



Hamar kommune



Stange kommune



OS KOMMUNE

Rapport - november 2019

Videreutvikle arbeidslagsmodellen til personer med demens i hjemmetjenesten



Bente Ødegård Kjøs



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hedmark

INNHold

1	Innledning og kort oppsummering av prosjektet	2
2	Bakgrunn for prosjektet	3
3	Mål	6
	Mål for tilskuddsordningen.....	6
	Hovedmål og delmål for vårt prosjekt	6
4	Beskrivelse av modellen utviklet i prosjektet	7
5	Kunnskapsgrunnlaget knyttet til sentrale tiltak i prosjektet	8
6	Metode – gjennomføring av prosjektet.....	14
7	Resultater	16
8	Økonomi / ressursbruk	23
9	Diskusjon	24
10	Referanseliste.....	27
11	Vedlegg	30

Begreper:

Hjemmetjeneste: Hjemmesykepleie og praktisk bistand (daglige gjøremål, trygghetsalarm, matombringing)

Pasient: Hjemmeboende person med demens som har vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand, tjenestemottaker

Pleier: Sykepleier, vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider, assistent uten fagutdanning

Tiltakstid: Planlagt tidsestimat for hjemmesykepleie eller praktisk bistand

E-melding: Utskifte helseinformasjon elektronisk, elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren

«Tiltakspakke demens»: Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens

1 INNLEDNING OG KORT OPPSUMMERING AV PROSJEKTET

Dette prosjektet handler om organisasjonsformen arbeidslag i hjemmetjenesten. Målgruppa var hjemmeboende personer med alvorlig grad av demens og dere pårørende. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark (USHT), Hamar kommune, Stange kommune og Os kommune har samarbeidet om utviklingsarbeidet. Prosjektet ble finansiert av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet - «Demensplan 2020 - Fagutvikling og kompetansehevende tiltak».

Dette er en kortere versjon av rapporten som ble oversendt Helsedirektoratet ved prosjektslutt i september 2019. Beskrivelser om prosjektets arbeidsprosesser samt flere vedlegg, blant annet prosedyrer fra deltagende kommuner utelatt.

Et arbeidslag består av en mindre, fast og kompetent gruppe ansatte som både har et individuelt og et felles ansvar for tjenesteyting og andre oppgaver som utviklingsarbeid. Arbeidslaget er selvstyrt ved at personalet tar ansvar for den faglige tjenesteytelsen, roller og samarbeid i arbeidslaget samt sentrale arbeidsprosesser som kvalitetsforbedring. Prosjektet har hatt fokus på sju områder eller kjennetegn på organisasjonsformen selvstyrte arbeidslag i hjemmetjenesten. Disse var **funksjonsinndelt** – i prosjektet personer med demens og kognitiv svikt, **myndiggjøring, kompetanse, brukermedvirkning og trygghet**, arbeidslagets strukturer og systemer som **turnus, kontinuitet og fleksibilitet** (Se side 10 - 13).

Kommunene valgte ulike tiltak innenfor områdene:

- I. Hjemmeboende personer med demens og deres pårørende
- II. Primærkontaktsystem
- III. Selvstyrt arbeidslag
- IV. Samarbeid og samhandling

Prosjektarbeidet startet med en gjennomgang av praksis. Det ble sett på rutiner som tidspunkt for kartlegging, hvem som utførte kartlegging av personer med demens sin kognitive funksjon, livsløp, behov for tjenester og ernæringstilstand, dokumentasjon i pasientjournalen samt hvordan resultatene fra kartleggingene ble fulgt opp. Stange endret kartleggingsrutinene slik at pasienter som tidligere fikk vurderingsopphold på sykehjemmet nå blir kartlagt og vurdert i eget hjem. Endringen førte til at flere pasienter ikke behøvde å flytte inn og ut av sykehjemmet for å bli vurdert. Stange utarbeidet prosedyre for primærkontaktfunksjonen.

Prosjektet førte til nye tilbud for pårørende. Pårørendes situasjon og belastning ble systematisk kartlagt og pårørende i Hamar og Stange fikk tilbud om jevnlig samarbeidsmøter med primærkontaktene. Hamar startet med «Tiltakspakke demens» (Se side 8 og vedlegg 1).

Dagaktivitetstilbudet ble økt i Hamar og Os. Os startet opp med pårørendeskole og tavlemøter. De tre kommunene hadde et primærkontaktsystem fra tidligere, systemet ble forbedret og nye oppgaver som oppfølging av pårørende ble lagt til denne funksjonen.

I arbeidslaget ble det innført kompetansehevende tiltak innenfor demensomsorg, kartlegging, forebygging av underernæring, dokumentasjon og pårørendearbeid. Det ble arbeidet med kontinuitet som resulterte i mindre rotasjon av pleiere til pasientene. Dokumentasjonssystemet ble endret og strukturert etter nye tiltak som systematiske møter med pårørende.

2 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Bakgrunn og behov for gjennomføring av prosjektet

Prosjektet «Videreutvikle arbeidslagsmodellen til personer med demens i hjemmetjenesten» er en del av Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Arbeidet ble finansiert av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet samt egenandel fra de tre deltagende kommunene. Prosjektet ble initiert av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark (USHT) og som inviterte med Hamar, Stange og Os kommune. Alle kommunene ønsket å være med, og søknad ble sendt i mai 2017.

Kommunene hadde ulik begrunnelse for deltagelse i prosjektarbeidet:

Hamar kommune har erfaring med å organisere demensomsorgen i hjemmetjenesten i funksjonsinndelte arbeidslag siden 2003. Arbeidslagsmodellen er tidligere blitt videreutviklet (Kjøs m.fl. 2013), og en evaluering av organisasjonsformen ble avsluttet i 2016 (Kjøs & Hov 2016). Evalueringen viste at personalet mente at funksjonsinndelte arbeidslag var en god organisasjonsform i hjemmetjenesten. Det ble blant annet begrunnet med at det var lettere å arbeide når pleierne kjente pasientene og visste hva som skulle gjøres hos hver pasient. Fellesskapet i arbeidslaget og at kompetansetiltak ble rettet mot pasientgruppa i arbeidslaget ble spesielt opplevd som positivt. Et gjennomgående resultat av evalueringen var variasjon og forskjellighet, både innenfor organisatoriske forhold og mellom personalgrupper. Både pasienter, pårørende, pleiere og ledere syntes at det var utfordringer med individuell plan (Kjøs & Hov, 2016).

Bakgrunnen for at kommunalsjefen ønsket å videreutvikle arbeidslagsmodellen var resultater fra evalueringen og en planlagt omorganisering i Helse og omsorg. Omorganiseringen pågikk i samme tidsperiode som vårt prosjekt, og omorganiseringen førte til strukturelle endringer i arbeidslagene for hjemmeboende personer med demens. I vårt prosjekt ønsket både ledere og pleiere å innføre «Tiltakspakke demens» (Aldring og helse, 2017) samt å styrke pårørendearbeidet til hjemmeboende personer med demens (Helsedirektoratet, 2017).

Stange kommune har erfaring med funksjonsinndelte arbeidslag i demensomsorgen fra 2015. Helse og omsorg ønsket en gjennomgang og videreutvikling av organisasjonsmodellen for å forbedre tjenesten til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. I tillegg ønsket de å se om en bedret primærkontaktfunksjon kunne føre til at kartlegginger og utredninger kunne gjøres i hjemmet slik at pasientene ikke behøvde inn på vurderingsopphold på sykehjemmet. Målet var å gjennomføre flest mulige vurderinger i hjemmet i stedet for vurderingsopphold i sykehjem. Stange kommune erfarte at pleierne forstod primærkontaktrollen ulikt, og det manglet prosedyre som beskrev denne funksjonen.

Os kommune er en liten kommune hvor det ikke er mulig å få til funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmetjenesten på grunn av få pasienter (totalt 50-60 personer). Os kommune ønsket å forbedre demensomsorgen, og ville vurdere om elementer fra organisering i arbeidslag var nyttig å innføre i en liten kommune med store geografiske avstander.

Om de tre deltagende kommunene

Hamar er en bykommune med i overkant av 30 000 innbyggere. Det blir laget en årlig arbeidsplan for demensomsorgen i kommunen (Helseth & Stenhaug, 2018).

Ved prosjektstart, september 2017, var demensomsorgen i hjemmetjenesten i Hamar organisert i tre geografiske distrikt: Vang, Sentrum og Vest. Det var tilsammen fire arbeidslag for personer med demens og kognitiv svikt, to i distrikt Vang, ett i Sentrum og ett i Vest. Etter omorganisering i Helse og omsorg høsten 2019 er det fortsatt fire arbeidslag for personer med demens i tjenestene til hjemmeboende, men nå samlet i samme avdeling og lokalisert på ett sted (Se side 11). Sone 3 i Vang distrikt deltok i dette prosjektet, og ved prosjektstart deltok to arbeidslag med totalt 13,7 årsverk fordelt på 22 ansatte. Det var faste nattevakter. I sone 3 var det 58 pasienter.

Stange kommune har ca. 20 000 innbyggere. I kommunedelplanen for helse og omsorg er pårørendesamarbeid, brukermedvirkning og kompetanseutvikling sentrale mål (Stange kommune, Kommunedelplan helse og omsorg 2016-2026).

Stange kommune har organisert hjemmetjenesten i arbeidslag, og det prøves ut ulike modeller for samarbeid innenfor demensomsorgen. Det er ett arbeidslag (Sone 1) for personer med demens i Stange. Dette arbeidslaget er delt i to team ut fra geografi. Hvert team har en arbeidslagsleder med overordnet ansvar for hele pasientgruppen. 51 pasienter fikk tjenester i dette arbeidslaget ved prosjektstart. Arbeidslaget hadde 20 ansatte. Det var faste nattevakter.

Os kommune er den nordligste kommunen i Hedmark fylke, og har en befolkning på ca. 2000 innbyggere. To satsningsområder inne helse- og sosialområdet var hjemmebasert tjeneste og kompetanseheving (Os kommune, Kommuneplan for 2015-2025).

I Os kommune er helsetjeneste og omsorgstjeneste organisert som to virksomheter, og de har et nært samarbeid. Hjemmetjenestene har mellom 50-60 tjenestemottakere. Ca. 20 personer som mottar hjemmetjenester har kognitiv svikt. Hjemmetjenesten er delt inn i fire geografiske grupper, og brukerne er fordelt på arbeidslister ut i fra geografi. Tjenesten organiseres med et primærkontaktsystem. De 17 ansatte har ønsketurnus. Det var ansattes eget ansvar å holde kontakten med pasienten gjennom å benytte ønsketurnus og avtaler med kolleger.

Demensomsorgen i de tre deltagende kommunene ved prosjektstart

For å få ytterligere informasjon om utfordringsbildet i de tre kommunene ved prosjektstart ble det hentet inn ulike data fra kommunene supplert med annen relevant informasjon.

a) Litteratursøk og gjennomgang av relevant litteratur

Relevant litteratur ble gjennomgått som nasjonale føringer, utredninger og forskning. Det ble søkt etter aktuell litteratur fra Google, Google Scholar, Helsebiblioteket (flere databaser), Helsedirektoratet, omsorgsbiblioteket og Aldring og helse. Det engelske søkebegrepet til arbeidslag som ble brukt var self-managed work teams, self-directed work teams og empowered teams. Søkebegrepet for primærkontakt var primary carer, home-based primary carer, primary nurse, primary contact. Case manager ble brukt for koordinator (Individuell plan).

b) Innhentet relevante data fra de tre kommunene

Prosjektmedarbeiderne bisto med å innhente relevante data fra de tre kommunene. Dette var grunnlagsdata om kommunen, organisering, pasientgrunnet, data om andre aktuelle prosjekter samt informasjon om demensomsorgen i kommunen. Dagens praksis ble beskrevet, både ved hjelp av flytskjema og beskrivelse av de områdene/tiltak som kommunen valgte å jobbe med i prosjektet.

c) Gjennomførte én workshop

Det ble arrangert en workshop hvor hensikten var å få konkretisert tiltakene eller intervensjonen. Pasientforløpet til personer med demens ble beskrevet. For å indentifisere forbedringsområder ble det benyttet Nominell gruppeteknikk (Helsedirektoratet, 2018b). Hver deltager skrev ned mulige forbedringsområder på post-it-lapper og deretter ble forslagene sortert etter temaer og diskutert i plenum. Brainstormingsteknikk ble brukt for å finne relevante tiltak til hvert tema.

d) Gjennomførte møter med soneledere, styringsgruppa og prosjektgruppa

Brukerrepresentanter deltok i styring- og prosjektgruppa. En brukerrepresentant lagde et notat hvor det var flere gode innspill blant annet om kartlegging av pårørendes situasjon og informasjon til pårørende. I notatet ble det fremhevet at det er «viktig at pleiepersonalet ser den pårørende i hjemmet og tar seg tid til litt prat. Da blir pleier kjent med pårørende». Overfor pårørende er det viktig med informasjon om tjenestemottakerens sykdom og hva pasienten og pårørende kan forvente av helsevesenet. I notatet minnet brukerrepresentanten oss om at mange eldre ikke har fått med seg utviklingen i helsevesenet.

e) Gjennomførte intervju av to pasienter, tre pårørende og tre gruppeintervjuer av ansatte

Det ble totalt gjennomført åtte intervjuer i starten av prosjektet.

Det ble gjennomført intervju med to pasienter, tre pårørende og tre gruppeintervjuer med ansatte.

3 MÅL

MÅL FOR TILSKUDDSORDNINGEN

Hovedmålet for tilskuddsordningen til Helsedirektoratet var å utvikle og prøve ut modeller for tjenester til personer med demens som bor i egen bolig. Det skulle prøves ut ulike arbeids- og organisasjonsformer av hjemmetjenester, samt hvordan hjemmetjenester bedre kan kombineres med andre tiltak som dagaktivitets- og avlastningstilbud, koordinator, individuell plan og lignende.

Målet var å:

- bidra til bedre behovsdekning, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet for personer med demens og deres pårørende den siste tiden før det gis heldøgns omsorgstjenester.
- gi bedre ressursutnyttelse for kommunene, ved at "trinnet i omsorgstrappen" før heldøgns omsorgstjeneste utnyttes.

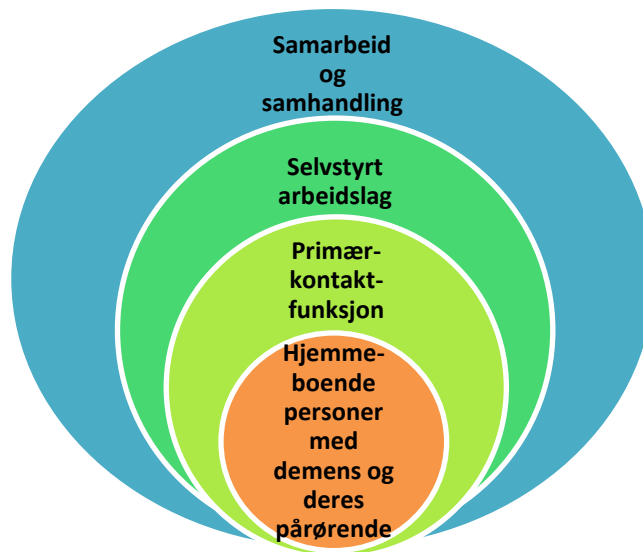
HOVEDMÅL OG DELMÅL FOR VÅRT PROSJEKT

Hovedmålet var å innføre nye tiltak og forbedre tjenestene til personer med demens som bor i egen bolig og deres pårørende ved å videreutvikle arbeidslag som organisasjonsform.

Prosjektet hadde følgende delmål:

- a) Hjemmeboende personer med demens
 - får individuelt tilrettelagte tjenester og aktiviteter basert på systematisk kartlegging
 - er trygge på at de blir fulgt opp gjennom sykdomsforløpet
- b) Pårørende til personer med demens får støtte og oppfølging
- c) Det foreligger et fungerende primærkontaktsystem i hjemmetjenesten som ansatte følger
- d) Strukturer, systemer og ideologien til organisasjonsformen selvstyrte arbeidslag er forankret i hjemmetjenesten
- e) Rutiner for samarbeid og samhandling innenfor demensomsorgen internt i kommunen og med eksterne samhandlingspartnere er beskrevet og følges i praksis

4 BESKRIVELSE AV MODELLEN UTVIKLET I PROSJEKTET



Figur 1: Modellen utviklet i prosjektet

Modellen består av fire områder. Under er områdene konkretisert ved at prosjektets intervensjon/tiltak er sortert under hvert område. De tre kommunene valgte å jobbe med ulike tiltak.

I. Hjemmeboende personer med demens og deres pårørende

For personer med demens:

- Spørre om hva som er viktig for personen med demens samt kartlegge kognitive funksjon, livsløp, ernæringstilstand, behov for tjenester inkludert velferdsteknologiske hjelpemidler
- Tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud
- Innføre «Tiltakspakke demens» i arbeidslaget

For pårørende:

- Spørre om hva som er viktig for pårørende samt kartlegge pårørendes situasjon
- Systematisk oppfølging av pårørende inkludert samarbeidsmøter
- Tilby differensierte avlastningstilbud
- Gjennomføre pårørendeskole
- Gi generell informasjon til pårørende og til befolkningen i kommunen om demens og kognitiv svikt

II. Primærkontaktfunksjon

- Konkretisere ansvar og oppgaver til primærkontakten
- Godkjent prosedyre(r) beskriver primærkontaktens funksjon, sentrale oppgaver og sjekklister(r).
- Bruker Whiteboardtavle som sjekklister/risikotavle

III. Selvstyrt arbeidslag

- Kjennetegn/områder: Funksjonsinndelt, myndiggjøring, kompetanse, brukermedvirkning og trygghet samt arbeidslagets strukturer og systemer som turnus, kontinuitet, fleksibilitet.

IV. Samarbeid og samhandling

- Internt: Andre arbeidslag i hjemmetjenesten, demenskoordinator, dementeam, sykehjem, dagsenter
- Eksternt: Fastleger, spesialisthelsetjenesten, frivilligsentralen.

5 KUNNSKAPSGRUNNLAGET KNYTTET TIL SENTRALE TILTAK I PROSJEKTET

I. Hjemmeboende personer med demens og deres pårørende

Kartlegge hjemmeboende personer med demens:

Kognitiv funksjon: «Demensutredningen i kommunehelsetjenesten» utarbeidet av Aldring og helse ble valgt for kartlegging av kognitiv funksjon, livsløp, behov for tjenester (Aldring og helse, 2019). Verktøy for oppfølging av personer med demens ble også hentet fra Aldring og helse (Aldring og helse 2016). Ernæringsstilstand: Hjemmeboende personer med alvorlig grad av demens kan ha utfordringer med å få dekket sitt ernæringsbehov, de kan glemme å spise eller har dårlig matlyst. Et av innsatsområdene til «I trygge hender 24-7» er «Forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten». Kartleggings skjemaet «Mini Nutritional Assessment» (MNA) fra Nestlé Nutrition Institute ble valgt da dette skjemaet er anbefalt til personer over 65 år (Helsedirektoratet, 2018a; Nestlé Nutrition Institute).

«Tiltakspakke demens»:

«Tiltakspakke demens» er en oppfølgingsmodell for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende utviklet av Birgitte Nærdal/Aldring og helse. Tiltakspakka innebærer at:

- Personer med demens som har fått innvilget tjenester får oppnevnt en primærkontakt
- Primærkontakten gjennomfører månedlige oppfølgingsbesøk til personen med demens. Disse besøkene kommer i tillegg til ordinær oppfølging fra hjemmebaserte tjenester og har én times varighet
- Pårørende inviteres til å delta på de månedlige oppfølgingsbesøkene
- På første hjemmebesøk anvendes et skjema kalt «Min historie» for å samle informasjon om pasientens livshistorie
- Ved hvert oppfølgingsbesøk anvendes en sjekkliste for å kartlegge endringer i pasientens helsetilstand og demensforløp
- Pasientens fastlege informeres om endringer i helsetilstand via kommunens og fastleges elektroniske journalsystem (Aldring og helse, 2017)

Kartlegge pårørendes situasjon og følge opp pårørende:

Kartleggings skjemaet «Belastningsskala – pårørende» ble valgt da det er en del av utredningsverktøyet til Aldring og helse (Aldring og helse, 2019) og fungerte bra i praksis.

I følge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6 skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av opplæring, veiledning, støttetilbud, avlastningstiltak og omsorgsstønad. Kommunene skal sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse innenfor involvering og støtte til pårørende og lokale støttetiltak for pårørende (Helsedirektoratet, 2017).

I «Nasjonal faglig retningslinje om demens» er det et eget kapittel om pårørende til personer med demens og her er det listet opp fire områder som helsepersonells samarbeid med pårørende bør bygge på. Disse er

- 1) Kunnskap og erfaring med å møte familier i krise.
- 2) Anerkjennelse av pårørendes kompetanse og erfaring.

- 3) Forståelse av ulike behov mellom ulike familier og innad i familier.
- 4) Kunnskap om faktorer som er av betydning for pårørendes opplevelse av mestring og risiko for belastning (Helsedirektoratet, 2019).

Avlastningstilbud:

Avlastning er et tjenestetilbud som er lovregulert og tilbys personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Tildelingskriteriene for å få avlastningstilbud varierer og baseres stort sett på skjønsmessige vurderinger (Jenssen, 2014). Samme rapport peker på at det er utfordringer knyttet til brukergrupper med sammensatte tjenestebehov. Nye og mer fleksible avlastningsmetoder må tilbys og tiltakene må tilpasses pårørende og omsorgsmottakers behov (Jenssen, 2014).

Et eksempel på et fleksibelt avlastningstilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver er prøvd ut i Hamar kommune i perioden 2016-2018. USHT Hedmark gjennomførte prosjektet og tilbudet er blitt videreført ved at Frivilligsentralen i Hamar tok over ansvaret for rekruttering, opplæring og oppfølging av frivillige. Det ble laget ei håndbok som beskriver modellen samt hjemmetjenesten sin rolle i avlastningstilbudet (Toverud, 2019). USHT Oppland gjennomførte et tilsvarende prosjekt som ble evaluert av Senter for omsorgsforskning, øst (Åslund m.fl., 2019).

Informasjon om demens og kognitiv svikt til befolkningen:

Det er eksempler på at det er mangelfull kunnskap om demens i befolkningen og at det er forutinntatte holdninger om denne sykdommen og hva den fører med seg. Nasjonalt er det blitt satset på spredning av informasjon blant annet ved TV-aksjonen og filmer. Nasjonalforeningen for folkehelsen er en pådriver og ressurs i dette arbeidet. De administrerer også «Demenslinjen» – dit er det mulig å ringe inn hverdager på dagtid. Nasjonalforeningen for folkehelsen har gitt ut boka «En håndbok for pårørende til personer med demens» (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2018) og annet informasjonsmateriell. I tillegg har Aldring og helse utviklet informasjonsmateriell.

II. Primærkontaktfunksjon

Primærkontaktfunksjon – ansvar, oppgaver og prosedyre:

Barbara Starfield (1998) beskrev primærkontaktfunksjonen i boka «Primary care: balancing health needs, services, and technology». Hun delte rollen inn i fire: 1) Kontinuitet over tid. 2) Bredde av oppgaver. 3) Helhetlig omsorg. 4) Koordinering av tjenesten (Starfield, 1998). Andre som har beskrevet rollen har i tillegg lagt vekt på en kultur hvor pasienten blir satt i sentrum, tjenester basert på mål og god kompetanse blant de ansatte (Shafir m.fl., 2016). Bodenheimer & Pham supplerte beskrivelsen med informasjon, pleie og omsorg med god kvalitet (målt regelmessig), systemer i praksis som både har fokus på forebygging og pleie ved sykdom (Bodenheimer & Pham, 2010).

Koordinering av tjenesten er en av oppgavene til primærkontakten. De er ikke blitt oppnevnt som koordinator knyttet til individuell plan, men utfører oppgaver som kan være de samme som en koordinator utfører. Hjemmeboende personer med alvorlig grad av demens kan ha behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester og ha rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-5). En individuell plan skal ta utgangspunkt i pasientens og brukerens mål, og utarbeides dersom pasienten/brukeren selv ønsker dette. Det skal legges til rette for at pasient/bruker deltar aktivt i utarbeidelsen planen, og pårørende skal gis anledning til å

medvirke jmfør pasientens/brukerens ønske og behov. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målsetting av tjenestetilbudet (Ibid).

Whiteboardtavle:

I kvalitetsarbeid blir tavler (Whiteboard) og tavlemøter brukt som metode. Tavlen kan enten brukes som en risikotavle – som angir hva pasientene har særlig risiko for og hvilke tiltak som skal gjennomføres, eller tavlen kan brukes som en forbedringstavle – oversikt over status på forbedringsarbeidet. Tavlen blir brukt som verktøy for møter. Erfaring viser at systematisk bruk av tavler er en god metode for å følge med og redusere risiko hos pasienter eller følge opp framdrift i forbedringsarbeidet ved en enhet/avdeling (Helsedirektoratet, 2015).

III. Selvstyrte arbeidslag

Om arbeidslag

Et selvstyrt arbeidslag er en mindre, fast og kompetent personalgruppe som tar ansvar for og samarbeider om prosesser knyttet til tjenesteyting (Kjøs, Haugseth, Brendjord, 2013).

Organisering i arbeidslag er ikke nytt. De første forsøkene på lagorganisering kom på 1960-tallet i produksjonsbedrifter. Selvstyrte team-baserte organisasjonsmodeller ble beskrevet i USA noe seinere. Selvstyrte arbeidslag er definert slik:

A group of employees who have day to day responsibility for managing themselves and the work they do with a minimum of direct supervision. Members typically handle job assignments, plan and schedule work, make production and/or service related decisions, and take action on problems (Fisher, 1993).

I Norge tok flere opp konseptet, og det ble publisert bøker om arbeidslag og teambygging på 1990-tallet. I idretten ble bevisstheten om hvordan en utvikler og følger opp fellesskap i et lag beskrevet i boka «Godfoten. Samhandling – veien til suksess» (Eggen & Nyrønning, 1999). Eggen brukte samhold, lagfølelse og læring som strategier for å oppnå resultater i fotballen.

Bjarne Berg Wig skrev boka «Det uslåelige arbeidslaget». Han brukte arbeidslag som benevnelse på ei gruppe for å markere et systematisk samarbeid mellom personer og en organisering rundt arbeidsprosesser. Arbeidslagene representerer en formell og permanent organisert struktur. Et arbeidslag er **selvstyrt** når de ansatte er i stand til, og tar ansvar for å styre arbeidet og løser oppgaver i fellesskap. Gruppen er avhengig av hverandre for å lykkes; det er en gjensidig forpliktelse og tillit i arbeidslaget. De skal trene på å bli gode og gjøre hverandre gode. Videre skal de samarbeide for å planlegge og gjennomføre kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser de har innflytelse over (Wig, 1999).

Wig (1999) beskrev tre kategorier som suksessformelen for selvstyrte arbeidslag:

- **Jobbferdigheter** omhandler den faglige utførelsen av jobben, samt brukerorientering
- **Lagferdigheter** inkluderer leder- og medarbeiderrollen, evnen til samhandling, samarbeidsevne, kommunikasjon, konflikthåndtering og effektivitet
- **Kvalitetsferdigheter** innebærer å vurdere hvordan arbeidslaget kan bli bedre ved å etablere og følge prosedyrer og rutiner, kontinuerlig forbedre og styre arbeidsprosesser, samt selvevaluering

Kategoriene blir sammen til **resultater** – det å kunne være gode over tid (Wig, 1999).

Undersøkelser viser at der arbeidslag fungerer, blir både pasientenes og de ansattes behov ivaretatt. Gruppemedlemmene har en relasjon og det er en lagstemning som innebærer inklusjon og identitet. Medlemmene i arbeidslaget deler kunnskap og ideer, de er skapende og de har møteplasser hvor refleksjon som metode blir brukt jevnlig (Assmann, 2008). Evalueringsrapporten fra Hamar viste at et velfungerende arbeidslag hadde ansatte som tok initiativ og bidro, mens gratispassasjerer fikk oppstrammende tilsnakk (Kjøs & Hov, 2016).

Organisering av hjemmetjenesten i arbeidslag

Hamar startet med arbeidslag innenfor demensomsorgen i 2003. Arbeidslagsmodellen har blitt videreutviklet, og siste endring var høsten 2019 hvor tjenester til hjemmeboende fikk en kombinasjon av linje- og matriseorganisering. Tidligere var hjemmetjenesten organisert i tre geografisk inndelte distrikter, ledet av distriktsledere. Hvert distrikt var delt inn i soner som igjen var inndelt i funksjonsinndelte arbeidslag. Det var arbeidslag innenfor demens på alle tre distriktene, totalt fire arbeidslag.

Etter omorganiseringen er tjenester til hjemmeboende samlet i én avdeling og denne er delt inn i fem enheter hvor demens er den ene. De fire andre er hverdagsmestring, rus og psykisk helse, rehabilitering og lindrende. De to siste enhetene (rehabilitering og lindrende) er matriseorganisert. Enheten for demens består av to soner, hver delt inn i to arbeidslag, slik at det totalt blir fire arbeidslag. Disse to sonene er samlokalisert på Finsalsenteret. Det er to soneledere og fire arbeidslagsledere. Arbeidslagsleder koordinerer arbeidet i arbeidslaget og er delegert det faglige ansvaret rettet mot pasientene. Arbeidslagsleder rapporterer til soneleder. Arbeidslagene, demensteam, demenskoordinator og dagaktivitetstilbudet for personer med demens er lagt under samme enhet. Enheten for demens har egen leder. Brukerperspektivet er sentralt blant annet ved at pasientene blir i arbeidslaget de har fått tjenester fra selv om de får sykdommer som kan få konsekvenser for tjenesteytelsene. Det er personalet som flytter seg – ikke pasientene. Som eksempel vil kreftkoordinator eller personalet fra lindrende arbeidslag bistå pasient, pårørende og personalet hvis en hjemmeboende person med demens også får en kreftdiagnose. Tildelingsenheten og tre tjenestekoordinatorer bistår sonene med å vurdere og fatte vedtak om tjenester. Avgjørelser om endringer av tjenestetilbudet tas sammen med bruker, pårørende og primærkontakt med bistand fra tjenestekoordinator og administreres på sonenivå. En kombinasjon av linje- og matriseorganisering legger til rette for en tverrfaglig vurdering av tjenestetilbudet og tjenesteytelsene (Kommunalsjef Vigdis Galaen, foredrag på USHT- konferanse, mai 2019).

Flere kommuner har vært i kontakt med Hamar for å få informasjon om arbeidslagsmodellen, og flere kommuner har startet med arbeidslag innenfor demensomsorgen. I tillegg har organisasjonsformer som har mye til felles med arbeidslag blitt prøvd ut. Tre bydeler i Oslo har prøvd ut «Tillitsmodellen». Denne organisasjonsformen har sitt opphav i København i Danmark, og er blant annet er basert på myndiggjøring og fleksibilitet (Comte Bureau, 2017).

I dette prosjektet har vi hatt fokus på sju områder eller kjennetegn på organisasjonsformen arbeidslag:

- **Funksjonsinndelt:** Pasientgruppa var delt inn etter funksjon, i dette prosjektet var det personer med demens og kognitiv svikt.
- **Myndiggjøring:** I arbeidslaget har alle ansatte både et personlig og et felles ansvar. Dette krever myndiggjorte medarbeidere. I følge Copson m.fl. (2006) innebærer begrepet «myndiggjøring» at medarbeidere har fått, og grepet retten til å ta beslutninger innen

områder hvor de er kompetente. Det dreier seg om både innflytelse på, og kontroll over egen arbeidssituasjon (Copson, 2006).

En rapport om myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg fra Nordlandsforskning hadde som mål å finne gode strategier for å utvikle myndiggjorte medarbeidere. Forankring i organisasjonen, medvirkning, arbeidsmiljø, kommunikasjon, kompetanseutvikling og ledelse var faktorer som var avgjørende for å lykkes (Sollund, M.J., m.fl., 2004).

Amundsen (2019) har gjort en sammenstilling av begreper og teorier knyttet til empowerment på individnivå i arbeidslivet. Han har utviklet en modell som er et rammeverk eller en beskrivelse av opplevd myndiggjøring. Modellen har fire dimensjoner:

- 1) Mening: Det oppleves verdifullt/givende/interessant å investere energi i arbeidet.
- 2) Kompetanse: Arbeidsoppgavene oppleves forståelige og håndterbare ut fra egne mestringsressurser og de ressurser arbeidstaker har tilgang til i organisasjonen.
- 3) Autonomi/innflytelse: Handlingsrommet fremstår som tydelig, og arbeidstaker opplever å ha selvbestemmelse og innflytelse innenfor dette rommet.
- 4) Tilhørighet: Viktige relasjoner oppleves som trygge og tillitsfulle, og arbeidstaker føler tilknytning til organisasjonen den arbeider i (Amundsen, 2019, s. 109).

- **Kompetanse:** Det må være et system for kompetanseheving, veiledning og refleksjon for pleierne i arbeidslaget og for lederne. Ansatte fikk opplæring og veiledning innfor sentrale områder som demensomsorg, kartlegging, pårørendearbeid, dokumentasjon, primærkontaktfunksjonen og hva det vil si å arbeide i et arbeidslag.
- **Brukermedvirkning og trygghet:** Brukermedvirkning brukes som begrep for ulike former for medvirkning, som at tjenestemottaker og pårørende uttrykker egne ønsker og behov ved tiltak og i tjenester som tilbys. Pasient og pårørende blir sett på som aktive deltagere. I følge en oppsummering av kunnskap fra 2017 om brukermedvirkning i demensomsorgen er ikke medvirkning innarbeidet i demensomsorgen i kommunene, hverken ved individuell tjenesteyting eller ved organisatoriske beslutninger. Brukermedvirkning krever at pasient og pårørende tilegner seg kunnskap, bruker sin erfaringer samt at ansatte lar dem medvirke. En utfordring i demensomsorgen er at pårørende kan ha tatt på seg ansvaret for pasienten i hjemmet, og det er tendenser til holdninger som ekskluderer pasienter både med og uten samtykkekompetanse for å delta aktivt i tjenestene som mottas (Sørly, 2017).

I følge Travelbee (2018) må de ansatte ha fokus på tjenestemottaker og hva som er viktig for pasientene. Det er nødvendig å bli kjent med pasienten, både helsestatus og pasientens oppfatning av sin situasjonen. Det skapes en relasjon – et «menneske-til-menneske-forhold». Forholdet er karakterisert ved en adferd hvor begge parter oppfatter og responderer på den andre som individ (Travelbee, 2018). Det forutsetter at de ansatte må komme i posisjon til å hjelpe ved å bli kjent med pasientene og pårørende på riktig tid i sykdomsforløpet.

Trygghet er et begrep som kan ha ulik betydning som pålitelig og sikker, eller brukes til å bedømme noe, for eksempel tjenester. I tillegg kan trygghet deles inn i indre og ytre faktorer. Eksempler på indre faktorer er alder, sykdom, kontroll, følelser og troen på seg selv. Ytre faktorer er for eksempel omgivelser som miljø, utforming og om det finnes andre mennesker i nærheten. Segesten deler ytre trygghet inn i fire dimensjoner: Materiell trygghet, miljøtrygghet, relasjonstrygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. De indre og ytre trygghetsfaktorene må ses i sammenheng og knyttes til opplevelsen av trygghet (Segesten, 1994).

Boström m.fl. har studert trygghet hos eldre i hjemmesykepleie og sykehjem i Sverige. De fant at trygghet varierte ut fra hvilken kontekst den eldre var i. Pasienter følte seg mer trygge i sykehjem enn de som bodde hjemme. Opplevd helse, relasjonstrygghet samt kunnskap og kontroll var positive faktorer knyttet til opplevelse av trygghet (Boström m.fl., 2013).

Under evalueringen av arbeidslagsmodellen i Hamar kommune ble pasienter og pårørende spurt om opplevelse av trygghet (firdelt skala). Pleierne, arbeidslagsledere, soneledere uttalte seg om «så stor betydning har det for å gi trygge tjenester»). Spørsmålene om trygghet var knyttet til fem områder: Kontinuitet, kompetent personale, brukermedvirkning, informasjon, respekt/omtanke. Pårørende hadde gjennomgående lavere skår enn pasientene. Resultatene viste høyest skår på respekt/omtanke og lavest skår på kontinuitet for alle respondentene samlet (Kjøs & Hov, 2016).

- **Turnus:** Sona/arbeidslagets turnus tilrettelegges etter vedtakstimer, antall ansatte, geografi, kompetanse og primærkontaktsystemet. Det må være en sammenheng mellom turnus, ruter, arbeidslister og primærkontakter.
- **Kontinuitet:** Et rammeverk for kontinuitet beskriver tre typer kontinuitet: «Personkontinuitet» er relasjon og interaksjon mellom helsepersonell og bruker (én til én, få til én eller mange til én). «Organisatorisk kontinuitet» er planlegging, koordinering og tilrettelegging for helsehjelp, ressursplanlegging og styring. «Informasjonskontinuitet» er dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling (Gjevjon, 2013, 2015). Alle disse tre typene kontinuitet er aktuelle i organisasjonsformen arbeidslag.
- **Fleksibilitet:** Det er mulig og aksept i arbeidslaget for at ansatte kan justere tiltak og tiltakstid ut fra faglige vurderinger og sin kompetanse i møte med pasient og pårørende.

IV. Samarbeid og samhandling – internt og eksternt

Strandencæs (2016) har i håndboka om hukommelsesteam beskrevet samarbeidet med ulike aktører og viser eksempler på samarbeidsarenaer som samarbeidet mellom fastlegen og kommunen om oppfølging av personer med demens og bruk av samarbeidsmøter. Hensikten med samarbeidsmøter er å koordinere de ulike tiltakene som er satt i gang, og sikre at personen med demens får de tilbudene han eller hun trenger til enhver tid (Strandencæs, 2016).

Å utveksle helseinformasjon elektronisk er et tiltak for å bedre samhandlingen mellom fastleger og ansatte i hjemmetjenesten. En studie fra 2015 viste at noen grupper av fastleger vegret seg mot å bruke E-meldinger, de ønsket ikke å endre praksis. Dette kan være en årsak til variasjon mellom fastlegene i bruk av E-meldinger og hvor raskt de svarer på henvendelser (Borgen m.fl. 2015).

6 METODE – GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

Antall deltagere i prosjektet

Deltagere i prosjektet var hjemmeboende personer med demens som hadde vedtak om tjenester i to demensarbeidslag i Hamar kommune (ca. 60 personer), ett demensarbeidslag i Stange kommune (ca. 60 personer) samt tjenestemottakere i hjemmetjenesten i Os kommune som har kognitiv svikt (ca. 20 personer).

Ansattes deltagelse i prosjektarbeidet var i størrelsesorden ca. 46 årsverk fra de tre kommunene samlet.

Prosjektorganisering

Det var fire parter (USHT og tre kommuner) med i prosjektet. Prosjektet ble organisert med prosjektleder fra USHT og tre prosjektmedarbeidere, én fra hver av de deltagende kommunene. Inger Marie Raabel startet, og Bente Ødegård tok over som prosjektleder etter et halvt år. Tone Hagen var prosjektmedarbeider i Hamar, Elin Grue Nyaas i Os og Julie N. Evensen/Maren Ringnes i Stange. De tre prosjektmedarbeidere hadde ansvaret for å følge opp arbeidet i hver sin kommune.

Det ble etablert ei styringsgruppe og ei prosjektgruppe. Kommunalsjef/virksomhetsleder fra de tre kommuner satt i styringsgruppa. Demenskoordinatorne Anita Stenhaug, Silje Gillund og sykepleier Kari Merethe Aamo kom med nyttige innspill underveis, de satt i prosjektgruppa. To brukerrepresentanter deltok i arbeidet. Helge Arthur Nilsen var en tidligere pårørende og Bjørg Bøe representerte Nasjonalforeningen for folkehelsen, Hamarregionen demensforening.

Intervjuene ble utført av førstelektor Bente Bjørslund, Høgskolen i Innlandet, Elverum.

Metode

Datainnsamling:

Data til prosjektet ble samlet inn ved at prosjektmedarbeiderne og demenskoordinatorne samlet inn ulike data fra sin kommune. Et eksempel på dette var å gjennomgå pasientjournaler. Resultater ble diskutert med kolleger i praksis og beskrevet i et felles arbeidsnotat. I tillegg ble data samlet inn ved bruk av intervju. Pasienter, pårørende og pleiere ble intervjuet to ganger, før tiltakene ble iverksatt og etter ca. åtte måneder. En ansatt fra Høgskolen i Innlandet, Elverum ble engasjert for å gjennomføre intervjuene. Prosjektleder var med som observatør på intervjuene med ansatte.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet tre intervjuguider, én til hver målgruppe: Pasient, pårørende og ansatte. Det ble valgt tematisk og semi-strukturert intervju. Denne formen for samtale gir mulighet til å gå i dybden og å følge opp informantenes betraktninger og innspill (Kvale, 2009).

Intervjuguiden hadde følgende tema:

Intervju av pasienter:

- Om hjemmetjenesten
- Kontaktperson
- Trygghet

- Arbeidslag
- Medvirkning / informasjon / fastlege
- Respekt
- Praktiske gjøremål
- Sosial nettverk / aktivitet

Tillegg for pårørende:

- Oppfølging og støtte

Intervju av ansatte:

- Hvordan dere jobber i hjemmetjenesten
- Kartleggingsverktøy
- Primærkontaktrollen
- Helhetlig perspektiv – forløp, tjenester og omsorg
- Samarbeid – internt og eksternt

Det ble brukt samme intervjuguide før og etter intervensjonen. Ved intervjuene etter intervensjonen ble det lagt til noen underspørsmål. Disse var tilpasset dataene fra de første intervjuene for hver av de tre kommunene og for de tre målgruppene. Eksempler på oppfølgings spørsmål var «Hvilke erfaringer har dere gjort dere med ----» eller «Sist så fortalte dere at ---, hvordan har det gått?»

Transkribering og analyse:

Intervjuene ble transkribert ordrett og det ble gjort kvalitativ innholdsanalyse (Elo, 2008). Analysene ble utført av intervjuer fra Høgskolen i Innlandet og prosjektleder. Data fra pasienter, pårørende og ansatte ble først analysert hver for seg. Deretter analyserte vi dataene fra pasienten og dens pårørende sammen, og til slutt dataene fra før og etter at intervensjonen var gjennomført. Det ble laget matriser strukturert etter intervjuemåne og etter de tre målgruppene (pasient, pårørende og ansatte).

Etiske hensyn:

Personer med demens er i en sårbar situasjon og må derfor behandles med ekstra etisk omtanke (Solbakk, 2014). Prosjektet ble vurdert til å være et internt kvalitetsutviklingsarbeid. Prosjektleder konfererte med lokalt personvernombud. Alle informatene ble informert om at deltagelse i studien var frivillig, og at de kunne trekke sitt samtykke på ethvert tidspunkt uten å måtte oppgi grunn. Det ble brukt to informasjons- og samtykkeskriv, ett til pasient og pårørende og ett til ansatte. I tillegg fikk informantene muntlig informasjon om hensikten med intervjuene. Tekstene fra intervjuene ble kodet, for eksempel Os – pasient 1 – intervju 1. Det ble ikke brukt navn eller grunnlagsdata som kan føre til at informantene ble kjent, hverken underveis i prosjektet eller i rapporten.

De tre gruppeintervjuene med ansatte gjennomført etter intervensjonen fungerte som en oppsummering og status for prosjektarbeidet. Alle tre kommuner erkjente at det fortsatt var tiltak som måtte jobbes videre med. Noen tiltak trenkte ytterligere oppmerksomhet hos personalgruppa, andre tiltak var på et overordnet nivå i kommunen.

7 RESULTATER

Hovedmålet ble nådd. Delmålene ble i stor grad nådd, men noen tiltak ble ikke fullstendig implementert i kommunene i løpet av utprøvningsfasen på åtte måneder. Grad av måloppnåelse blir sett i sammenheng med modellen og tiltakene beskrevet i kapittel 4.

Prosjektets resultater bygger på data fra intervjuer med personer med demens og deres pårørende samt ansatte ved avslutning av prosjektet. I tillegg ble framdriften av arbeidet i praksis fulgt opp og dokumentert av prosjektmedarbeiderne. En siste kilde var fra andre ansatte som ledere, demenskoordinatorer og sykepleiere som har bidratt med eksempler på resultater fra prosjektarbeidet, både muntlig og skriftelig.

Resultater knyttet til områdene i modellen:

I. Hjemmeboende personer med demens og deres pårørende

- *Kartlegge personer med demens sin kognitive funksjon, livsløp, behov for tjenester og ernæringstilstand*

Ulike kartleggingsverktøy ble vurdert og prøvd ut i praksis i starten av prosjektet av Stange og Os kommune. Alle kartleggingsverktøyene som ble prøvd ut fungerte ikke optimalt. DQoL Dementia Quality of Life Instrument ble tatt ut, og det ble lagt til andre verktøy.

Demensutredningsverktøyene som Aldring og helse anbefaler ble valgt – supplert med enkelte andre kartleggingsverktøy.

Følgende kartleggingsverktøy og spørsmål ble valgt:

- Hva er viktig for deg nå?
- IPLOS
- PADL – Personnære Aktiviteter i Dagliglivet
- IADL – Instrumentelle Aktiviteter i Dagliglivet
- MMSE – Norsk revidert mini mental status evaluering
- Klokketest
- IQCODE – Spørreskjema til pårørende
- CSDD – Cornell Skala for Depresjon ved Demens
- KDV – klinisk demensvurdering
- NPI
- Livshistoriekartlegging: «Min livshistorie»
- Ernæringskartlegging: MNA – Mini Nutritional Assessment
- Behov for velferdsteknologiske løsninger
- Risiko for fall
- Observasjon av sikkerhet i hjemmet
- Belastningsskala – pårørende
- Samtykkekompetansevurdering

Hvem som utførte de ulike kartleggingene varierte mellom kommunene. Kartleggingene ble utført av både fastlegene, demenskoordinator, demensteamet, tildelingsenheten, primærkontakten og øvrige ansatte i hjemmetjenesten.

Det ble skilt mellom demensutredning og oppfølging, kartlegging av ny pasient og kartlegging i løpet av sykdomsforløpet. Os, som er en liten kommune, får 2-4 nye tjenestemottakere i hjemmetjenesten med kognitiv svikt/en demensdiagnose i året. De har derfor valgt at to ansatte (demensteamet) har ansvaret for denne oppgaven. I Hamar utfører fastlegene demensutredningen. I Stange kommune er det demensteamet som foretar kartleggingene tidlig i forløpet og samarbeider med fastlegen i utredningsfasen. I det pasienten mottar tjenester fra arbeidslaget for personer med demens er det arbeidslaget som utfører de fleste oppfølgingskartleggingene.

I Stange har tiltaket bidratt til en økt bevissthet om, og hensikten med kartlegging. Pleierne erfarte at kartleggingen bidro til å bekrefte og/eller avdekke endringer i kognitiv funksjon hos pasienten. Personalet fortalte at de har blitt mer trygge på hvordan de skal utføre testene og hvordan de kan bruke de i den helhetlige vurderingen av pasienten. Stange endret rutinene. Pasienter som før prosjektstart fikk et vurderingsopphold på sykehjemmet blir nå kartlagt og vurdert i hjemmet. Endringen førte til at flere pasienter slapp å flytte inn og ut av sykehjemmet for å bli vurdert. Personalet erfarte at dette var bedre for pasienten.

Os startet med ernæringskartlegging med MNA-skjemaet til alle pasienter i hjemmetjenesten. De iverksatte tiltakene til innsatsområdet «(I trygge hender 24-7)» (Se side 8).

➤ *Tilby dagaktivitetstilbud*

Fram til høsten 2018 tilbød Hamar dagaktivitetstilbud ved to ulike geografiske steder. Tilbudet ble samlokalisert og utvidet med nybygg på Klukstuen. Kommunen ønsket å vurdere muligheten til å utvide tilbudet til personer med alvorlig grad av demens. Tre hjemmeboende personer med demens fikk tilbud om dagaktivitet/avlastning, som en prøveordning. Det fungerte bra. Det nye dagsenteret ble åpnet når vårt prosjektet var i avslutningsfasen. De ansatte ved dagaktiviteten Klukstuen og demenskoordinator ser både behov og muligheter til å videreutvikle tilbud og kommer til å arbeide videre med det.

Os har hatt «(Inn på TUNET)» som dagaktivitetstilbud to dager i uka siden 2011. Fra høsten 2018 etablerte kommunen hukommelsesstimulerende terapi som et tilbud to dager i uka for hjemmeboende med kognitiv svikt.

➤ *Innføre «Tiltakspakke demens» i arbeidslagene*

Hamar valgte å innføre «Tiltakspakke demens». Satsingen startet høsten 2017 med å konkretisere innholdet i tiltakspakka og sammenligne det med hvordan det ble jobbet i arbeidslagene. Tre områder pekte seg ut: Kartlegging/oppfølging, pårørendearbeid og dokumentasjon.

Det var pasienter med en demensdiagnose som fikk tilbud om tiltakspakka. Det var arbeidslagleder og primærkontakt som vurderte om det var aktuelt å tilby «Tiltakspakke demens». Høsten 2019 diskuteres det om tiltaket skal endre navn til «Tiltakspakke», slik at også pasienter med kognitiv svikt, som ikke har en demensdiagnose, kan få tilbudet.

Pasient og pårørende fikk tilbud om individuell tilpasset oppfølging/samtale med samme primærkontakt hver 6. uke. Seks ukers intervall ble valgt fordi turnus går over seks uker. De ansatte erfarte at dokumentasjonen knyttet til «Tiltakspakke demens» ble en utfordring. Det ble lagt inn egnet tekstbank i Gericia for å kvalitetssikre dokumentasjonen og det ble laget en prosedyre og en sjekkliste. Sjekklisten vises i vedlegg 1.

➤ *Kartlegge pårørendes situasjon*

Kartleggingsskjemaet «Belastningsskala – pårørende» ble tatt i bruk i alle tre kommuner.

Spørsmålet «Hva er viktig for deg nå?» er ikke en del av kartleggingsskjemaet. Spørsmålet ble stilt i forbindelse med utfylling av belastningsskalaen, men også ved oppfølging og systematiske møter med pårørende seinere. De ansatte har gode erfaringer med å stille dette spørsmålet. Det var en god innfallsvinkel eller start til en samtale med pårørende.

De var gode erfaringer med bruk av belastningsskalaen, men dokumentasjonen måtte systemiseres. Ved en oppsummering av hvor mange pårørende som var blitt kartlagt oppdaget den ene prosjektmedarbeideren at skjemaene var blitt dokumentert tre ulike steder i dokumentasjonssystemet Geric. Dette førte til at det ble laget rutine for hvor skjemaet skulle lagres i pasientens journal. Skjemaet scannes inn.

➤ *Systematisk oppfølging av pårørende inkludert samarbeidsmøter*

Under intervjuene med pårørende fortalte flere at de var slitne. En pårørende fortalte at hun ordnet «alt det praktiske – holder huset i orden så det blir ganske mye». Hun skulle høre med kommunen om «de fikk hjelp med renhold og det som er tungt, som støvsuging». En annen pårørende sa at hun «føler seg utslitt på grunn av mye ekstra klesvask da mannen søler utenfor bleien». Samme pårørende var også psykisk sliten: «...hele tiden være der og passe på». I tillegg var hun bekymret og spent på om hun fikk fornyet førerkortet sitt – hvis ikke så ble det begrensninger på hvor ofte hun og mannen kan reise. Det var ingen bussforbindelser som passet der de bor.

I Hamar ble systematisk oppfølging av pårørende knyttet til «Tiltakspakke demens». I tillegg til innføring av «Belastningsskala for pårørende» og ulike støttetiltak fikk pårørende tilbud om et møte med primærkontakten med seks ukers intervall. Dette møtet var enten en del av samtalen/oppfølgingen knyttet til «Tiltakspakke demens» eller primærkontakt og pårørende hadde en samtale i forkant av oppfølgingssamtalen med pasient. Det var samme primærkontakt som gjennomførte samtalen hver gang. Det ble laget rutiner på hva, hvor og hvordan pårørendearbeidet skulle dokumenteres i pasientens journal og hvor grensa gikk for når pårørende måtte ha egen journal, at pårørende hadde behov for helsetjenester.

Som en del av prosjektet ble pårørendesamarbeid satt i system i Stange. Når ny pasient kom til arbeidslaget har primærkontaktene ansvaret for å avtale et samarbeidsmøte med pasient og pårørende i løpet av de seks første ukene (pasienten må samtykke til dette). Møtet ble gjennomført hjemme hos pasienten og to av primærkontaktene bør være med. Det ble utarbeidet en mal for dette møtet, se vedlegg 2. Det informeres om hvilke tilbud kommune har som pårørendeskole, dagsenter, tilkjørt middag og praktisk bistand. Pasient og pårørende ble spurt om hvor ofte de ønsker samarbeidsmøte. Deres ønske ble satt inn i tidsplanen i Geric. Samtidig ble pårørende oppfordret til å ta kontakt om situasjonen hjemmet endrer seg og det er behov for møte tidligere. Personalet i arbeidslaget har gode erfaringer med møtene. Det har kommet mange tilbakemeldinger fra pårørende om at de opplever tilbudet om samarbeidsmøter som trygt. Møtene har ført til at pårørende opplever at det er enklere og ta kontakt om de lurer på noe, samt at økt informasjon om tjenesten gjør at de blir tryggere på at deres nærmeste blir ivarettatt. I tillegg har informasjonen som ble formidlet fra pårørende vært viktig i den faglige vurderingen av pasienten. Pårørende fortalte ofte om hvordan pasienten har levd og var før vedkommende fikk en demenssykdom. Ledelsen i Helsetjenester i hjemmet

ønsker at dette tilbudet om samarbeidsmøter skal videreføres til de andre sonene i Stange. Ledelsen har fått gode tilbakemeldinger fra pårørende etter disse samarbeidsmøtene.

- *Tilby differensierte avlastningstilbud*
USHT avsluttet i 2018 et 3-årig prosjekt hvor frivillige fikk opplæring og bisto pårørende i hjemmet etter konkret avtale. Tilbudet fortsatte etter prosjektperioden. Erfaringene med bruk av en fast frivillige som reiste hjem til pasienten slik at pårørende fikk avlastning fungerte ikke optimalt i arbeidslagene i Vang. Flere pårørende hadde takket ja til tilbudet i de to andre arbeidslagene for personer med demens (distrikt Vest og Sentrum), og de pårørende der var fornøyde. Årsaken til forskjellen mellom distriktene ble diskutert ved ansattintervjuene i Hamar, og de kunne ikke forklare årsak til forskjellen.
Os har dagaktivitetstilbud som sekundært er et avlastningstilbud for pårørende.
- *Gjennomføre pårørendeskole*
Os startet høsten 2018 opp med pårørendeskole i samarbeid med Røros kommune. Det var fem pårørende som deltok fra Os. Opplegget fungerte bra, og tilbudet vil fortsette om et årlig tiltak.
Hamar og Stange hadde et tilbud om årlig pårørendeskole fra før. Det er et samarbeid mellom Nasjonalforeningen, Sykehuset Innlandet, Ringsaker, Løten og Stange. Hamar er vertskommune.
- *Gi generell informasjon til pårørende og befolkningen i kommunen om demens og kognitiv svikt*
Det var ønske om å gi informasjon om demens til befolkningen i kommunen. Demensteamet laget «stand» utenfor butikken i sentrum. De hadde med seg skriftlig materiale som ble levert ut og de fortalte om demenssykdommen og tilbudene i kommunen.

II. Primærkontaktfunksjon

- *Konkretisere oppgaver til primærkontakten*
De tre kommunene har valgt ulike strukturelle løsninger på primærkontaktsystemet for personer med demens. Pasientene har to primærkontakter i Hamar, to til tre primærkontakter i Stange og én primærkontakt i Os. Flere av pleierne som ble intervjuet kunne ikke fortelle hvor mange pasienter de var primærkontakt for på det tidspunktet hvor intervjuene foregikk, det ble estimert til å være fra 6-10 avhengig av vedtakstimer. Pleierne hadde problemer med å konkretisere funksjonen. De fortalte om tiltakene eller oppgavene som stod på arbeidslista, at for eksempel alle i arbeidslaget passet på at det var utstyr i hjemmet. I intervjuet ønsket vi å få innblikk i hva primærkontaktrollen innebar, det konkrete som primærkontakten må passe på, utføre eller har ansvar for overfor de pasientene de var primærkontakt for i motsetning til andre pasienter. For å få svar på dette måtte intervjuer stille konkrete spørsmål om for eksempel kartlegginger, tiltaksplanen og pårørendearbeid. Svarene var ikke entydige i noen av de tre kommunene, og det var ikke forskjell mellom første og andre intervju. Lista på neste side, om oppgaver til primærkontakten, er hentet både fra intervjuene til pleierne og fra prosedyrer om primærkontaktfunksjonen i de tre kommunene.

Hamar og Os hadde beskrevet funksjonen i en prosedyre før prosjektstart. Stange lagde en prosedyre i løpet av prosjektperioden. Alle tre kommuner fremhevet at primærkontaktene var

sentrale i både utførelse og koordinering av tjenestene til hjemmeboende personer med demens og støttetiltak til pårørende.

Et annet forhold var relasjonen mellom primærkontakt og pasient/pårørende. Under intervjuene fortalte en ansatt at pleierne i arbeidslaget var opptatt av å «bygge tillit» og «skape trygghet». Det forutsatte at pleierne måtte bli kjent med pårørende og med pasienten før hun/han hadde kommet for langt i sykdomsforløpet. Det var laget «visittkort» som inneholdt navn og telefonnummer til primærkontaktene i Hamar. Disse ble godt tatt imot, spesielt hos pårørende. I tillegg var primærkontaktene viktig i samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere som fastlegen.

En oppsummering av oppgaver til primærkontakten i hjemmetjenesten basert på intervjuene og prosedyrene til de tre kommunene viste at primærkontakten

- utfører systematisk og helhetlig kartlegging
- følger opp og dokumenterer pasientens behov, ressurser og ønsker for tjenester/hjelpetiltak i hjemmet, aktiviteter og sosial kontakt
- setter inn individuelt tilpassede hjelpetiltak til personer med demens i hjemmetjenesten til rett tid og forutser når hjelpen må økes
- sikrer at mål og tiltak er i samsvar med vedtak og hjelpebehov, og at observasjoner, vurderinger og evalueringer blir dokumentert
- sørger for et helhetlig tjenestetilbud hvor dagaktivitets- og avlastningstilbud inngår
- har helhetlig oversikt over pasientens tjenestetilbud og koordinerer tjenesten
- gir opplæring, veiledning og nødvendig informasjon til øvrige ansatte om pasienter
- kartlegger pårørendes behov for støtte og oppfølging
- gir systematisk støtte til pårørende inkludert tilbud om systematisk samtale/oppfølgingsbesøk samt skriftlig og eventuelt muntlig informasjon
- samarbeider med aktuelle samarbeidspartnere internt i kommunen som demenskoordinator og demensteam og eksterne samarbeidspartnere som fastlegen
- innhenter medisinske opplysninger fra fastlegen
- samarbeider med tjenesteenheten

- *Det foreligger en godkjent prosedyre som beskriver primærkontaktens funksjon, sentrale oppgaver samt sjekklister.*

Hamar og Os hadde prosedyrer ved prosjektets start. Stange skrev en ny prosedyre om primærkontaktens funksjonen. De tre prosedyrene er vedlagt.

- *Bruke Whiteboard tavle som sjekklister*

Os innførte tavlemetoden. De har hengt opp en stor tavle på vaktrommet til hjemmetjenesten. Denne brukes til pasienter som kan ha ulike behov en periode eller permanent. Tavlen brukes som en sjekklister/risikotavle og til å gi beskjeder. Tavlen gjør det lettere å følge opp spesielle tiltak hos pasientene. En evaluering av tavlemetoden gjenstår.

III. Selvstyrt arbeidslag

Resultatene knyttet til dette området er knyttet opp mot områder/kjennetegn på organisasjonsformen arbeidslag. Områdene er beskrevet i kapittel 5.

- **Funksjonsinndelt arbeidslag:** Hamar og Stange har funksjonsinndelte arbeidslag for personer med demens i hjemmetjenesten. Dimensjoneringen av arbeidslaget var en utfordring i Stange, flere personer med demens fikk tjenester av «vanlige» arbeidslag. I løpet av prosjektperioden ble det ansatt to nye pleiere i arbeidslaget demens. I Os ble det ikke gjort noen endringer med de fire geografiske gruppene i hjemmetjenesten.
- **Myndiggjøring:** De ansatte fortalte under intervjuene at de hadde innflytelse på eget arbeid. Det gjaldt både faglige vurderinger og tjenesteyting samt strukturelle forhold i arbeidslaget som primærkontaktsystemet. I tillegg var pleierne opptatt av hvilke oppgaver de kunne gjøre ut fra kompetanse og at de hjalp hverandre i tjenesteytelsen. Pleierne i arbeidslaget tok ansvar: «den som er på jobb tar jo tak – hvis det er noe». «Har vi dem (pasienten) på lista og det er tomt for et eller annet, da bestiller vi jo det – tar ansvar for det, ja»
- **Kompetanse:** Ansatte fortalte om et faglig fokus. De diskuterte ofte pasientene, både i etisk refleksjonsgrupper, veiledningsgrupper og i forbindelse med rapporter. Alle de tre kommunen var opptatt av kompetansehevende tiltak. Os kommune har god erfaring med E-læringskurs. Bruk av E-læringskurs var tilrettelagt og leder fikk oversikt over hvem som tok hvilke kurs. Det var gitt opplæring i kartlegging og oppfølging av personer som er eller er i risiko for å bli underernært i prosjektperioden. Demensomsorgens ABC startet opp høsten 2019 for alle fast ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. I Stange har fire ansatte fra arbeidslaget vært på kurs i basal utredning ved kompetansesenteret for Aldring og helse. De som var på kurset har hatt internundervisning for resten av personalet i arbeidslaget og det ble gjennomgått kartleggingsverktøy og hvor pasientdataene skal dokumenteres i Gerica. Opplæring i arbeidslagsmodellen ble gitt ved innføring av modellen. Ellers så ble det gitt informasjon og opplæring i forbindelse med endringer av rutiner i arbeidslaget, for eksempel dokumentasjon i pasientjournalen.
- **Brukermedvirkning og trygghet:** Tjenstemottakerne husket lite av hva de fikk hjelp til. Alle pårørende fortalte om hvilke tjenester pasientene fikk. De fortalte dette presist, for eksempel at hjemmesykepleier var der tre ganger daglig, hjelp til mat og medisiner, pluss dusj ukentlig. Flere pårørende fortalte at dusj var en utfordring. Én syntes at det burde vært noen faste pleiere som fikk han med i dusjen. Mannen hadde ikke dusjet på en måned. En annen fortalte at «det kom nye pleiere hele tiden – det kan være litt vanskelig – i hvert fall når han skal dusje og det kommer unge jenter – det går ikke. De voksne pleierne får han lettere med seg i dusjen.» Under intervjuene ble pårørende spurt om hva de syntes om samarbeidet med hjemmesykepleien. Én pårørende fortalte at hun ikke har fått noe informasjon om «(hva de (hjemmesykepleien) skal gjøre med han (pasienten))». De hadde ikke snakket om hva pårørende gjør og hva hjemmesykepleier gjør. Den pårørende syntes at hjemmesykepleien kunne tømme tisseflaska og re senga. En annen pårørende fortalte at hun hadde et møte med hjemmesykepleien i forrige uke, og da var det spørsmål om blant annet tider for besøk fra hjemmesykepleien. Samme pårørende fortalte i intervjuet at «(Jeg blir i hvert fall hørt, da)». En tredje pårørende som hadde vært på demenskurs fortalte at der fikk hun greie på mye. Hun kunne tenke seg mer sosial kontakt og hadde tenkt på besøksvenn - noen å prate med og noen å drikke kaffe med.

Svarene om trygghet varierte blant pårørende. Opplevelsen av trygghet ble satt i sammenheng med kontinuitet og relasjoner – at det opplevdes som trygt å kjenne de som kom. Én pårørende fortalte at «(de (pleierne) er unge, så hun (pasienten) kjenner besteforeldrene deres, det gir trygghet i seg selv.» Pårørende gav eksempler på trygghet forstått som sikkerhet: En pårørende fortalte at hun ble utrygg når hun dro på butikken og mannen var hjemme: «vet ikke helt hva han kan finne på selv om han er tiltaksløs». En annen pårørende sa at personen med demens hadde tent opp i vedkurven, og dro denne etter seg ut i full fyr. Etter det ble fyrstikkene fjernet, det ble installert brannalarm og pasienten fikk raskt institusjonsplass.

- **Turnus:** Arbeidslagene i Hamar og Stange har turnus, geografiske ruter og arbeidslister koordinert og samordnet med primærkontaktsystemet. Hamar har også faste vikarer. De ansatte i Stange fortalte i intervjuene at det ikke var enkelt å få til denne koordineringen i praksis på grunn av ferier, sykdom, små stillingsbrøker og vikarer. Dette ble bedre i løpet av prosjektperioden ved at det var fokus på å leie inn kjent personale.
- **Kontinuitet:** Både pasienter og pårørende ble spurt under intervjuene om det var de samme pleierne som kom, og om pleierne vet hva pasienten trengte hjelp til. Det var variasjon i svarene. Én pårørende syntes det var mange forskjellige som kom og ønsket seg «to til tre pleiere som vi hadde blitt ordentlig kjent med». Pårørende visste ikke hvem som kom, tidspunktet var innenfor en halv times margin. De som kom fra hjemmetjenesten visste hva som skulle gjøres. Samme pårørende fortalte videre at hun kunne ringe hjemmesykepleien og fikk prate med noen der. Hun hadde hatt møte med en fra hjemmesykepleien og det hadde vært greit. En annen pårørende fortalte at han hadde «to faste kontaktpersoner som kan kontaktes når som helst eller de bruker en kontaktbok for beskjeder». En tredje pårørende fortalte at «det er mest de faste som går igjen, de blir godt kjent med han. Det gir trygghet at han kjenner de som kommer, og at han kan kontakte dem når som helst». En ansatt gav et eksempel på kontinuitet og trygghet. Pårørende ønsket ikke at den hjemmeboende med demens skulle få hjelp fra hjemmetjenesten, men vedkommende hadde behov for hjelp ut fra en faglig vurdering fra personalet i arbeidslaget. Ved at pasient og pårørende fikk kun én pleier å forholde seg til så ble det akseptert å ta imot hjelp. Etter hvert besøk ble det avtalt tidspunkt for neste gang. Etter en periode godtok pårørende at flere pleiere kom.
- **Fleksibilitet:** Under intervjuene ble de ansatte spurt om i hvilken grad de hadde mulighet til å gjøre endringer når faglige vurderinger og situasjonen tilsa at det var best for pasienten. De ansatte bekreftet at det hadde de mulighet til. De hadde for eksempel mulighet til å forskyve tiltak til en annen dag hvis pasienten hadde en «dårlig dag». Det var imidlertid utfordringer å utsette enkelte oppgaver som dusj til kvelden på grunn av få ansatte, de ble sårbare hvis det skjedde noe ekstra.

IV. Samarbeid og samhandling

Samarbeidet med fastlegene var et tema under intervjuene. Pårørende hadde gode erfaringer. De ansatte fortalte at det var variasjon mellom legesentre og fastlegene. Utfordringene gikk på å få svar i telefonen og svar på elektroniske meldinger. Det ble arrangert møter med flere fastleger hvor dette temaet ble tatt opp.

Informantene fortalte at samarbeidet med spesialisttjenesten var god.

8 ØKONOMI / RESSURSBRUK

Flere av tiltakene i prosjektet har ført til økte kostnader for kommunene. Et eksempel er de systematiske møtene med pårørende hvor det ble satt av estimert tid til samtalene på arbeidslista. System for kompetanseheving krevde ressurser, både kursavgift og lønnskostnader. Kommunene har også brukt tid til å skrive og redigere prosedyrer og laget systemer for dokumentasjon i pasientjournalen. En utvidelse av dagaktivitetstilbudet førte til ekstra lønnskostnader. Andre eksempler er kartlegging av pasienter og pårørendebelastning og gjennomføring av nye tiltak som pårørendeskole i Os. Disse kostnadene må ses opp mot sparte ressurser for eksempel ved at pasientene kan bo lengre hjemme før institusjonsplass og forebygging av helseplager blant pårørende. Innenfor en kort prosjektperiode er det vanskelig å beregne en slik økonomisk gevinst.

9 DISKUSJON

Oppfølging og involvering av pårørende til personer med demens

Oppfølging av pårørende er et aktuelt tema i praksis, i offentlige dokumenter og innenfor forsknings- og utviklingsarbeid. Kunnskapscenteret undersøkte tilgjengelig forskning om støttetiltak til pårørende til hjemmeboende personer med demens i 2011. Resultatene viste at sammensatte programmer og tiltak som undervisning om demens og praktisk støtte til pårørende kan gi bedre tilfredshet og redusere omsorgsbyrden hos pårørende (Kunnskapscenteret, 2011).

Aasgaard m.fl. intervjuet seks pårørende til aleneboende personer med demens om deres erfaringer med hjemmetjenesten. Pårørende fortalte at de ansatte ikke involverte familien i tilstrekkelig grad som samarbeidspartnere i den daglige omsorgen. Gjensidig informasjonsutveksling samt avklaring av roller og ansvar ble tatt opp av de pårørende. I studien konkluderes det med at personalet må verdsette relasjonen med pårørende og at strukturelle forutsetninger i organisasjonen må støtte opp under personalets samarbeid med pårørende (Aasgaard m.fl., 2014).

Relasjonen pleier og pårørende var et tema i vårt prosjekt. Det var gode erfaringer med å systematisere pårørendearbeidet blant annet med kartlegging av pårørendes belastning og jevnlig samarbeidsmøter. Eksempler på strukturelle forutsetninger i organisasjonen er selvstyrte funksjonsinndelte arbeidslag inkludert primærkontaktfunksjon. Resultater fra vårt prosjekt viste at pasienter og pårørende opplevde det som positivt at de kjenner pleierne som kommer – at det er ei stabil gruppe pleiere. I tillegg var det gode erfaringer med at primærkontaktene hadde ansvaret for støttetiltak til pårørende.

Pårørendes ønske om mer hjemmehjelp (praktisk bistand)

Under intervjuene fortalte pårørende at de i stor grad var fornøyd med omfanget av hjemmesykepleie, men at de ønsket mer bistand av hjemmehjelpen (praktisk bistand). Oppgaver de ønsket hjelp til var for eksempel å re opp seng, sengeskift og klesvask. I studien «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (Redic) ble resultatene for bruk av offentlige helsetjenester delt mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Det var lite variasjon i bruken av hjemmehjelp gjennom sykdomsforløpet. Personer med demens har hjemmehjelp noe hyppigere enn personer uten demens mens de mottar ca. tre ganger så mange timer med hjemmesykepleie som personer uten kognitiv svikt. Videre var det beregnet at 62 % av tiden til hjemmehjelpen ble brukt til direkte pasientrelatert arbeid. Kostnader til hjemmehjelp var lavere enn til hjemmesykepleier (Vossius m.fl., 2015). Dette kan tyde på at hjemmehjelpsoppgaver som renhold, blant annet vask av gulv og toaletter samt klesvask blir i stor grad overlatt til pårørende. Pårørende forteller at behovet for vask av gulv, sengetøy osv. øker og disse oppgavene «sliter på» de pårørende. Resultater fra våre intervjuer viste at pårørende brukte begreper som «utslitt» og «sliten».

Et forskningsprosjekt utført ved USHT i Hedmark i samarbeid med OsloMet innenfor palliativ omsorg bekrefter dette. Prosjektet har hatt fokus på pårørende til pasienter i sen palliativ fase som mottar palliativ omsorg i hjemmet. Målet med prosjektet var å fremskaffe kunnskap om nærmeste pårørendes situasjon og å validere kortversjonen av kartleggingskjemaet Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-N) til bruk i praksis. Foreløpige resultater ble lagt fram på Omsorgsforskningskonferansen i 2019, arrangert av de fem sentrene for omsorgsforskning. Resultatene viste at det universelle

spørsmålet om livskvalitet: «Alt tatt i betraktning – hvordan har du det i dag?» var et godt spørsmål til pårørende og som fanger opp områdene i kortversjonen av CRA-N. Videre viste resultatene at pleierne bør ha spesiell oppmerksomhet på kvinnelige pårørende som ikke bor sammen med pasienten fordi de trenger spesiell bistand med en del praktiske gjøremål hos pasienten. Pleierne bør også ha oppmerksomhet på pårørende som bor sammen med pasienten fordi de har dårligere helse og selvfølelse enn de som ikke bor sammen med pasienten. Skjemaet er også godt egnet til bruk til andre pårørende enn til pasienter i palliativ fase.

Dette kan tyde på at å øke antall timer med praktisk bistand til hjemmeboende personer med demens kan være et tiltak for å avlaste pårørende.

Sammenheng turnus, arbeidslag, ruter, arbeidsliste og primærkontaktsystem

Dataene fra intervjuene viste at primærkontaktene var sentral i planlegging, tjenesteyting og koordinering av tjenestene til hjemmeboende personer med demens og til oppfølging av pårørende. Hjemmeboende personer med demens hadde fra én til tre primærkontakter – avhengig av kommunens rutiner.

Under intervjuene av de ansatte ble det stilt spørsmål om hvor ofte primærkontakten var hos sine primærpasienter. Svarene varierte da det var flere forhold som spilte inn blant annet strukturelle forhold. Turnusen måtte være tilrettelagt for arbeidslaget/ene, arbeidslaget var så knyttet til et geografisk område i kommunen som igjen var delt inn i mindre geografiske ruter. Pleierne var primærkontakt for 6-10 personer og ei konkret rute. De kjørte denne ruta på dagtid, og da ble arbeidslista satt opp slik at primærpasientene ble prioritert. På kveldstid og i helgene dekket de ansatte to ruter. Selv om det var et system så kunne det endres på kort varsel, for eksempel ved sykdom blant ansatte. Ved at pasientene hadde flere primærkontakter så ble det mindre sårbart.

De ansatte fortalte at det kunne være utfordrende å komme til sine primærkontakter når primærpasientene var spredt rundt på flere ruter og/eller det var tilfeldig hvilke rute de ansatte ble satt på. Når rutene og arbeidslistene ikke var knyttet til primærkontaktsystemet så måtte de ansatte selv ta initiativ til å bytte rute/arbeidsliste eller pasienter med en kollega for å komme til sine primærpasienter.

I Os var det ønsketurnus og de ansatte var ikke knyttet til ei konkret rute/gruppe. Det førte til at de ansatte selv måtte ta initiativ til å komme til sine primærkontakter. De måtte selv passe på hvem de hadde vært hos i det siste, og hvem det var på tide å besøke. Dette har å gjøre med både organisatorisk- og personkontinuitet. Selv om Os er en liten kommune med få ansatte i hjemmetjenesten så kan det se ut som om at de hadde større rotasjon av ansatte hos pasientene enn i arbeidslagene hvor de ansatte var knyttet opp mot faste ruter. Et annet forhold som hadde betydning for dette var bruk av vikarer. Ved bruk av faste vikarer eller at fast ansatte tok ekstravakter ble det færre forskjellige pleiere som besøkte pasientene i løpet av en tidsperiode.

Primærkontaktfunksjonen og individuell plan

Data fra vårt prosjektet viste at primærkontakten i arbeidslaget utførte oppgaver som oppnevnt koordinator knyttet til individuell plan utfører. Koordinatorene blir oppnevnt av koordinerende enhet, og det kreves at den individuelle planen er elektronisk.

Ingen av de tre kommunene hadde et system for at hjemmeboende personene med demens ble vurdert for og fikk tilbud om individuell plan. På det tidspunktet intervjuene ble utført var det ingen personer med demens som hadde en individuell plan. Informantene husket at personer med demens tidligere hadde hatt individuell plan, de hadde vært yngre.

Veilederen (Helsedirektoratet, 2018c) handler om individuell plan og koordinator for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helselovgivningen, tilbudet gjelder for alle pasient- og brukergrupper (Se også side 9). Koordinerende enhet i kommunen har ansvaret for individuell plan og oppnevning av koordinator. Kommunenes praksis og erfaringer med individuell plan kan tyde på at kravet om at planen må være elektronisk er et hinder for at personer med demens får tilbudet. Et annet forhold er omfanget av pasienter med demens eller kognitiv svikt i hjemmetjenesten.

Dataene fra dette prosjektet viste at primærkontaktene ivaretok en stor del av funksjonen og oppgavene til en koordinator. Primærkontaktene koordinerer tjenestene med blant annet å kontakte andre aktuelle samarbeidsaktører/tjenesteytere. Primærkontakten har også en rolle som informantene beskrev som «å huske for pasienten». Pasientene har ikke en individuell plan, men en finner opplysninger i pasientens tiltaksplan som kan samsvare med opplysninger i en individuell plan. I dette prosjektet har vi ikke systematisk undersøkt i hvor stor grad primærkontakten fungerer som en koordinator eller hvordan dokumentasjonen i pasientenes tiltaksplan og struktur/inhold i en individuell plan samsvarer. Dette bør studeres nærmere.

Myndiggjorte medarbeidere og fleksibilitet

Pasienter i hjemmetjenesten får vedtak om tjenester etter forvaltningsloven og i vedtaket er det beskrevet hvilke tjenester eller tiltak pasienten får innvilget inkludert en begrunnelse. I arbeidslistene til de ansatte er det listet opp konkrete oppgaver som skal utføres hos hver pasient.

I intervjuene fortalte pleierne at de både følger arbeidslista, gjør faglige vurderinger og tar selvstendige avgjørelser ut fra pasientens behov og tilstand der og da. Dette kan føre til at andre oppgaver enn de som står på arbeidslista må prioriteres og at den estimerte tiden kan overskridelse. I følge pleierne var det aksept for dette i arbeidslaget, de hjalp hverandre slik at det ikke førte til store ulemper for andre pasienter.

Denne måten å arbeide på samsvarer med modellen til Amundsen (2019) om opplevd myndiggjøring (se side 12), dimensjon tre om autonomi/innflytelse. Handlingsrommet er tydelig i eksemplet, og personalet opplevde å ha selvbestemmelse og innflytelse innenfor handlingsrommet. I tillegg fortalte pleierne i intervjuene om opplevelser og erfaringer som kan knyttes til de tre andre dimensjonene om opplevd myndiggjøring (mening, kompetanse og tilhørighet). De ansatte fortalte at arbeidet gav mening, og at de i stor grad taklet arbeidsoppgavene. Det hjalp at de kjente pasientene og de pårørende godt, at de visste hva som skulle gjøres og hvordan. Hvis det var noe de var usikre på så var det aksept for å spørre om hjelp fra kollegaer i arbeidslaget, eventuelt andre i kommunen. Samholdet i arbeidslaget var tema under intervjuene. Fast personell i arbeidslaget skapte en tilhørighet som gjør at ansatte støtter og hjelper hverandre i det daglige og i utfordrende situasjoner. Her har også arbeidslagslederen en viktig rolle. Tilhørighet og fellesskap ble sett i sammenheng med samarbeid i arbeidslaget. Studier har vist at arbeidslagsorganisering har ført til redusert sykefravær og turnover samt økt medarbeidertilfredshet (Assmann, 2008).

10 REFERANSELISTE

- Aldring og helse (2016). *Verktøy for fastleger og hukommelsesteam Halvårlig oppfølging av personer med demens*. Hentet fra [file:///C:/Users/H34471/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/S6TUBN2Q/Verkt%25C3%25B8y Halvarlig oppf%25C3%25B8lging NOV2016 4s WEB.pdf](file:///C:/Users/H34471/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/S6TUBN2Q/Verkt%25C3%25B8y%20Halvarlig%20oppf%25C3%25B8lging%20NOV2016%204s%20WEB.pdf)
- Aldring og helse (2017). *Tiltakspakke demens. Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende*. Evalueringsrapport [https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/evalueringsrapport-tiltakspakke demens.pdf](https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/evalueringsrapport-tiltakspakke_demens.pdf)
- Aldring og helse (2019). *Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Utredningsverktøy til bruk for helsepersonell*. [https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Demensutredning Samlet 05.2019 WEB jasnnQU.pdf](https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Demensutredning_Samlet_05.2019_WEB_jasnnQU.pdf)
- Amundsen, S. (2019). *Empowerment i arbeidslivet. Et myndiggjøringsperspektiv på ledelse, selvledelse og medarbeiderskap*. Oslo: Cappelen Damm.
- Assmann, R. (2008). *Teamorganisering: veien til mer fleksible organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bodenheimer, T., Pham, H.H. (2010). *Primary Care: Current Problems And Proposed Solutions*. Health Affairs 29 (5).
- Boström, M. m.fl. (2013). Promoting sense of security in old-age care. Health 5 No. 6A2, 56-63. Hentet fra http://www.scirp.org/pdf/Health_2013061716180887.pdf
- Borgen, K. m.fl. (2015). *Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger*. Sykepleien Forskning. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/forventninger-og-erfaringer-med-elektronisk-meldingsutveksling-blant>
- Comte Bureau (2017). *Demensvennlige hjemmetjenester. Hvordan sikrer vi kontinuitet, forutsigbarhet og helhetlige tjenester for personer med demens?* Bydel Østensjø, Oslo.
- Copson, A. K. (2006). *Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere. Et idéhefte for medarbeiderutvikling i pleie- og omsorgstjenesten*. Kommuneforlaget
- Eggen, N. A., & Nyrønning, S. M. (1999). *Godfoten. Samhandling - veien til suksess*. Aschehoug.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Fisher, K. (1993). *Leading Self-directed Work Teams: A Guide to Developing New Team Leadership Skills*. London: McGraw-Hill.
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø., & Hellesø, R. (2013). *Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes*. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 182-190.
- Gjevjon, E. R. (2015). *Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår men gode muligheter*. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (1).

Helsedirektoratet (2015). *Manual for hvordan utvikle og gjennomføre tavlemøter*. Hente fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/materiell/manualer/attachment/3357?download=false&ts=150610f7a3f>

Helsedirektoratet (2017). *Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet (2018a). *I trygge hender 24-t. Forebygging av underernæring*. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring>

Helsedirektoratet (2018b). *Forbedringsguiden. Teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/s%C3%B8k/attachment/4886?ts=16541fa3b1b>

Helsedirektoratet (2018c). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens#>

Helseth, A., Stenhaug, A. (2018). *Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune*. Hamar kommune.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Jenssen, J.T. (2014). *Kommunale avlastningstilbud. Fra tradisjonelle tjenester til fleksible løsninger*. Norsk institutt for forskning, oppvekst, velferd og aldring. Rapport 12/2014

Kjøs, B. Ø., Haugseth, M. H., Brendjord A. (2013). *Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmetjenesten – rett person på rett sted*.

Kjøs, B. Ø., Hov, R. (2016). *Evaluering av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg i Hamar kommune*. USHT, Hamar kommune. Hentet fra file:///C:/Users/H34471/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/D8RYOVHV/Evaluering_srapport+arbeidslag+2016.pdf

Kunnskapscenteret (2011). *Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens*. Rapport nr. 06-201. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-2011_06-stotte-til-parorende_demens_v2.pdf

Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2018). *En håndbok for pårørende til personer med demens*.

Nestlé Nutrition Institute. *Mini Nutritional Assessment (MNA)*. Hentet fra https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf

Os kommune: *Helse- og omsorgsplan 2018 – 2022*. Hentet fra <https://os.kommune.no/wp-content/uploads/2018/11/Helse-og-omsorgsplan-Os-kommune.pdf>

Pasient og brukerettighetsloven (2001). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet* (Nytryck ed.) Göteborg: K & K Segersten.

Shafir, A., Garrigues, S. K., Schenker, Y., Leff, B., Neil, J., & Ritchie, C. (2016). *Homebound Patient and Caregiver Perceptions of Quality of Care in Home-Based Primary Care: A Qualitative Study*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), 1622-1627.

Solbakk, J. H. (2014). *Sårbare grupper*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>

Sollund, M.J., Trygstad S.C., Johansen, B.L. (2004). *Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorgs – hvorfor og hvordan?* Rapport fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt. Nordlandsforskning. NF-rapport nr. 11/2004.

Stange kommune: *Kommunedelplan helse og omsorg 2016-2026*. Hentet fra https://www.stange.kommune.no/getfile.php/13358733-1484596300/Bilder/Stange/Planer/KDP_Helse_omsorg_red_18.8.2016_TRYKKLAR2.pdf

Starfield B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York Oxford University Press.

Strandencæs, M.G. (2016). *Etablering og drift av hukommelsesteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten*. Aldring og helse. Hentet fra https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Handbok_Hukommelsesteam_2016_WEB.pdf

Sørly, R. (2017). *Brukermedvirkning i demensomsorgen – En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2453749/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Travelbee (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Toverud, M. (2019). *Håndbok. Frivillige gir avlastning til pårørende med store omsorgsoppgaver*. Hentet fra <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/13451336-1558434458/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/Pleie%20og%20omsorg/Finsal/H%C3%A5ndbok%20for%20frivillige%20som%20gir%20avlastning%20til%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf>

Vossius, C., Selbæk G., Ydstebø A.E., Benth, J.S., Godager, J., Lurås, H., Bergh, S. (2015) *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (Redic)*. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet. Hentet fra https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf

Wig, B.B. (1999). *Det uslåelige arbeidslaget*. Oslo: Tiden.

Aasgaard, H.S. (2014). *Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering*. Nordisk sygeplejeforskning 02/2014 (4).

Åslund, A.M., Pedersen, A.K., Magnussen, S. (2019). *Fleksibel avlastning – samarbeid om forbedrogstiltak i pårørendeomsorg*. Senter for omsorgsforskning, NTNU. Rapportserie 2/2019. Hente fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2597865>

11 VEDLEGG

Vedlegg 1

«Tiltakspakke demens» – sjekklister – Hamar kommune – 23.01.2019

Sjekklister Tiltakspakke demens		
Første besøk		Utført
Innkall pårørende til et møte sammen med pasient og primærkontakt		
Informere om at du er pasientens primærkontakt.		
Informere om hva TPD innebærer		
Lever ut eller fyll ut «Min historie» sammen med pasient og pårørende. Før den inn i Tiltaksplanen		
Hva er viktig for deg nå? Still pasienten dette spørsmålet slik at hun/han kan få være med å påvirke hverdagen sin. Tilpass spørsmålet den enkeltes evne til å gi og motta informasjon		
Innhent opplysninger ved hjelp av sjekklister under.		
Opprett Tiltakspakke demens i tiltaksplanen under Psykisk/kognitivt (se egen mal) og bruk journal 101		
Kartlegg hvem som er nærmeste pårørende og om vi får lov til å kontakte dem ved behov.		

Tiltakspakke demens – journal 141-samarbeidsmøte/avtale		
1. Forberedelse		
Hvem er med på samtalen ?		
Kontakt pårørende hvis pasienten har samtykket?	<p>Innhent informasjon fra pårørende</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvordan har hjemmesituasjonen vært siste mnd.? Evt. opplysninger fra dagsenter• Hva er behovet for hjelp?• Gi kunnskap om demens, informasjon, veiledning• Vurder pårørendes belastning? Belastningsskala – pårørende (skjema fra aldring og helse)• Avlastning/andre tiltak?	
2. Brukermedvirkning		
Hva er viktig for deg?	<ul style="list-style-type: none">• Er avtalen fulgt opp?• Noe nytt som er viktig?• Har vi lyktes med å følge opp hva som er viktig for deg?	

3. Helse/legeopplysninger/medisiner		
Endring i helse og hjelpebehov siste måneden.	Er det funksjoner som er i ferd med å svikte? TIPS: Det kan være lurt å observere pasienten i en dusjsituasjon og / eller under et måltid for å se hva pasienten mestrer	
Somatiske forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Somatiske forhold som skal følges opp? • Nye symptomer? • Kontakt fastlege ved behov • Behov for behandlingsavklaring? • Vært innlagt sykehus/ kontakt med fastlege siden siste kartlegging? 	
Tegn til infeksjon	Lukt, uro, kroppstemperatur, forvirring, smerter, endret adferd, (CRP)	
Administrering av medisiner	Klarer å ta ansvar for medisinerne sine selv? <ul style="list-style-type: none"> • Multidose • Dosett Eventuelt vurder hyppighet for medisiner	
4. Psykisk/kognitivt (hukommelse)		
Beskriv personens hukommelse og psykiske tilstand (nedstemt, glad, mistenksom, urolig, irritert, hallusinert, angstlignende symptomer)	Adferd <ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse atferden som adekvat? • Mistanke om forvirringstilstand? (delir) Orientering <ul style="list-style-type: none"> • Finne fram i kjente/ukjente omgivelser? • Skille på natt og dag Språk <ul style="list-style-type: none"> • Leter etter ord? • Mister tråden i samtalen • Oppfatter/forstår ikke det som blir sagt Planlegging <ul style="list-style-type: none"> • Beskriv ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglig gjøremål Forståelse <ul style="list-style-type: none"> • Har bruker forståelse for sin egen situasjon 	
	Samtykkekompetanse Ja/nei (Hvis nei; vurder pasientens samtykkekompetanse, eventuelt kontakt demenskoordinator eller fastlege) (se egen prosedyre EQS-3181)	
5. Kartlegging		
Personlig hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Har bruker behov for hjelp/veiledning til personlig hygiene • Har bruker hatt spesielle morgen og kveldsrutiner? • Hjelp til av- og påkledning? Dusj • Passer på kledning til årstiden? • Velstelt/ustelt/flekker? • Behov for hjelp til neglestell hender og føtter? 	
Væske/ernæring	Ernæringskartlegging: Vekt/BMI <ul style="list-style-type: none"> • Er i risikozonen for underernæring? 	

	<p>Vurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sjekk kjøleskapet; nok mat, frisk mat? • Har behov for hjelp til å smøre brødmat, lunsj? • Behov for oppfølging under måltid for å sikre at bruker spiser og drikker tilfredsstillende? • Vurder middagsombringing, Ernæringsdrikker, berikelse av kost, mellommåltider • Hvem handler? • Gir uttrykk for sult/tørst? • Rusproblematikk? • Medikamenter, alkohol? • Lukt av søppel? 	
Smerter/tilstrekkelig smertelindret?	<p>Tips:</p> <p>Uro og atferdsendring kan være uttrykk for smerter hos pasienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gir pasienten verbalt uttrykk for smerter, lokaliser dem. • Rynker pasienten pannen, lager grimaser, stønner el.? • Vas skala og MORBID 2 	
Tannhelse	<p>Behov for bistand til munnhygiene?</p> <p>Egne tenner eller protese?</p> <p>Sist tannlegebesøk?</p>	
Sanser	<p>Syn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruker briller? Hjelp rengjøring? • Riktige briller <p>Hørsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God/dårlig hørsel? • Ørevoks? • Høreapparat? fungerer? batteri? 	
Sosialt nettverk	<ul style="list-style-type: none"> • Har behov for bistand til sosial deltakelse; hjelp fra og kontakt med pårørende, venner? • Har behov for å ivareta tro og livssyn, religiøse interesser? Samtale, kirkebesøk, bønn. etc. • Gjør deg kjent med min livshistorie og fyll inn nye opplysninger • Kan vi koble på frivillige eller foreninger? 	
Falltendens	<p>Har falt siste mnd.? Hvorfor falt denne personen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balanse/svimmel/ustø? • BT • Legemiddelgjennomgang • Blåmerker • Vurder fottøy, sko, tøfler, sokker • Passer fottøyet til årstiden <p>Fare for fall innendørs?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tepper/ryer • Løse ledninger • Rekkverk • Belysning • Antisklimatte/tape i dusj/badekar • Dusjkrakk 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Håndtak • Høye dørstokker • Brilller • Hoftebeskytter? • Fallalarm? 	
	<p>Fare for fall utendørs?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov for utelys • Støttehåndtak • Grus/sand • Brodder <p>Er passiv/aktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov for trening for å mestre hjemmesituasjonen? • Behov for hjelpemidler? <p>Behov for hjelpemidler?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Må det iverksettes strukturert trening, kontakt fysioterapeut for vurdering 	
Sikkerhet	<p>Sjekk sikkerheten i hjemmet, er hjemmesituasjonen forsvarlig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Røykvarsler-fungerer den? • Behov for komfyrvakt, kaffetraktervakt? • Røyker bruker? • Behov for røykeforkle? • Stearinlys, stråleovn, vedfyring • Gardiner/klær over ovn 	
Bolig/tekniske hjelpemidler velferdsteknologi	<p>Trygghetsalarm?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forståelse for bruk? <p>Hjelp til å gjøre hjemmet oversiktlig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merke skap, dører. <p>Beskjedbok, syvende sans etc?</p> <p>Velferdsteknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forglemmegeikalender • GPS • Sengesensor • Dørsensor • medisindispenser 	
6. Vurdering og tiltak		
Samarbeid med pårørende	Er det ting som skal følges opp? Fordeling av ansvarsområder?	
Vurder/behov for andre/eventuelle økte tjenester fra kommunen	Behov for andre/økte tjenester? Behov for: <ul style="list-style-type: none"> • Praktisk bistand hjemmehjelp • Dagaktivitet • Aktivitetsvenn • Avlastningsopphold 	
Oppdater tiltaksplan	Ved store endringer oppdater IPLOS/ ADL.	

Mal for samtale med pasient og pårørende – Stange kommune – 10.04.2018

Pasient- og pårørendesamarbeid - prosedyre utgjør grunnlag for samtaler med pasient og pårørende. Malen brukes både ved første samtale og ved senere samtaler. Før samtalen gjennomføres bør det undersøkes om lignende samtaler er gjennomført tidligere og hva som er kommet frem. Send invitasjon ved behov.

Dokumentasjon

Innholdet i samtalen dokumenteres i Gerica under situasjon *Møtereferat/oppsummering* og under tiltak *Møtereferat*. Bruk journaltype «900 møtejournal» og bruk MØTEREFERAT-MAL fra tekstbank.

<p>Gjennomføring av pasient- og pårørendesamtale: Informer om hensikten med samtalen. «Min livshistorie» og/eller «Livsarket» kan brukes som utgangspunkt. Tilpass spørsmål etter pasientens behov.</p>
<p>Pasient: Hva er viktig for <u>deg</u>?</p>
<p>Pårørende: Hva er viktig for <u>deg</u>?</p>
<p>Forklar hensikten med skjema for «Min livshistorie» og/eller «Livsarket» og gå gjennom dette. (Gjelder primært førstegangssamtale)</p>
<p>Avklar forventninger og informasjonsbehov knyttet til helsetjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva vet du om din helsetilstand? Hvilke forventninger har du til hjelpen du mottar? <p>Du har rett til informasjon om din helsetilstand og om behandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan og på hvilken måte vil du ha informasjon?
<p>Informere om roller og ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer om rollen til nærmeste pårørende (se nasjonal pårørendeveileder) • Informer om hvem som er primærkontakt, pasientansvarlig sykepleier og sykehjemslege/fastlege og hva som er den enkeltes rolle og ansvar. • Informer om pasient og pårørendes mulighet til å snakke med lege. • Informer om personalets taushetsplikt.
<p>Gi informasjon om pasient- og brukerrettighetsloven. Ved tvil om pasienten har samtykkekompetanse: Spør pårørende om de oppfatter at pasienten har kompetanse til å ta beslutninger om egen helse. Se Samtykke til helsehjelp - prosedyre og Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelpen Pasrl kap 4A</p>
<p>Gå gjennom pasientens vedtak i Gerica. Informer om kriterier for helsetjenesten, om at endret omsorgsbehov kan medføre flytting mellom soner/avdelinger. Praktiske avklaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplys om hva pårørende kan bidra med som f.eks. følge til medisinske undersøkelser, handling, frisør og fotpleier, tannlege, foreninger, gå tur, delta på felles utflukter og arrangementer. • Avklar hvem som skal kjøpe/vaske klær, toalettsaker og lignende. • Egnede møblering – ev. konsulter ergoterapeut. • Økonomi – hvem ordner med penger? Ved behov for verge kan dette søkes om hos fylkesmannen (lege). Skal lommebok låses inn i safe? Disponering av kontanter?
<p>Informere om daglige rutiner i helsetjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ukeplaner/aktivitetstilbud/måltider/uteområdet /bruk av rommet ved besøk. Informer om frisør, fotpleier, tannpleier/tannlege (Institusjon). • Avklar om multidose/medisiner, matombringing, hjemmehjelp, tannlege/tannpleier, fotpleie, trygghetsalarm, telefonkontakt, dagaktivitetstilbud (Hjemmeboende).
<p>Informere om bruker/pårørendeundersøkelsen og aktuelle frivillige foreninger/organisasjoner.</p>
<p>Er det noe annet du ønsker å ta opp eller snakke om?</p>
<p>Oppsummer samtalen/møtet for å sikre lik forståelse.</p>
<p>Eventuelt avtal tidspunkt for ny samtale.</p>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark, Hamar kommune

Ankerskogvegen 7

2319 Hamar

Telefon: 986 31 171

E-post: bente.kjos@hamar.kommune.no

www.hamar.kommune.no/utviklingscenter