



Hamar kommune

Rapport publisert 2012

Strukturert miljøbehandling for hjemmeboende personer med demens



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**
Hedmark

Forord

Denne rapporten presenterer et utviklingsprosjekt om strukturert miljøbehandling for hjemmeboende personer med demens. Prosjektet ble utført ved Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, Hamar kommune i perioden fra januar 2012 til juli 2012. Helsedirektoratet finansierte utviklingsarbeidet.

Formålet med prosjektet var å øke ansattes kompetanse innenfor miljøterapi til hjemmeboende personer med demens samt å undersøke om bruk av individuelle holdningsplaner oppleves som et godt redskap for å yte god pleie og individuelt tilpassede tjenester.

Rapporten presenterer Gundersons modell for strukturert miljøbehandling og bruk av holdningsplaner i demensomsorgen. Deretter kommer et kapittel om gjennomføringen av prosjektet og om evalueringen.

Hilde Linløkken ble engasjert som prosjektleder. I tillegg til Hilde vil jeg takke rådgiver Berit Kalland, demenskoordinator Anita Stenhaug, soneleder Lise Lotte Jernek, soneleder Hilde J. Lium og alle ansatte ved de to arbeidslagene i hjemmetjenesten i distrikt Vang. Deres kunnskap og praktisk erfaring hadde stor betydning for prosjektets framdrift og resultat.

To forskningsmiljøer har deltatt i prosjektet – en takk til samarbeidspartnerens nyttige innspill og engasjement. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF ved forskningskoordinator Irene Røen hadde ansvaret for opplæringen av ansatte. Spesiellkonsulent Lisbeth Dyrendal Haugseth deltok i prosjektgruppa.

Senter for omsorgsforskning, Østlandet stod for evalueringen av prosjektet. Det ble utført en spørreskjemaundersøkelse til ansatte ved oppstart og avslutning av prosjektet. I tillegg ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer, ett intervju ved hvert arbeidslag ved prosjektets avslutning. Takk til førsteamanuensis Maren Raknes Sogstad og forsker Laila Tingvold for evalueringen.

Denne rapporten er skrevet av Hilde Linløkken, Berit Kalland, Maren Raknes Sogstad, Laila Tingvold og Bente Ødegård Kjøs.

Hjemmetjenesten i distrikt Vang kommer til å videreutvikle modellen for strukturert miljøbehandling til hjemmeboende personer med demens og dokumentasjon av modellen i Gerica i samarbeid med Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark og Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF.

Prosjektleder Bente Ødegård Kjøs
Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark
e-post: bente.kjos@hamar.kommune.no
Telefon: 986 31 171

Innhold

Innledning.....	1
Bakgrunn	1
Personer med demens	1
Miljøbehandling/miljøtiltak.....	5
Holdningsplaner.....	8
Organisering av hjemmetjenesten i Hamar kommune	8
Gjennomføring av prosjektet.....	10
Prosjektorganisering	10
Prosjektgjennomføring	10
Evaluering	12
Prosjektleders tanker og erfaringer	12
Spørreskjema	14
Fokusgrupper	15
Om utarbeidelse av holdningsplaner.....	15
Om bruk av planene	16
Erfaringer	17
Oppsummering.....	18
Konklusjon	18
Referanser.....	20
Vedlegg	21

Innledning

Hamar kommune ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark søkte i oktober 2011 Helsedirektoratet om tilskudd til prosjekt innen aktiv omsorg. Kommunen fikk innvilget midler til et prosjekt innenfor miljøbehandling. Total prosjektperiode var sju måneder.

Formålet med prosjektet var å heve ansattes kompetanse innen aktiv omsorg og miljøterapi til hjemmeboende personer med demens. De ansatte fikk først opplæring i strukturert miljøbehandling og bruk av individuell holdningsplan. Deretter skrev de holdningsplaner for 20 pasienter som hadde diagnosen demens og som fikk tjenester fra hjemmebasert omsorg. Holdningsplan brukes som benevnelse på en plan for miljøbehandling til en pasient. Holdningsplanene ble prøvet ut i to måneder før prosjektet ble evaluert. Evalueringen bestod blant annet i å undersøke om bruk av individuelle holdningsplaner oppleves som et godt redskap i praksis for å yte god pleie og individuelt tilpassede tjenester.

Psykologen John F Gunderson beskrev i 1978 en modell for miljøbehandling bygget på prosesser han kalte **trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse** (Gunderson 1978). Det er denne modellen for miljøbehandling vi har prøvet ut ved ett av tre hjemmesykepleiedistrikt i Hamar kommune. De 20 holdningsplanene ble laget ut fra Gundersons modell, og planene ble inndelt etter de fem prosessene. Prosessene fra Gundersons modell var hovedsakelig beskrevet i forhold til personer på institusjon med psykisk lidelse med adferdsproblemer. Teorien ble bearbeidet for bruk i demensomsorgen av Lois B. Taft med flere i 1993. Rokstad og Smebye har også omtalt denne formen for miljøbehandling i sin bok fra 2008.

Modellen for individuell miljøbehandling for personer med demens er tidligere blitt prøvet ut ved to sykehjem i Hedmark. Dette var et ”3-årig utviklingsprogram om miljøbehandling og miljøterapi”. Prosjektet ble avsluttet i 2011 og var i regi av Helsedirektoratet. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF deltok i prosjektet. Røen og Storlien har beskrevet erfaringer fra dette prosjekt i rapporten ”Bedre hverdag for personer med demens” fra 2012. Det er ikke funnet materiale om at holdningsplaner er prøvd ut hos hjemmeboende personer med demens tidligere.

Bakgrunn

Personer med demens

Kriteriet for å være blant de utvalgte pasientene som fikk utarbeidet en holdningsplan i dette prosjektet var at vedkommende måtte ha en demensdiagnose. I følge www.aldringoghelse.no har nærmere 71 000 mennesker i Norge en demenssykdom i dag, og man regner med at 140 000 nordmenn vil ha demens i 2040. Som følge av denne økningen er det blant annet viktig at nye metoder og modeller blir prøvet ut i helsevesenet.

Demens er ifølge Engedal og Haugen 2006 en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av ulike organiske sykdommer, og kjennetegnes av kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter, og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens skal brukes, og svikten i evnen til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsessvikten.

Det må også kunne påvises eller antas at det er en organisk sykdom i hjernen som er årsak til tilstanden. Det finnes flere og former for demenssykdommer med varierende symptomer. Mest vanlig er demens ved Alzheimer sykdom (Hjerneatrofi - Alois Alzheimer påviste symptomer som nevrofibrillære floker, senile plakk og synapsetap). Aldring, arv og Downs syndrom er risikofaktorer i forhold til Alzheimer. Demens med Lewy legemer, vaskulære demenstyper og frontalttemporallappdemens er demenstyper som også sees oftere.

Engedal og Haugen 2006 (s. 20) definerer demens slik:

”En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.”

Kriterier for demens ifølge ICD-10:

- I
 - 1. Svekket hukommelse, især for nyere data
 - 2. Svikt av andre kognitive funksjoner
(dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)
Mild: virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet
Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig
- II Klar bevissthet
- III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd;
minst ett av følgende:
 - 1. Emosjonell labilitet
 - 2. Irritabilitet
 - 3. Apati
Unyansert sosial atferd
- IV Tilstanden må ha en varighet av minst 6 måneder

(Engedal og Haugen 2006)

En studie av demens og demenssymptomer sammenholdt med IPLOS- kartlegging, har vist at 25 - 35 % av pasienter i norske kommuner som er over 70 år og mottar hjemmetjenester, har en demenssykdom definert ved en score på 1 eller høyere på Klinisk Demens Vurdering (KDV). Studien viser at forekomst av depresjon, angst, apati og irritabilitet er vanlig hos personer med demens som mottar kommunal hjemmetjeneste (Selbæk og Høgset 2010).

Frem mot 2040 vil det være en dobling av antall personer med demens i Norge. Fokus på kartlegging, utredning og behandling av demenssykdommer, samt og å gi denne pasient-

gruppen mulighet til en meningsfull og aktiv hverdag, er derfor nødvendig for å forberede helsetjenestene på de kommende utfordringene. Kartlegging og utredning av personer med demens er ofte mangelfull i norske kommuner (Selbæk, Engedal og Kirkevold 2007).

Ulike typer demens og ulike utviklingstrinn i demensforløpet vil gi forskjellige utslag i psykologisk, atferdsmessig og motorisk fungering. Det er disse varierende symptomene som gir behovet for individuelt tilpassede tjenester. Og det er her holdningsplaner kan bli et godt redskap for å gi en best mulig hverdag for den enkelte pasient.

Symptomene ved demens kan deles inn i tre grupper:

Kognitive symptomer:

Oppmerksomhet: Grunnleggende mental funksjon, når oppmerksomhetsevnen er nedsatt, vil prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse. Det dreier seg om grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for nye stimuli og evne til å holde fast på en oppgave og ikke la seg påvirke av forstyrrelser (delt og fokusert). Neglekt kan også forekomme ved demens.

Læring og hukommelse: Hukommelse er evnen til å hente fram lært materiale. Et viktig aspekt ved læring er tilvenning til nye stimuli. Slik læring svikter generelt ved moderat og alvorlig demens. Korttidshukommelse – (gjenkalling) og langtidshukommelse (episodisk hukommelse – personlige opplevelser i spesielle situasjoner, semantisk hukommelse – generell informasjon, prosedural hukommelse – innøvet handling)

Vansker med å planlegge å gjennomføre handlinger. Man husker ikke hva man holder på med og hva som er målet med handlingen.

Språk: Motorisk afasi: Vansker med å snakke i hele setninger, Sensorisk afasi: Vansker med å forstå hva andre sier, eller å forstå skrift, Anomisk afasi: Vansker med benevning.

Apraksi og handlingssvikt: ”Manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førighet og forståelse av det som skal gjøres.” Personen VET hva som skal gjøres, men er ikke i stand til å utføre handlingen. Planlegge og utføre- handlingsskjede (dekke bordet).

Agnosi: ”Manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon.”

Forståelse av handling i tid og rom:

- Svikt i evnen til å orientere seg i omgivelsene
- Svikt i evnen til å kopiere figurer og å tegne
- Problemer med å kjenne igjen samme gjenstander fra ulike vinkler

Intellektuelle evner: resonering og abstraksjon. Manglende evne til å distansere seg fra det man umiddelbart sanser og opplever. Konsekvensenkning.

Adferdsmessing symptomer:

Belastende for pasient, pårørende og personalet. Varierer med demenstype. NB Delirium - akutt forvirring som skyldes somatisk sykdom.

Depresjon og tilbaketrekning: Svikt i evne til mestring og tilpassing av tap, signaloverføring i hjernen.

Angst og katastrofereaksjon: Manglende oversikt, å være alene

Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner: Tidsforskyvning, tapstanker, paranoia, sjalusi, manglende oversikt

Personlighetsendring: Primitiv, ser ikke sammenhenger- nedsatt dømmekraft

Apati, interesseløshet og rastløs motorisk adferd

Irritabilitet og aggressivitet

Repeterende handlinger, roping og klamring

Forandret døgnrytme

Motoriske symptomer:

Muskelstyringsproblemer: Koordinering, balansesvikt, bedømmning av avstand inkontinens

Demenssykdom innvirker på evnen til kommunikasjon

- Redusert evne til verbal kommunikasjon pga svekket oppmerksomhetsevne og hukommelse
- Gradvis økende benevningsvansker
- Redusert ordforråd
- Forståelsesvansker øker som følge av disse forholdene

(Engedal og Haugen 2006)

Behandling av personer med demens er både miljøterapi og medikamentell, og retter seg mot kognitive og nevropsykiatriske symptomer, opprettholdelse av ADL-funksjon og livskvalitet. I omsorgen for personer med demens er miljøbehandling, miljøterapeutiske tiltak og økt livskvalitet viktig, særlig fordi medikamentell behandling kun har begrenset effekt (Demensplan 2015).

Miljøbehandling/miljøtiltak

Noe av det som er sentralt i demensomsorgen er respekt for det enkelte menneske og holdninger som kan bidra til at personen med en demenssykdom bevarer sin identitet, verdighet og selvstendighet.

Miljøbehandling er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser og forhold som virker inn på dagliglivet. Målet er meningsfull aktivitet som måltider, egenpleie, aktiviteter og balanse mellom søvn/hvile og stimulering (Rokstad og Smebye 2008).

Miljøbehandling for personer med demens har som mål å sette den enkelte i stand til å bruke sine egne ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Dette betyr at det i hverdagen, legges til rette for at pasientene er aktivt med i dagliglivets gjøremål samt ulike sosiale og kulturelle aktiviteter. Personalets rolle og samarbeid med pårørende vil være en viktig faktor for miljøbehandling. Personalet må bygge relasjon til pasienten og pårørende og skape en kultur for støtte, involvering og verdsetting av det enkelte menneske gjennom kommunikasjon og samhandling.

Stiftelsen psykiatrisk opplysning definerer miljøterapi på denne måten:

”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasienter og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor fysiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid”.

(Henriksen m.fl. 2011, s.10)

I følge Henriksen er denne definisjonen en presisering innenfor Gundersons definisjon. Sykepleiere opplever denne definisjonen klinisk og pedagogisk anvendelig i sitt arbeid.

Miljøtiltak kan omfatte tilrettelegging, bruk av hjelpemidler, rutiner, planer, individuelle behandlingstiltak og kompetanse innenfor kommunikasjon og samvær. Miljøbehandling er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Behandlingen innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser. Forhold som virker inn på dagliglivet brukes aktivt. Det kan være måltider, egenpleie, aktiviteter og balanse mellom søvn/hvile og stimulering (Rokstad og Smebye 2008).

Målet med miljøbehandling er at pasientene skal få ivaretatt sine grunnleggende behov, at man opprettholder best mulig livskvalitet, skape trygghet og å gi adekvat behandling til den enkelte. Målsettingen tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad og Smebye 2008).

Man styrker pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Når det gjelder personer med demens, er målet i første rekke å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig.

Å skape glede og trivsel er også et viktig mål. Personer med demens har behov for å føle mestring og å få overblikk, de har angst for å miste kontroll og har problemer med å godta egne begrensninger. De synes det er vanskelig å akseptere at de i økende grad er avhengige av andre, og synes det er vanskelig å ha en dyp og trygg tiltro til andre (Solberg 2009).

I enhver form for miljøbehandling har personalet en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter, involverer og verdsetter det enkelte menneske. John G Gunderson (1978) beskriver det slik:

"A milieu is simply any environment in which a patient or anyone else lives. Milieu treatment differs in being a specialized environment which is designed to fulfill the general purposes of preventing "bad" things from happening and allowing "good" things to occur..."

"..Milieu therapy refers to those forms of milieu treatment in which the milieu itself is recognized as an active therapeutic agency to promote and facilitate "positive" changes in specified directions".

Gunderson (1978) har beskrevet fem avgjørende prosesser i et terapeutisk miljø:

- trygghet
- struktur
- støtte
- engasjement
- bekreftelse

TRYGGHET:

"A safe environment is the most basic requirement in dementia care" (Taft m.fl. 1993 s. 32)

Å skape trygghet i miljøet for personer med demens er en balansegang mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjon ved å ta en viss styring og kontroll over pasientens aktivitet, og idealet om ikke å legge større restriksjoner på pasienten enn nødvendig (Rokstad og Smebye 2008). Behovet for trygghet må veies opp mot pasientenes autonomi og selvbestemmelse.

Eksempel på dette er at trygghetsbehovet kan kreve at pasienter med forvirringsatferd og motorisk uro hindres i å gå ut, men ved å ha et miljø med tilstrekkelig areal for vandring er etablert slik at pasientens trang til bevegelse ikke blir hindret, og ivaretatt innen trygge rammer.

STRUKTUR:

Innebærer forutsigbarhet på de fleste områder. Holdepunkter for døgnrytme og aktivitetsplan med mulighet for meningsfulle aktiviteter (Rokstad og Smebye 2008). Et eksempel på god struktur er kontinuitet i pleiepersonellet og gode, faste planer/rutiner for hva som skal foregå til enhver tid. Rutinene må balanseres med fleksibilitet for å kunne møte pasientens individuelle behov og ikke minst dagsform.

STØTTE:

”Support is provided by reinforcing each person’s identity through strategies, such as enhancing personal choice, reminiscing about past accomplishments, and validating feelings. Support also is provided through the relationships the staff builds with clients” (Taft m.fl. 1993, s. 32).

Støtte er de relasjonene der pasienten føler omsorg og forståelse. Målet med støtten er å redusere angst og bidra til opplevd tillitt, trygghet og egenverdi. Identiteten kan støttes gjennom aktiv bruk av minner. Når personalet trekker frem pasientens historie og minner knyttet til den, møtes pasienten som individ og opplever en kontinuitet med egen fortid, noe som hever selvfølelsen og bidrar til økt sosialisering. Kommunikasjon er en forutsetning for at pasienten opplever støtte og forståelse. Ved sviktende kommunikasjonsevne hos pasienten må personalet kompenseres med et større engasjement i kontakten (Rokstad og Smebye 2008).

ENGASJEMENT:

”Involvement refers to those processes which cause patients to attend to their social environment and interact with it” (Gunderson 1978, s. 330)

Engasjement innebærer at en lar pasienten få være aktiv i omgivelsene og samhandle med miljøet. Pasienten kan trenge hjelp til å ta initiativ til aktivitet. Den enkeltes behov, muligheter og interesser må kartlegges og knyttes til aktiviteter som er tilpasset forutsetningene (Rokstad og Smebye 2008). Her gjør en lurt i å innhente bakgrunnsopplysninger fra pårørende dersom det er mulig. Det er ikke alltid personer med demens selv er klar over hva som kan engasjere på gode måter og hva som kan trigge utagerende adferd og angst ved for eksempel overstimulering.

BEKREFTELSE:

Innebærer å forsterke pasientens individualitet og krever en individuell plan for oppfølging og behandling. Bekreftelse innebærer å bygge toleranse for avvikende atferd og sviktende funksjon. Utfordrende atferd må ikke stemples som avvik eller problemer, men forstås som et uttrykk for og forsøk på kommunikasjon fra pasientens side (Rokstad og Smebye 2008).

Individuell behandling må planlegges og gjennomføres på bakgrunn av det en vet om den enkelte pasients behov og ressurser. Grunnlaget for en god behandlingsplan er en bred individuell kartlegging og innhenting av informasjon, og ikke bare med fokus på pasientens kognitive og praktiske svikt, men også med fokus på vedkommendes nettverk, historie, personlighet og fysiske og psykiske helse. De individuelle behandlingsoppleggene er en naturlig del av pleieplanen, hvor skriftlig fortløpende skriftlig dokumentasjon er en viktig del av det arbeidet som gjøres.

Tilrettelegging av det fysiske miljøet er sentralt i demensomsorgen. Miljøet i hjemmet må vurderes for å finne ut hva som virker forvirrende og hva som skaper oversikt og trygghet. Personalet må vurdere om orienteringshjelpemidler som for eksempel store bilder og navneskilt brukes i tilstrekkelig grad. De må også evaluere og finne ut om orienteringshjelpemidlene fortsatt gir mening til personen. Det må ikke gjøres store endringer i miljøet. Mange aktiviteter i ett og samme rom skaper forvirring. Lys- og støyforhold skal vurderes hvis beboeren har redusert syn eller hørsel. Også kontrastforholdene må vurderes. Lite kontraster kan gjøre det vanskelig for beboeren å se viktige ting i leiligheten eller fellesrommet. Sansesvekkelse hos personer med demens bidrar til at orienteringsevnen blir redusert betraktelig (Solberg 2009).

Holdningsplaner

En holdningsplan er basert på samme prinsipper som en pleieplan eller en tiltaksplan. En holdningsplan er en benevnelse på en plan for miljøbehandling til en pasient (Røen og Storlien 2012).

Planen skal inneholde en

- handling: tiltak/oppgave
- holdning: måten å gjøre oppgaven på/hvordan
hvorfor dette skal gjøres
relasjonen pasient og pleier i denne situasjonen

I holdningsplanen skal de aktuelle fem miljøprosessene i situasjonen dokumenteres.

Organisering av hjemmetjenesten i Hamar kommune

For å kunne gi et bilde på hvilket miljø holdningsplanen er blitt utprøvd i gjennom dette prosjektet, er det vesentlig å gjøre rede for hvordan hjemmetjenestene i Hamar er organisert. Det er også viktig å få fram at de som var deltakende i prosjektet allerede jobbet med hjemmeboende personer med demens og har en interesse for dette fagfeltet.

Hamar kommune hadde 29045 innbyggere per 1. januar 2012. Pleie- og omsorgsavdelingen i kommunen er inndelt i tre distrikt med hver sin hjemmesykepleie med base i hvert sitt sykehjem. Parkgården, Prestrudsenteret og Finsalsenteret. I tillegg kommer Klukstuen omsorgssenter som er direkte underlagt pleie og omsorgssjefen. Kåtorp er underlagt Finsalsenteret og Kløverenga er underlagt Prestrudsenteret. Kåtorp og Kløverenga er

omsorgsboliger med bemanning. ”Pleie og omsorgsavdelingen skal bidra til trygghet, verdighet og god omsorg for brukerne” (www.hamar.kommune.no).

Hjemmetjenestene i kommunen er inndelt i soner, to eller tre i hvert distrikt, og disse er igjen inndelt i arbeidslag. Prosjektet ble utprøvd i et distrikt hvor det er to soner som er inndelt i to arbeidslag. Arbeidslagene arbeider ut i fra en definisjon beskrevet av B. Berg Wig fra 1999:

”Et selvstyrt arbeidslag er et naturlig sammensatt arbeidslag som har ansvaret for en definert arbeidsprosess og produktene eller tjenestene den leverer. Medlemmene i arbeidslaget samarbeider for å planlegge, operere og gjennomføre en kontinuerlig forbedring av alle prosesser som berører kvaliteten på de leverte produktene og/eller tjenestene” (s. 23).

To av arbeidslagene er funksjonsinndelte, det vil si at ett av lagene på hver sone har hovedfokus på personer med demens og kognitiv svikt. Det er ca ti ansatte på laget, og for å sikre best mulig kontinuitet for pasienter, pårørende, og de ansatte er turnusen skrevet slik at det skal være minst én ansatt fra arbeidslaget på jobb til enhver tid. En annen ting som tilstrebes er primærsykepleie. Arbeidslagene jobber i primærteam - det er to til tre pleiere som har hovedansvar for en gruppe pasienter. Disse pasientene skal hovedsakelig ha hjelp av en av sine primærpleiere ved hvert besøk. På denne måten sikrer man kontinuitet, både når det gjelder det faglige, informasjon, og relasjonen ansatt - pasient/pårørende (Gjevjon et al. 2012). For personalet oppleves det at denne måten å organisere tjenesten på gjør at arbeidet blir enklere, man blir godt kjent og vet godt hva som skal gjøres. Personalet i disse funksjonsinndelte arbeidslagene opplever at denne måten å jobbe på gir gode tjenester til hjemmeboende personer med demens, men man er bevisst på og ønsker en kontinuerlig utvikling. Man kan alltid bli bedre!

I Hamar er det statistisk beregnet at ca 545 personer har en demenssykdom, og det er videre statistisk beregnet er det 273 av disse som trenger plass på institusjon med bemanning hele døgnet (Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune per 01.01.12) Antall pasienter øker, og antall diagnoser per pasient er ofte flere. Det er dessuten begrenset med sykehjemsplasser, noe som fører til at pasientene som bor hjemme er dårligere. I følge statistisk sentralbyrå, kostra- registeret, ligger Hamar under landsgjennomsnittet når det gjelder dekningsgrad i forhold til plasser i institusjon. Når det gjelder prioritering ligger Hamar på 14,5 % når det gjelder plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester, sammenlignet med hele landet på 18,6 % (www.ssb.no/kostra).

Arbeidslagsleder på det ene funksjonsinndelte arbeidslaget ble spurt om det kunne være interesse for å prøve ut holdningsplaner til hjemmeboende personer med demens, og begge arbeidslagene var positive til å delta i prosjektet.

Gjennomføring av prosjektet

Prosjektorganisering

Prosjektleder:	Hilde Linløkken, arbeidslagsleder Hamar kommune
Prosjektgruppe:	Bente Ødegård Kjøs, prosjektleder Hamar kommune UHT Hilde Linløkken, prosjektleder og arbeidslagsleder Hamar kommune Berit Kalland, rådgiver i stab, Pleie og omsorgsavd. Hamar kommune Anita Stenhaug, demenskoordinator Hamar kommune Lisbeth Dyrendal Høgset, spesialkonsulent Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF

Planlegging av prosjektet startet allerede høsten 2011, og fortsatte i 2012. Prosjektgruppe ble dannet og det ble laget en framdriftsplan for prosjektet. Undervisningsopplegget til de ansatte ble diskutert i prosjektgruppa og Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF på Sanderud fikk ansvar for gjennomføring av opplæringen.

En annen samarbeidspartner, Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik, fikk ansvaret for kompetansekartleggingen av de ansatte, både en spørreundersøkelse (før og etter opplæringen, se vedlegg 1 og 2) og fokusgruppeintervjuene ved slutten av prosjektperioden. Omsorgssenteret stod også for analyse av data og rapportering av resultater. Prosjektlederen i kommunen og de ansatte i hjemmetjenesten var ansvarlig for praksisen rundt utforming og bruken av holdningsplanene.

Prosjektgjennomføring

For de ansatte ved de to arbeidslagene (totalt 16 personer) startet prosjektet med en fagdag. De ansatte ble informert om prosjektet og hva deres rolle i prosjektet skulle være. Opplæringen, på fem timer, bestod av en grunnleggende innføring i demens og de mest vanlige symptomene, om Gundersons teorier innenfor miljøbehandling, og i å utarbeide og bruke holdningsplaner i praksis. Opplæringen ble arrangert to ganger, slik at alle ansatte fikk muligheten til å møte opp uten at dette gikk utover den daglige driften på arbeidsplassen. Sonelederne var også invitert til å delta for at de skulle få muligheten til samme informasjon og opplæring som sine arbeidstakere.

To av prosjektmedarbeiderne fikk opplæring i å bruke kartleggingsverktøy ved intervju av primærkontakter om pasientens funksjonsnivå og grad av livskvalitet. Formålet med dette var å ha en oppdatert kartlegging av hver pasient før arbeidet med holdningsplanen startet. Resultatene fra kartleggingen gav også nyttige data til utforming av holdningsplanene. Kartleggingsverktøyene som ble brukt var: Neuropsychiatric Inventory (NPI), som sier noe

om atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, Klinisk Demens Vurdering (KDV), Personlig-ADL og Instrumentell-ADL, som beskriver personens evne til å mestre allmenne daglige livsfunksjoner, Quality Of Life In Late-stage Dementia (QUALID), som skal fortelle om personens livskvalitet og Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk (IPLOS), som er en obligatorisk del av rapporteringssystemet i Kostra. Skjemaene ble valgt fordi det var disse skjemaene som ble brukt i prosjektet om holdningsplaner i sykehjem hvor Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF deltok.

Pasienter ble plukket ut til deltagelse i prosjektet etter følgende kriterier: Pasientene måtte ha en demensdiagnose, og han/hun måtte motta hjemmetjenester minst fem ganger i uken. Som følge av disse kriteriene ble flere pasienter som kunne hatt god bruk for holdningsplaner ekskludert fra prosjektet. Disse pasientene kan også ha en demenssykdom, men har ikke fått diagnosen enda (symptomene skal være tilstede i minst seks måneder) eller de har kognitiv svikt av en eller annen årsak.

Primærkontakter ble intervjuet og de utarbeidet deretter en holdningsplan til den enkelte pasient ut fra resultatene fra intervjuet, hvor kartleggingsskjemaene nevnt ovenfor ble brukt. Primærkontaktens metoder og løsninger på ulike utfordringer er vesentlig i en holdningsplan. De kjenner pasientene godt og har ofte gode og udokumenterte måter å gå frem på for å oppnå tiltakene som skal gjennomføres i forhold til pasientenes behov. Et viktig formål med holdningsplanene er at pasienten skal oppleve tjenesten mest mulig lik, uavhengig av hvilken pleier som kommer. Dette gjør pleiesituasjonen enklere og tryggere for både pasient og pleier.

Holdningsplanene ble skrevet i eksisterende dokumentasjonssystem. Prosjektleder utarbeidet en mal for hvordan holdningsplanene skulle se ut i Gerica (Se vedlegg 3). Malen skulle være et hjelpemiddel slik at det skulle gjøre det lett å finne frem til og følge med på holdningsplanene for prosjektdeltakerne. Samtidig skulle det ikke være ødeleggende og misvisende for andre ansatte som bruker dokumentasjonssystemet. I samråd med systemansvarlig ble det bestemt at vi ikke skulle "linke" tiltakene i holdningsplanene opp mot tid slik at de kom opp på de daglige arbeidslistene. Vi ønsket å unngå misforståelser fra ansatte som ikke deltok i prosjektet og at det skulle være "rom for endringer" dersom det var usikkerhet blant prosjektdeltakerne på hvordan og hva de skulle skrive i holdningsplanene. Daglig rapport ble IKKE skrevet i holdningsplanene, men i tiltaksplanene som allerede var opprettet og i bruk i Gerica.

Dersom holdningsplanene skulle komme opp på daglige arbeidslister vil det føre til mange sider med arbeidslister i papir til daglig bruk i praksis. Dette kan gi for mye informasjon å forholde seg til for de ansatte som skal arbeide etter disse listene. Taushetsplikten skal også tas hensyn til, og det er ikke alle som trenger å ha innsyn i holdningsplanene. Det er derfor hensiktsmessig at de ikke kommer opp på arbeidslistene.

Planene måtte likevel være lett tilgjengelige for de som skal bruke dem. De ble derfor skrevet ut og hatt i egen perm på kontoret. Ideen var at pleierne skulle kunne lese om pasientene før besøk, slik at de var mest mulig forberedt og klare på hva de skulle gjøre hos den enkelte. Dersom det ble gjort endringer i planene, skulle nye skrives ut og de gamle makuleres. Holdningsplanene ble fulgt i ca to måneder. Fire pasienter ble borte fra prosjektet underveis.

En døde og tre fikk plass på sykehjem. Holdningsplanen og kartleggingsverktøyene er lagret i pasientjournalene.

Det ble underveis i prosjektperioden holdt et par møter i prosjektgruppen hvor fremgang og status ble diskutert. Det ble også bestemt at vi skulle ha en ”inspirasjonsdag”. Vi inviterte Irene Røen fra Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF til å komme for samtale og bistand ved skriving av holdningsplaner. Hun hadde ansvaret for opplæringen om holdningsplaner på fagdagen. Det ble avsatt en halv dag til dette, og det var god oppslutning. Det ble kompensert med lønn eventuelt avspasering for de som møtte opp. Irene har god erfaring med holdningsplaner da hun var en av prosjektlederne ved utprøving av holdningsplaner for personer med demens ved sykehjem.

Vi hadde også refleksjonssamtaler underveis i prosjektet. Da kunne prosjektdeltakerne komme sammen for samtale om hvordan planene skulle utformes, om positive og negative opplevelser og erfaringer. Dette var frivillig.

Evaluering

For å evaluere prosjektet fikk alle ansatte som deltok i prosjektet utdelt et spørreskjema med spørsmål om deres arbeidserfaring og utdanning, samt spørsmål om kompetanse og vurdering av personsentrert omsorg, før opplæring. Ved prosjekt slutt svarte de ansatte på en del av de samme spørsmålene, samt på noen enkle spørsmål knyttet til erfaringer fra prosjektet.

De ansattes erfaring med arbeid med holdningsplaner ble kartlagt gjennom fokusgruppeintervjuer. Det ble arrangert en fokusgruppe for hvert av arbeidslagene som deltok i prosjektet. Hovedtema for fokusgruppeintervjuene var erfaringer knyttet til utarbeidelse av holdningsplanene, bruk av dem og i hvilken grad de opplevde holdningsplaner som et nyttig arbeidsverktøy.

Prosjektleders tanker og erfaringer

Når man skal vurdere behovet for omsorg og behandling for personer med demens, er det vesentlig å ta hensyn til alle symptomene denne sykdommen kan innebære for den enkelte pasient. Symptomene varierer både i styrke og ”synlighet” og i hvor langt personen har kommet i sin sykdomsutvikling. Det er individuelle forskjeller i hvilke faktorer som spiller inn når det gjelder ”triggering” av disse symptomene. Dette vil også variere etter hvilken demenssykdom personen lider av. Når det gjelder hjemmeboende personer, vil jo også arenaen for omsorg og behandling variere i stor grad, og pleieren blir ”gjest” hos den som

skal ha hjelp og behandling. Det er også vesentlig å ta hensyn til at disse pasientene har nedsatte kognitive funksjoner, og evne til å huske og læring er redusert eller fraværende.

For personer med demens er det viktig å kunne ha noen rundt seg som har god kjennskap til dem og hvordan de ønsker å ha det. Hvem de er, hvem og hva de bryr seg om og hva de setter pris på. Dette er nødvendige kunnskaper for personell som skal jobbe i demensomsorgen fordi disse menneskene ikke alltid er i stand til å formidle dette selv.

Holdningsplanene har vist seg å kunne være et godt redskap i datasamlingen og i formidling av kunnskap om den enkelte pasient. Det virker som om det å skulle skrive disse holdningsplanene inspirerte til en ”ny” tenkning og refleksjon rundt eget arbeid hos prosjektdeltakerne. Det å få anerkjennelse for daglig tenkning og utført arbeid er viktig for selvfølelsen og en gir god motivasjon til å ville gjøre en best mulig jobb. Holdningsplanene ga en mulighet for en slik anerkjennelse ved at prosjektdeltakerne skulle skrive ned det de ”vanligvis” gjør i jobben sin, og hvorfor. Miljøtiltakene som allerede er satt i gang hos pasientene skulle begrunnes og settes inn i en teoretisk (Gundersons) ramme.

Arbeidet med holdningsplanene ble innledet med at primærkontaktene ble intervjuet ved bruk av de ulike kartleggingsverktøyene. Intervjustunden ble til en ”god samtale” og det satte i gang refleksjon og motivasjon hos prosjektdeltakerne i forhold til å kunne begynne å skrive holdningsplaner. Kartleggingsskjemaene gir et godt utgangspunkt for å skrive planene da det kommer godt fram hvilke funksjoner det er svikt i hos pasientene og hvorfor de trenger hjelp. Bruken av kartleggingsskjemaene gav en bedre forståelse og en konkretisering av pasientproblemer, og dermed hva man kunne skrive holdningsplanene om. Hvordan det skulle skrives var allikevel en utfordring, da dette er nytt for personalet.

Samtalene/ intervjuene ga også primærkontaktene anerkjennelse for deres kjennskap til pasientene og måter å gå frem på for å få gjennomført tiltakene som for eksempel bistand til frokost eller en dusj. Dette ble trukket frem som gode metoder å ha i en holdningsplan, og at det var verdifulle opplysninger andre kunne gjøre seg nytte av når de var på besøk hos samme pasient.

Å få nye utfordringer/prosjekter å ”bryne” seg på, er utviklende. De ansatte som deltok i dette prosjektet var allerede engasjert i fagfeltet demens. De fikk ny kunnskap som førte til at de så på ting på en annen måte enn tidligere. Det var et genuint ønske om fagutvikling i gruppen, noe som gjorde det enklere å implementere bruk av holdningsplaner i praksis.

Det har vært utfordrende å komme i gang med skrivingen ettersom det er nytt, og ingen helt visste hvordan de skulle gå frem. Når starten først var unnagjort – gikk det bedre og bedre. Det kan være vanskelig å stole på egne avgjørelser når det skal prøves noe nytt. Noe annet som var utfordrende var å finne en måte å formidle holdningsplanene til hverandre på - da disse ikke skulle inn på ”vanlige” arbeidslister. Perm-systemet fungerte, men dette er kanskje å gå et skritt tilbake når det gjelder dagens utvikling. Etter hvert som kommunen får håndholdte enheter (PDA) til bruk for blant annet rapportskriving/lesing og til å føre arbeidslister på, vil det bli lettere å bruke holdningsplanene i praksis. Disse vil da kunne være tilgjengelige slik at en kan lese seg opp på den enkelte pasient når det er aktuelt. Det ble noe

usikkerhet i forhold til oppdatering og kontinuerlig evaluering av planene i prosjektperioden ettersom planene var skrevet ut og ikke var implementert i det "vanlige" datasystem. Dette kan løses med bruken av PDA.

Tid til å gjøre noe nytt var en utfordring for noen. De fleste som deltok formidlet at de hadde lært mye i prosjektperioden. Og kanskje vi har funnet et redskap til bruk i praksis?!

Spørreskjema

Det var totalt 16 personer som svarte på det første skjemaet, før opplæring og 13 personer som svarte på det andre, ved prosjekt slutt (Vedlegg 1 og 2). De tre prosjektdeltakerne som ikke svarte på slutten hadde fravær under hele eller store deler prosjektperioden.

De ansatte som deltok var erfarent pleiepersonell, 6 er sykepleiere, 8 er helsefagarbeidere eller tilsvarende og to har annen profesjon. De har lang erfaring fra hjemmetjenesten (6-10 år i gjennomsnitt) og de aller fleste har jobbet primært med demensomsorg i flere år. Det er to som har videreutdanning i geriatri, og omtrent halvparten har gjennomført demensomsorgens ABC. De fleste oppgir å ha god eller ganske god kompetanse innenfor miljøbehandling, men det er kun to som kjenner til Gundersons teorier ved prosjektstart.

På spørsmålene om personsentrert omsorg uttrykker de fleste at det er fokus på personsentrert omsorg i deres arbeid. De er enige i at de diskuterer hvordan det kan ytes personsentrert omsorg, og at det er teammøter til dette formål. Deltagerne gir uttrykk for at pasientenes livshistorie ikke blir brukt rutinemessig i planlegging av omsorg, de fleste har krysset på alternativet "verken enige eller uenige", men uttrykker at man yter personsentrert omsorg ved at kvaliteten på samhandlingen mellom personal og pasient er viktig, at en har anledning til å endre oppgavene etter pasientenes ønske og at pasientene gis mulighet til deltagelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis. Det er også enighet om at en har nok tid til å yte personsentrert omsorg.

På spørreskjemaet uttrykte deltagerne at opplæringen som var gitt gjennom prosjektet hadde vært god, sammenligning av egenvurdert kompetanse både i miljøbehandling og om Gundersens miljøprosesser ble evaluert signifikant bedre etter prosjektet ($p = 0,05$ for miljøbehandling og $p=0,01$ for Gundersons modellen, analysert med paired sample t-test, SPSS)

På spørsmålene knyttet til miljøbehandling svarte deltagerne likt på de fleste spørsmålene før og etter prosjektet. Det eneste spørsmålet som skilte seg ut var "Brukerne gis mulighet til deltagelse i dagliglivets aktiviteter på individuell basis". På dette utsagnet er deltagerne signifikant mer enig etter gjennomføring av prosjektet ($p=0,03$, paired sample t-test, SPSS).

Mange av deltagerne gir uttrykk for at det var utfordrende å skrive holdningsplanene (54 %), men de fleste sier at det oppleves som et godt virkemiddel for å gi pasientene en meningsfylt

hverdag (85 %) og at det er et nyttig verktøy (92 %). Det er imidlertid bare litt over halvparten som er enige i at holdningsplanene er i aktiv bruk.

Fokusgrupper

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer. I den første gruppen deltok 8 av de 10 personene som inngår i samme arbeidslag. To av de personene som ikke møtte var på vakt. I den andre fokusgruppen deltok tre personer (av totalt 8 personer.) Intervjuene foregikk i lokalene til Utviklingssenter for hjemmetjenester, Hamar. Hver av fokusgruppene varte i 1,5 time. Intervjuene ble tatt opp på bånd og avspilt i etterkant for å sjekke at viktige punkter var kommet med i resymé.

Om utarbeidelse av holdningsplaner

I den første fokusgruppen hadde arbeidslaget utviklet 6-9 holdningsplaner for personer med demens. Totalt har denne gruppen ansvaret for 40-50 pasienter med demensproblematikk, men ikke alle har fått demens diagnose, som var en forutsetning for inklusjon i prosjektet. De personene det ble skrevet holdningsplaner for ble valgt ut av arbeidslaget sammen med deres leder. Typisk for de pasientene det ble skrevet holdningsplaner for, var at de alle hadde bestemte utfordringer som hjemmetjenesten måtte forholde seg til. Eksempler på dette er pasienter som sier de har stelt seg og spist, men som i realiteten ikke har gjort det, eller som misliker eller motsetter seg stell og pleie. Den andre fokusgruppen har utviklet 11-12 holdningsplaner. Begge gruppene har mottatt samme type opplæring og undervisning.

På spørsmål om deltagerne i fokusgruppen kan forklare hva en holdningsplan er, svarer gruppen etter en tenkepause, at det er en slags skreddersydd tiltaksplan, eller en videreføring av tiltaksplan. Denne har et detaljert fokus på den individuelle pasient og sikrer at alle jobber likt eller bruker samme tilnærming til pasienten og dennes spesielle behov for tilpasset hjelp. I den andre fokusgruppen snakker deltagerne om at holdningsplanen hjelper dem til å dokumentere den tause kunnskapen. De forklarer at tiltaksplan er handlingsrettet, mens en holdningsplan er mer opptatt av å se på hele personen, forstå bakgrunnshistorien og beskrive detaljert hvordan pasienten kan hjelpes.

Deltagerne i begge gruppene sier at det var vanskelig å påbegynne arbeidet med å skrive holdningsplanene. Dette forklarer deltagerne i gruppene med at de ikke visste hvordan de skulle gå frem. I Gundersons modell beskrives fem viktige prosesser i et terapeutisk miljø: Trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse. I fokusgruppen kommer det frem at deltagerne syntes det var vanskelig å bestemme hvilken prosess pasientens problemer lå innenfor, og de uttrykker at de gjerne skulle ha hatt mer opplæring i teorien/modellen. Mange av de fem elementene går over i hverandre, og gruppene hadde derfor innledningsvis vært frustrerte over hvilke problemer eller vansker med pasientene som hørte hjemme i de ulike prosessene. For eksempel kunne behov som falt inn under trygghet også ha med støtte å gjøre, litt avhengig av hvordan en betraktet ting. Dette hadde løst seg ved at personene i arbeidslaget var blitt oppfordret til å begynne å skrive ned alt de gjorde fra de kom inn døra til pasienten til

de dro der fra. Dette hadde satt i gang en refleksjonsprosess hos deltagerne i fokusgruppen, og skapt bevisstgjøring i forhold til hva de faktisk gjorde som bare ”satt i henda automatisk”. Dette hjalp til å plassere pasientenes behov innenfor modellen deltagerne hadde fått opplæring i.

Et annet grep for å komme i gang og skrive holdningsplaner var at deltagerne hadde lest hverandres utkast til planer, og at de hadde sittet sammen og diskutert disse. Dette har ført til at de hadde fått skrevet mer og videreutviklet planene underveis til de ble ferdige. Deltagerne i fokusgruppene påpeker at for å skrive holdningsplaner er det viktig å kjenne pasienten godt. I et par tilfeller ble det hentet inn nye opplysninger fra pasientenes pårørende, og dette ble ansett som svært nyttig kunnskap å ha med seg i arbeidet med planen.

Et annet problem med å skrive planene, var å finne tid til dette i en travel hverdag. Det første arbeidslaget fortalte at de brukte lunsjpausene sine godt. Det kommer frem at deltagerne i fokusgruppen ikke er veldig vant til å formulere seg skriftlig, men de betrakter seg mer som praktikere, som gjør ting. Når de i dette prosjektet ble oppfordret til å reflektere rundt hva de gjør hos pasienter, kom de etter hvert i gang med dette og synes at de hadde kommet mye lengre i å forstå pasientenes behov, og hvilke praktiske grep som ble brukt for å løse ulike situasjoner med pasientene. En deltager i fokusgruppen uttrykker dette slik:

«Før vi begynte å lage holdningsplaner, tenkte jeg ikke så mye over hva jeg gjorde, og hvordan jeg løste oppgaver hos brukerne, men jeg bare gjorde ting, kanskje basert på vane, og årevis med erfaring. Da jeg ble bedt om å skrive ned alt, og leste igjennom, begynte jeg å spørre meg selv hvorfor jeg gjorde sånn og slik »

Om bruk av planene

Å få skrevet ned gode grep hos pasienter og få dette ned på detaljningsnivå, har vært viktig spesielt når det kommer vikarer eller andre ansatte i hjemmetjenesten innom som ikke kjenner denne pasienten så godt. Da får de lettere utført sine oppgaver, og pasienten vil oppleve trygghet ved at de sammen rutinene praktiseres.

Deltagerne i fokusgruppene fortalte at holdningsplanene ikke er videreutviklet etter de ble ”ferdige”. Dette er en utfordring når pasienter med demens får nye plager/problemer eller at demens problemene tiltar. En deltager på fokusgruppen fortalte:

«Vi vil jo gjerne promotere holdningsplanene våre. De er jo et nyttig verktøy for å skape trygghet. Vi som jobber med demente, opplever at pasientens tilstand kan endre seg raskt, andre ganger er det stabilt over lang tid, men så kan tilstanden plutselig forverres. Og da må jo handlingsplanene oppdateres, men dette er ikke gjort til nå»

Det er foreløpig ikke etablert rutiner for hvordan de skal oppdatere planene, og det mangler et system på hvordan dette skal gjøres. For eksempel så undrer deltagerne seg over om de skal ”spare” på den første holdningsplanen og bygge videre/videreutvikle denne, eller lage helt nye planer og dermed slette gammel informasjon. Et problem her er også tid, og finne tid til å

jobbe videre med planene. Deltagerne diskuterte også hvordan holdningsplanene ble oppbevart. Disse står i permen på et kontor, og det er rutiner for at disse skal leses av vikarer, men planene ligger foreløpig ikke i Gerica. Deltagerne i fokusgruppene mente at det er behov for å finne løsninger i Gerica om man skal fortsette med holdningsplanene.

Erfaringer

Deltagerne i fokusgruppene bekrefter at de tenker annerledes rundt pasienten etter arbeidet med holdningsplanene. De fikk en bredere kjennskap til pasientene etter at de samle inn mer informasjon. Et eksempel er en pasient der hjemmetjenesten snakket med pårørende. En deltager forteller:

«... er en eldre dame som mange av oss i hjemmetjenesten synes det er vanskelig å komme hjem til. Hun er lite hyggelig og hadde vel helst sett at det ikke kom noen inn til henne. Så kom det for en dag at ... er veldig glad i klassisk musikk og at hun i sine yngre år hadde vært flink til å spille et instrument selv. Da vi kom hjem til henne, snakket vi ofte med henne om dette, og vi satte på musikken hun likte. Dette gjorde jobben vår mye enklere og ... var mye mer fornøyd.»

Deltagerne i fokusgruppen påpeker at for nye pasienter er det viktig å samle inn personlige opplysninger og informasjon tidlig. Disse opplysningene kan hjelpe hjemmetjenesten i måten de går frem på ovenfor pasientene og samtidig få tydeligere frem pasientenes behov.

I fokusgruppene kommer det opp et moment omkring mestring. I Gundersons modell er det lagt vekt på mestring, og arbeidslagene har jobbet med å la pasienten gjøre mest mulig av det de kan klare å gjøre selv. Hvis en pasient ikke klarer å vri opp kluten, men klarer å vaske seg under armene selv, så skal pasienten få anledning til å gjøre dette. I fokusgruppen sier flere deltagere at de kunne ha gjort denne vasken mye raskere selv, men at dette har noe med å ivareta pasientens verdighet, og at de får lov til å ivareta det potensialet de har. I fokusgruppen trekkes det også frem et annet eksempel med en pasient som har dårlig selvtillit. Denne fikk tilpasset hjelp til å mestre mer på egenhånd, og det virket positivt inn på pasienten, som ble gladere og mer tilfreds. Ved å fokusere på mestring sier deltagerne på fokusgruppen at de har sett resultater av å jobbe mer med "henda på ryggen", at det har bevisstgjort dem på hva det betyr for pasientene å klare seg selv, og bruke det de har av kapasitet til egenomsorg og mestring, fremfor at hjemmetjenesten gjør dette for dem. Deltagerne i fokusgruppen gjentar at det tar lengre tid på denne måten. De instruerer for eksempel enkelte av pasientene til å ta på seg ett og ett plagg. Dette tar mye mer tid enn hvis de ansatte i hjemmetjenesten bare hadde gjort det for dem, men deltagerne i fokusgruppen ser at det er en vinning hos pasienten ved å gjøre mest mulig selv.

På spørsmål om holdningsplanene har ført til at pasientene har fått mer meningsfulle liv, nøler begge gruppene litt med å svare. De mener at planene er et godt verktøy som beskriver hvordan stell og pleie skal organiseres og tilrettelegges, men en slik plan gjør ingen store forandringer i pasientenes liv. Det nevnes at mange pasienter ikke kommer seg ut. For å leve

meningsfulle liv, påpeker deltagerne på fokusgruppene at pasienten må kunne ha mulighet til å omgås andre mennesker. Mange er for dårlige til å bli inkludert i dagtilbud, og de kan ikke gå utenfor hjemmet uten å ha med seg en person som kan følge dem. Mange pasienter blir derfor sittende hjemme uten kontakt med andre mennesker. Deltagerne i fokusgruppen diskuterer om det er best å ivareta personer med demens i deres eget hjem, eller om de har det best på institusjon. I hjemmetjenesten får de ikke sørget for pasientene hele tiden. Hvis de hadde vært der hele tiden (slik som på sykehjem) kunne de ha gjort mer for pasientene og blant annet sørget for at de hadde fått sosial kontakt og kommet seg ut. Med litt humor og selvrefleksjon sier deltagerne i fokusgruppen at de ikke må få sine pasienter for spreke heller. En deltager sier:

«Jo mer de klarer selv, jo farligere blir de også. Ett eksempel på dette er en person som begynte å mestre mer og fikk god selvtillit. Han startet å gå på turer selv, men på grunn av demensplagene, fant han jo ikke veien hjem igjen til huset sitt.»

Oppsummering

For å få til vellykkede holdningsplaner er det viktig å ha god kunnskap om demens og ta seg tid til å bli kjent med pasienten. Flere pasienter kan nekte eller motsette seg å ta i mot hjelp, noe som gjør det ekstra viktig å skape god og trygg relasjon til hjemmetjenesten. Deltagerne på fokusgruppene sier at de opplever at pasienter som er mer fornøyde etter at de fikk skrevet holdningsplaner for dem, fordi pasientene klarer mer selv, og at de ansatte er blitt mer bevisst på egenmestring. I tillegg gjør det at de ansatte er mer reflektert over hva de gjør, hvorfor de arbeider som de gjør. Dette gir muligheter for å finne felles løsninger eller tenke nytt rundt hvordan hjelp og stell kan tilrettelegges for personer med demens.

Holdningsplanene har vært et godt verktøy for å gå gjennom pasientenes behov og muligheter. De ulike prosessene i Gundersons modell fremstår imidlertid som litt overlappende og ikke helt tilpasset hjemmetjenestens hverdag, som er preget korte besøk. En videreutvikling av modellen og forklaringer til hva som kjennetegner situasjoner i de ulike prosessene tilpasset personer med demens i hjemmetjenesten kan være et godt utgangspunkt for videre arbeid med holdningsplaner i hjemmetjenesten.

Konklusjon

I følge evalueringen har de ansatte fått økt sin kompetanse, men de ansatte påpeker imidlertid at de ikke er trygge nok i å skrive holdningsplaner. Prosjektperioden var kort, fra de begynte å skrive holdningsplaner til evalueringen startet, gikk det kun tre måneder.

Om holdningsplaner er et egnet miljøtiltak i hjemmetjenesten er vanskelig å svare på. Arbeidet med holdningsplanene har gjort at de ansatte er reflektert i forhold til hva de gjør når de er hos pasienten og hvorfor. Vi kan imidlertid konkludere med at det er store utfordringer med å få til gode aktivitetstiltak i og med de ansatte i hjemmetjenesten er på besøk til pasientene en kort tidsperiode i løpet av dagen. Konteksten er forskjellig fra sykehjemmene.

Fokuset i hjemmetjenesten må derfor bli å være bevisst på hva som er mulig å få til på begrenset tid.

Det er utarbeidet et verktøy til idébanken, en metodebeskrivelse (vedlegg 4). Den beskriver kort hvordan man utvikler en holdningsplan på bakgrunn av Gundersons teori. Det kan imidlertid være nyttig å videreutvikle modellen slik at den blir mer tilpasset hverdagen i hjemmetjenesten. Det er derfor ikke lagt ned store ressurser i denne, blant annet den grafiske utformingen av metodebeskrivelsen.

Referanser

Engedal K, Haugen P.K (2006) *Demens -fakta og utfordringer en lærebok*. Aldring og helse

Gjevjon E R, Romøren T I, Kjøs BØ, Hellesø R (2012) *Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes*. Journal of Nursing Management. DOI: 111/j.1365-2834.2012.01366.x

Gunderson JG. (1978) *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*. Psychiatry 41(4):327-335

Helse- og omsorgsdepartementet: Demensplan 2015 "Den gode dagen". Delplan til Omsorgsplan 2015

Henriksen A.T, Smedvik K, Østebø G, Aanderaa M, Tytlandsvik M, Dahle A.S, Hammervold U, Stokka M, Haaland T og Bloch Thorsen G-R (2011) *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Rokstad A.M.M og Smebye K.L (2008) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Akribe forlag

Røen I. og Storlien M.S. (2012) Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe- og ledelsesnivå. I: Rokstad A.M.M. (red.) *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Forlaget Aldring og helse

Selbæk G, Hogset L (2010) ”*IPLOS og kartlegging av tjenestebehov hos hjemmeboende med kognitiv svik*”.

Selbæk G, Kirkevold O, Engedal K. (2007) *The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes*. Int J Geriatr Psychiatry; 22(9):843-849.

Solberg, K.O (2009) *Demens hos personer med utviklingshemming Demensomsorgens ABC Studiehefte 8, perm 1. 2. utgave*. Forlaget Aldring og helse.

Stenhaug A, Helseth A (2012) *Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune per 01.01.12*

Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J (1993). *Dementia care creating a therapeutic milieu*”. J Gerontol Nurs; 19(10):30-39.

www.ssb.no/kostra

www.hamar.kommune.no

www.helsedirektoratet.no

www.aldringoghelse.no

Vedlegg

Vedlegg 1:

Nr.

STRUKTURERT MILJØBEHANDLING I HJEMMETJENESTEN

Grunnlagsdata:

	Under 1 år	1 - 5 år	6 - 10 år	11 - 15 år	mer enn 15 år
Antall år du har arbeidet i hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Under 1 år	1 - 5 år	6 - 10 år	11 - 15 år	mer enn 15 år
Hvor lenge har du primært arbeidet med personer med demens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	100 %	75 - 99 %	50 - 74 %	25 - 49 %	mindre enn 25 %
Stillingsstørrelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrke	Sykepleier		Hjelpepleier Omsorgsarbeider Helsefagarbeider		Annet
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ingen	Psykiatri	Geriatrici	Annet	
Videreutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nei			
Har du deltatt i demensomsorgens ABC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Inntil 5 dager	6 - 10 dager	over 11 dager		
Har du vært på andre kurs (enn demensomsorgens ABC) innenfor demensomsorgen de siste 3 årene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Meget god	Ganske god	God	Ganske dårlig	Dårlig
Hvordan vil du beskrive din kompetanse innenfor miljøbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget god	Ganske god	God	Ganske dårlig	Dårlig
Hvordan vil du beskrive din kompetanse om Gundersons miljøprosesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om personsentrert omsorg:

	Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1. Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte personsentrert omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vi har regelmessige teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi brukerne omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Brukernes livshistorie brukes rutinemessig i planleggingen av omsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og brukeren er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi har anledning til å endre oppgavene etter brukernes ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Brukerne gis mulighet til deltagelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Brukernes behov vurderes daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har faktisk ikke tid til å yte personsentrert omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!

STRUKTURERT MILJØBEHANDLING I HJEMMETJENESTEN

	Meget god	Ganske god	God	Ganske dårlig	Dårlig
Hvordan vil du beskrive din kompetanse innenfor miljøbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan vil du beskrive din kompetanse om Gundersons miljøprosesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæringen som ble gitt gjennom prosjektet var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om personsentrert omsorg og arbeid med holdningsplaner:

	Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte personsentrert omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi har regelmessige teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi brukerne omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukernes livshistorie brukes rutinemessig i planleggingen av omsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og brukeren er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi har anledning til å endre oppgavene etter brukernes ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerne gis mulighet til deltagelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukernes behov vurderes daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har faktisk ikke tid til å yte personsentrert omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det har vært enkelt å skrive holdningsplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holdningsplanene er aktivt i bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holdningsplaner er et godt virkemiddel for å gi brukere en meningsfylt hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever holdningsplaner som et nyttig verktøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 3:

Mal for skriving av holdningsplaner

Planen skrives under området

KOGNITIV FUNKSJON OG SANSEFUNKSJON i tiltaksplanen

De fem variablene fra Gundersons teori skrives i fritekst feltet under ny situasjon, og situasjon og mål beskrives grundig.

TRYGGHET: Farlige situasjonen avverges ved hjelp av tilsyn og tilrettelegging. "bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll.

STØTTE: Bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten føler seg bedre, er mer fornøyd og øker selvfølelsen. Reduksjon av angst, mestring, opplevelse av tillit, trygghet og egenverd, er her viktige stikkord.

STRUKTUR: Tiltak som gjør tjenesten forutsigbar og trygg både for pasienten og for omsorgsgiver.

ENGASJEMENT: Innebærer at personen aktiveres og gis mulighet til delaktighet sosialt miljø både innenfor og utenfor hjemmet.

BEKREFTELSE: Er bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bekrefter pasientens individualitet og egenart (Gunderson 1978).

Deretter legges passende tiltak fra listen under pleie og omsorg utenfor institusjon under, som vanlig, men uten å feste disse til tidspunkter. Da kommer dette kun som dokumentasjonsmulighet, og ikke som tiltak på arbeidslister.

På prosedyren til tiltakene kan den detaljerte beskrivelsen i holdningsplanene stå beskrevet under riktig tiltak. Da blir dette enkelt å finne frem til.

Dersom det gjøres endringer i holdningsplanene (prosedyre), bør tiltaket avsluttes og evalueres. Deretter kan man opprette et nytt tiltak og en ny beskrivelse/prosedyre.

Dette blir som om å lage en ny tiltaksplan under området kognitiv funksjon og sansefunksjon, men det tillater vi oss i prosjektperioden.

Rapport skrives under tiltak i tiltaksplanen, som før.

Vedlegg 4:

Strukturert miljøbehandling i hjemmetjenesten: Holdingsplaner – en metodebeskrivelse

I enhver form for miljøbehandling har personalet en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter, involverer og verdsetter det enkelte menneske (Gunderson 1978).

Holdningsplanen er en variant av den klassiske pleieplanen. Det er en forutsetning at de som skal utarbeide en holdningsplan etter denne brosjyren, vet om prinsippene i det å skrive en pleieplan. Holdningsplanen er individuell og beskriver, i likhet med pleieplanen, pasienters situasjon, tiltak og mål.

Holdningsplanen skal sikre at hjemmeboende personer med demens får et best mulig tjenestetilbud. Tjenesten skal være tilpasset deres individuelle behov for omsorg og pleie, uavhengig av hvilke tjenesteytere som kommer. Målet er at brukeren ivaretas og opplever mestring og egenverdi.

Det er nødvendig å samle inn relevante opplysninger om pasientens helsetilstand, behov og pasientens opplevelse av sin situasjon før utarbeidelse av planen. En god relasjon mellom pleier og pasient/pårørende er en forutsetning for innsamling av gyldige og tilstrekkelig data. Holdningsplanen skal revurderes og endres i tråd med pasientens behov til enhver tid.

Det som skiller holdningsplanen fra en annen pleieplan er at tiltakene skal sorteres under John G. Gundersons (1978) fem prosesser for god miljøbehandling: trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse.

Beskrivelse av de fem prosessene basert på Gundersons teori:

TRYGGHET innebærer bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll.

Trygghet er nødvendig i omsorgen for personer med demens på grunn av den kognitive svikten. Farlige situasjonen avverges ved hjelp av tilsyn og tilrettelegging. Eksempler på tiltak under trygghet kan være å sørge for oversiktlige omgivelser slik at pasienten finner fram i eget hjem.

STØTTE er bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at bruker føler seg bedre, er mer fornøyd og øker selvfølelsen.

Reduksjon av angst, og opplevelse av mestring, tillit, egenverd og en meningsfull hverdag er viktige stikkord. Eksempel på støttende tiltak er at bruker selv utfører aktiviteter som vedkommende mestrer. Kommunikasjon er også en viktig støttefunksjon.

STRUKTUR er tiltak som gjør tjenesten forutsigbar og trygg både for bruker og for omsorgsgiver.

Struktur innebærer oversikt over døgnrytme og aktiviteter som er tilrettelagt den enkeltes behov. Mest mulig kontinuitet i når bruker får besøk av hjemmetjenesten er et eksempel. Et annet eksempel kan være en plan for dagaktivitetstilbud eller andre faste aktiviteter.

ENGASJEMENT innebærer at bruker aktiveres og gis mulighet til delaktighet i et sosialt miljø både innenfor og utenfor hjemmet.

Dette krever at brukeres livshistorie og interesser er kartlagt. Engasjement er bruk av gjenværende ressurser i hverdagsutfordringene brukeren møter. Eksempel er dagsenter, sang, tur i hagen.

BEKREFTELSE dreier seg om bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bekrefter pasientens individualitet og egenart.

Dette innebærer å anerkjenne bruker med grunnlag i den personen han er og det livet han har levd. Bakgrunnsopplysninger om pasienten blir her vesentlig.

Hvordan skrive en holdningsplan?

- 1) De fem prosessene i Gundersons teori blir overskrifter i pasientens situasjon. Her kommer også pasientens problem fram, og det konkretiseres hva pasienten trenger hjelp til. Opplysninger samlet inn innenfor de fem prosessene og hvorfor pasienten har et behov innenfor denne prosessen skal beskrives. Her er det viktig med pasientopplysninger fra både nåtid og fortid. Pårørende er ofte en god kilde til informasjon.
- 2) Målsettingen i forhold til tiltakene som settes i gang skal dokumenteres grundig for hvert av de fem prosessene som er aktuelle. Det er ikke sikkert at alle pasienter trenger hjelp i forhold til alle de fem prosessene i sin holdningsplan. Det er viktig at målene er realistiske og oppnåelige.
- 3) Deretter beskrives passende tiltak. Det skal være en detaljert beskrivelse av hvordan tjenesten utføres og hvorfor. Dette kan dreie seg om alt fra hvordan det skal kommuniseres for å oppnå ønsket mål, til hvilken rekkefølge ting skal gjøres i. Det kommer an på hvilke tiltak som settes i gang og begrunnelsen for tiltakene. Det er ikke alle tiltak som krever like detaljerte beskrivelser. Dette må vurderes fortløpende.
- 4) Rapport og evaluering av tiltakene gir god dokumentasjon på hvilke tjenester som er utført og hvorfor. For at pasientene skal kunne være sikret en best mulig hverdag er det viktig at holdningsplanen til enhver tid er oppdatert.

Hamar kommune – Utviklingscenter for hjemmetjenester, Hedmark

Finsalveien 3

2322 Ridabu

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)