

Mer personsentrert omsorg

Den omsorgen personalet yter har avgjørende innflytelse på hvordan det enkelte menneske opplever å leve med demens

Kitwood 1997

Mer personsentrert omsorg

Den praktiske regelstyringen i institusjonene (*sovepute* ?)

Stor forskjell på sykehjemmene

De "usynlige" tingene avgjør ofte om det er god kvalitet på omsorgen

Det er for lite respekt for den enkelte – *respekt* er en slik usynlig ting

Helselovene understreker pasientenes rett til "medbestemmelse"
hvordan sjekker vi om dette fungerer ?

Den enkelte er ofte prisgitt "pleiekulturen"

Mer personsentrert omsorg

Bli bedre kjent med den som skal motta hjelpen

For mye konsentrert rundt praktisk hjelp (*gi mat, vask etc*)

Det handler ikke *bare* om ressurser får å få dette til – også forståelse og holdninger

Et ledelsesansvar

Mer personsentrert omsorg

Målsettingen om personsentrert omsorg krever forankring i hele organisasjonen

Sentral ledelse må sette standard for verdigrunnlaget som skal være rådende

Individuell tilnærming må gjenspeiles i prosedyrer og arbeidsmetoder

For å ivareta brukernes perspektiv og skape et godt psykososialt miljø må daglig leder ta ansvar og gå foran som modell og tilrettelegger

Noen grunnprinsipper for personsentrert omsorg

Menneskesyn

Nærvær

Ydmykhet

Humor

Tid

MENNESKESYN

Menneskeverdet er knyttet til èn eneste ting:

Det å være menneske. Ikke til alder, kjønn, hudfarge, inntekt, utdanning, prestasjoner

Det handler om å "se" enkeltmennesket – ikke den eldre eller de eldre

"Eldrebølge" og "Eldretsunami" – et stigmatiserende skrekkscenario !

NÆRVÆR

Det handler om å *være til stede der vi er – når vi er der*

Den populære legen Kaare Nygaard takket sine pasienter for at de ble friske. Det ryktes at han alltid hadde så god tid

Tidsbruken per pasient ble målt. Han brukte ikke lengre tid enn de andre legene, men pasientene følte det slik, fordi han var så nærværende

YDMYKHET

”Viktigere enn å vite hvilken sykdom et mennesket har, er det å vite hvilket menneske som har sykdommen”

(Hippokrates)

HUMOR

Dess mer humor, dess bedre !

Latterens livgivende virkning kan bare fungere i et godt miljø. Vi spøker aldri i et utrygt miljø. Humor forutsetter fantasi, tillit og trygghet

TID

”Jeg dør så fort jeg kan”, sa en eldre kvinne på et sykehus i midt-Norge for en tid tilbake

Hun hadde fått med seg at effektivisering var noe hun også hadde ansvar for

Effektivitet i betydningen å gjøre stadig flere ting på stadig kortere tid, er ikke nødvendigvis det samme som kvalitet i helsevesenet

TID

Papirer kan nok flyttes raskere. Korridorer og rom kan rengjøres fortere. Men du kan ikke samtale fortere med mennesker, ikke vaske dem fortere, ikke stryke dem hurtigere over kinnet – uten at det går ut over kvaliteten

Det er forskjell på å være i gode hender og å bli håndtert



Faglig veileder som omfatter tjenester
til eldre i det psykiske helsevernet

Anbefalinger

Nasjonale veileder

Antallet eldre totalt som behandles i psykisk helsevern er redusert de senere år, til tross for at andelen eldre i befolkningen har økt i tråd med økt levealder

Forskningsrådets evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2009 tydet på at både kommunene og psykiatrien i liten grad behandler mennesker med psykiske lidelser

Rapporten pekte på at det er en stor utfordring å sikre et adekvat tilbud til eldre med psykiske lidelser i årene som kommer

Formålet med veilederen

Å bidra til at det utvikles kvalitative gode og tilgjengelige tjenester gjennom å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling innen psykisk helsevern og mellom psykisk helsevern og kommunene

Å bidra til økt samhandling og helhetlige tjenestetilbud gjennom tydelige anbefalinger for hvordan samhandling kan ivaretas

Veilederens status

Veilederen inneholder krav til tjenesten slik det fremkommer i lov og forskrifter

Veilederen inneholder også helsepolitiske mål og føringer og faglig råd ut fra kunnskap om faget og erfaringer fra praksisfeltet

Veilederen avspeiler helsedirektoratets tre ulike roller; fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter av helsepolitikk

Utredning og behandling

Det er nødvendig å øke fokus og kompetanse på diagnostisering og behandling av eldre med depresjon i kommunehelsetjenesten, for å gi disse pasientene god og nødvendig behandling

Psykisk helsearbeid i kommunen har en sentral rolle i dette arbeidet

Psykisk hjemmetjeneste har i liten grad gitt tilbud til eldre og har oftest vært en tjeneste forbehold yngre voksne

Oppfølging av psykisk hjemmetjeneste individuelt eller i grupper må prioriteres av kommunene

Kjerneoppgaver i psykisk helsevern til eldre

Hvilken enhet i psykisk helsevern som pasienten trenger tjenester fra er avhengig av sykdommens art og alvorlighetsgrad og tilgjengelig kompetanse

Eldre mennesker vil kunne ha behov for tilbud fra flere ulike avdelinger i psykisk helsevern og fra privatpraktiserende avtalespesialister

Hvilke pasienter – hvor ?

DPS:

Personer over 65 år med allmenne psykiske lidelser og problemstillinger, der det ikke er mistanke om at pasienten har demens eller kompliserende somatisk sykdom

Personer over 65 år med tidligere kjent psykisk lidelse, dersom ikke andre forhold tilsier overføring til alderspsykiatrien

Uavklarte tilstander

Øyeblikkelig hjelp plikt

Ved behov for akutte innleggelser vil dette i all hovedsak skje ved akuttpsykiatriske avdelinger eller ved døgnposter i DPS, der de er bygd opp for å håndtere dette.

Pasienter med tilstander preget av særlig utfordrende uro og utagering, bør innlegges i akuttpsykiatriske avdelinger med eget skjeringsavsnitt.

Ved øyeblikkelig hjelp innleggelser i DPS eller akuttavdeling av pasienter med klar eller mistenkt alderspsykiatrisk problemstilling, bør en snarest vurdere overføring til alderspsykiatrisk avdeling.

Anbefalinger for veiledning og undervisning til samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten

DPS har ansvar for å tilby veiledning og undervisning til samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten når det gjelder allmenne psykiske lidelser og problemstillinger.

DPS og alderspsykiatriske avdelinger bør tilby organisert undervisning for leger og andre ansatte i kommunehelsetjenesten, i tillegg til veiledning knyttet til konkrete pasienter

Alderspsykiatriske avdelinger bør tilby hospitering for ansatte i kommunehelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten bør bistå kommunene med veiledning og undervisning for å styrke kommunehelsetjenestens kompetanse på utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre, med spesielt fokus på depresjon og demens

Anbefalinger for organisering av tjenestetilbudet

Alderspsykiatriske avdelinger bør ha polikliniske og ambulante tjenester samt døgnposter for utredning og behandling av alderspsykiatriske lidelser

Det bør det opprettes ambulante alderspsykiatriske team som nære samarbeidspartnere for fastlege og kommune, og som samarbeider med DPS og den øvrige spesialisthelsetjeneste om å gi helhetlige tilbud

Anbefalinger for samarbeid med kommunehelsetjenesten

Kompetanse på diagnostisering og behandling av eldre med psykiske lidelser bør styrkes i kommunehelsetjenesten, med særlig fokus på depresjon og tidlig oppdagelse av alderspsykiatriske problemstillinger

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bistå kommunene med veiledning og kompetanseoverføring og det bør etableres faste strukturer for å ivareta dette

Anbefalinger for samarbeid med kommunehelsetjenesten

DPS bør i sin systematiske veiledning og kompetanseoverføring til fastleger og øvrig kommunehelsetjeneste, inkludere psykiske lidelser hos eldre

Alderspsykiatriske avdelinger bør tilby systematisk veiledning og kompetanseoverføring til sykehjem og øvrig kommunehelsetjenester når det gjelder alderspsykiatriske lidelser og problemstillinger

Kompetanse, forskning og fagutvikling

I følge kartleggingen er det stor variasjon i egenvurdert kompetanse på eldre og psykiske lidelse i DPS

DPS bør ha kompetanse på normale aldringsfenomener. De bør ha kompetanse på depresjon og angstlidelser hos eldre, spesielt knyttet til eksistensielle tema som aldring, tap og død

DPS bør ha grunnleggende kompetanse om demens og beherske grunnleggende screeningverktøy for utredning av demens, inkludert strukturert intervju av pårørende

Kompetanse, forskning og fagutvikling

Alderspsykiatriske avdelinger skal ha egne undervisningsenheter eller i det minste to personer med eget ansvar for undervisning

Undervisningsansvarlige er kontakter overfor det regionale kompetansesenteret og planlegger og organiserer intern og ekstern undervisning og hospitering

Undervisningsansvarlige samarbeider med sykehusets FOU avdeling



”Samhandling løser ikke alle utfordringene”

*”I dagens helse-Norge er ”**samhandling**” blitt det nye sesam-ordet, men samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kan ikke løse alle utfordringer.*

Det må finnes mange nok faglig dyktige helsearbeidere som skal samhandle. Det finnes ikke i dag.

(Professor dr. med. i alderspsykiatri, Knut Engedal)

Alderspsykiatrisk utredning

Gode og gyldige verktøy til rådighet for ansatte i kommunehelsetjenesten, slik at eldre med demens og/eller psykisk lidelse og rusproblematikk kan fanges opp og gis et egnet tilbud.



Alderspsykiatrisk utredning - screening

Geriatrisk Depresjon Skala (GDS)

Et selvevalueringsinstrument

Brukes oftest som intervju

Pasienter med kognitiv svikt gir ikke pålitelige svar – og GDS er da ikke anvendelig

Lett å utføre

På spørsmålene gis enten null eller ett poeng

Geriatrisk depresjonsskala

JA på spørsmålene 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 gir en skår på **1**.

NEI på spørsmålene 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 gir en skår på **1**.

En skår på 11 eller mer indikerer depresjon.

Alderspsykiatrisk utredning - screening

Hospital Anxiety and Depression Scale

Selvutfylling på sju angst- og depresjonsspørsmål

SUM A eller SUM D:

En skår på 11 eller mer regnes for å være et tilfelle av angst eller depresjon som vil trenge nærmere utredning. En skår på 8-10 anses som et mulig tilfelle.

(A-spørsmålene: 1+3+5+7+9+11+13)

(B-spørsmålene: 2+4+6+8+10+12+14)

SUM A og SUM D:

Du legger sammen summen av **A** og summen av **D**. Dersom summen av **A** og **D** blir 19 eller mer, indikerer det en tilstand av *både angst og depresjon*. Et mulig tilfelle vil ha en skår på 15-18. Skår på over 15 vil trenge oppfølging og eventuelt behandling.

Alderspsykiatrisk utredning - screening

Minimal mental status (MMSE)

Utredning av kognitiv svikt (oppmerksomhet/Bevissthetsnivå)

MMSE er det hyppigst anvendte kognitive screeningsinstrument og inngår som rutineundersøkelse ved demensudredning

Reglerne for administrasjon og scoring er enkle og MMSE kan anvendes med et minimum af øvelse

Består av 20 spørsmål

Hvert spørsmål skåres med ett poeng

Utføres som intervju

MMSE

Orientering:	tid og sted
Episodisk hukommelse:	umiddelbar og forsinket gjenkallelse av 3 ord
Konsentrasjonsevne:	seriell subtraksjon (100-7)
Språkfunksjon:	benevnelse og gjentakelse
Praksis:	bretting av et ark papir etter instruksjon
Leseferdighet:	skriftlig kommando
Skriveferdighet:	setning etter eget valg
Visuell konstruksjon:	kopiering av figur

Prestasjonene skåres og summeres i en råscore som går fra 0 - 30, hvor 30 utgjør en feilfri besvarelse

Validering MMSE

Samlet skåre på 28 eller høyere er en indikasjon på normal kognitiv aktivitet

Samlet skåre på mellom 25 – 27 poeng kan være indikasjon på kognitiv svikt foreligger og flere psykologiske undersøkelser bør foretas, helst i spesialisthelsetjenesten

Skåre på 24 eller lavere indikerer:

- At det foreligger kognitiv svikt og at videre undersøkelser er nødvendig
- At andre forhold som sansesvikt, lese- og skrivevansker, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene negativt i betydelig grad

HUSK AT :

Eldre mennesker er verdifulle !

Vi er mer verdifulle enn den yngre generasjon

Vi har sølv i vårt hår.

Vi har gull i våre tenner.

Vi har stein i våre nyrer.

Vi har bly i våre føtter

og

Vi er ladet med naturgass!



Takk for oppmerksomheten....

