

Olaviken

Velkommen
til Olaviken

SIDE 30

Relasjon og
miljøterapi

SIDE 10



Alderspsykiatri og geriatri – hånd i hånd

NKS Olaviken ønsker å bidra til å oppfylle regjeringens overordnede mål, og har ut fra dette satt ulike tiltak på dagsorden i vår strategi- og handlingsplan 2017–2020. Under fokusområde «samhandling» gis det blant annet føringer for en ytterligere tetter samhandling med våre kollegaer innen geriatrien. Utgangspunktet for økt samhandling er «geografisk sett» det beste, da Olavikens poliklinikk er lokalisert i etasjen over geriatriisk avdeling på Haraldsplass.

Våren 2017 tok NKS Olaviken til orde for ytterligere samhandling på tvers av alderspsykiatri og geriatri innen felles pasientopptaksområde. Allerede i 2014 startet en systematisk dialog på tvers av virksomheter med tanke på etablering av et mer samlet alderspsykiatrisk/geriatriisk fagmiljø, – herunder med fokus på følgende gevinster:

- Bedre oppgave- og ansvarsdeling mellom enhetene
- Bedre samlet kapasitets- og ressursutnyttelse
- Bedre og mer effektive pasientforløp
- Bedre og mer avklart informasjon ut til henvisende instanser

Olaviken er i spennende dialog med Haraldsplass diakonale sykehus (HDS) om en mulig samlokalisering av våre respektive poliklinikker – sett i sammenheng med pågående utbygging og renovering av HDS.

Et tetter samarbeid mellom geriatriisk og alderspsykiatri vil være svært tjenlig, ikke minst for å sammen møte fremtidens «eldrebølge», og ikke minst for den enkelte pasient.



Fremtiden bør innebære at man mer snakker om «eldremedisin» enn «alderspsykiatri og geriatri», – ut fra målgruppens helsemessige utfordringer og komorbiditet bør disse spesial-enheterne i større grad gå «hånd i hånd».

Frode Wikne
Frode Wikne
Direktør



Innhold

Eldre med psykiske lidelser og personer med kognitiv svikt – hvem har ansvar?	4
Aktivering av frivilligheten	6
Kognitiv atferdsterapeutisk modell i alderspsykiatri	8
Relasjon og miljøterapi	10
Pårørende – en viktig ressurs	14
Riktig bruk av tvang i alderspsykiatri	16
Økende krav til samhandling – også innen spesialisthelsetjenesten	20
Sammen om bedre psykisk helse for «morgendagens eldre»	22
Huntington poliklinikk – tjenester for ulike livsfaser	25
Prosjektnyheter	26
Resepsjonene våre	30

Olaviken
FAGMAGASIN

Ansvarlig redaktør: Frode Wikne
Redaksjonsnemnd: Ledergruppen
Foto: Anne Sørvig
Design og grafisk produksjon: Bodoni As

Utredning og behandling

Oppgavefordelingen mellom alderspsykiatri, andre deler av spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjenester kan til tider virke uklar og forvirrende.

Eldre med psykiske lidelser og personer med kognitiv svikt – hvem har ansvar?

Hvem har ansvar for å behandle den eldre mannen med bipolar lidelse? Hva med sykehjemsbeboeren som har atferdssymptomer på grunn av en langtkommen demens-tilstand? Eller kvinnen i 50-årene som har mild kognitiv svikt på grunn av en tidligere hodeskade og sliter med depresjoner? Er det kommunehelsetjenesten, akutt-psykiatrien, allmennpsykiatrien eller alderspsykiatrien som skal utrede og behandle dem?

I utgangspunkt skal behandling alltid foregå på lavest effektiv omsorgsnivå (LEON-prinsippet), noe som innebærer at det ikke er alderen eller diagnosen som avgjør hvor pasienten behandles, men pasientens tilstand og tilgjengelig kompetanse. Dette betyr at også eldre med psykiske lidelser skal primært utredes og behandles i kommunehelsetjenesten eller i allmennpsykiatrien på sykehusnivå (DPS og allmennpsykiatriske poliklinikker). Det er kun de alvorligste og mest komplekse tilstandene som krever spesialisert kompetanse som skal utredes og behandles i alderspsykiatrien. Alderspsykiatrisk utredning og behandling er aktuelt for de tilfellene som kommunehelsetjenesten eller DPS-ene ikke har kompetanse på eller der de ikke har oppnådd tilfredsstillende resultat.

Økende ambulant virksomhet, samhandling og kompetansebygging

Innenfor alderspsykiatri skal utredning og behandling i størst mulig grad foregå poliklinisk og ambulant, for å støtte pasientens mestring hjemme/i nærmiljøet, i tråd med LEON-prinsippet. Alderspsykiatrisk døgntilbud skal være en kjernevirksomhet for de mest kompliserte tilfellene. Eksempelvis kan det være hensiktsmessig å overføre en eldre pasient med alvorlige psykiatriske symptomer tilknyttet demenssykdom direkte fra somatisk sykehusavdeling til alderspsykiatrisk sengepost. De somatiske avdelingene mangler ofte kompetanse og muligheter for tilrettelegging, som skjerming for stimuli, for slike pasienter.

Det er også viktig å understreke betydningen av samhandling og kompetanseoverføring mellom ulike enheter og

nivåer i utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser eller voksne med alderspsykiatriske problemstillinger. Samhandling, kompetansebygging og avklaring av oppgavefordeling er som oftest avgjørende for at pasientene får nødvendige tjenester og gode og sammenhengende behandlingstilbud.

Alderspsykiatri og distriktskykiatriske sentre (DPS)

Siden diagnosen eller alderen ikke skal være avgjørende med tanke på hvor behandlingen skal foregå, kan den eldre mannen med bipolar lidelse henvises til en DPS for nødvendig helsehjelp for sin psykiske lidelse, selv om han ut fra alderen kan tenkes å tilhøre «målgruppen» for alderspsykiatri. Hvis det derimot er tvil om hvorvidt hans nåværende symptomer skyldes en demensutvikling som kommer på toppen av hans langvarige psykiske lidelse, kan det være nødvendig med en utredning i alderspsykiatrien. Når det gjelder kvinnen i 50-årene med kognitiv svikt etter hodeskade og depresjoner, kan alderspsykiatrien bistå hvis man ikke kommer i mål med behandling på lavere nivå på grunn av hennes kognitive svikt.

Selv om Helsedirektoratets veileder (IS-1388 2006) legger vekt på at DPS-ene skal ta i mot eldre så vel som yngre

NÅR DET BRENNER...

- DPS skal yte akutt- og krisetjenester gjennom ambulant akutt-team og døgnplasser
- Pasienter med særlig utfordrende uro og utagering kan innlegges i akuttpsykiatriske avdelinger.
- Ved akutte innleggelse i DPS eller akuttavdeling av pasienter med klar eller mistenkt alderspsykiatrisk problemstilling, bør en snarest vurdere overføring til alderspsykiatrisk avdeling.
- Selv om alderspsykiatriske avdelinger ikke har øyeblikkelig hjelp –funksjon, bør de på kort varsel bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning når det gjelder pasienter med alderspsykiatrisk lidelse i akutt krise.



KLINIKKLEDERE:

Sindre Angeltvedt og Minna Hynninen.

pasienter, er det imidlertid varierende hvorvidt de eldre får behandling på de forskjellige DPS-ene. Dersom DPS-ene skal kunne i større grad overta en del av utredning og behandling av eldre med psykisk lidelse inkludert demens, bør vi i alderspsykiatrien stille opp og bistå DPS-ene i å bygge opp den nødvendige kompetansen.

Alderspsykiatri og kommunene skal sammen ivareta pasienters helsebehov

Ofte er det en tydelig oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene, og spesialisthelsetjenesten har ansvar for utredning og behandling som krever spesialisert kompetanse, mens ivaretagelse av grunnleggende behov og omsorgsoppgaver tilfaller kommunen. For pasienter med alderspsykiatriske problemstillinger er imidlertid ikke dette skillet alltid så tydelig. Hva skal en for eksempel tenke om en pasient som lider av demens med utfordrende atferd, hvor det er uklart hvor mye som kan la seg endre som følge av spesialisert utredning og behandling? Hvordan man tenker om mulighetene til å endre symptomene vil være avgjørende for hvor ansvaret ligger.

En annen avgrensning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er at begge parter er suverene når det gjelder å vurdere egne tiltak. Det vil si at kommunen bestemmer hvilken kommunal helsehjelp det er behov for, mens spesialisthelsetjenesten gjør det samme for sin del. I dette ligger det en risiko for at pasienter kan falle mellom to stoler, da behovet deres, og passende tiltak, kan utdefineres fra begge instanser. Demens med utfordrende atferd kan være et eksempel på dette, da det er rom for å se denne tilstanden både som en behandlingstrengende tilstand, og som en omsorgstrengende tilstand. Et annet eksempel er eldre med psykiske lidelser uten stor grad av demens, men som likevel har behov for tiltak for å ivareta sine grunnleggende behov. Her også finnes det muligheter for at alderspsykiatrien trekker seg ut mens kommunen ikke har tilstrekkelige tilbud tilpasset akkurat denne gruppen.

Velfungerende tjenester oppstår når nivåene i helsetjenestene samhandler, og hver instans spør seg hva de kan bidra med, heller enn om dette er vårt eller noen andre sitt ansvar.

Overføring fra alderspsykiatri til kommune – «Mennesker blir syke der de lever sine liv»

Når en eldre hjemmeboende pasient får en psykisk lidelse og legges inn på sykehus, så skjer det et intensivt tiltak. Når det nærmer seg utskrivning, noen ganger fordi pasienten har blitt frisk, andre ganger fordi han/hun har blitt så frisk som en kan håpe å få til ved et sykehusopphold, så skjer det en markant nedtrapping av intensitet i tilbudet til pasienten fra spesialisthelsetjenestens side. Her kan det oppstå en glippsonne, og det er avgjørende at alle de tiltakene, aktivitetene og hjelpsomme ingrediensene som er påbegynt på sykehuset overføres til livet ute. Hvis kommunen har begrenset tilbud, eller vurderer det mindre nødvendig, og/eller spesialisthelsetjenesten overlater det hele til kommunen, så risikerer en at mye bedring og forebygging går tapt. Også her kan ansvaret være diffust, spesialisthelsetjenesten skal veilede, kommunen skal følge opp, men hvor mye og hvor lenge, kan bli gjenstand for diskusjon.

Også her blir innstillingen avgjørende. På NKS Olaviken ønsker vi å gjøre vårt beste til å strekke oss utover de mest snevre definisjonene av hva er vårt ansvar som spesialisthelsetjeneste, i de tilfellene vi er av en klar oppfatning av at dette er nødvendig for å kunne tilby god helsehjelp til pasientene. Til syvende og sist er det også fornuftig samfunnsøkonomi å sørge for at pasientene får den oppfølgingen som de har behov for etter endt utredning/behandling hos oss, dersom det kan bidra til å hindre reinnleggelse eller utsette behov for sykehjems plass.

KILDER:

Ledang, K. 2012. Ansvar og roller i utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser. Nasjonalt kompetansesenter for psykiske lidelser. <https://www.napha.no/content/14525/Ansvar-og-roller-i-utredning-og-behandling-av-eldre-med-psykiske-lidelser>
Utvalg for alderspsykiatri, Den norske legeforening. DPS-ens plass i alderspsykiatri, samhandling med geriatri og kommunehelsetjenesten. Utviklingsplan, revidert i 2016. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-psykiatriske-forening/Utviklingsplan/>

Pasientens helsetjeneste

Siden 2012 har Samhandlingsreformen satt søkelys på og gitt føringer for samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Aktivering av frivilligheten

SAMARBEIDSTILTAK KNYTTET MOT ØKENDE ELDREBEFOLKNING

Spesialisthelsetjenestens samfunnsoppdrag mht kompetansebygging i den kommunale tjenesten understrekes både her og i annet lovverk.

For oss som jobber innen «vekstnæringen eldre» har vi tatt disse føringene på største alvor, herunder innsett sammenhengen mellom kommunesektorens kompetansenivå og deres mulighet for å stadig raskere skulle ta imot «ferdig-behandlede og utskrivingsklare» pasienter fra sykehuset.

En har sett denne kompetanseoverføringen som et sentralt virkemiddel for blant annet å forberede seg på økte utfordringer knyttet mot «eldrebølgen», som blant annet vil gi oss en liten million flere 67+ åringer innen 2025.

Manglende måloppnåelse

Riksrevisjonens nylig rapport rundt Samhandlingsreformen er imidlertid ikke oppløftende lesning. Nestleder i helse- og omsorgskomiteen Kjersti Toppe refererer på toppleder-møte mellom kommunene og sykehusene i Helse Bergens opptaksområde 12.1.18 blant annet følgende: Kompetanse-økningen i kommunesektoren er liten, pasientene som returneres til kommunalt ansvar blir stadig sykere og liggetiden for eldre i sykehus (50 % over 80 år) blir stadig kortere, innen rus og psykiatrisektor er tilbudene fremdeles svake i kommunene og ikke økt i samme takt som nedbyggingen av tilsvarende i sykehusene, reinnleggelse i sykehusene øker og antall sykehussenger er over halvert siden 1980-tallet.

Presset på de offentlige tjenestene øker

Direktør Frode Wikne er bekymret og sier: Rapporten gir grunn til refleksjon, bl.a. om satsingen på kompetanseoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjeneste har vært tilstrekkelig prioritert fra førstnevnte eller om det generelle arbeidspresset og ressursituasjonen i kommunene gjør det vanskelig eller lite mulig å ta i bruk ny kompetanse?

Direktøren opplever at samarbeidskommuner, motsatt av hva Riksrevisjonen anmerker i sin rapport, faktisk har

økt sin kompetanse gjennom årene Samhandlingsreformen har lagt føringer. Samtidig er det tydelig mye som gjenstår, både fra spesialist- og kommunehelsetjenestens side, – førstnevnte må fortsette sine tilbud knyttet mot kompetanseheving og kommunene må forta ytterligere ressursprioritering mot helsetjenestene.

Wikne ser betydelige utfordringer for de offentlige tjenestene fremover, uavhengig av forvaltningsnivå. Han nevner blant annet:

- De demografiske endringene
- Økte politiske løfter, rettigheter og med dette forventninger
- «Nye generasjoner pårørende» med mindre «lojalitet til foreldre og besteforeldre hva gjelder omsorgsoppgaver og ansvar
- Færre «hender» ift økende behov innen omsorgssektoren.

Aktivering av frivilligheten

Det kan da være betimelig, så fort som mulig, å starte en ytterligere systematisk aktivering av «frivillig sektor». Initiativ til en «revidert samhandlingsreform» bør tas av den som har skoene på og kjenner hvor det trykker, i denne sammenheng sykehus og kommunehelsetjeneste.

For NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus vil det bli tatt initiativ til, om ikke en reform, så i alle fall et prosjekt der en systematisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og frivillige står i fokus.



EIERE: Samarbeidspart ift tjenesteutvikling, leder Helen Botnevik (øverst) og styremedlem Guri B. Titlestad.

Gjennom en modellbygging i samarbeid med Bergen sanitetsforening vil en styrke deler av tjenestene/tilbudet til eldre med ulike psykiske lidelser.

Modellen vil inkludere følgende:

- Klare individuelle mål og en individuell, forebyggende «tilbakefallsplan» som en forlengelse av behandling i sykehus.
- Inkludering av kommunal helsetjeneste etter individuelle behov – hjemmesykepleie, hjemmehjelp mv.
- Men i erkjennelsen av at eldre med psykisk sykdom ofte ikke prioriteres for eks støttekontaktjeneste eller psykiatrisk hjemmetjeneste, en støtte i en forlengelse av behandling i psykiatrisk sykehus som er avgjørende for pasientens videre helse, kobles en «kompetent frivillig hjelper» til den enkelte pasient og dennes handlingsplan.
- Fortsatt styrt behandling/oppfølging fra sykehuset – eks via poliklinikk eller døgnpost. Planlagte reinnleggelse kan være del av individuell handlingsplan.
- Strukturert opplæring og veiledning av de frivillige – i regi av sykehuset. Individuell informasjon og opplæring ift den enkelte pasient (med utgangspunkt i samtykke), samt etablering av ressursgruppe bestående av de frivillige og veileder.
- Tydelig avklaring av roller (hjelper vs pasienteierskap, behandleransvar vs støttefunksjonen mv).
- Tydelig retningslinje for rapportering, herunder og for «ØH-situasjoner» mv.

Pr i dag finnes støtteorganisasjoner i ulike former, for eldre bidrar eks menigheter og ulike lokale lag ift å tilby «aktiviteter» av ulikt omfang og karakter. Dette er bidrag som er godt egnede til for noen å forebygge sykdomsutvikling og redusert livskvalitet. Og tilbudene fungerer ofte helt uavhengig av/har ingen tilknytning til spesialisthelsetjenesten, herunder et evt pågående eller planlagt behandlingsforløp.

Et nytt trinn i trappen

Det vil, for som tidligere nevnt, kunne møte fremtidens utfordringer, være behov for en ytterligere systematisert/formalisert samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og frivilligheten.

En samhandling som «profesjonaliserer og individualiserer» støttetjenesten, slik pasientens sjans til å få videre nytte (over tid) av gjennomgått behandling (som gjennomføres på kortere og kortere tid) øker. Herunder at sjansen for tilbakefall og reinnleggelse reduseres.



FASTELAVNSRIS: Norske Kvinners Sanitetsforening bragte skikken med fastelavnsris til Norge i 1946. Siden den gang har fastelavnsriset spredd farge og glede i norske hjem. Farge og glede var øg utgangspunktet for kunstnerne Morten Krogvold og Ingvar Mol da de skapte dette verket – en kombinasjon av fotografi og penselstrøk.

Dette krever et nytt trinn i «trappen» eller nytt ledd i «kjeden», nemlig den profesjonaliserte og individuelt fokuserte støttespiller/frivillige/endringskonsulent/tilbakefallsforebyggende agent.

For NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus vil det være et mål, ikke bare å øke kvaliteten på det samlede tilbudet våre pasienter i Bergen tilbys, men og å i samarbeid med Bergen Sanitetsforening å utforme en modell med overføringsverdi til andre kommuner.

Innen NKS finnes det mange lokallag innen vårt opptaksområde og inkludert i disse store menneskelige ressurser som med strukturert veiledning/opplæring og samhandling på individuelt pasientnivå, kan utgjøre en stor forskjell ift den enkeltes livskvalitet.

Og bli en del av svaret på fremtidens helsetjeneste for eldre.

Utredning og behandling

Pasienter som henvises til NKS Olaviken er en heterogen gruppe, både når det gjelder alder og helserelaterte utfordringer, funksjon og diagnoser. I behandlingen som gis, er det ofte nødvendig med en rekke metodiske tilnærminger, og pasientens behov og ønsker bør ivaretas i et helhetlig perspektiv.

Kognitiv atferdsterapeutisk modell i alderspsykiatri

Prinsipper fra kognitiv terapi/kognitiv atferdsterapi skal likevel danne en felles teoretisk forankring og et kunnskapsbasert metodisk grunnlag for samtalerapi, miljøterapi og veiledning med miljøpersonalet og pårørende.

Hva er kognitiv atferdsterapi?

Det gjensidige samspillet mellom tanker, følelser, atferd og fysiske reaksjoner er kjernen i den kognitive grunnmodellen. Grunnmodellen omhandler normalpsykologiske og normalbiologiske reaksjoner, men forklarer også utvikling, opprettholdelse og forverring av symptomer og redusert funksjonsnivå med uhensiktsmessige tanke- og atferdsmønstre. Endring i enten hvordan en fortolker en situasjon eller en hendelse eller i atferdsmessige strategier vil kunne påvirke følelsesmessige reaksjoner. Kognitiv atferdsterapi (KAT) utøves som et samarbeidsprosjekt, der behandlingsallianse/terapeutisk relasjon, egenmestring og pasientmedvirkning står sentralt. Den kognitive modellen/KAT har samsvar med prinsipper fra personsentrert tilnærming og biopsykososial forståelse, i det at en tar utgangspunkt i pasientens perspektiv, og tiltakene som prøves ut skal være individuelt tilpasset og skreddersydd pasienten, på basis av en grundig kartlegging av sosiale, psykiske og biologiske forhold.

Metodisk sett kan KAT oppsummeres med følgende steg:

- Å systematisk tilnærme seg ett konkret problem av gangen
- Kartlegge og oppsummere fakta
- Utforske sammen ulike tolkninger
- Komme med forslag til mulige tiltak
- Prøve ut tiltak og evaluere dem

Hvordan brukes KAT-modellen på NKS Olaviken?

Avhengig av pasientens funksjon, ressurser og behov, kan den kognitive modellen/KAT benyttes enten i direkte pasientbehandling, i miljøbehandling, eller som en veiledningsmetode med pårørende eller miljøpersonale. I direkte pasientbehandling kan KAT brukes i individuell samtalerapi eller i en gruppesetting, og i tilpasset form kan den

også være egnet modell for personer med mild kognitiv svikt eller mild demens. Med kognitiv miljøterapi menes det anvendelse av den kognitive modellen og prinsipper fra KAT i hele personalgruppen, for å øke pasientens mestrings- evne, motvirke passivitet og forandre uhensiktsmessige atferdsmønstre. Ved utfordrende atferd og/eller pasienter med lavt funksjonsnivå kan KAT benyttes som veiledningsmetode, for å strukturere tilnærmingen og finne gode og hensiktsmessige tiltak. Gjennom å revurdere egne tolkninger og holdninger til pasienten, kan en få endret forståelse og aksept hos personalet/pårørende for det som oppleves utfordrende, noe som igjen kan føre til positive endringer i pasientens atferd og velvære.

Enkelte fagpersoner ved NKS Olaviken har tatt en videreutdanning i kognitiv terapi, og store deler av miljøpersonalet og behandlergruppen er blitt kurset i TID-modellen, som bygger på en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming og personsentrert omsorg.

SERTIFISERTE: TID-kursholdere ved Olaviken, spl. Monica Solsvik (t.v.) fagansvarlig spl. Mona Throndsen og Kate Myklebust (ikke på bildet).



Foto: tidmodell.no



Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens

TID er spesielt utviklet for å utrede, tolke og behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens og andre komplekse psykiske lidelser.

TID-modellen – en intervensjon i tre faser

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er ofte komplekse problemer som krever tverrfaglig behandling.

TID eller Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens er et manualbasert verktøy som miljøpersonalet i samarbeid med lege og/eller psykolog anvender for å utrede, tolke og behandle APSD og andre alvorlige psykiske lidelser. TID består av tre faser. Første fase er *Registrerings- og utredningsfasen* der en systematisk observerer og registrerer symptomer og atferd, og samler andre bakgrunnsopplysninger. Andre fase er *Refleksjons- og veiledningsfasen* der en gjennom et eller flere strukturerte refleksjonsmøter kommer fram til en felles forståelse av symptomer og atferd, og lager en tiltaksplan. Siste fase er *Tiltaks- og evalueringsfasen* der tiltakene testes ut og evalueres planmessig. (Se også <https://tidmodell.no>)

I en effektstudie på TID-modell på sykehjem ble det funnet en klar reduksjon i agitasjon/agresjon i gruppen som hadde fått intervensjonen med TID sammenlignet med kontrollsykehjemmene. Bruk av TID-modell reduserte også depressive symptomer, vrangforestillinger og manglende hemninger, og førte til en bedring i livskvalitet for pasientene (Lichtwarck et al., 2018).

På Olaviken bruker vi nå TID-modell på alderspsykiatriske døgnposter og spesialisert sykehjem for personer med Huntington sykdom, samt på ambulante oppdrag på sykehjem. Erfaringene er så langt positive – sammen er det lettere å oppnå felles forståelse og finne løsninger.

Kompetanseheving for sykehjemmene og hjemmesykepleien

TID-veiledning for personalgruppen på sykehjem kan bidra til at personalet får økt mestring i forhold til komplekse problemstillinger. For at veiledningen skal være effektivt, er det ønskelig at avdelingsleder, sykehjemslege, primærpleier og andre fra personalet som kjenner pasienten godt er tilstede. NKS Olaviken tilbyr også TID-kurs for sykehjem og hjemmesykepleien. Målet med kurset er å gi en basis opplæring i modellen til flest mulig i personalgruppen, slik at de vil kunne «lære å lære» på jobben, samt utdanne noen administratorer på hver avdeling/base som kan lede refleksjonsmøter. På denne måten kan personalet ved sykehjemmene/hjemmesykepleien lettere løse utfordringer knyttet til enkeltpasienter fordi de har fått verktøy til dette gjennom undervisningen.

REFERANSE: Lichtwarck, Selbæk, Kirkevold et al, 2018. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. Am J Geriatr Psychiatry 26:1.

Relasjon og miljøterapi



Foto: iStock

I forskningen finner en gjentatte ganger at kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonell og pasienten er avgjørende for hvor godt behandlingen virker.

Det er gjort mest forskning på psykoterapi, hvor relasjonen naturligvis er svært betydningsfull. Men også i settinger hvor helsehjelpen som gis først og fremst er på det kroppslige plan, som for eksempel i konsultasjoner hos allmennlegen om somatiske forhold. Også her finner en at leger som har en tilnærming preget av varme og empati, og som er opptatt av at pasienten skal få tatt opp sine frykter, oppnår bedre behandlingseffekt enn leger som har en tilnærming mer preget av å påvirke eller overbevise pasienten i forhold til sykdommen og behandling.

Verbal og nonverbal kommunikasjon

Det er flere synspunkter på hvordan en god relasjon påvirker utfallet av en behandling. En teori handler om at en god relasjon er nødvendig for å få til annen behandling, altså at metodene og teknikkene ikke virker med mindre man har en god relasjon. Et enkelt eksempel på et slikt syn kan være at pasienten tar medisinen sin fordi hun stoler på legen som foreskriver dem. En annen teori er at den gode relasjonen

gir effekt i seg selv, altså at relasjonen alene er en ingrediens som gir effekt. Spesielt for psykiske lidelser er dette vist å være tilfelle.

For personer med demens blir betydningen av relasjon sannsynligvis ikke mindre viktig. Når ordene ikke lenger

MILJØTERAPI

Systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og fysiske betingelser i forhold til individets eller gruppens situasjon og behov.

(STORE MEDISINSKE LEKSIKON)

UTFORDRENDE ATFERD

Atferd vi observerer og ikke forstår, som ikke passer inn eller kommer i feil sammenheng.

gir mening for den som hører dem, så må andre signaler brukes, og kroppsspråk blir svært viktig. Det nytter for eksempel ofte ikke å signalisere vennlighet med ord hvis kroppsspråket er alvorspregget. Å bruke kroppsspråket bevisst og terapeutisk er både en krevende og avgjørende ferdighet som miljøterapeutene på Olaviken jobber mye med.

Hva er god miljøterapi for våre pasienter?

Det finnes mange grunnleggende teorier og metoder for miljøterapeutisk behandling. Olaviken sin felles utredning og behandlingsplattform (FUB) er basert på flere av disse som vi har grunn til å tro virker spesielt godt for vår pasientgruppe. Den beskriver blant annet at vi skal ha fokus på å jobbe personsentrert, at tiltakene for den enkelte pasient må være spesialtilpasset denne pasienten.

Det er altså ikke «one size fits all». Miljøbehandlingen må være individuelt tilpasset. Noen ganger kommer vi langt med å møte pasienten med respekt og ivareta han/hun i et godt og trygt miljø. Andre ganger er imidlertid ikke dette tilstrekkelig. Atferd som vi ikke forstår, må da utforskes nærmere, og vi må lete og teste ut ulike miljøtiltak for å komme i mål. Verktøy og metoder som vi bruker for å få dette til er TID (*Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens*) og Marte Meo. TID-modellen anvender prinsipper fra kognitiv terapi i tillegg til prinsipper fra personsentrert omsorg. Modellen består av en kartleggings- og utredningsfase, refleksjons- og veiledningsfase og en tiltaks- og evalueringsfase. I refleksjons- og veiledningsfasen samarbeider behandlere og miljøterapeuter om skreddersyde passende tiltak for den enkelte pasient gjennom systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper.

Marte Meo-metodikk

Olaviken har i en årrekke jobbet etter Marte Meo-metoden. Marte Meo er en kommunikasjon- og relasjonsorientert veiledningsmetode som skal fremme våre evner til å skape og styrke mellom-menneskelig kontakt. En bruker film som hjelpemiddel. Metoden bidrar til å styrke helsepersonellens relasjonskompetanse ved å trene på å ha fokus på at pasienten får den relasjonelle og kommunikative støtten han eller hun trenger der og da.

På Olaviken har vi til enhver tid ulike pasienter, med ulik bakgrunn, ulik diagnose og ulik personhistorie, som utfordrer oss på mange måter. Personalet gjør en stor innsats

i å møte hver enkelt og søker å finne de beste løsningene for hver enkelt. Miljøpersonalet må hele tiden tilpasse seg de ulike pasientenes behov og utfordringer.

CASE: Mann, tidligere arbeidsleder og alltid vært stolt og bestemt

Han kom lett i konflikt med sine medpasienter. Hans demenssykdom førte til forvirring og han gikk mye inn på medpasienters rom. Han var lett krenkbar, tålte dårlig korreksjon på sin atferd og reagerte med sinne når personalet forsøkte å få ham ut av rommene. Personalet forsto at han likte å arbeide og tok ham med på å tømme bøsse, koste osv. Når han gikk inn på medpasienters rom, valgte de bort å korrigerer ham. De tok hensyn til hans personlighet og appellerte til hans hjelpsomhet i stedet. Løsningen når han sto inne på medpasienters rom, var å spørre ham om hjelp, for eksempel kunne være å bære ut en stol. Slik ble det en vinn-vinn-situasjon for både pasient og pleiere. En unngikk konfrontasjoner og pasienten ble møtt på en god måte.

Selv om disse metodene hjelper oss til å forstå pasientens behov og finne tiltak som passer best mulig for hver enkelt pasient, så er ethvert tiltak avhengig av hvordan de utføres av miljøterapeutene. Deres relasjonskompetanse er avgjørende i ethvert suksessfullt behandlingstiltak.

Relasjonskompetanse

Miljøterapeuter trenger profesjonell relasjonskompetanse for å ivareta pasientenes behov og oppnå effekt med behandlingstiltakene. Relasjonskompetanse innebærer at en kjenner seg selv, forstår den andres opplevelse og forstår hva som skjer i samspillet med den andre. De må forholde seg til utfordringer og muligheter i kommunikasjon som er annerledes enn det en opplever i dagliglivet. I tillegg til kommunikasjonsferdigheter krever relasjonskompetanse evne til selvrefleksjon, å kunne se seg selv utenifra og kunne skille mellom ytre og indre opplevelser.

Denne evnen er avgjørende for hvordan vi forholder oss og fungerer i våre relasjoner. Selvrefleksjon er en forutsetning for empati, innlevelse og medfølelse. Denne kompetansen utvikles gjennom hele yrkeslivet. Selvgrensing er evnen til å kunne skille mellom egne og andres opplevelser, og samtidig ha evnen til å se hvordan en selv oppfattes av andre. Denne evnen påvirkes blant annet av stress, følelsesuttrykk og dagsform. En annen viktig ferdighet som inngår i miljøterapeutens relasjonskompetanse er anerkjennelse, at vi fokuserer på og verdsetter pasientens indre opplevelsesverden. Vi bekrefter pasientens rett til egen opplevelse. Å ha en anerkjennende holdning betyr at man prøver å få den andre til å føle seg forstått og akseptert ved å vise ekte interesse.

Fra teori til praksis

Utvikling av relasjonskompetanse skjer i praksisfeltet, gjennom erfaringer og refleksjon over egen rolle og yrkesutøvelse. En kan ha gode teoretiske kunnskaper, men disse må omsettes i praksis. I starten av en yrkeskarriere er man gjerne mer fokusert på arbeidsoppgavene som skal utføres, men etter hvert som man tilegner seg mer erfaring utvikler man seg og blir mer bevisst på de prosesser som skjer i samhandlingen med pasienten. Bevissthet gir utvikling. Faglig veiledning er derfor sentralt for denne utviklingen.

På Olaviken tilbys miljøpersonalet ukentlig veiledning med en av behandlerne. Veiledningen foregår postvis. Miljøpersonalet har her muligheten til å få veiledning på ulike faglige utfordringer, i tillegg til at det er et fora hvor en kan ta opp hvordan det oppleves for personalet å stå i ulike situasjoner hvor blant annet samspill er vanskelig. Veiledning er en god måte å dele ulike erfaringer med kollegaer og det er stor nytte i å lære av andres erfaringer. Refleksjons- og veiledningsfasen i TID-modellen og Marte Meo-veiledning er også gode arenaer for å utvikle relasjonskompetanse.

Veiledningsarenaer er viktig for å utvikle god relasjonskompetanse og deretter god miljøterapi. Vi opplever at Olavikens miljøterapeuter er faglig nysgjerrig og trives med å reflektere over egne tanker, følelser og kommunikasjon i møte med pasientene. Derfor er det også disse vi er mest stolte over på Olaviken, våre miljøterapeuter.

«Utforming av et terapeutisk selv er en lang, ofte smertefull prosess med stadig personlig integrering av teori og praksis. Det innebærer derfor en selv-erkjennelsesprosess som varer hele vårt faglige liv. Vi er ikke anerkjennende terapeuter. Vi prøver hele tiden å bli det»

SCHIBBYE 2009, S 280

Miljøterapeutene

Hvert år ansetter vi nye ekstravakter, helgevakter og fag- og høgskoleutdannede i hele og graderte stillinger. Det er mange grunner til at de søker seg til Olaviken.

– Utfordrende, men spennende

De har hørt om Olaviken, de syns fagfeltet er spennende, kort vei til arbeid, det er en mulighet for helgejobb under utdanning osv. I tillegg har vi ansatte som har startet som ekstravakter og siden tatt utdanning som hjelpepleier og sykepleier for så å ta videreutdanning. Det er ansatte som har vært her både 20, 30 og 40 år. Vi møter i tillegg helgevakter og sykepleierstudenter som har et stort ønske om å bli alt fra jordmor til ambulansesjåfør, men som etter endt utdanning søker seg hit og da vil videreutdanne seg i psykiatri. Vi har ofte spurt oss selv «hva er det som gjør at ansatte fortsetter å jobbe på Olaviken?». Vi tok derfor en liten prat med relativt nyutdannede sykepleier Tina Johannessen for å høre hva som var avgjørende for henne.

Somatikk eller psykiatri?

Da Tina var sykepleierstudent og jobbet helgevakter på Olaviken opplevde hun at både høgskolelærere og praksiskontakter gjennom studietid og ved endt studie fremhevd somatikken og poengterte at det var mye å lære der. Det var derfor vanskelig for henne å se for seg at det var mulig å velge noe annet enn å jobbe i et somatisk sykehus. Tina takket derfor nei til fast stilling på Olaviken fordi det var andre forventninger til henne som nyutdannet sykepleier. Det var i somatikken hun skulle jobbe. Tina angret seg. Heldigvis var det en år-våken far som tok kontakt med sin datter:

«Etter at du startet vikariatet på Olaviken har du vært full i energi, du spretter opp om morgenen klar til å gå på jobb så hvorfor takker du da nei? Det er kun du som står i veien for deg selv.»

For Tina ble dette et vendepunkt og hun startet i fast jobb etter endt vikariat.

Kollegastøtte

Tina opplever at alle hun jobber med er «så utrolig flinke» som hun sier. Hun føler seg heldig. Tina sier at som nyutdannet opplevde hun at det var mye å bevise, hun



MILJØTERAPEUT:
Tina Johannessen

Utfordrende, men spennende

Tina fremhever jobben som spennende. Ingen dager er lik. Hun beskriver at hun liker å samhandle, ha fokus på kommunikasjon, de små detaljer.

– Vi har pasienter som har fullt kaos i hodet sitt som vi skaper ro hos ved å være tett på, være der oppmerksomt.

Pasientene responderer på det vennlige ansiktet. «Hun ser trygg ut». Er det pasienter som vandrer forsøkes alt fra skjerming til vandring med pasienten i hagen.

Vi kan gi hverandre et blick, trenger ikke forklare hverandre, så vet de andre hva som må gjøres». Vi kollegaer kjenner hverandre godt. Det er mange som jobber i fulle eller store stillinger og det er en fordel. Det er trygge rammer, få pasienter, individuelle tilpasninger der pasientene får det de har behov.

På slutten av dagen drøfter ofte kollegaer ulik tilnærming til pasienten. De reflekterer rundt både negative og positive erfaringer. Det kan være uenigheter og ulike opplevelser, men de klarer alltid å bli enige. De viktige drøftingene tar de på tiltaksmøtene med tverrfaglig team.

I uenigheter opplever Tina ikke at noen tar tilbakemeldinger personlig og som hun sier «så må jeg/vi av og til svelge noen kameler».

Selvsagt er det tunge dager, travelt og i perioder store utfordringer. Så kommer det en «solskinns-historie» og den veier opp for alt som Tina sier. En genuin interesse for alderspsykiatrien gjør at Tina blir og ønsker og videreutdanne seg i psykiatri.

Hva er å lykkes i alderspsykiatrien? Lindre? Skape «det gode øyeblikk»? Dette og mye mer.

Spør du våre ansatte i postene/avdelingene vil de få problemer med å beskrive kompleksiteten i det. Det handler om detaljer, små nyanser, individuelle tilpasninger og en genuin interesse for individet og faget.

ble fort usikker og da var det godt å vite at hun ikke stod alene. Arbeidskollegaer gir umiddelbare tilbakemeldinger. Når Tina opplever at det er noe hun ikke får til kan en kollega si «dette er noe alle har gjort, dersom jeg var deg ville jeg forsøkt ...»

Hun sier selv at det er god støtte i arbeidskollegaer og at hun ikke føler tilbakemeldingene som kritikk. Alle er der for hverandre, hjelper og støtter. Det er høy kompetanse, ansatte har bred erfaring, kjenner hverandre godt og de som jobber her er engasjerte. Tina understreker at «de er ikke bare på jobb», det er noe mer. I perioder er det selvsagt utfordrende, men gode kollegaer gjør dette lettere.

– Jeg føler at jeg alltid har støtte fra de jeg jobber med, har alltid noen i ryggen. Tina opplever også at hun gjennom jobben er blitt mer tålmodig. I begynnelsen sier Tina at hun var impulsiv, måtte ha noe og gjøre hele tiden. Hun måtte lære seg å sitte i ro med pasienten. Så er det også lov og være ærlig:

«Jeg og denne pasienten fungerer ikke så godt sammen..., så kan du bytte med en kollega en time, få avlastning og det er mulig å få hjelp fra kollegaer i andre poster og avdelinger».

Tina sier at det er spennende å møte ulike personer og at hun må hele tiden tilpasse seg ulike pasienter og pasientgrupper.

– Selvsagt er det tunge dager, travelt og i perioder store utfordringer. Så kommer det en «solskinns-historie» og den veier opp for alt.

TINA JOHANNESSEN

Pårørende

Når sykdom rammer, så rammer det sjeldent kun en person. Psykiske lidelser og demenslidelser rammer hele familien og nettverket de har rundt seg.

En viktig ressurs

Å være pårørende er en rolle med mange sider. Som helsepersonell må vi ivareta alle disse sidene. Pårørende er også rammet av pasientens sykdom, med alt det stresset, usikkerheten og sorgen denne fører med seg. Det er naturlig at krisen som har rammet hele familien også påvirker pårørendes sin trivsel og helse. Derfor er det viktig at helsepersonell også ser de pårørendes sitt behov for støtte og hjelp knyttet til egen situasjon. Det er også viktig med god og grundig informasjon om lidelsen som rammer, hva som kan eller bør gjøres i forhold til denne og hva en kan forvente av fremtiden. Informasjon kan fungere som motgift mot stress og usikkerhet.

Samarbeid – til beste for flere

I tillegg til å være rammet av sykdom, er pårørende utøvere av omsorg og ivaretagelse av pasientens helse. De trenger også informasjon fra oss om hvordan de kan gi best mulig hjelp og ivareta omsorgsrollen på best mulig måte. Sist men ikke minst, så trenger vi (helsevesenet) informasjon fra pårørende for å gjøre vår jobb på best mulig måte. Pårørende er dem som kjenner pasienten best, stort sett både før og etter sykdommen inntraff. Deres kunnskap er således uvurderlig. Det er dessuten i alles interesse at pårørende selv

opplever trygghet og overskudd i møte med sin syke ektefelle eller forelder.

Derfor tenker vi på Olaviken at det er avgjørende med godt samarbeid med pårørende, gjennom å være lyttende i tett dialog, og å gi god informasjon. Møter med pårørende er en sentral del av arbeidsformen, og alle pårørende får tilbud om minst to møter med behandlere og primærkontakt, første møtet rett etter innkomst for at pårørende skal bidra med sin kunnskap, og ett før utskrivelse for å gi god informasjon tilbake.

Arenaer for støtte

Ellers er det viktig å møtes når det skulle være behov for dette. Utover dette er vi i gang med grupper for pårørende (pårørendeskoler), hvor pårørende som ønsker det kan få tilpasset undervisning om forskjellige sykdommer og behandlingstilnæringer til disse. I gruppene får pårørende anledning til å diskutere temaene også med hverandre. For å lette litt på belastningene som både pasienter og pårørende kjenner, arrangerer vi også «Møteplass for mestring» sammen med Nasjonalforeningen for folkehelse og Aldring og Helse, samt grupper for «Yngre med demens-sammen med pårørende», begge to arenaer hvor pårørende får mulighet til å luften sine opplevelser og få støtte fra andre i lignende situasjoner.

Fordi pårørende er så avgjørende i helsehjelpen som de er, må vi alltid strebe etter å bli bedre i våre møter med dem. Derfor har vi også nå opprettet en ny funksjon som pårørendekoordinator.

SOLGUNN E. KNARDAL

Alder: 44

Yrke: Musikterapeut

Yrkeserfaring: 20 år som musikterapeut i kulturskole, rehabiliteringsteam, på høyskole, på sykehjem – og de siste 7 årene på NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus.

Prosjekter: Har vært med på «Møteplass for mestring» i region Helse Vest siden oppstarten i 2012, er også involvert i prosjekter med Nasjonalforeningen for folkehelse for å skape gode samværsarenaer for mennesker med demens og deres pårørende.

Møt vår nye pårørendekoordinator

Solgunn E. Knardal er NKS Olavikens nye pårørendekoordinator. Dette betyr at hun blir en pådriver for at innsatsen opp mot pårørende beholdes og forbedres, at en ved NKS Olaviken jobber aktivt for å ivareta pårørendes behov og bidrar til å avhjelpe dem i den vanskelige situasjonen de er i, at de blir hørt og at de får nødvendig informasjon. Hun kan selvsagt ikke ivareta alt dette for alle de pårørende som er tilknyttet Olaviken, men hun må jobbe gjennom de andre ansatte som treffer pårørende.

Som nytnevnt pårørendekoordinator ved Olaviken, hva tenker du blir din viktigste jobb?

Det viktigste vil være å lytte og hjelpe til å sortere. Å orientere seg i ein jungel av tjenestetilbud kan kjennes uoversiktlig og kanskje uoverkommelig i en ny situasjon. Jeg kan støtte pårørende til å finne ut hvilke tilbud en kan få fra frivillige organisasjoner, kommunen og spesialhelsetjenesten og gi informasjon om hva som er hva.

Basert på din erfaring i kontakt med pårørende for personer med demens, hvilke behov opplever du er spesielt viktige for dem?

Opplever at pårørende gir uttrykk for å trenge kunnskap, informasjon og støtte. Mange står i disse livsutfordringene alene. Det er greit å be om hjelp, det er på ingen måte et svakhetstegn. Å få skikkelig informasjon om hva en kan påvirke og hva en ikke kan gjøre noe med knyttet til sykdommen kan kjennes betryggende. Sykdom er hverken pasienten eller den pårørende sin feil.

Hva er de største utfordringene pårørende opplever som helsevesenet kan/bør rette en innsats mot?

Å gi helhetlig informasjon rundt alle plan i livet som blir berørt av sykdommen. Pårørende trenger å få vite hvem en kan ta kontakt med – ikke bare et telefonnummer til en instans eller en brosjyre. En trenger et menneske å henvende seg til. Å bli stilt i telefonkø etter telefonkø kan gjøre at folk gir opp. Det må være enkelt å be om hjelp, folk flest krever lite.



Pårørende-grupper

ERFARNE: Gruppene blir drevet av spesialsykepleierne Eva Marie Buber, Torunn Johnsen og Elisabeth Eliassen.

Et pilotprosjekt

Det kan være vanskelig å leve i nær relasjon til personer med psykiske utfordringer. NKS Olaviken har derfor nylig prøvd ut undervisningsgrupper for pårørende til innlagte pasienter, for å se om dette kan være til hjelp.

I tillegg til informasjon om aktuelle psykiske lidelser, rettes det i gruppene fokus mot den pårørendes situasjon og selvivaretagelse. Tilbakemeldingene var svært positive. Deltagerne synes det var lærerikt, at de fikk større forståelse for hva deres nærmeste stod i og hvordan de som pårørende bedre kunne takle ulike utfordringer.

De ga positive tilbakemeldinger på formen, først en undervisningsdel og deretter felles samtale. Det opplevdes godt å se sammenhengen mellom teori og egne erfaringer, å kjenne at en ikke var alene med sine utfordringer. Det å kunne gi hverandre råd ble også verdsatt.

På bakgrunn av de gode tilbakemeldingene blir det nå planlagt nye grupper for pårørende til innlagte pasienter på NKS Olaviken.

UNDERVISNINGSGRUPPER FOR PÅRØRENDE

- Hva er depresjon?
- Hva er angst?
- Hva kjennetegner angst/depresjon blant eldre?
- Hva kan du som pårørende bidra med?
- Hvordan oppnå balanse mellom det å gi støtte til pasienten og å ta hensyn til egne behov.

Det legges opp til tre for hver pårørende, oppstart når som helst i forløpet. Tilbudet er gratis og du trenger ikke henvisning. Samlingene skal holdes på Olaviken ca. hver tredje uke kl. 18.00-19.30.

Utredning og behandling

Som i somatikken og i andre deler av psykisk helsevern er hovedregelen i alderspsykiatri at utredning og behandling skal skje med pasientens samtykke. Psykisk helsevernloven åpner likevel for bruk av tvang når pasienten ikke er i stand til å samtykke til behandling som vurderes som nødvendig for å sikre vesentlig bedring eller for å hindre alvorlig skade for liv og helse.

Riktig bruk av tvang i alderspsykiatri



Foto: iStock

Siden tvangsbruk er et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett, er det en uttalt politisk målsetting at bruken av tvang i psykisk helsevern i Norge skal reduseres. Vi har spurt psykologspesialist/klinikkleder for døgnet **Sindre Angeltvedt** og psykiater/medisinsk faglig rådgiver, **Elena Selvåg** ved NKS Olaviken om deres synspunkter på tvang og riktig tvangsbruk i alderspsykiatri.

Hva er tvang?

SINDRE

– Dette kan virke som et enkelt og selvsagt spørsmål, men det kan faktisk være ganske komplisert. Alle ville være enig i at det å fysisk flytte noen mot sin vilje er tvang, eller at det er tvang å holde noen fast og hindre dem i å bevege seg eller låse dem inne. I tillegg til dette så finnes det masse situasjoner hvor tvang ikke blir så tydelig. Hva med for eksempel å dele ut medisiner til en pasient som ikke vet hva den inne-

holder, som er forvirret eller uoppmerksom? Er det tvang? Eller hva med å avlede en forvirret person som sier at han vil hjem, få ham til å snakke om andre ting og fortelle ham at det nå er tid for kaffe?

– Dette er helt sikkert situasjoner som kan diskuteres, men i følge lovene som regulerer oss, så er ikke tvang begrenset til det som gjelder å bruke fysisk makt, det gjelder også situasjoner der en omgår folk sin motstand. Hvis en gjør noe som pasienten hadde motsatt seg dersom han hadde visst at det ble gjort, så er det tvang. Så begge tilfellene over er sånn sett tvang.

ELENA

– For å behandle noen i psykiatrien så må vi få et aktivt og informert samtykke. Altså pasienten må vite hva vi gjør, forstå hva det innebærer, og eksplisitt takke ja til dette. Det er da vårt ansvar å sørge for at behandlingen faktisk er frivillig. Som helsepersonell i psykiatrien så har vi altså en veldig aktiv plikt til å sørge for at det ikke skjer tvang på uriktig grunnlag.

Tvang i psykisk helsevern er jo noe som mange er opptatt av og som diskuteres ofte. Hvorfor er dette viktig?

SINDRE

– Jeg tror det skaper så mye diskusjon fordi dette er et spørsmål hvor dyptgripende verdier kolliderer. På den ene siden kan vi kjenne et sterkt behov for å hjelpe lidende mennesker, selv om de ikke ønsker eller forstår dette selv, mens vi på den andre siden kjenner stort ubehag knyttet til å undertrykke andre og frata mennesker sin rett til å velge over eget liv. Som behandler kan jeg kjenne begge disse sidene selv. Når jeg tenker på psykiatriens bruk av tvang gjennom historien så kan jeg bli rystet og provosert av det som kun kan beskrives som overgrep.

– Samtidig kan jeg kjenne håpløshet når jeg opplever at jeg blir forhindret i mitt forsøk på å hjelpe en person som har det vondt. Sannsynligvis ble de tidligere formene for tvang som vi i dag reagerer på også gjort med gode intensjoner, og kan meget gjerne ha vært motivert ut i fra både håpløshet og ønske om å hjelpe. Men dog kanskje med en sterkere tro på at helsepersonell vet bedre enn pasienten hva han/hun trenger enn sånn som vi tenker i dag.

– Like fullt så mener jeg at historien har vist oss at gode intensjoner ikke er nok. Hvor langt retten til å bestemme selv skal gå, og hvor skadelig og dårlig folk sine valg skal være før man griper inn og overstyrer dem, er store verdispørsmål som ikke skal overlates til individuelle fagpersoner å avgjøre på egenhånd. Derfor snakkes det også mye om f.eks. geografisk variasjon i tvangstall, en ønsker ikke at det skal være den lokale kulturen på et sykehus som skal avgjøre hvorvidt en pasient blir tvangsbehandlet eller ikke.

Hva er riktig bruk av tvang?

ELENA

– De politiske signalene er at bruken av tvang skal reduseres. Men så anerkjennes det at det finnes tilfeller der de fleste er enig om at tvang er nødvendig. Lov om psykisk helsevern beskriver hva som skal til for at det kan sies at tvang er nødvendig, og hvordan denne da skal gjennomføres. For å utøve tvang som er lovlig, må det fattes et vedtak. Dette er viktig fordi vedtaket kontrolleres av kontrollkom-

misjoner, og det er dette som langt på vei sikrer pasienten sin rettssikkerhet, altså sikrer at den tvangen som utøves ikke bryter pasientens rettigheter.

SINDRE

– Noen av eksemplene jeg nevnte innledningsvis kan bli ekstra problematisk hvis disse ikke gjenkjennes som tvang, fordi det betyr at det heller ikke blir kontrollert om det faktisk var lovlig og nødvendig å medisinerer pasienten mot hans vilje, eller holde ham på avdelingen uten at han fikk velge. Så det første å forstå når det gjelder riktig bruk av tvang, er at dette gjøres med innsyn og kontroll, og at det sjekkes opp mot loven av noen andre enn oss selv.

Hvordan blir noen tvangsinnlagt?

ELENA

– Det må minst to instanser til for å tvangsinnlegge noen. Først må en ekstern lege undersøke pasienten personlig og vurdere om pasientens tilstand gjør tvang nødvendig. Deretter må en psykiater eller psykologspesialist på sykehuset som tar i mot pasienten vurdere det samme.

– Det som da vurderes er om pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse, om pasienten er i stand til å kunne samtykke til behandling, altså om pasienten har evne til å forstå sin egen situasjon og konsekvensene av å si ja eller nei til behandling (hovedkriterier).

– Videre avklares det at tvangsinnleggelse er nødvendig for å sikre utsikter til vesentlig bedring, eller hindre forverring i pasientens tilstand, eller hindre situasjoner de pasienten kan være til fare for sitt eget eller andres liv og helse (tilleggs-kriterier).

– Først når begge hovedkriterier og et eller flere av tilleggskriterier er til stede kan man gripe inn og velge for pasienten, men også da kun dersom en har god grunn til å tro at denne inngripen vil gi større positive konsekvenser enn negative, altså at tvangen, som er belastende i seg selv å bli utsatt for, ikke gjør mer skade enn nytte.

Hva er spesielt med alderspsykiatri når det gjelder tvang?

SINDRE

– Det jeg synes er spesielt med alderspsykiatri når det gjelder tvang, er de tilfellene hvor demens er en del av sykdommen

som vanskeliggjør frivillig behandling. Denne pasientgruppen er nok ikke den typiske eller mest representerte gruppen i psykiatri, og således kan en få inntrykk av at det ikke primært er disse problemstillingene som har vært i tankene når loven har blitt laget. Det har vært diskusjoner om hvor demens står i forhold til det såkalte hovedkriteriet «alvorlig sinnslidelse». Dette er et rettslig begrep som ikke er ensbetydende med en gitt diagnose.

– Likevel er noen diagnoser kanskje mer tydelig tilhørende i denne kategorien, slik som psykoselidelser. Demens kan være en tilstand som svarer til disse kriteriene, men trenger ikke være det. En mild demens uten noen særlige psykiatriske symptomer ville for eksempel ikke falle inn under begrepet «alvorlig sinnslidelse». En alvorlig demens, ledsaget av hallusinasjoner og sterk uro, kan derimot kalles en alvorlig sinnslidelse.

ELENA

– Et annet dilemma er dette med samtykkekompetanse. Ofte, når det gjelder psykiske problemstillinger, så vil det være en tydeligere sammenheng mellom det å ikke kunne forstå sin egen situasjon og graden av psykiatriske symptomer. Men for demens så må en av og til tenke at samtykkekompetansen blir redusert på grunn av en hjerneorganisk lidelse, og ikke nødvendigvis på grunn av de psykiatriske symptomene sin alvorlighetsgrad. Vi kan derfor komme i situasjoner hvor pasienten ikke har innsikt i egen helse-tilstand og behandlingsbehov (mangler samtykkekompetanse) og samtidig ikke har tilstrekkelig alvorlige psykiatriske symptomer for å bli definert som alvorlig sinnslidende.

– Vi kan også oppleve at pasienten selv ikke har noe særlig i mot å være hos oss, og takker ja til behandlingen, men hvor vi har inntrykk av at han ikke vet hva han takker ja til. I følge loven kan ikke dette kalles frivillig behandling, men kriterier for tvangsbehandling er heller ikke oppfylt. Slike situasjoner kan skape utfordringer både for pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.



Hva er effekten av behandling, hva kan vi behandle bort, og hva må en leve med?

ELENA

– Tross massiv forskning og stor innsats fra legemiddelindustrien finnes det fortsatt ikke en helbredende behandling for demens slik at vi ikke kan stoppe eller bremse sykdomsutvikling.

– Men vi har likevel en rekke miljøterapeutiske og medikamentelle tiltak som kan settes i gang, og i mange tilfeller bedre pasientens psykiatriske symptomer, kompensere for funksjonssvikt og på den måten også bedre livskvaliteten.

– Vi kan ikke kun fokusere på å redusere vår egen bruk av tvang ovenfor en pasient, vi må også ha som mål å sørge for at det blir minst mulig bruk av tvang i neste instans, altså på sykehjemmet pasienten drar til. De fleste pasienter med demens har markant redusert forståelseevne og språk

MEDISINSKFAGLIG ANSVARLIG: Elena Selvåg, psykiater, avdelingsveileger og medisinsk-faglig ansvarlig ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

som resulterer i vanskelig samspill og utfordrende atferd i flere samhandlings situasjoner og ofte fører til bruk av tvang.

– Derfor jobber vi mye med å finne, prøve ut og evaluere et bredt spekter av miljøterapeutiske og kommunikative tiltak som bidrar til økt medvirkning og bedre samarbeid med pasienten. Dette kan i neste omgang bidra til mindre behov for tvang i kommunehelsetjeneste.

– Årsakene til utfordrende atferd er som regel kompliserte og sammensatte og krever systematisk tilnærming, tverrfaglighet og kreativt «detektivarbeid».

Hva gjør Olaviken for å redusere bruken av tvang?

SINDRE

– Jeg mener at tvang kan reduseres på flere måter. Når det gjelder tvangsinnleggelse, så må det vurderes nøye om det faktisk er behov for tvangsinnleggelse eller om pasienten kan samtykke til frivillig behandling. Det må også vurderes nøye om tvangen kan forventes å gjøre situasjonen bedre for pasienten, altså om effekten av behandlingen er klart større enn belastningen ved å bli utsatt for tvang.

– Når det gjelder bruk av tvang under selve innleggelsen, slik som fastholding, isolering og medisiner med kort-tidsvirkende legemidler så tror jeg dette i de fleste tilfeller vil oppleves helt nødvendig når vi gjør dette. Dette er tiltak som gjøres når situasjonen er akutt og en må avverge skade på pasienten selv eller andre personer. Jeg tror at den beste måten å redusere bruken av slik tvang på, ikke handler om å gjøre noe annerledes når situasjonen allerede er tilspisset og akutt, men heller i minuttene og timene før situasjonen eskalerer.

– Den beste måten å redusere denne type tvang på er kanskje gjennom tiltak som bedrer relasjonen mellom ansatte og pasienter, tiltak som skaper trygghet, opplevelse av å bli møtt med respekt, selvbestemmelse og forutsigbarhet for pasienter. Det er ikke så gjort så mye forskning på dette, men det lille som er gjort antyder at de fleste miljøterapeutiske metoder kan ha en forebyggende effekt dersom de er rettet mot disse målene. For eksempel det å følge en pasient tett og å bruke tid på å berolige og trygge pasienten når han/hun er litt engstelig: Dette kan igjen forhindre at pasientens uro eskalerer videre og blir til utagering som gjør det nødvendig å gripe inn med tvang.

DOKUMENTASJON VED TVANGSINNLEGGELSE

• Du som lege må ha sett og vurdert pasienten i løpet av de siste 10 dager før innleggelsen på tvangsparagraf. Nødvendig dokumentasjon inkluderer:

LEGEOPPLYSNINGER

Inneholder informasjon om pasientens sykehistorie, aktuell problemstilling, psykiatrisk status og begrunnelse for tvangsinnleggelsen (f.eks psykiatriske symptomer i form av angst og depresjon, psykotiske symptomer, atferdsproblemer, aggresjon, utagering o.l.)

Dato og sted for vurderingen

• Legeerklæring om at kriteriene for tvang er innfridd (eget skjema)

ELENA

– Et annet viktig aspekt er å forstå hva som forårsaker uroen og utageringen og forsøke å gjøre noe med dette. Noen pasienter kan for eksempel bli utagerende fordi de har smerter som de ikke klarer å formidle, noen kan bli utagerende når de er sliten eller forvirret osv. På Olaviken har vi tro på at «Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens» (TID-modellen) kan hjelpe oss å redusere tvang. TID-modellen er et verktøy for å identifisere disse forskjellige årsakene til den utagerende atferden og systematisk prøve ut metoder for å bedre disse. Ved å gjøre dette mer effektivt vil vi forhåpentligvis klare å løse problemet raskere, og med mindre bruk av tvang.

– Dette er en modell som består av tre faser, registrering og utredning, refleksjon og veiledning, og tiltak og evaluering. Det er på en måte en systematisk tilnærming til å finne behandlingstiltak som er tilpasset den enkelte pasient. Marte Meo er en annen metode som jeg også tror kan forebygge bruk av tvang. Gjennom å gå i dybden på kommunikasjon mellom miljøterapeuter og pasient, kan en utvikle en bedre forståelse av hvordan en kan samhandle med pasienten på en måte som skaper trygghet og forutsigbarhet, og som skaper bedre samspill mellom miljøterapeuter og pasienten. Dette kan igjen tenkes å kunne hindre tilspissede situasjoner med behov for tvang.

Samarbeid

Eldre med samtidig psykiske lidelser og rusproblemer – samarbeid på tvers av alderspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Økende krav til samhandling – også innen spesialisthelsetjenesten

Prosjekt om tverretattlig samarbeid Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus

Både internasjonale og norske studier viser at det har skjedd en økning i eldres rusmiddelbruk. Det gjelder først og fremst risikofylt og skadelig alkoholbruk, ofte i kombinasjon med inntak av vanedannende legemidler. Økningen gjenspeiles også i at antall henvisninger til alderspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som gjelder eldre med samtidig psykiske lidelser og rusproblemer har økt de seinere år.

I følge psykologspesialist i eldrepsykologi/forsker Linn-Heidi Lunde ved avdeling for rusmedisin, Helse Bergen, kan risikofylt alkohol- og legemiddelbruk forsterke eksisterende psykiske lidelser som angst og depresjon, og kan også bidra til utvikling av kognitiv svikt og demens. Lunde sier at ved sammensatte tilstandsbilder hos eldre vil det i mange tilfeller være nødvendig med tverrfaglige vurderinger og samarbeid på tvers av sektorer og virksomheter.

Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Avdeling for rusmedisin har nå gått sammen for å prøve ut en modell for slikt samarbeid. Målet er å sikre eldre pasienter med samtidig rusproblem og psykisk lidelse tilstrekkelig helsehjelp, og å utnytte den kompetansen våre to ulike virksomheter besitter. I løpet av høsten 2018 vil prosjektgruppen utarbeide en samarbeidsmodell som prøves ut med ti pasienter.

Det vil også bli arrangert en felles fagdag for å øke kompetansen på eldre med samtidig rusproblem og psykisk lidelse i begge fagmiljøene.



Linn-Heidi Lunde, psykologspesialist og forsker ved Avdeling for rusmedisin, Helse-Bergen



Overlege Tone Tveit, Bjørgvin DPS

Samarbeidsmodell mellom Bjørgvin Distriktpsykiatriske senter (DPS) og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus ved flere anledninger sett behovet for tettere dialog/samhandling på flere nivåer hva gjelder økende eldrebefolkning. Dette gjelder både for alderspsykiatrisk avdeling Helse Bergen (H5), DPS-ene innen Helse Bergens opptaksområde, geriatrik av Haraldsplass og selvsagt den enkelte kommune.

For å møte de utfordringer som «eldrebølgen» vil medføre, har NKS Olaviken fokusert samhandling, herunder avklaring av ansvars- og oppgavedeling sterkt i sin strategi- og handlingsplan 2017–2020.

Det er hevet over tvil at slike avklaringer, herunder utprøving av nye samarbeidsformer mellom nivåene, felles planlegging, økt kompetanseoverføring mv er helt avgjørende for å kunne levere tjenester av god kvalitet når «bølgen» for alvor treffer.

NKS Olaviken ser strategiplanperioden som avgjørende for å utforske og prøve ut alternative arbeidsmåter, herunder bl.a. økt samarbeid og avklaringer mot de ulike distriktpsykiatriske sentrene innen Helse Bergens opptaksområde.

Rundt årsskiftet startet en dialogen med et av dem, Bjørgvin DPS, men mål om å utforme en samarbeidsstruktur med overføringsverdi til flere på sikt.

Momenter, bakteppe og føringer for dialogen er bl.a.:

- Generell dreining i fremtiden fra senger til økt aktivitet innen ambulerende tjenester og poliklinikk.
- Føringer fra Samarbeidsutvalget for Nordhordlandskommunene vedk ønske om «økt spesialisthelseteneste mot eldre med demens, depresjon, angst og meir alvorlege psykiske lidingar».
- Merkbart økende andel eldre også ved Bjørgvin DPS, inkl påfølgende kompetansebehov.
- Helse Vests føringer (også i Helse 2035) knyttet mot «Pasientens helseteneste» – hvilke konsekvenser har eks dette for eldre syke som har lang reisevei til poliklinikk på Haraldsplass?
- Nytt Helsehus i Knarvik – muligheter for samlokalisering av evt «poliklinisk satellitt» fra NKS Olaviken?

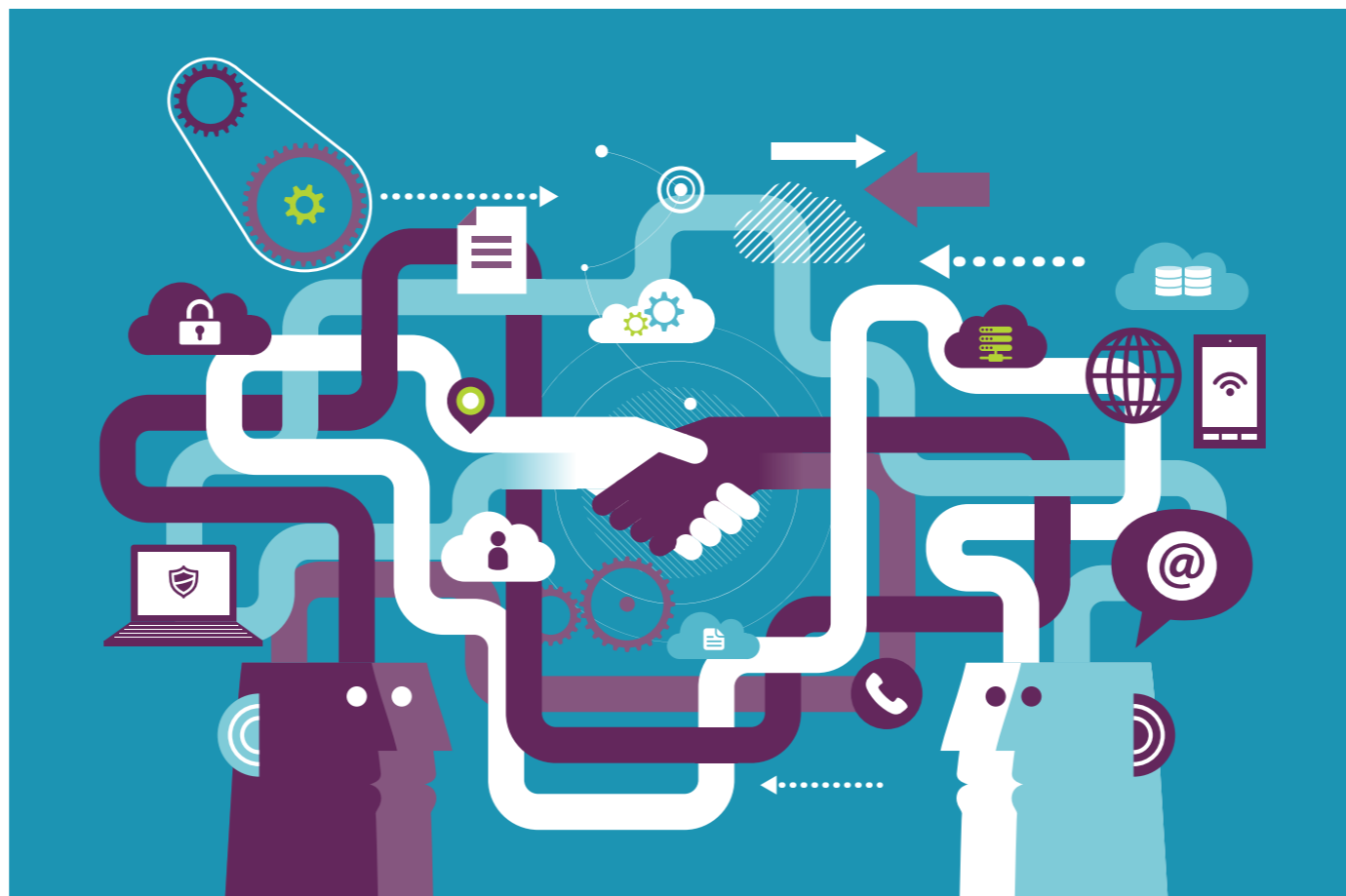
Dialogen så langt har gitt følgende konklusjoner:

Det vil være naturlig å starte en dialog snarest mellom definerte ledere/fagpersoner fra de to virksomhetene – herunder for å avklare behov, både for DPS-et hva gjelder kompetanse innen alderspsykiatri og for NKS Olaviken for overføring av kompetanse/informasjon ift hvordan DPS-et jobber mot eldre. En «kompetansepakke» kan da være start på en samhandling som videre kan fokusere:

- Avklaringer av ansvar/oppgaver mot «eldre 65+» i regionen
- Avklaringer av hvordan en felles skal gå sammen om informasjon om tjenestansvar/fordeling spesielt og kompetansebygging generelt i kommunene
- Avklaring om evt grunnlag for en «satellitt» knyttet mot DPS-et, der NKS Olaviken driver poliklinisk aktivitet etter nærmere definert frekvens lokalisert tett på DPS-et, dette eks koordinert med andre veiledningsoppdrag i regionen mv.

Helse Bergen har erfaringer, blant annet knyttet til det såkalte ROP-forløpet (pasienter med sammensatte problemstillinger) der en utformet retningslinjer for å øke indre systematikk og kompetanse. Dette i tillegg til å systematisere samhandlingen med eksterne instanser.

Overlege Tone Tveit ved Bjørgvin DPS ser erfaringen fra dette arbeidet som nyttige når en nå fokuserer målgruppen 65+ og samhandlingen rundt disse. Jevnlige kompetanse- og erfaringsdeling, felles fagdager (bredt sammensatt av aktuelle aktører), systematisk avklaringsmøter i starten av forløpet er alle tiltak som har vist seg å ha effekt for den enkelte pasient. Bare det å bli bedre kjent med hverandre og hverandres arbeidsform er et enkelt grep for å øke kvaliteten på den behandling vi ofte felles har ansvar for ift den eldre psykisk syke.



Forskning

Forskning og nettverksarbeid mellom Universitetet i Bergen og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

Sammen om bedre psykisk helse for «morgendagens eldre»

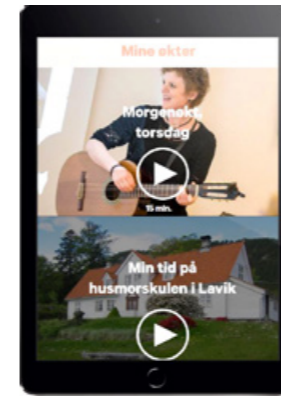
I NKS Olaviken har vi som mål å levere et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud for eldre med psykiske lidelser, med høyt nivå av fagkompetanse som er bygd over mange år. Samtidig er vi opptatt av kontinuerlig utvikling av tjenestetilbud for å kunne tilpasse oss til samfunnets behov og fremtidens utfordringer med tanke på økende antall eldre i årene som kommer. Som en del av spesialisthelsetjenesten har vi også forskning og fagutvikling som en del av vårt samfunnsoppdrag, i tillegg til det kliniske, pasientrettede arbeidet.

Mens vi forbereder oss til å møte fremtidige behov, ønsker vi å prioritere ressurser til fagutvikling som er innovativt og bidrar til nye løsninger for tjenestetilbud. Rapporter som peker på helserelaterte behov hos kommende eldregenerasjoner antyder at «morgendagens eldre» stiller større krav til helsetjenester og vil bestemme mer selv. Mange vil ønske å bo hjemme, og de vil ha tilbud som passer for deres behov og funksjonsnivå. Derfor må vi på NKS Olaviken tilrettelegge for differensiert helsehjelp, og utvikle våre tjenester kontinuerlig.

Utvikling av nye metoder, teknikker, og tjenestemodeller stiller krav til relevant og oppdatert kunnskap og kompetanse. Som et relativt lite sykehus er det svært viktig at vi på NKS Olaviken samarbeider med ledende forsknings- og innovasjonsmiljøer, samt deltar aktivt i fag- og forskningsnettverk, for å kunne utvikle nyskapende helsetjenester som bygger på forskningsbasert kunnskap.

Terapeutisk opplevelsesteknologi

En stor utfordring innen psykisk helsearbeid er overgangen fra at pasienten er under behandling ved en institusjon til å gå inn i hverdagen utenfor institusjon. Det er et stort behov for å utvikle løsninger og behandlingsmodeller som kan bidra til en bedre overgang fra behandling i institusjon til hjemmebaserte tjenester. Eksempelvis ser vi at mange pasienter i våre døgnavdelinger har utbytte av musikkterapi som en del av behandlingen under innleggelse, men når de utskrives finnes det få muligheter for musikkterapeutisk oppfølging og vedlikehold av tiltaket når pasienten har



kommet hjem. Oppfølging og tverrfaglig arbeid med hjemmeboende pasienter utgjør et stort behov der teknologi kan spille en viktig rolle.

NKS Olaviken har gått sammen med forskermiljøer ved Universitetet i Bergen (UiB) for å utvikle musikkterapeutisk opplevelsesteknologi for eldre med kognitiv svikt, og som kan bidra til større grad av overføring av virksom behandling fra sykehusoppholdet

til livet hjemme. Prosjektgruppens medlemmer fra NKS Olaviken har faglig ekspertise og erfaring på demens og behandling av psykiske symptomer, mens professor Inger Hilde Nordhus fra Det psykologiske fakultet og professor Brynjulf Stige ved Griegakademiet, bidrar med kunnskap om psykisk helse hos eldre og musikkterapi, og kvalitetssikring av prosessen mot ferdigutviklet teknologisk løsning.

Vi er nå i ferd med å teste en såkalt applikasjon (app) som er designet for å brukes på nettbrett. Ved hjelp av applikasjonen kan musikkterapeuten sende skreddersydde og personlig tilpassete terapiøkter til pasienten. Innholdet i terapiøkten er basert på en kartlegging under innleggelse, og det legges vekt på den enkeltes bakgrunnshistorie og «musikalsk identitet». Applikasjonen vil kunne bidra til at flere kan få nytte av tilgjengelige musikkterapeut ressurser, og på en slik måte også være et element i mer helhetlige behandlings- og forebyggings tiltak. Målsettingen er å støtte pasientene til å mestre livet bedre hjemme og forebygge tilbakefall.

Samarbeid med universitetet i flere områder

I tillegg til innovasjons- og forskningssamarbeid, har NKS Olaviken en samarbeidsavtale med Det psykologiske fakultetet som også omfatter undervisning og tilbud om praksisplasser for psykologstudenter. Dette bidrar til en god praksiserfaring for studentene i utdanningen, og at fremtidige psykologer kan tilegne seg kompetanse på eldre og alderspsykiatri, og slik rekrutteres til å arbeide med eldre. NKS Olaviken deltar også aktivt i POLYFON-kunnskapsklynge for musikkterapi, som koordineres av Griegakademiet. Kunnskapsklyngen består av kommuner, helseforetak, kompetanse- og forskningsmiljøer som ønsker å bidra til utvikling av musikkterapifeltet på en systematisk og kunnskapsbasert måte.

«MIN MUSIKALSKE LIVSHISTORIE»

Terapeutisk opplevelsesteknologi for hjemmeboende med demens

Prosjektgruppe: NKS Olaviken, Universitetet i Bergen, Norske Kvinners Sanitetsforening, Soundio AS, Bergen Teknologioverføring

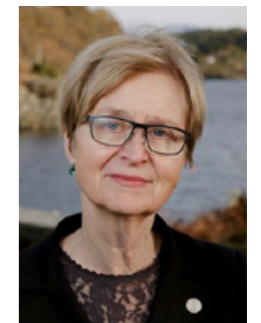
Prosjektleder: Minna Hynninen

Ekstern finansiering: Helse Vest (innovasjonsmidler), Extrastiftelsen, Helsedirektoratet (InnoMed)

Våre samarbeidspartnere

Professor **Inger Hilde Nordhus** arbeider ved Det psykologiske fakultet og har psykisk helse og søvn hos eldre som spesialfelt.

Hva er viktige satsningsområder når det gjelder forskning på psykisk helse hos eldre?



Å arbeide for en bedre forståelse av psykiske helseproblemer hos eldre er viktig. Dette gjelder både eldre som bor hjemme eller også på sykehjem eller i annen institusjon. Da trenger vi gode kartleggingsverktøy. I samarbeid med NKS Olaviken og forskere ved blant annet Queensland University, Australia, har Det psykologiske fakultet igangsatt et forskningssamarbeid hvor målet er å sikre gode og pålitelige måleinstrumenter på angst, og som gir oss mulighet til å sammenligne studier fra Norge med studier fra andre land.

Slik kan vi sammen bidra til en kunnskapsbase som kan være svært nyttig i klinisk praksis. Denne satsningen er et godt eksempel på hvordan universitet og praksismiljø samlet kan bygge relevant kunnskap som kommer pasientene til gode.

I vårt fakultet pågår det også ulike behandlingsstudier innenfor både sykehjem og rettet mot hjemmeboende eldre. Dette gjelder blant annet et prosjekt med fokus på musikkterapi og et nylig påbegynt prosjekt med bruk av lysterapi i sykehjem. Musikkterapiprojektet er forankret i NKS Olaviken gjennom en egen stipendiat og der veiledning av stipendiaten gjøres i samarbeid mellom våre institusjoner.

For å få dette prosjektet så optimalt som mulig, fikk vi etablert en løsning der fakultetet finansierer stipendiatdelen (forskingsarbeidet) og der NKS Olaviken finansierer den kliniske opplæringen til kandidaten (klinisk spesialisering). For å få til en slik ordning må begge arbeidsgivere samarbeide. En kan også se på denne ordningen



som et viktig satsningsområde for å utvikle praksisrelevant forskning.

Lysterapiprojektet i sykehjem har i hovedsak sin forankring i Bergen kommune, men der kunnskapen er overførbart mellom ulike partnere i helseregionen. Prosjektene som er eksemplifisert over, er i praksis pågående satsingsområder som bygger på felles forståelse av hva som kan bedre helse og livskvalitet hos eldre.

Hvordan kan samarbeidet mellom Det psykologiske fakultetet og helseforetakene som NKS Olaviken bidra til bedre psykisk helse hos eldre?

NKS Olaviken og Det psykologiske fakultet har over mange år hatt samarbeid knyttet til studentplasser og forskningsaktivitet. Vårt fakultet har også bidratt til veiledning av nyansatte psykologer ved NKS Olaviken. I 2015 ble dette samarbeidet formalisert gjennom en egen avtale. Dette innebar at vi laget et rammeverk for avtale mellom våre institusjoner, som ivaretok våre respektive virksomheter. Vi har tilsvarende avtaler med blant annet Helse Bergen og Solli DPS, og med svært gode erfaringer så langt. Personlig mener jeg at dette er en viktig milepæl for våre respektive institusjoner. Her ligger det mulighet til samarbeid inn mot forskning, fagutvikling og klinisk studentopplæring. Her er alle oppgaver like viktige – sluttproduktet skal jo bli bedre helse-tjenester til eldre.

Professor **Brynjulf Stige** er forskningsleder ved GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning og leder for POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi.



Hvilke forskningsbehov finnes det i forhold til musikkterapi for eldre?

Jeg har nettopp vært med på å forfatte et kapittel om musikkterapi til en ny norsk lærebok om alders- og sykehjemsmedisin, sammen med Stefan Koelsch og Christian Gold. De tre fagområder vi representerer kan indikere ett mulig svar på spørsmålet ditt. Stefan Koelsch (Det psykologiske fakultet, UiB) har spesialisert seg på forskning om musikk og hjerne, og holder nå på med en stor NFR-finansiert undersøkelse av musikkterapi for hjemmeboende Alzheimer-pasienter. Kan musikkterapi for denne mål-gruppa gi økt livskvalitet og samtidig stimulere hjernens plastisitet, og slik bidra til at tidspunktet for sykehjemsinnleggelse kan utsettes? Christian Gold (GAMUT, Uni Research Helse) har spesialisert seg på randomiserte kontrollerte studier av effektene av musikkterapeutiske intervensjoner, og han arbeider nå med å realisere en stor internasjonal RCT der vi sammenligner effekten av korsang og av gruppemusikkterapi for pasienter med demens og depresjon. Studien tar utgangspunkt i den raskt voksende evidensen på feltet. Det finnes allerede mange interessante studier og metaanalyser av effekten av musikkterapi ved depresjon, samtidig som det fortsatt er et stort behov for store internasjonale studier av høy kvalitet. Min egen forskning er knyttet til UiB-delen av GAMUT, der forskergruppa i større grad har et fokus på kvalitative studier av brukererfaringer og av implementeringsprosesser. Dette er det også et stort behov for, da solid tjenesteutvikling forutsetter at vi vet mer om de erfaringene pasienter, pårørende og ulike profesjonsgrupper gjør seg i møte med de musikkterapeutiske tilbudene som nå er under utvikling i det norske helsevesenet.

Hvordan arbeider POLYFON kunnskapsklynge for bedre eldre helse?

POLYFONs visjon er å bidra til å gjøre musikkterapi tilgjengelig for de brukerne som ønsker det og trenger det. Innen feltet eldre helse er det et godt stykke igjen i så måte, noe dere ved NKS Olaviken er inne på når dere velger å supplere «vanlige tjenester» med utvikling av opplevelses-teknologi. Samtidig er det mange muligheter for utvikling av gode musikkterapi-tjenester i åra framover, også i kommunene. Fjell kommunes satsing eksemplifiserer dette, der kommunen nylig lyste ut to nye musikkterapi-stillinger innen eldre helsefeltet, i tillegg til den musikkterapi-stillinga de har i dag. POLYFONs viktigste bidrag er å etablere en klynge-dynamikk for de helseforetakene og kommunene som har meldt seg inn, der «kompetanse avler kompetanse» og «prosjekt avler prosjekt», for å si det slik. Vi kaller det en klynge, ikke fordi vi er samlokaliserte, men fordi vi består av likeverdige men ulike partnere som kan skape merverdi gjennom samarbeid, ved å inspirere hverandre, lære av hverandre, utfordre og utfylle hverandre. POLYFON gir råd til og støtter ulike former for tjenesteutvikling, vi legger til rette for og stimulerer til ny forskning, vi bidrar til utvikling av kurs og etterutdanning, og vi bidrar med formidling og informasjon, noe den årlige POLYFON-konferansen og de daglige Facebook-innlegg fra klynge-samarbeidet er to eksempler på.

Huntington poliklinikk

Huntington sykdom er en arvelig, sjelden og gradvis fremadskridende hjernesykdom. Hvis en person har arveanlegg for HS, er det 50 % sjans for at barna arver dette. Symptomene starter vanligvis når man er mellom 30–55 år. Vanlige symptomer er bevegelsesforstyrrelser, svelgproblemer, kognitive symptomer og psykiske symptomer.

Tjenester for ulike livsfaser



KOORDINATOR: Kate Myklebust er psykiatrisk sykepleier og koordinerer arbeidet ved Huntington poliklinikken.

Poliklinikken åpnet i 2007 og er for pasienter som er bærer av HS, eller har fått diagnostisert HS, og deres pårørende. I HS poliklinikken arbeider vi tverrfaglig, i et team som består av psykiater, psykologspesialist og psykiatrisk sykepleier. Vi samarbeider med HUS Nevrologisk avdeling, samt HUS avdeling for Medisinsk genetik. Pr 2018 er ca. 40 pasienter, fra Vestlandet til Nord-Norge, tilknyttet Huntington poliklinikken.

Henvises av fastlege eller andre i spesialisthelsetjenesten

Fastleger eller leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til HS poliklinikken. Pasientene kommer til oss for kontroll og oppfølging etter behov. Vi tilbyr også støttesamtaler til pasienter og pårørende. Poliklinikken er ett av tre sentre i Norge, St. Olavs Hospital, Oslo Universitetssykehus/Rikshospitalet og NKS Olaviken, som deltar i et europeisk

nettverk for Huntingtons sykdom. I den forbindelse har vi samlet inn data til en forløpsstudie, REGISTRY.

Hensikten med studien var å samle inn informasjon fra personer som er rammet av HS for å få en bedre forståelse av det naturlige forløpet av sykdommen. REGISTRY ble også brukt for å rekruttere deltakere til andre studier med formål om å finne virksom behandling for HS. Sentrene i Norge er nå i ferd med å knytte seg til et utvidet studie, Enroll-HD. Dette er en fortsettelse og utvidelse av den europeiske REGISTRY-studien. Nye deltakere og tidligere REGISTRY-deltakere vil etter hvert få mulighet til å inkluderes i Enroll-HD, som blir en global studie.

På poliklinikken bistår vi også primærhelsetjenesten med råd og veiledning og kan ved behov delta på ansvarsgruppemøter eller hjelpe til ved etablering av dette eller individuell plan.

Prosjektnyheter

Spennende utviklingsprosjekt med Askøy kommune



Askøy kommune har fattet budsjettvedtak knyttet til etablering av omsorgsboliger på del av NKS Olavikens tomt, lokalisert tett ved sykehuset. Boligene er i utgangspunktet blant annet tiltenkt å tilbys målgrupper innen NKS Olavikens ansvarsområde.

Kommunalsjef for helse- og omsorg i Askøy, Torgeir Sæter opplyser at prosjektering vil starte i år, og med mål om ferdigstilling av boligene i løpet av 2021. Askøy ser frem til å etablere tjenester i Olaviken og herunder utvikle samarbeidet ytterligere i årene fremover, noe både pasienter og ansatte på begge sider av «nabogjerdet» vil nyte godt av. Kommunen ønsker seg fremtidsrettede løsninger både for bygg og tjenester og ser frem til spennende samarbeid.



1-2-3 Puré: Naturtro purékost

1-2-3 Puré er ett konsept utviklet av Vital ernæring. På NKS Olaviken er idéhaveren kjøkkensjef Ronny Nilsen, og pilotprosjektet med utprøving av 1-2-3 purékost er et samarbeid mellom kjøkkenet og Huntington-avdelingen.

Vi på kjøkkenet på NKS Olaviken ønsker å tilby våre pasienter det aller beste i forhold til måltider, også når det gjelder pasienter med Huntington sykdom som som på grunn av svelgevansker kan ha behov for moset mat. 1-2-3 Puré er ett alternativ som ser mer appetittlig ut for dem som i dag spiser moset mat.

Fremmer verdigheten ved måltidet og gir økt appetitt

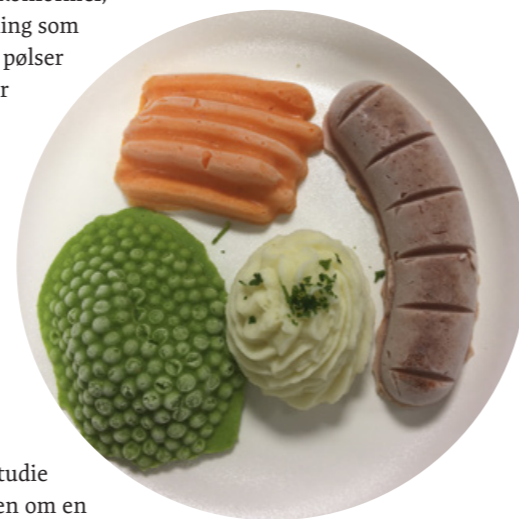
Vi har en stor tro på at naturtro mat, kan fremme verdigheten ved måltidet og øke appetitten. Med 1-2-3 Puré-konseptet blir moset mat laget i silikonformer, og vi kan servere kylling som ser ut som kylling og pølser som ser ut som pølser i puréform.

Når maten ser delikat og fristende ut vil det med stor sannsynlighet også påvirke appetitten og øke matinntak, noe som ellers kan være utfordrende med pasienter med Huntington sykdom.

En australsk pilotstudie støtter også antagelsen om en sammenheng mellom naturtro mat og matinntak (Farrer et al., 2015).

Evaluerings

I slutten av prosjektperioden evalueres det om prosjektet har bidratt til økt appetitt og bedre ernæringsstatus hos pasienter med Huntington sykdom.



Prosjektnyheter

Soundbeam: Musikkterapeutisk hjelpemiddel

I denne pilotstudien vil vi undersøke om bruk av en musikalsk installasjon, Sound Beam, kan øke kommunikasjon og samhandling hos pasienter med Huntington sykdom.



IDÉHAVER OG PROSJEKTLEDER:
Sunniva Ulstein Kayser er musikkterapeut ved Nevropsykiatrisk Avdeling Huntington.

Utfordringer knyttet opp mot kommunikasjon og samhandling

Ved Huntingtons sykdom (HS) rammes det verbale språket og personens evne til å kommunisere og uttrykke seg blir kraftig svekket. Dette kan bidra til økt uro hos personen samt hindre god samhandling med pårørende og hjelpeapparatet rundt den enkelte. Det blir dermed viktig å finne alternative metoder for samhandling og kommunikasjon med personen.

Intensjonen med pilotstudien

Musikk og musikkterapi har vist seg å være en nyttig innfallspunkt i for å øke mulighetene for kommunikasjon og samhandling hos pasienter med HS. Musikk kan anvendes for å ivareta og opprettholde språkfunksjon og samt være en ikke-verbal kommunikasjonskanal. Sound Beam er en musikalsk installasjon som omgjør bevegelser til musikk. Knyttet opp mot HS, kan denne

installasjonen dermed være svært nyttig med tanke på ett av symptomene hos personer med HS er ufrivillige bevegelser. I denne pilotstudien ønsker en å evaluere effekten av Sound Beam som et verktøy for å øke samhandlingen og kommunikasjonen med pasienter med HS. Dette gjøres gjennom å sammenligne videoanalyser av musikkterapi med og uten Sound Beam hos tre pasienter i senfasen av HS.



Prosjektnyheter

PRISM: Forebygging av vold i alderspsykiatri

PROMOTING RISK INTERVENTION BY SITUATIONAL MANAGEMENT (PRISM)

I prosjektet skal klinisk risikovurdering ved hjelp av PRISM utprøves i våre døgnposter og spesialsykehjemsavdeling for personer med Huntingtons sykdom. Idéhaver og prosjektleder er psykologspesialist Sindre Angeltvedt, som klinikkleder for døgn.

Vold er en alvorlig trussel mot pasientsikkerhet

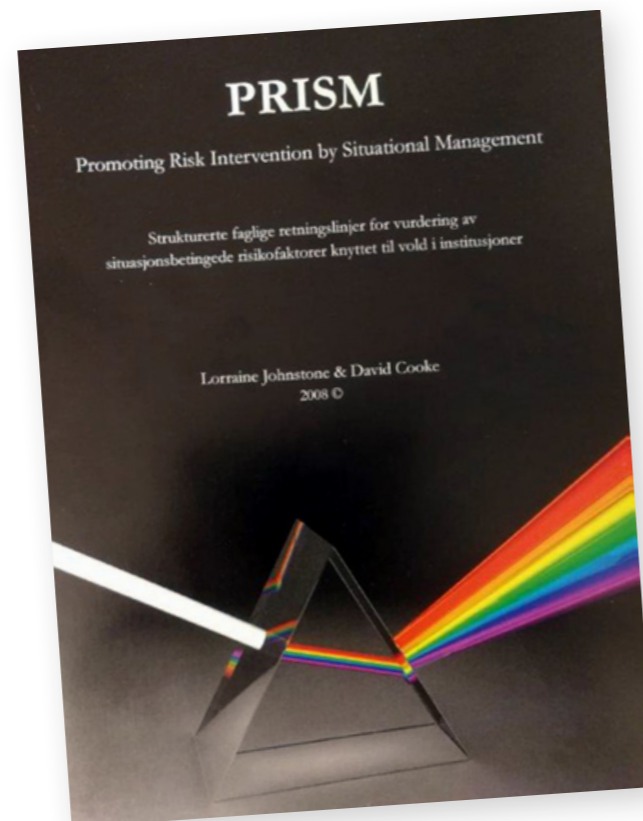
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus har primært to pasientgrupper innlagt i sine døgnposter, demens med utfordrende atferd, og demens kombinert med andre psykiske lidelser. I tillegg er det ni langtidsbeboere med huntingotn i spesialsykehjem. For alle disse gruppene er utagering hyppige forekommende problemstillinger, og slike episoder skaper både frykt og utgjør en trussel mot helsetjenestenes kvalitet. En av de vanligste årsakene til henvisninger fra sykehjem er vold/agresjon.

PRISM – et strukturert verktøy for vurdering av risikofaktorer

Til tross for at det er en kjent problemstilling at det ofte forekommer vold blant denne pasientgruppen, er det utviklet lite kunnskap og få verktøy om hvordan slik risiko skal vurderes eller håndteres. PRISM er en strukturert klinisk vurdering, altså evidensbasert og som tar i bruk risikofaktorer som er identifisert gjennom forskning, og vurderingsprosessen følger en arbeidsform og logikk som representerer de anerkjente faglige standarder hva gjelder voldsrisikovurdering. Siden vurderingsfaktorene i PRISM fremstår relevante og nyttig til bruk i alderspsykiatrien, ønsker vi å prøve ut verktøyet ved NKS Olaviken for å evaluere om det kan være nyttig også i denne settingen.

Gevinstene ved prosjektet

Identifisering av risikofaktorer for vold og forbedringsområder vil kunne bidra til reduksjon av utagerings-situasjoner og redusert bruk av tvang, noe som igjen kan øke opplevd kvalitet av helsetjenesten. For medarbeidere på Olaviken vil dette kunne øke trygghet og trivsel på arbeidsplass, noe som igjen kan gi gevinster i form av redusert sykefravær.



Aktuelt

Gjennom 2017 har sentrale ledere i begge avdelinger gått av og nye, friske krefter står klar for å utvikle Olaviken videre. Alle tre har solid kompetanse og erfaring fra ulikt antall år i andre jobber i vår virksomhet. Olamagasinet ønsker de tre lederne lykke til!

Nye ledere i NKS Olaviken

MINNA HYNNINEN

Minna har fra november 2017 vært ansatt i NKS Olaviken som klinikkleder i poliklinikken. Hun har jobbet i Olaviken i mange år allerede og har fylt mange viktige roller de siste årene (sist som fag- og forskningssjef og tidligere som konstituert klinikkleder ved sengepostene en periode). Minna er utdannet psykolog fra Universitetet i Bergen og har en spesialisering innen klinisk eldrepsykologi i 2013. Hun oppnådde sin doktorgrad i 2013 innen feltet angst, depresjon og søvn hos KOLS-pasienter.

Minna er en aktiv dame og underviser også ved Institutt for klinisk psykologi ved det Psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen i tillegg til å levere en rekke artikler i fagtidsskrifter.

SINDRE ANGELTVEDT

Sindre startet i jobben ved NKS Olaviken som klinikkleder ved sengepostene i mai 2017. Han kom fra jobben som psykologspesialist/seksjonsleder i Helse Bergen HF, seksjon for fengselshelsetjenester, klinikk for sikkerhetspsykiatri der han har arbeidet de to siste årene. Sindre er utdannet psykolog fra universitetet i Bergen i 2006 og fikk sin spesialistutdanning med ferdypningsområde klinisk voksenpsykologi da han jobbet i Olaviken i 2012-15.

MARGARET HEIMLI

Margaret overtok formelt jobben som avdelingsleder ved Huntington 1. mars 2018 (konstituert fra februar 2017). Hun begynte i Olaviken som sommervikar i 1998 og tok senere sin sykepleierutdanning ved Høyskolen i Bergen (2007). I perioden 2014-16 tok Margaret videreutdanning i studieprogrammet: Tverrfaglig videreutdanning i veiledning ved VID Vitenskapelige Høgskole i Bergen.

Margaret har tidligere i Olaviken hatt stillinger som assisterende avdelingsleder og fagansvarlig sykepleier.



Resepsjonene våre

Olaviken sykehus har to resepsjoner, en på poliklinikken ved Haraldsplass og en ved døgnpostene på Askøy. Resepsjonen er en del av fellestjenesten som ellers håndterer alt det administrative ved sykehuset innen kjøkken, renhold, vaktmestertjenester, IKT (data), lønn og regnskap.



Velkommen til Olaviken

I resepsjonen ved poliklinikken møter du Lisbeth og Linda og i resepsjonen på Askøy sitter Anne, Ann Kristin og Bente. Våre dyktige fagkonsulenter tar imot alle henvendelser på telefon og besøkende til sykehuset. Deres hovedoppgave er å ta imot pasienter og pårørende og sørger for at de får den hjelpen de trenger. I tillegg til dette holder resepsjonene også orden i pasientjournalssystemet og oversikt over timeavtalene til de ulike behandlerne.

Høsten 2017 begynte vi med hospitering mellom de to resepsjonene for å sikre rett kompetanse. Fagkonsulenten vil da håndtere alle typer henvendelser til sykehuset uavhengig om dette gjelder poliklinikken eller døgn-postene. Målet er at vi skal behandle henvendelser raskt og effektivt slik at pasienten eller de pårørende får rett svar ved første henvendelse til sykehuset.

Resepsjonene er bemannet på hverdager mellom 08:00 og 15:00.



OLASKOLEN 2018

Nytt fast, årlig kompetansehevende tilbud fra Olaviken



12.-13. november

12. november, kl. 09.00-15.00: Demens og utfordrende atferd
Sykdomslære, kommunikasjon, personsentrert omsorg og miljøterapi

13. november, kl. 09.00-15.00: Angst og depresjon hos eldre
Sykdomslære, kartlegging, behandling og miljøterapi

Kursdagene er egnet for alle som arbeider med eldre i kommunehelsetjenesten. Kurset er lagt opp med forelesninger, diskusjoner og spørsmål i plenum.

3.-4. desember

3. desember, kl. 09.00-14.30: Tverrfaglig intervensjon ved utfordrende atferd ved demens (TID)
Basiskurs

4. desember, kl. 09.00-12.00: Tverrfaglig intervensjon ved utfordrende atferd ved demens (TID)
Administratorkurs

TID er et verktøy som anvendes for å utrede, tolke og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og andre alvorlige psykiske lidelser. Kurset er lagt opp med forelesninger, øvelser og diskusjoner.

Sted: NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Askvegen 150, 5306 Erdal
Pris: 500,- pr dag (300,- for TID-administrator kurs)
Påmelding og mer informasjon: olaviken@olaviken.no

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

POLIKLINIKK (BERGEN)

Poliklinikkleder:
Psykologspesialist/phd Minna Hynninen

Generell alderspsykiatri,
Hukommelsesklinikk,
Huntingtonklinikk

SYKEHUSET (ASKØY)

DØGNPOSTER

Klinikkleder:
Psykologspesialist
Sindre Angeltvedt

Assisterende
klinikkleder:
Spesialsykepleier
Kathe Elise Skagen

Avdelingsoverlege:
Psykiater Elena Selvåg

POST 1

Allmennpsykiatriske
problemstillinger
Åpen post.
Antall plasser: 6

POST 2 OG 3

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

NEUROPSYKIATRISK AVDELING HUNTINGTON

Avdelingsleder:
Spesialsykepleier
Margaret Heimli

Langtidsbehandling
Spesialsykehjem
Antall plasser: 10

SYKEHUSETS LEDELSE

Direktør: Frode Wikne
Styreleder: Ivar Ådlandsvik

OLAVIKEN-KONFERANSEN 2018

Et overordnet tema for årets konferanse er «Fra utredning til behandling». Plenumsforedrag og innlegg i parallellsesjoner vil belyse ulike sider ved utredning, diagnostikk og behandling av alderspsykiatriske lidelser.

Fra utredning til behandling

24. – 25. oktober, Scandic Bergen City



Vi vil tematisere blant annet vold mot eldre, demensdiagnose i endring, musikk og hjernen, samt oppfølging etter diagnose. I praksisorienterte workshops blir det satt fokus på førerkortvurdering, angst hos personer med demens, mestring av aggresjon, og rus og vanedannende medisiner.

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

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

Påmelding starter 2. mai via link på olaviken.no

Er du...

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

FOR INFORMASJON OG VEILEDNING, SE olaviken.no

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