Pandemisenteret ved UiB⁴.

Avsluttes høst 2021

Fra høsten 2020 til vår 2021 implementeres intervensjonen i de siste gruppene, og foreløpig har ikke pandemien begrenset dette i stor grad.

Per oktober var 180 dyader fortsatt i studien, og vi håper så mange som mulig av disse er med frem til studien avsluttes høst 2021.



REFERANSER

1. Husebo BS, Allore H, Achterberg W, Angeles RC, Ballard C, Bruvik FK, et al. LIVE@Home.Path-innovating the clinical pathway for home-dwelling people with dementia and their caregivers: study protocol for a mixed-method, stepped-wedge, randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):510. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04414-y>
2. <https://vimeo.com/470492759>
3. Gedde MH, Husebo BS, Erdal A, Puaschitz NG, Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI: Access to and interest in assistive technology for home-dwelling people with dementia during the COVID-19 pandemic (PAN.DEM). In press in *International Review of Psychiatry* <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1845620>
- 4: <https://www.uib.no/pandemi>

Samhandling om eldre med sammensatte lidelser

Etter lengre prosjektarbeid rundt «Eldre medisinsk spesialisert senter», knyttet mot mulig samlokalisering av poliklinikken til NKS Olaviken og geriatrik poliklinikk ved Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) innen HDS sin bygningsmasse, ble konklusjonen i 2019 at slik samlokalisering ikke lot seg realisere.

MINNA HYNINEN, KLINIKKSJEF / **FRODE WIKNE**, DIREKTØR

NKS Olaviken og Helse Bergen har gjenopptatt dialogen i 2020 om en mulig, fremtidig felles lokalisering av de to alderspsykiatriske enhetene (NKS Olaviken poliklinikk og Helse Bergen enhet for alderspsykiatri inkludert 12 sengeplasser).

Parallelt med dette har det pågått arbeid rundt samhandlingsmodeller mellom nevnte to virksomheter og HDS/geriatrik avdeling. En arbeidsgruppe med representanter fra alle tre helseforetak har arbeidet med et notat som beskriver og evaluerer dagens tjenestetilbud, oppsummerer fremtidige behov og skisser muligheter for økt samarbeid knyttet til eldre med sammensatte lidelser (alderspsykiatri og geriatri). Arbeidsgruppen har også hentet tilbakemeldinger fra kommuner i Helse Bergen opptaksområde, Praksiskon-sulenter (PKO) og Etat for sykehjemsmedisin i Bergen kommune, om hvordan de opplever tjenestene.

Dagens tjenestetilbud

Både geriatrik poliklinikk ved HDS og poliklinikken til NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus ligger på samme adresse på Haraldsplass. Begge utreder eldre og yngre pasienter med kognitiv svikt der det kan være mistanke om demenssykdommer. Profilen er litt ulik – pasienter med mer omfattende psykiske symptomer kan med fordel henvises til NKS Olaviken, mens pasienter med behov for vurdering av samtidige somatiske sykdommer bør henvises til geriatrik poliklinikk. Den geriatrike sengeposten består av 24 senger, derav også en egen slagenhet. Haukeland universitetssykehus har foreløpig ikke opprettet egen geriatrik avdeling, men det pågår prosjektarbeid (avsluttes i mars 2021) om organisering og styrking av geriatrik kompetanse på Haukeland universitetssykehus.

I Helse Bergen HF sitt opptaksområde er det to enheter som gir tilbud innen alderspsykiatri på sykehusnivå, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Seksjon for alderspsykiatri, Helse Bergen (HBE). En stor andel av alderspsykiatriske pasienter kan henvises både til NKS Olaviken og Seksjon for alderspsykiatri, HBE, og vil få et like godt tilbud ved begge institusjonene. Det er lav terskel for kontakt og dialog rundt henvisninger/inntak mellom institusjonene, samt overføring av henvisninger ved behov, for å kunne gi pasientene best mulig tilbud uten lang ventetid. Pasienter med demens og/eller en alvorlig sinnslidelse komplisert med utfordrende atferd skal primært henvises til NKS Olaviken. Alderspsykiatriske pasienter med samtidig behov for bistand fra somatisk spesialisthelsetjeneste på grunn av omfattende somatisk sykdom (f. eks. behov for døgnstilgjengelige laboratorie-tjenester o.l.) bør henvises til Seksjon for alderspsykiatri, HBE.

Fremtidige behov

For håndtering av forventet befolkningsutvikling og tilsvarende økning i eldre med psykiske lidelser anbefaler arbeidsgruppen arbeid i flere fronter:

- Enda tettere samarbeid og velfungerende arbeidsfordeling mellom alderspsykiatriske enheter i området og økt samhandling med andre nivåer i helsetjenestene
- Spissing av alderspsykiatriske sykehusfunksjoner i forhold til voksenpsykiatriske sykehusavdelinger, DPS og kommunale helsetjenester
- Kompetanseheving til DPS, sykehjem og andre deler av helsetjenesten
- Videreutvikling av ambulante tjenester som et av hovedinnsatsområdene, inklusivt bruk av digitale løsninger og telemedisin
- Flere døgnplasser

Tilbakemeldinger fra kommuner i Helse Bergen opptaksområde, Praksiskonsulenter (PKO) og Etat for sykehjemsmedisin i Bergen kommune

Tilbudet ved de ulike institusjonene var godt kjent, men flere meldte tilbake at det var utfordrende å vite hvilke pasienter som fortrinnsvis bør henvises til Seksjon alderspsykiatri, Helse Bergen, og hvilke som bør henvises til NKS Olaviken. Det ble også tilbakemeldt at det var god informasjon om det alderspsykiatriske og geriatriiske tilbudet på hjemmesidene til både Olaviken, Haraldsplass og Alderspsykiatrisk på Haukeland. Flere meldte blant annet grunnet opplevd for lang ventetid på døgnbehandling et behov for flere døgnplasser innen alderspsykiatri samt også ønske om alderspsykiatriske akuttplasser. Flere meldte også at de ambulante teamene til Olaviken og Seksjon alderspsykiatri har vært til stor nytte for å skreddersy behandlingstilbudet for pasienter og unngå innleggelse, men noen hadde inntrykk av at det er mindre ressurser til dette nå. Noen tilbakemeldte at ambulant virksomhet er et veldig godt tilbud ved problemstillinger som ikke haster, men at det kan ta for lang tid fra henvisning er sendt til dato for ambulant besøk og at dette kunne variere unødige mye. Det var også ønskelig å få rapportene etter besøket litt raskere. Mange sykehjemsleger har stor nytte av telefonkontakt, blant annet ved Olaviken og med geriater på Haraldsplass.

Evaluering av dagens modell

Arbeidsgruppen vurderer at alderspsykiatriske pasienter i HBE sitt opptaksområde og geriatriiske pasienter innen HDS sitt opptaksområdet får et godt faglig tilbud innenfor de respektive fagområdene. Ventetiden er i all hovedsak innenfor frister som er satt i prioriteringsveilederen og det er ikke vanlig med fristbrudd.

En sentral utfordring er hvordan personer med demenssykdom og akutte psykiatriske utfordringer/alvorlig APSD skal håndteres. Akutt psykisk lidelse hos eldre mennesker kan bli ledsaget av medisinske problemer og er noen ganger komplisert av delirium, som krever også mer spesialisert kompetanse. Akutte episoder av sykdom vedvarer ofte mye lenger enn det som er vanlig hos yngre voksne, og pasientene kan ha behov for oppfølging også etter den akutte innleggelsen. Det har vært en langvarig diskusjon mellom alderspsykiatri, primærhelsetjenesten og Psykiatrisk akuttmottak hvor disse pasienten hører til, og hvorvidt eldre med forvirring og demens skal legges inn i PAM.

Pasienter med komplisert og langvarig delir er en annen gruppe som ofte ikke får optimal behandling, og risikerer å bli sendt mellom ulike enheter i spesialisthelsetjenesten.

Forslag til fremtidig samarbeid

Arbeidsgruppen støtter samlokalisering av Helse Bergens alderspsykiatriske enhet og NKS Olavikens poliklinikk og tror at dette kan bidra til å etablere et solid og bærekraftig alderspsykiatrisk fagmiljø med flere spesialister i opptaksområdet og samtidig støtte samhandling og utvikling av samordnede og koordinerte tjenester. Det anbefales også geriatriisk kompetanse knyttet til enheten.

Arbeidsgruppen foreslår også tiltak som blant annet:

- En felles henvisningsmottak/«postkasse» for de to alderspsykiatriske enhetene. Dette vil bidra til å redusere uklareheter hos henvisere og i tillegg unngår en problematikken med feilsendte eller parallelle henvisninger.
- Et «halvt ØH» ambulant team, som kan gjøre raske vurderinger og sluse pasienten til et egnet forløp, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- En felles telefonisk rådgivningstjeneste på tvers av enhetene kan bidra til raskere råd og veiledning.
- Bruk av digitale løsninger for kompetanseutveksling med kommuner og/eller DPSer, eksempelvis for veilednings- og kasuistikk møter (som i tidligere «fellesvisitt» prosjekt).
- Årlige kurs rettet mot fastleger og/eller DPS, om f.eks. utredning av kognitiv svikt, psykiske lidelser hos eldre og delir.
- Årlige, lokale forskningsseminarer på tvers av alle tre enheter.

Veien videre

Rapporten oversendes toppledelsen i de tre sykehusene. Herunder vil arbeidsgruppen samles med nevnte ledelse, for å prioritere og legge plan for gjennomføring av anbefalte tiltak i rapporten.

Samarbeid mellom Helse Bergen og NKS Olaviken

Psykiatrisk klinikk har et godt etablert samarbeid med NKS Olaviken både gjennom samarbeidsavtalene med seksjon for alderspsykiatri og Psykiatrisk akuttmottak.

BREDE AASEN, KLINIKKDIREKTØR, HELSE BERGEN

TURID VETAAS, AVDELINGSSJEF, AVDELING ALDERSPSYKIATRI, HELSE BERGEN

Behandlingen av alderspsykiatriske pasienter er ofte kompleks grunnet multisystemiskhet, raskt funksjonstap, interaksjoner mellom sykdomsforandringer, fysiologiske aldersforandringer samt nødvendig bruk av mange ulike medisiner. Disse pasientene har behov for tverrfaglig behandlingsfokus, der en i tillegg til diagnose ser på funksjonsnivå og potensialet for rehabilitering. Det arbeides i disse dager med å se på en styrking av det eldre medisinske miljøet i Helse Bergen (HB). En arbeidsgruppe er satt ned for å sikre god diagnostikk og oppfølging for eldre med sammensatte lidelser innen Helse Bergens opptaksområde. Vi ser positivt på en samlokalisering av det polikliniske tilbudet til alderspsykiatriske pasienter i HB sitt opptaksområde, og tror det kan bidra til

å redusere usikkerheten for sykehjemsleger og fastleger knyttet til funksjonsfordelingen mellom Seksjon for alderspsykiatri og Olaviken.

Akuttpsykiatrisk hjelp

Det er viktig å være tidlig ute, både med henvisninger fra sykehjemmene og med oppfølging av pasientene, da mange overføringer til ulike sengeavdelinger ikke er optimalt for denne pasientgruppen, og innleggelse i Psykiatrisk akuttmottak (PAM) må unngås så langt det er mulig. Når Psykiatrisk klinikk får henvendelser om utagerende pasienter med demens fra sykehjem (eller botiltak), så anbefaler vi i første omgang oppbemanning eller akutt plass på en lukket





Turid Vetaas og Brede Aasen, Helse Bergen

sykehjemsavdeling. Innenfor det psykiske helsevernet er det PAM som har øyeblikkelig hjelp plikt og enkelte ganger er en ØH-innleggelse eneste utvei.

Alle henvendelser om akuttpsykiatrisk hjelp på ordinær dagtid rettes til DPS – med unntak av henvendelser om pasienter som er utagerende og/eller med alvorlig suicidalitetsrisiko, eller andre tilstander med behov for lukket post, som rettes til Psykiatrisk akuttmottak.

Psykiatrisk akuttmottak (PAM)

PAM består av to døgnbehandlingssenheter, PAM1 og PAM2, som er like i fysisk utforming, bemanning og pasientsammensetning. PAM1 og PAM2 er to lukkede mottaksseksjoner med tilsammen 20 døgnbehandlingsplasser. Uavhengig av problemstilling og diagnose blir personer som er utagerende og/eller med alvorlig suicidalitetsrisiko, eller andre tilstander med behov for akutt innleggelse i lukket post innlagt på PAM. Gjennomsnittlig liggetid i PAM er ca. 2,5 dager der hovedmålsettingen er å stabilisere en akutt situasjon, initiere akuttbehandling og vurdere om pasienten har behov for videre utredning og/eller behandling i psykisk helsevern.

Seksjon for alderspsykiatri i Helse Bergen

Seksjon for alderspsykiatri har jevnlig møter med Olaviken der informasjon og fag presenteres og diskuteres, samt at vi tar opp en kasuistikk som grunnlag for innspill og erfaringsutveksling. Møtene gjennomføres annenhver gang på NKS Olaviken, Askøy/Poliklinikken på HDS og ved Seksjon for alderspsykiatri. Behandlerne har ellers telefonkontakt for drøfting av pasienthenvisninger og /eller faglige råd.

Seksjon for alderspsykiatri mottar henvisninger fra sykehjem for innleggelse, poliklinisk time eller ambulant tilsyn. Seksjonens ambulante team følger opp pasienter enten etter henvisning, eller etter overføring fra seksjonens sengepost til sykehjem. Sykepleierne i ambulant team tilbyr også veiledning og undervisning for miljøpersonalet i den aktuelle sykehjemsposten for pasienter som har vært hos oss. Våre spesialister mottar mange telefonhenvendelser daglig fra fastleger og sykehjemsleger for råd og veiledning.

HVOR SKAL PASIENTENE HENVISES TIL?

- Personer over 65 år med allmenne psykiske lidelser eller tidligere kjent psykisk lidelse skal i hovedsak vurderes eller følges opp i *DPS/allmennpsykiatrien*
- *Alderspsykiatrien* utreder og behandler:
 - Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år
 - Pasienter med demens og alvorlige nevro-psykiatriske symptomer
 - Pasienter med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag
 - Pasienter over 65 år med alvorlig psykisk lidelse fra tidligere, når samtidig somatisk sykdom eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig

HVOR SKAL ALDERSPSYKIATRISKE PASIENTER HENVISES TIL?

- Pasienter med demens og/eller en alvorlig psykisk lidelse komplisert med utfordrende atferd skal primært henvises til *NKS Olaviken*
- Alderspsykiatriske pasienter med samtidig behov for bistand fra somatisk spesialisthelsetjeneste (eks døgnkontinuerlige laboratorietjenester) skal henvises til *Seksjon for alderspsykiatri*, Helse Bergen
- Andre alderspsykiatriske pasienter kan i stor grad behandles ved begge institusjoner.

OLAVIKEN-KONFERANSEN 2021

Konferansen i 2020 ble avlyst pga Covid-19 pandemien, men vi prøver igjen: Et overordnet tema for årets konferanse er «Mestring og verdighet». 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. Konferansen er aktuell for leger, sykepleiere, psykologer og annen helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Mestring og verdighet

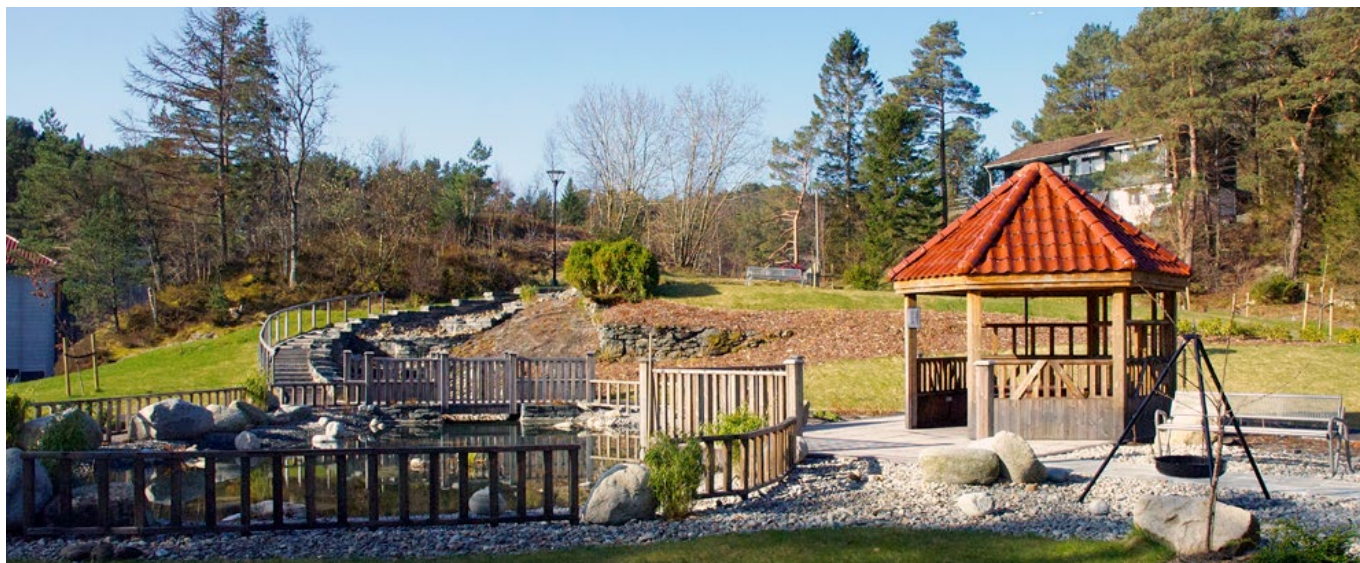
20.-21. oktober 2021, Scandic Bergen City



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.

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

Påmelding starter 1. juni via link på olaviken.no



Behov for sykehjemsplass 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.

Mangfoldig behandling og variert kost

NKS Olaviken har egen musikkterapeut, uteareal med sansepark og mulighet forbehandling med terapihund. Alle måltider lages av vårt eget kjøkken – fra grunnen av 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

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

POLIKLINIKKEN (BERGEN)

Klinikkssjef:
Minna Hynninen

Seksjonsleder:
Kate Myklebust

Generell alderspsykiatri,
Hukommelsesklinikk,
Huntingtonklinikk

SYKEHUSET (ASKØY)

DØGNPOSTER

Klinikkssjef:
Minna Hynninen

Seksjonsleder:
Kathe Elise Skagen

POST 1

Allmennpsykiatriske
problemstillinger
Åpen post.
Antall plasser: 6

POST 2 OG 3

Alvorlige psykiske lidelser
Demens med utfordrende atferd
Utredning Huntington
Lukkede poster
Antall plasser: 15

**NEVROPSYKIATRISK
AVDELING HUNTINGTON**

Avdelingsleder:
Margaret Heimli

Langtidsbehandling
Spesialsykehjem
Antall plasser: 10

SYKEHUSETS LEDELSE

Direktør: Frode Wikne
Styreleder: Ivar Ådlandsvik

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,
olaviken.no





Bred legekompentanse

Alderspsykiatri er et komplekst felt, som krever et høyt nivå av kunnskap fra flere fagområder.

Kunnskap om samspillet mellom somatiske og psykiske lidelser, samt farmakologiske forhold hos eldre er sentrale kunnskapsområder. I tillegg kreves det nevropsykiatrisk kompetanse ved utredning og behandling av hjerneorganiske lidelser. På grunn av kompleksiteten i fagfeltet krever alderspsykiatrien relativt større legeinnsats enn allmennpsykiatrien.

Ved NKS Olaviken har vi satset på bred medisinsk faglig kompetanse og vi har spesialister på psykiatri, allmennmedisin og neurologi. Gruppen teller syv overleger, en konstituert overlege og en LIS lege.

Fra venstre: Lise Fredriksen (overlege, allmennmedisin), Biravina Devarajan (LIS i spesialiteten psykiatri), Amir Peljto (overlege, psykiater), Elena Selvåg (overlege, psykiater og medisinsk faglig rådgiver), Mirjana Tatarevic (overlege, psykiater), Kjersti Sellevåg (konstituert overlege og LIS i spesialiteten psykiatri).

Ikke i bildet: Line Iden Berge (overlege, psykiater), Kjersti Power (overlege, neurolog), Mari-Janne Boonstra (overlege, psykiater på NKS Olaviken fra 18.5.2021).

OLA-SKOLEN 2021

I løpet av høsten arrangerer vi følgende kurs i våre lokaler på Askøy. Følg med på www.olaviken.no og på Facebook.

Hukommelsesstimulerende terapi (HST)

27.–28. september

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.

Demens og utfordrende atferd

Dag 1: 15. november

Angst og depresjon hos eldre

Dag 2: 16. november

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.

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

Dag 1: 29. november

Basiskurs med grunnleggende innføring i metoden

Dag 2: 30. november

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.

I tillegg tilbyr vi kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), spisset mot alderspsykiatriske pasienter og personer med demens med utfordrende atferd. Vi kan også tilby skreddersydde undervisningspakker for en eller flere dager. Undervisningen kan tilrettelegges for ulike målgrupper. For mer informasjon, se www.olaviken.no «Undervisningstilbud».



NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

Askvegen 150, 5306 Erdal
Tlf. 56 15 10 00 | olaviken@olaviken.no
www.olaviken.no