

TILTAKSPAKKE DEMENS

Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende

Evalueringsrapport fra syv kommuner

Birgitte Nærdal



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste



Tiltakspakke demens

Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med
demens og deres pårørende

Evalueringsrapport fra syv kommuner

Birgitte Nærdal

Bakgrunn for prosjektet «Tiltakspakke demens»	4
Utredning av demens hos hjemmeboende personer	4
Tiltakspakke demens – oppstart i Grimstad	5
Tiltakspakke demens.....	7
Hvordan får pasienter og deres pårørende tilbud om tjenesten Tiltakspakke demens?.....	8
Primærkontaktens rolle og ansvar	8
Månedlige oppfølgingsbesøk.....	9
Personopplysningsskjema – Min historie	10
Sjekklisten – for å sikre kontinuitet og dokumentasjon	11
Erfaringer fra Grimstad – økt kvalitet på tjenesten.....	12
«Gode pasientforløp»	13
Prosjekt Tiltakspakke demens – gjennomføring i syv kommuner.....	14
Deltakere i prosjektet	14
Opplæring, veiledning og statusoppdateringer.....	14
Kartlegging før prosjektstart	15
Midtveisrapport	16
Evalueringsmøte med prosjektleder	17
Erfaringer fra prosjektet – prosjektkommunenes evaluering	19
Systematisk oppfølging	19
Erfaringer med primærkontaktrollen.....	20
Å formidle egne erfaringer til andre som ønsker å anvende Tiltakspakke demens	21
Utfylling av personopplysningsskjema - Min historie	21
Personsentrert omsorg.....	22
Organisering av oppfølgingsbesøk	22
Dokumentasjon er tidkrevende	23
Tid per besøk.....	24

Tiltakspakke demens – også etter prosjektperioden?	24
Prosjektoppsummering.....	25
Kompetanse og kunnskap satt ut i praksis.....	25
Tidkrevende og ressursknapende.....	25
Å være primærkontakt	26
Ledelsens betydning.....	26
Veien videre.....	27
Referanser	28
Vedlegg	29
Vedlegg 1	30
Vedlegg 2.....	31
Vedlegg 3	34
Vedlegg 4.....	36
Vedlegg 5	44
Vedlegg 6	45

Bakgrunn for prosjektet «Tiltakspakke demens»

I henhold til St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) er det et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem.

Denne rapporten handler om «Tiltakspakke demens» – en systematisk og individuelt tilpasset oppfølgingsmodell for hjemmeboende personer med demenssykdom og deres pårørende. Tiltakspakke demens ble utviklet av Grimstad kommune. Den bygger på prinsippene for personsentrert omsorg (Tretteteig & Røsvik, 2016), og innebærer at alle hjemmeboende pasienter med demens i kommunen får oppnevnt en primærkontakt fra kommunenes hjemmebaserte tjenester. Primærkontakten foretar månedlige oppfølgingsbesøk så lenge pasienten bor i eget hjem. Målet med regelmessig kontakt og oppfølging er at personer med demens skal ha det best mulig i eget hjem. Tett systematisk oppfølging kan hindre unødige innleggelser i sykehus samt utsette at pasienten må flytte på sykehjem.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse gjennomførte i 2015 Tiltakspakke demens som et prosjekt i syv kommuner. Prosjektet var vellykket, og etter prosjektslutt ønsket flere av kommunene å fortsette med Tiltakspakke demens. Rapporten tar for seg resultatene fra dette prosjektet.

Utredning av demens hos hjemmeboende personer

Demens er en progredierende hjernesykdom som kjennetegnes av kognitiv svikt og nedsatt funksjon i dagliglivets aktiviteter. En demenssykdom vil påvirke livssituasjonen til personene med demens og deres pårørende (Engedal, 2016). I følge Demensplan 2020 er det over 77 000 personer med demens i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Mer enn halvparten av disse bor i eget hjem (Engedal et al., 2009).

I forbindelse med Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a) ble det fokus på å utvikle og ta i bruk metodiske modeller for utredning og diagnostisering av personer hvor det foreligger mistanke om en demenssykdom. Dette fokuset har medført at stadig flere personer får diagnostisert demenssykdom tidlig i sykdomsforløpet. I kjølvannet av dette har det også blitt et større fokus på nødvendigheten av god oppfølging og behovskartlegging etter diagnostisering av

demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Oppfølging av personer med demens er et kommunalt ansvar og alle kommuner plikter å tilby en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Stadig flere kommuner ansetter nå demenskoordinator og/eller setter sammen demensteam/hukommelsesteam for å sikre god demensomsorg (GjØra, Kirkevold, & Eek, 2015). Demensteamet har som mål å følge opp pasienten og deres pårørende. Teamet sørger for at informasjon om personen med demens sitt hjelpebehov innhentes, samt at pårørendes belastning og behov kartlegges. Hensikten med en bred utredning etter en demensdiagnose er at aktuelle hjelpetiltak vurderes og igangsettes. Rapporten «Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling» presiserer allikevel at «det finnes stor variabilitet i hvordan demensteamene er organisert, arbeider og hvilken tid de har til demensarbeid» (Michelet, 2015:39). I praksis varierer altså tilbudet fra demensteamene fra kommune til kommune. Faktum er at kommunene i mange tilfeller setter av relativt lite ressurser til demensomsorg og at demensteamenes ressurser må styrkes for at tjenesten skal fungere optimalt (Michelet, 2015).

Erfaringer fra flere utviklingsprosjekter i Demensplan 2015 og fra fagmiljøene i spesialisthelsetjenestene og kommunene viste at det var behov for å tilby pasient og pårørende en mer systematisk oppfølging etter at en demensdiagnose var satt. Demensplan 2020 legger derfor særlig vekt på fleksible og individuelle pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud. Planen presiserer at dette er nødvendig for å kunne følge pasientens demensforløp og kunne sette inn riktig hjelp til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Tiltakspakke demens – oppstart i Grimstad

Grimstad kommune ansatte høsten 2008 en demenskoordinator i prosjektstilling. Bakgrunnen for ansettelsen var at kommunen var modellkommune innenfor satsningsområdene: «Utredning og diagnostisering», «Dagaktivitetstilbud» og «Pårørendeskole» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b). Flere personer enn tidligere år ble i satsingsperioden 2008-2010 utredet for demens og fikk en demensdiagnose.

Grimstad kommune erfarte at personer med demens ofte ble innlagt sykehus på grunn av underernæring, dehydrering og infeksjoner. Mange ble innlagt på sykehus flere ganger av samme årsak. Disse erfaringene var en utløsende faktor i arbeidet med å forbedre tilbudet til denne pasientgruppen. Hvordan skulle hjemmebaserte tjenester arbeide for å være i forkant av slike

hendelser? Hvordan unngå unødvendige innleggelser i sykehus på grunn av underernæring, dehydrering og infeksjoner?

Da St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) ble varslet, med iverksettelse 1. januar 2012, startet Grimstad kommune prosessen med å utarbeide en arbeidsmodell som kunne sikre en tettere oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Demenskoordinator og demensteamet i kommunen hadde erfart at mange pasienter hadde behov for tettere oppfølging enn det demensteamet kunne gi dem.

Demensteamet i Grimstad kommune følger opp pasienter som de utreder hver 6. måned. I tillegg tilbyr de sporadisk veiledning og rådgiving til pasienter og deres pårørende. Tidlig i sykdomsforløpet kan dette bety at personer med demens kun får tilbud om hjelp til medikamenthåndtering og eventuelt tilbud om tilrettelagte dagaktivitetstilbud. Å gi en enda tettere oppfølging slik at pasientene får rett behandling og hjelp til rett tid slik Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) legger opp til, viste seg være en utfordring for demensteamet.

Demenskoordinatoren i Grimstad kommune utviklet derfor, i samarbeid med demensteamet og kommunens hjemmebaserte tjenester, en modell for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Modellen kalles «Tiltakspakke demens».

Tiltakspakke demens

Tiltakspakke demens er en modell som innebærer en strukturert, faglig og individuelt tilpasset oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Målet er at personer med demens skal få bo lengst mulig i eget hjem, og at pasient og pårørende skal oppleve trygghet og støtte gjennom det samlede tjenestetilbudet. Modellen bygger på prinsippene for personsentrert omsorg (Tretteteig & Røsvik, 2016). Tiltakspakke demens er en kommunal tjeneste som innebærer at:

- Personer med demens som har fått innvilget tjenesten 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 en 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.

I første del av sykdomsforløpet vil Tiltakspakke demens ofte være pasientens og pårørendes eneste kontakt med kommunens hjelpeapparat. Etter hvert som sykdommen utvikler seg og hjelpebehovet øker, vil Tiltakspakke demens komme i tillegg til andre kommunale tjenester. Tiltakspakke demens er aktuell for hjemmeboende personer med demens frem til pasienten ikke lenger kan bo hjemme.

Tiltakspakke demens er forankret på administrativt nivå i kommunen. Dette innebærer at kommunalsjef for helse- og omsorgssektoren i Grimstad befestet tjenesten slik at Bestillerenheten kunne fatte vedtak og tildele pasienten Tiltakspakke demens. Dette sikrer at alle personer med demens og deres pårørende som ønsker denne tjenesten kan søke om den.

Hvordan får pasienter og deres pårørende tilbud om tjenesten Tiltakspakke demens?

Demensteam, pasientens fastlege og pasient/pårørende kan søke om tjenesten Tiltakspakke demens.

Når en pasient med en demenssykdom er utredet av demensteamet i kommunen, skriver demenskoordinator en rapport der hun eventuelt anbefaler at pasienten får innvilget tjenesten Tiltakspakke demens. Kommunens Bestillerenhet fattet vedtak på tjenesten, og informerer hjemmebaserte tjenester og pasientens fastlege om vedtaket. Vedtaket innebærer at Tiltakspakke demens inngår i pasientens tiltaksplan.

Det gis også informasjon om Tiltakspakke demens til pasienter og deres pårørende gjennom Demensteamet, ved vurderingsbesøk av Bestillerenheten og ved årlige «Helsefremmende hjemmebesøk» til alle innbyggere over 78 år. Dessuten informerer ansatte i hjemmebaserte tjenester og fastleger om tjenesten til aktuelle pasienter og deres pårørende.

Primærkontaktens rolle og ansvar

Det er fagleder eller avdelingsleder ved hjemmebaserte tjenester som oppnevner en primærkontakt til den enkelte pasienten. Hensikten med én primærkontakt er at primærkontakt skal bli godt kjent med pasienten og de pårørende. Dette gjør det mulig for primærkontakten å gjøre observasjoner av pasientens helsetilstand og demensforløp, noe som kan bidra til at riktig og rask behandling iverksettes til riktig tid. Hensikten med én primærkontakt er også at pasienten og de pårørende skal oppleve trygghet, forutsigbarhet og, ikke minst, kontinuitet i tjenestetilbudet. Oppfølgingsbesøket gjennomføres derfor av samme primærkontakt hver gang. Oppfølging av personer med demens er viktig ettersom demens er en progredierende sykdom. Demenssykdommene utvikler seg i ulikt tempo og med ulike symptomer. Det må derfor jevnlig vurderes om det er behov for å gjøre endringer i behandling eller hjelpetiltak. Primærkontakt vil opparbeide seg god kjennskap til pasientens hjemmesituasjon, og kan således sammenlikne situasjonen fra forrige oppfølgingsbesøk ved å vurdere endringer i pasientens demensutvikling. Primærkontakt vil også kartlegge hvordan de pårørende opplever situasjonen og dermed se når nye hjelpetiltak må settes inn. Pårørendes belastning og opplevelse av situasjonen varierer fra person til person og over tid. Dette må tas med i vurderingen av hjelpetilbud.

Primærkontakten skal ha kompetanse på demens. Ansatte i Grimstad kommune har gjennom mange år gjennomført Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. ABC-opplæringen driftes av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Demensomsorgens ABC er spesielt utviklet for å formidle oppdatert kunnskap om demenssykdommer og god demensomsorg til kommunalt ansatt helse- og omsorgspersonell. ABC-opplæringen innebærer en arbeidsform med faglige dialoger og refleksjon i tverrfaglige studiegrupper. Demensomsorgens ABC består av tre deler: studiehefter, studiegrupper og seminarer (2 dagsseminar per perm/år) (Døble & Kirkevold, 2015). Den kunnskap som de ansatte tilegnet seg gjennom ABC-opplæringen, ønsket kommunen å bruke målbevisst. Helsearbeidere som hadde gjennomført Demensomsorgens ABC fikk derfor i oppgave å være primærkontakter for pasientene som fikk innvilget Tiltakspakke demens. På denne måten ble de ansattes kompetanse verdsatt og de ansatte opplevde å få bruke sin kompetanse. For å støtte primærkontaktene i arbeidet med å utføre Tiltakspakke demens, er demensteamets medlemmer veiledere for primærkontaktene ved behov. Demenskoordinator arrangerer videre egne samlinger for primærkontaktene hvor de får mulighet til å dele erfaringer og reflektere sammen.

Pasientenes fastlege blir informert av kommunens Bestillerenhet om at pasienten er innvilget tjenesten Tiltakspakke demens. Pasientens fastlege er en viktig samarbeidspartner i all oppfølging, og primærkontakten skal gi fastlegen beskjed om endringer i pasientens tilstand via PLO-meldinger; felles elektronisk meldingssystem mellom fastlege, kommune/hjemmebaserte tjenester og spesialisthelsetjeneste/sykehus. Øvrig kommunalt helse- og omsorgspersonell holdes fortløpende oppdatert gjennom skriftlige rapporter i kommunens journalsystem og også gjennom muntlige rapporter.

Pasient og pårørende kan ta kontakt med primærkontakt ved behov.

Månedlige oppfølgingsbesøk

Hensikten med regelmessige oppfølgingsbesøk er å kunne følge med på pasientens demensutvikling, for så å kunne sette inn riktig hjelp til riktig tid. Ved regelmessige besøk i hjemmet vil pasientens behov synliggjøres og pasientens pårørende høres. Oppfølgingsbesøkene foregår en gang i måneden og har en times varighet.

Ved oppfølgingsbesøket er det ønskelig at pasient og nærmeste pårørende er til stede. Derfor er det viktig at pårørende kontaktes i forkant for å lage en avtale om besøket. Pårørendes tilstedeværelse er særlig viktig ved førstegangs hjemmebesøk. Dersom pårørende ikke har anledning til å være til stede ved oppfølgingsbesøkene, vil primærkontakten ta en samtale med pårørende over telefon.

Ved første hjemmebesøk informerer primærkontakten om tjenesten Tiltakspakke demens, og gjennomgår med pasient og pårørende informasjonsbrevet fra Bestillerenheten (vedlegg 1) som pasienten har fått sammen med vedtaket. Under det første besøket og påfølgende oppfølgingsbesøk vil det bli vurdert om pasientens hjelpetilbud er tilstrekkelig. Denne vurderingen baserer seg på en kartlegging av utvikling av sykdomsforløpet. Fysisk og psykisk tilstand, ernæring, hygiene, medisiner samt sikkerhet i hjemmet er også fokus i kartleggingen. Selve kartleggingen tar utgangspunkt i personopplysningsskjemaet «Min historie» og en sjekkliste – to sentrale komponenter i Tiltakspakke demens. Disse beskrives i det følgende.

Personopplysningsskjema – Min historie

Grimstad kommune har som mål å gi en tjeneste med god kvalitet tilpasset den enkeltes individuelle behov. Personopplysningsskjema Min historie er sentralt i arbeidet for å nå dette målet. I Grimstad kommune brukes Min historie i hjemmebaserte tjenester, på institusjonene og ved dagsentrene.

Ved første oppfølgingsbesøk informerer primærkontakt om personopplysningsskjemaet Min historie (vedlegg 2) og opplyser pasient og pårørende om hvor viktig det er for primærkontaktene å kjenne pasientens livshistorie for å kunne gi tilpasset hjelp. I tidlig fase av en demenssykdom kan personen selv svare på spørsmålene i skjemaet, men etter hvert som sykdommen utvikler seg er de pårørende en viktig informasjonskilde. I den grad det er mulig fylles skjemaet ut av personen selv, eventuelt i samarbeid med pårørende. Hvis dette ikke er mulig fylles det ut av pårørende eller annen nærstående person sammen med primærkontakt. Opplysningene fra skjemaet føres inn i elektronisk pasientjournal slik at ansatte i hjemmebaserte tjenester kan bli kjent med pasientens historie.

Hensikten med personopplysningsskjemaet Min historie er at primærkontakt skal få nok informasjon til å kunne hjelpe personen til å opprettholde identitet og selvbylde, og at gode opplevelser fra livshistorien bevares. Min historie sikrer et godt grunnlag for god kommunikasjon

mellem pasient og primærkontakt. Opplysningene skal være til hjelp for å kunne gi individuelt tilpasset oppfølging, og for å kunne tilby aktiviteter som gir mestring og glede, samt forebygge angst og uro. Primærkontakten og det øvrige personalet i hjemmebaserte tjenester skal kjenne pasientens historie for på den måten å kunne tilnærme seg pasienten ved hjelp av gjenkjennende historier fra pasientens liv. Et viktig spørsmål i Min historie er: «Hva er livsglede for deg? Beskriv hva som gjør deg glad, fornøyd, lykkelig og trygg». Her kan pasienten selv få gi uttrykk for hva livsglede er for ham/henne, og de pårørende kan være behjelpelig med å formidle det de vet om hva som til enhver tid gir pasienten livsglede.

Når spørsmål og ord blir vanskelig for personen med demens å forstå, er det primærkontaktens ansvar å tilrettelegge for kommunikasjon som skaper gjenkjenning, glede og trygghet. Ved hjelp av opplysningene som fremkommer i Min historie, slik som pasientens ønsker, behov, vaner, væremåte, atferd, familie, arbeid og interesser, kan helse- og omsorgspersonalet legge til rette for en bedre hverdag med trygghet og mestring for pasienten. De vil også kunne tilby aktiviteter som stemmer overens med pasientens interesser.

Sjekklisten – for å sikre kontinuitet og dokumentasjon

Alt helsepersonell har, ifølge Lov om helsepersonell (1999) kapitel 8, dokumentasjonsplikt. Dokumentasjon gjennom hele demensforløpet skal sikre kvalitet og kontinuitet i oppfølging av pasienten, og ivareta pasientens sikkerhet. God dokumentasjon vil være viktig for å kunne belyse avgjørende sider ved pasientens tilstand og utvikling, samt og få oversikt over hvordan pasient og pårørende opplever situasjonen.

For å sikre god kvalitet på dokumentasjonen inneholder Tiltakspakke demens en sjekkliste – kalt Sjekkliste 1 (vedlegg 3). Denne inneholder en rekke punkter som skal gjennomgås ved hvert hjemmebesøk. Punktene på sjekklisten inneholder blant annet en vurdering av:

- Ernæringsstatus
- ADL-funksjoner (Activities of Daily Living)
- Sikkerhet i hjemmet
- Behov for hjelp til personlig hygiene
- Behov for hjelp til medikamenthåndtering
- Pårørendes situasjon
- Vurdering av behov for økte tjenester

Sjekklisten er til god hjelp i oppfølgingsarbeidet og sikrer en viss standard og kontinuitet i hva som blir observert ved hjemmebesøket. Det er viktig at primærkontakt får mulighet til å observere pasientens sykdomsforløp. Dette bidrar til at pasient og pårørende til en hver tid får den hjelp de har behov for.

Ved endringer i pasientens tilstand har den enkelte primærkontakt ansvar for å oppdatere og evaluere tiltaksplanen. Dette for at alle øvrige helse- og omsorgsansatte til en hver tid kan forholde seg til en oppdatert tiltaksplan. Dersom en pasient, for eksempel, går ned i vekt må årsaken belyses, ernæringsjournal føres og tiltak iverksettes. Primærkontaktene har ansvar for at tiltaksplanen er oppdatert på sine pasienter.

Erfaringer fra Grimstad – økt kvalitet på tjenesten

Etter å ha anvendt Tiltakspakke demens i to år evaluerte hjemmetjenestegruppen på Fevik erfaringene. Fagleder for hjemmebaserte tjenester oppsummerte erfaringene i en mail datert 12.08.15:

«Utfordringen i begynnelsen var å rydde plass i hverdagen til å utføre oppfølgingsbesøkene, men etter hvert har dette blitt en naturlig del av arbeidet. Ansatte har forståelse og hjelper hverandre slik at Tiltakspakke demens blir gjennomført. Så nå har vi bare positive erfaringer med Tiltakspakke demens».

Videre påpekte fagleder at:

- pårørende opplever å bli møtt med større forståelse og får raskere hjelp ved behov
- Bestillerenheten prioriterer raskere avlastningsopphold for pårørende

Ansatte hadde rapportert til fagleder at de var blitt mer bevisste på:

- å sette inn flere tilsyn ved behov
- å sette inn miljøtiltak/aktivisering/dagaktivitetsplass
- å fokusere på pasientens ressurser
- å finne gode ernærings tiltak
- at personen med demens har det bedre hjemme enn på institusjon
- å observere tegn på demenssykdom og henvise nye pasienter til demensteamet
- å gi personsentrert omsorg

- å dokumentere detaljer – f.eks. ved å sørge for at arbeidslistene er tydelige, slik at alle ansatte gjør det samme hos pasienten
- å oppmuntre til mer aktivitet/bevegelse/egenmestring
- å veie pasienten
- å undersøke bakenforliggende årsaker ved uro
- å tilrettelegge i hjemmet og skaffe hjelpemidler
- å ta initiativ til samtaler med pårørende

Erfaringene med Tiltakspakke demens viste at de ansatte opplevde at de ble flinkere til å observere pasientene – og at dette var noe de tok med seg videre inn i øvrige hjemmebesøk til pasienter som ikke hadde vedtak om Tiltakspakke demens. Særlig sjekklisten som ble anvendt i Tiltakspakke demens, ga primærkontaktene erfaringer og informasjon som de kunne gjøre seg nytte av, også på andre besøk.

«Gode pasientforløp»

Våren 2015 startet Grimstad kommune prosjektet «Gode pasientforløp» i samarbeid med flere kommuner i Aust-Agder. Gode pasientforløp er en del av satsingen «Trygge pasientforløp» og utføres i samarbeid med KS og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Satsningen har som mål å forbedre og utvikle helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp.

Hjemmebaserte tjenester fikk i regi av dette prosjektet i oppgave å stille alle sine pasienter spørsmålet: «Hva er viktig for deg»? Dette medførte at Sjekkliste 1 (vedlegg 3) i Tiltakspakke demens ble revidert. I den reviderte sjekklisteutgaven – kalt Sjekkliste 2 – har brukermedvirkning fått et økt fokus (vedlegg 4). Sjekklisten ble også videreutviklet for å tilpasse seg sjekklistene som er i bruk for «Gode pasientforløp» i kommunen. Sjekkliste 2 som i dag anvendes i Tiltakspakke demens er mer detaljert og inneholder flere sjekkpunkter enn Sjekkliste 1. Dette i tråd med Demensplan 2020 sin satsning på å styrke mulighetene for brukerinvolvering for personer med demens og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Prosjekt Tiltakspakke demens – gjennomføring i syv kommuner

For å dokumentere erfaringene fra Tiltakspakke demens i flere kommuner enn Grimstad, ønsket Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse å gjennomføre Tiltakspakke demens som et prosjekt i flere kommuner i Norge. Demenskoordinator i Grimstad ble engasjert som prosjektleder.

I løpet av september 2014, ble det sendt ut en første forespørsel til syv kommuner med spørsmål om å delta i prosjektet. Av disse syv ønsket fem kommuner å delta. Det ble senere sendt ut forespørsel om deltakelse til ytterligere to kommuner. Begge disse var villige til å delta i prosjektet.

Kommunene ble invitert til et felles informasjonsmøte på Gardermoen 14. november 2014. Deltakere på møtet var ledere for hjemmebaserte tjenester, avdelingsledere og demenskontakter/demenskoordinatorer. To til tre personer fra hver kommune deltok.

Gjennomføringen av prosjekt Tiltakspakke demens startet i januar 2015 og ble avsluttet desember 2015.

Deltakere i prosjektet

De syv kommunene som takket ja til å delta i prosjektet var: Tromsø, Skaun, Kristiansund, Sykkylven, Molde, Stor-Elvdal, og Stord. Kommunenes størrelse varierte fra 1700 til 70.000 innbyggere. Fra Tromsø kommune deltok bydel Fastlandet.

Opplæring, veiledning og statusoppdateringer

Det ble sendt ut et spørreskjema til alle prosjektkommunene før prosjektstart for å kartlegge hvilket tilbud kommunen allerede hadde å tilby hjemmeboende personer med demens og deres pårørende (vedlegg 5).

I løpet av januar 2015 fikk alle kommunene som deltok i prosjektet besøk av prosjektleder og seks timers opplæring i Tiltakspakke demens. Opplæringen innebar en innføring i demenssykdommer, utredning av demens og nødvendig oppfølging etter diagnose. Tiltakspakke

demens bygger på personsentrert omsorg (Tretteteig & Røsvik, 2016). Det ble derfor gitt opplæring i prinsippene for personsentrert omsorg med innføring i personopplysningsskjemaet «Min historie» samt hensikten med bruk av primærkontakt. Praktiske utfordringer og mulige løsninger knyttet til dokumentasjon i journalsystemet var også et viktig tema i opplæringen.

Prosjektleder hadde en kontaktperson i hver kommune. Det ble gitt regelmessig veiledning underveis i prosjektperioden. Prosjektleder tok kontakt med kontaktpersonen fire til seks ganger i løpet av prosjektperioden, samt at kontaktpersonen i kommunen tok kontakt ved behov for veiledning. Midtveis i prosjektperioden utarbeidet kontaktpersonene i kommunene en statusrapport.

Ved avslutning av prosjektet ble det gjennomført et evalueringsmøte i hver kommune med utfylling av spørreskjema (vedlegg 6). Det var de samme som deltok på evalueringsmøtet som hadde fått opplæring og som hadde gjennomført Tiltakspakke demens. Nærmere beskrivelser av kartleggingen før prosjektstart, midtveisrapporten og evalueringsresultatene kommer i det følgende.

Kartlegging før prosjektstart

Det ble sendt ut spørreskjema til lederne for hjemmebaserte tjenester i kommunene (vedlegg 5) for å kartlegge hvilke rutiner for oppfølging av hjemmeboende personer med demens de ulike kommunene hadde før prosjektstart, samt for å kartlegge personalets kompetanse. Spørreskjema inneholdt også spørsmål om hvilke tilbud kommunene hadde til pårørende, hvordan de samarbeidet med fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og om kommunen arbeidet etter primærkontaktprinsippet.

Alle kommunene gav tilbakemelding på kartleggingsskjemaet som ble sendt lederne for hjemmebaserte tjenester i prosjektkommunene medio januar 2015. Ved gjennomgang av skjemaene viste det seg at ingen av de syv kommunene hadde et liknende strukturert tilbud til hjemmeboende personer med demens.

I alle kommunene var det etablert en demenskontakt, en demenskoordinator eller et demensteam. Kartleggingen viste videre at alle kommunene hadde helse- og omsorgsarbeidere som hadde deltatt på Demensomsorgens ABC. I tillegg hadde alle kommunene sykepleiere og/eller helsefagarbeidere med videreutdanning i demens, geriatri og/eller eldreomsorg.

Seks av syv kommuner oppga at de hadde arrangert pårørendeskole for pårørende til personer med demens. To kommuner tilbød både pårørendeskole og samtalegruppe og en kommune tilbød kun samtalegruppe for pårørende til personer med demens.

En kommune hadde inndelt sine hjemmebaserte tjenester i ulike fagavdelinger. Blant annet hadde de egen «avdeling for personer med demens». Avdelingen for personer med demens var delt inn i to grupper. Hver gruppe hadde en koordinator, og den personen hadde primæransvar for pasientene innenfor sitt geografiske område.

To kommuner hadde primærkontakter til alle pasientene i hjemmebaserte tjenester. To kommuner hadde et primærkontaktsystem som innebar at noen pasienter fikk tildelt primærkontakt. To kommuner hadde primærgruppe, det vil si at et lite antall helse- og omsorgsansatte hadde oppfølgingsansvar for en gruppe pasienter. En kommune hadde ikke primærkontaktsystem.

Midtveisrapport

Midtveis i prosjektperioden ga alle kommunene tilbakemelding til prosjektleder om at prosjektet så langt var i rute.

Alle kommunene hadde da opprettet primærkontakter, og de hadde inkludert aktuelle pasienter i prosjektet. IKT-ansvarlig i kommunene var behjelpelig med å opprette området «Tiltakspakke demens» i tiltaksplanen i kommunens journalsystem. Dette var viktig for å dokumentere hvert oppfølgingsbesøk. Personopplysningsskjemaet Min historie var revidert og laget felles for kommunene etter mal fra Grimstad kommune. Informasjonsskriv var blitt laget i de fleste kommunene og sendt til kommunens fastleger. Noen kommuner hadde også laget eget informasjonsskriv som de sendte til spesialisthelsetjenesten.

En av prosjektkommunene ga uttrykk for at implementeringen av Tiltakspakke demens hadde vært vanskelig helt fra begynnelsen fordi avdelingsleder og én av tre oppnevnte primærkontakter hadde vært langtidssykemeldte. Kommunen ønsket allikevel å gjennomføre prosjektet. En annen kommune ga tilbakemelding på at prosjektperioden ble avsluttet for en primærkontakt. Dette pga. langtidssykemelding hos primærkontakt. Det fremkom også at enkelte kommuner hadde

utfordringer med å sikre gjennomføring av Tiltakspakke demens i sommerferien når primærkontaktene hadde ferie.

I midtrapporten kom det også frem at mange primærkontakter opplevde at svært mange av pasientene i hjemmebaserte tjenester ikke hadde demensdiagnose til tross for kognitiv svikt. Dette ble tatt opp med fastlegene.

Det kom også frem at avdelingslederne i hjemmebaserte tjenester ble mer bevisst på å legge opp turnus slik at primærkontaktene for Tiltakspakke demens fikk flere ordinære besøk hos sine primærpasienter.

Kontaktpersonene i alle kommunene rapporterte om at det var viktig at avdelingslederne avsatte nok tid til å gjennomføre Tiltakspakke demens. Særlig tok det tid å dokumentere i etterkant av hjemmebesøket. Noen opplevde at utfylling av personopplysningsskjema Min historie tok lang tid.

Evalueringsmøte med prosjektleder

I løpet av november måned fikk alle kommunene et oppfølgingsbesøk av prosjektleder. Det ble arrangert et møte i hver kommune hvor ledere, primærkontakter og demenskontakter var til stede. Demenskontaktene var fraværende i en av kommunene, men utfylt spørreskjema ble sendt prosjektleder. Tabell 1 viser hvor mange som deltok på evalueringsmøtet og som fylte ut spørreskjema om erfaringer.

Tabell 1 – antall deltakere på evalueringsmøtet

Kommuner	Primærkontakter	Demenskontakter	Ledere	Totalt
Kristiansund	5/5	2	3	
Molde	8/16	1	9	
Skaun	3/5	1	2	
Stord	7/8	2	2	
Stor-Elvdal	2/2	1	3	
Sykkylven	3/3	1	3	
Tromsø	6/7	1	6	
Totalt	34/46	9	28	
	n=34	n=9	n=28	n=71

I løpet av dette møtet ble prosjektets utvikling gjennomgått. Fokus var også på om Tiltakspakke demens ville være aktuell for prosjektkommunene å anvende etter prosjektperiodens slutt. Kommunene hadde en del spørsmål til prosjektleder som ble gjennomgått i fellesskap. Spørsmålene omhandlet organisering, ressursbruk, inkludering og datatekniske spørsmål. Deretter fikk alle utdelt hvert sitt spørreskjema (vedlegg 6) der de skulle svare individuelt på spørsmål om sine erfaringer fra deltakelse i prosjektet. Spørreskjemaene var utarbeidet separat for primærkontakter, ledere og demenskontakter. Dette var nødvendig for å kunne skille på hvem som mente hva. En sammenfatning av kommunenes evaluering av Tiltakspakke demens følger i neste kapittel.

Erfaringer fra prosjektet – prosjektkommunenes evaluering

Spørreskjemaene som ble distribuert på evalueringsmøtet var utarbeidet slik at hvert spørreskjema var tilpasset den rollen deltakeren hadde i prosjektet. Dette innbar at primærkontakter, ledere og demenskontakter fikk spørreskjema med noen forskjeller. Selve skjema inneholdt 6-10 spørsmål (vedlegg 6).

Systematisk oppfølging

På det første spørsmålet i spørreskjemaet skulle den enkelte deltaker beskrive hva systematisk oppfølging i form av Tiltakspakke demens innebar. Primærkontaktene svarte at Tiltakspakke demens bidro til kontinuitet for pasient og pårørende. Tjenesten ga pasient og pårørende tid, trygghet og tillit, og den bidro til raskere å fange opp endringer i pasientens demensforløp. En primærkontakt skrev; «kjempebra konsept både for pasient og pårørende. Særlig pårørende har gitt uttrykk for at dette prosjektet er bra». Andre tilbakemeldinger påpekte at Tiltakspakke demens sørget for kvalitetssikring av tjenesten og forbedret dokumentasjonen om den enkelte pasient. Tilbakemelding fra primærkontaktene var også at systematikken i oppfølgingene gjorde at de så pasientens behov tydeligere. I praksis innebar dette at flere pasienter har fått innvilget tjenester; flere pasienter hadde fått dagaktivitetstilbud og ulike hjelpemidler var blitt installert i flere pasienters hjem. Pasienter og pårørende hadde gitt uoppfordret tilbakemelding til primærkontaktene om at det å få månedlig oppfølgingsbesøk av samme primærkontakt var «uvurderlig» og at besøket virket avlastende i seg selv.

På spørsmål om hvilke utfordringer de hadde møtt, svarte primærkontakter fra flere kommuner at det var for lite tid avsatt til gjennomføring, etterarbeid og dokumentasjon. Primærkontaktene fra en kommune påpekte at Tiltakspakke demens var ukjent for deres kollegaer i hjemmebaserte tjenester, og primærkontaktene fra en annen kommune sa at det har vært en utfordring å gjennomføre Tiltakspakke demens i turnus.

Lederne mente at den systematiske oppfølgingen i Tiltakspakke demens skapte kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet for pasient og pårørende. En leder fremhevet nettopp dette da hun skrev; «Kvalitetssikring, hindrer klagesaker, skaper trygge brukere og trygge rammer. Sørger for kontinuitet av tjenesten». Tiltakspakke demens ga rom for pasient- og pårørendeinvolvering og kvalitetssikret tjenesten. Lederne mente Tiltakspakke demens var et viktig og nyttig verktøy

spesielt for dem som har en demensdiagnose, og som ikke mottar andre tjenester fra kommunen – altså pasienter med en demenssykdom som befinner seg i en tidlig fase av sykdommen.

Tiltakspakke demens er forebyggende arbeid som kan utsette behov for tjenester og hindre klagesaker. En leder uttalte: «Det skaper kontinuitet og forutsigbarhet både for bruker og pårørende. Og i tillegg for den som skal utøve dette. Dette er et felt som er satsningsområde og derfor er dette et viktig verktøy i arbeidet».

Demenskontaktene påpekte også at Tiltakspakke demens ga kontinuitet og trygghet, ga helse- og omsorgspersonell bedre tid sammen med pasient og pårørende, satt demens på kartet og den virket forebyggende på behovet for sykehusinnleggelser og behovet for sykehjemsplass. En demenskoordinator sa det slik «Pasienten har stor nytte av Tiltakspakke demens. Den gir god og trygg oppfølging av pasient og pårørende - at trygghet og tillit skapes. Han får dekt sine behov på en god måte og kan bu lenger i eigen heim». «Flott måte å gi personsentrert omsorg på». Det som ble påpekt som en utfordring var tid nok til å gjennomføre Tiltakspakke demens og hvordan de skulle organisere Tiltakspakke demens ved sykefravær.

Erfaringer med primærkontaktrollen

På spørsmål om hvordan primærkontaktene opplevde primærkontaktrollen, svarte flere at det hadde vært en udelt positiv erfaring. Flere ga uttrykk for at de ble godt kjent med pasient og pårørende. Nettopp dette ble trukket frem som spennende og lærerikt. En svarte at det var «spennende, lærerikt, rørende og enkelte ganger krevende. Gir meg mye tilbake. Det er et privilegium å få jobbe med Tiltakspakke demens». En annen svarer «Udelt positiv. Gleder meg til besøkene. Blir godt kjent».

Det gikk også igjen at primærkontaktene følte mer ansvar for pasientene de var primærkontakt for. De fikk bedre forståelse av pasienten og dermed mente de at de ga bedre kvalitet på tjenesten. En primærkontakt svarte «Eg vil følgja ekstra med på mine brukarar elles også, men også ta med erfaringane til gode for andre brukarar». En annen svarte: «Viktig rolle, interessant, føler jeg er til nytte for noen».

Primærkontaktene beskrev videre at opplæringen i Demensomsorgens ABC og øvrig videreutdanning i eldreomsorg og geriatri ga dem ytterligere trygghet i det daglige arbeid. Det tok de med seg inn i prosjektet Tiltakspakke demens. Med referanse til deltakelse i

Demensomsorgens ABC sa en primærkontakt; «Kunnskap har gitt meg trygghet, og større forståelse av sykdomsutviklingen. Bruker D-ABC som oppslagsverk». En leder støttet opp under dette: «Jeg opplever at ABC har endret tankemåten hos sykepleierne, hjelpepleierne og hjemmehjelperne».

Å formidle egne erfaringer til andre som ønsker å anvende Tiltakspakke demens

Lederne fikk spørsmål om hva de ville vektlegge dersom de skulle undervise nabokommunene om Tiltakspakke demens. En leder svarte: «Systematikken utgjør forskjellen på de vanlige gjøremålene vi gjør overfor gruppen ellers. Bevisstheten med å fange opp brukere tidlig. Modellen virker forebyggende ved etter all sannsynlighet at andre tjenester kan utsettes». En annen hadde en mer praktisk vinkling i sitt svar: « (...) Sette av god tid til 1.gangs besøket. Starte med nokre få brukarar – øke etterkvart. Når dei første pleierane er blitt gode, involvere fleire. Sette av tid til refleksjon».

Flere ledere trakk frem at Tiltakspakke demens har forebyggende kvaliteter og er økonomisk besparende på sikt – samt at det sørger for fokus både på pasient og pårørende; «Fint forebyggende tiltak. Voksende gruppe eldre som trenger tilsyn/omsorg. Bra opplegg som treffer like godt bruker som pårørende. Forebyggende ressursbruk». En leder la også til at personalet er fornøyd med denne måten å jobbe på: «På sikt er TPD god økonomi, meningsfylt oppgave. Personalet opplever dette som noe positivt, derfor gir det fornøyd personell som føler de gjør en positiv forskjell. Se hva er bra»

Utfylling av personopplysningsskjema - Min historie

Flere primærkontakter mente at Min historie var et viktig redskap for å bli kjent med pasienten. De mente at det skapte nærhet og kontakt, de så lettere mennesket bak sykdommen ved å kjenne den enkeltes livshistorie, det ga mange samtaleemner og at det var «veldig kjekt å skrive».

En primærkontakt sa det slik: «Jeg ser viktigheten av å kjenne historien etter hvert som sykdommen utvikler seg». En annen primærkontakt sa: «Min historie er et veldig nyttig redskap. Jeg ser at pasienten blir mer med i samtalen og føler seg trygg når det blir snakket om noe fra pasientens tidligere liv. Pasienten skjønner da at jeg kjenner han/henne». «Det gir meg mange samtaletemaer når jeg er hos pasienten. Jeg slipper å stille spørsmål, men kan heller lede inn på temaer fra pasientens liv».

Primærkontakter i et par kommuner som ikke hadde brukt skjemaet Min historie tidligere opplevde personopplysningskjemaet svært arbeidskrevende. To primærkontakter kommenterte også at det ble lite benyttet i hverdagen. Min historie ble i et par av prosjektkommunene et tema i internundervisning. Ved å få opplæring i hvordan fylle ut skjemaet, Min historie, fikk personalet økt kunnskap om personsentrert omsorg og miljøbehandling. God miljøbehandling bygger på verdiene i personsentrert omsorg. Ved å lære om miljøbehandling og hensikten med Min historie, fikk personalet kunnskap om hvor viktig det er å legge til rette for aktiviteter som gir pasienten selvfølelse og mestring.

Personsentrert omsorg

Tiltakspakke demens baserer seg, som nevnt, på tanken om personsentrert omsorg. Dette innebærer å se personen med demens som det unike mennesket det er (Tretteteig & Røsvik, 2016). Imøtekomme den enkelte pasient sitt behov for hjelp og tilrettelegging på bakgrunn av god kjennskap til pasientens livshistorie. Dette for å kunne skape den gode følelsen slik at pasienten opplever seg sett, møtt og ivaretatt.

Det var mange deltakere som ikke hadde svart på spørsmålet om hvordan primærkontakter og ledere mente personsentrert omsorg preget tilbudet til personer med demens i sin kommune. Av svarene som kom inn kunne det se ut som forståelsen av begrepet «personsentrert omsorg» ga ulike assosiasjoner. Noen primærkontakter og ledere som besvarte spørsmålet mente at personsentrert omsorg absolutt kunne bli bedre, og at det var blitt bedre under Tiltakspakke demens – fordi hjelpen de ga var individuelt tilpasset. De mente at pasientene opplevde større trygghet og glede ved at personalet jobbet personsentrert, og at personalet så pasienten fremfor sykdommen. De opplevde at tjenesten de ga i Tiltakspakke demens var mer personsentrert enn oppgaveorientert. De mente også at de var blitt mer bevisst på å stimulere pasientens egne ressurser, fremfor å utføre handlinger for dem. På den annen side svarte noen primærkontakter at dette var et lederansvar, og at det krevde mer ressurser, tid og økonomi for å kunne jobbe personsentrert. Enkelte ledere var også av den oppfatning at det burde settes av mer tid fra Bestillerkontorets side.

Organisering av oppfølgingsbesøk

På spørsmålet om hvordan kommunene hadde organisert oppfølgingsbesøkene i forbindelse med Tiltakspakke demens i kommunen og hvilke utfordringer det har vært knyttet til dette, var

svarene fra primærkontaktene og lederne at det stort sett hadde gått greit. En avdelingsleder spesifiserte: «Min oppgave er å legge til rette for at de ansatte skal få tid til å utføre TPD. Oppmuntre og etterspørre. Sette av tid til oppfølgingsmøte med primærkontaktene. Orienterere andre ansatte om hva TPD er».

I flere kommuner svarte primærkontaktene at de selv avtalte neste oppfølgingsbesøk med pasient og pårørende når de var hos pasienten. Deretter ga de beskjed til sin leder som da satt tidspunktet inn i turnus. Andre hadde fokusuke der de gjennomførte alle oppfølgingsbesøk en bestemt uke i hver måned.

Ved gjennomgang av spørsmålet sa lederne seg godt fornøyd med at primærkontaktene selv tok ansvar for oppfølgingen og selv gjorde avtaler om oppfølgingsbesøk. Enkelte primærkontakter ga i spørreskjemaet uttrykk for at de ønsket at leder hadde tatt større ansvar for organiseringen av Tiltakspakke demens. De opplevde at det var «enklere» for lederen å avlyse oppfølgingsbesøket når leder ikke selv hadde organisert tjenesten. Ved sykefravær og ferie ble andre omsorgsoppgaver prioritert fremfor oppfølgingsbesøk: «Det har vært vansker med å prioritere gjennomføring av TPD i sommermånedene». Primærkontakter hevdet at det ikke ville være like enkelt å utsette Tiltakspakke demens besøkene dersom leder selv hadde tatt større del i å organisere tjenesten. En primærkontakt sa: «Leder har prioritert andre akutte oppdrag ved ressursmangel i avdelingen, ved sykdom, permisjoner og ferier. Da ble det i blant slik at Tiltakspakke demens-oppfølgingen ble utsatt eller avlyst».

Dokumentasjon er tidkrevende

På spørsmål om hvilke erfaringer prosjektdeltakerne hadde i forhold til dokumentasjon av Tiltakspakke demens, uttrykte primærkontaktene generelt at dokumentasjon var svært viktig, men tidkrevende. En primærkontakt skrev: «Tidkrevende, spesielt i starten, men viktig for å følge pasientens utvikling». Dette var en setning som gikk igjen hos flere deltakere. Sjekklisten ga dem hjelp til å strukturere dokumentasjonen og de mente de var blitt flinkere til å dokumentere skriftlig. Dette kom spesielt frem i mindre kommuner der det nok, i større grad, hadde vært kultur for å gi muntlig rapport. Fokus på skriftlig rapportering ble av ledere spesielt poengtert som en positiv effekt ved prosjektet, også hos primærkontaktene kom dette frem: «Dokumentasjonen er svært viktig, et fint verktøy for å se brukerens endring i funksjonsnivå og økende hjelpebehov».

Første besøk i pasientens hjem var det mest tidkrevende å dokumentere for da var observasjonene av pasientens helsetilstand og ressurser mer omfattende enn ved de øvrige hjemmebesøkene. Dokumentasjonen gikk altså lettere etter hvert.

Tid per besøk

På spørsmål om hvor mye tid som ble rapportert brukt til å utføre Tiltakspakke demens oppfølging per gang, inkludert, reisetid, selve besøket, etterarbeid og dokumentasjon svarte kommunene forskjellig. Primærkontaktene brukte fra 1,5 til 4 timer. Det var gjennomgående at primærkontaktene brukte lengst tid på det første hjemmebesøket. Under dette første besøket ble det brukt mye tid på å gi informasjon til pasient og pårørende.

Tiltakspakke demens – også etter prosjektperioden?

Med unntak av et par primærkontakter i en kommune svarte alle deltakerne, 83 prosjektdeltakere totalt, at de mente det lot seg gjøre å gjennomføre Tiltakspakke demens også etter prosjektperioden. Dette begrunnet de med at Tiltakspakke demens ga både pasient og pårørende økt livskvalitet, trygghet og forutsigbarhet. En primærkontakt utdypet den praktiske betydningen av nettopp dette: «Ja, kvalitetssikring av tjenester. Det blir bedre oppfølging og større trygghet for brukeren. Får forståelse for personen bak sykdommen, sykdomsutviklingen, har større mulighet for å fange opp endringene og tidligere sette inn tiltak. Dette kan utsette sykehjemsplass». De mente at pasient og pårørende ble fulgt opp på en verdig og god måte. En primærkontakt uttalte: «Ja, Tiltakspakke demens forebygger, øker kvalitet på tjenesten, er kostnadseffektivt = bra resultat for liten penge! Fordi det er en strukturell måte å jobbe på. Stor nytte for pårørende. Gir livskvalitet – et godt liv». Videre sa primærkontaktene at det ga dem en unik mulighet til å bli godt kjent med pasientene og deres pårørende.

Et par primærkontakter i en liten kommune mente de ikke hadde behov for Tiltakspakke demens fordi de følte de observerte endringer og kunne starte med tiltak hos pasientene like fort uten Tiltakspakke demens. De sa også at de hadde god oppfølging fra demensteamet.

En leder oppsummerte: «Tiltakspakke demens er en god arbeidsmetode for bedre/tidligere oppfølging av demente. Fordrer fokus på dokumentasjon, som er en fordel for hjemmetjenesten generelt og for pasienten spesielt iht. bedre observasjon og igangsetting av tiltak. Arbeidsmetoden kan også nyttes i forhold til andre sykdommer på sikt».

Prosjektoppsummering

Tiltakspakke demens har vært gjennomført i syv prosjektkommuner av ulik størrelse og med ulik organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens. De kliniske erfaringene ved å utføre Tiltakspakke demens har stort sett vært positive, men det har også vært noen utfordringer underveis. Av positive erfaringer ble det, blant annet, nevnt at Tiltakspakke demens ga pasient, pårørende og den som utfører tjenesten større kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesten. Pasient og pårørende opplevde også større tillit og trygghet. Tjenesten ga god kvalitetssikring og personalet ble flinkere til å dokumentere.

Utfordringene har generelt sett kretset rundt at primærkontaktrollen er sårbar for sykefravær, at Tiltakspakke demens kan være tidkrevende og at leders involvering i gjennomføringen er avgjørende.

Kompetanse og kunnskap satt ut i praksis

Alle deltakerne opplevde det positivt å få bruke den kompetansen de hadde om demens, geriatri og eldreomsorg i Tiltakspakke demens. Enkelte primærkontakter fortalte at de brukte Demensomsorgens ABC som et oppslagsverk i arbeidet med pasientene. De fortalte at Tiltakspakke demens ga dem mer rom til bruk av fagstoff og refleksjon i praksis. De bemerket også at ved å ha demenskontakter som veiledere ble det et større fokus på fagprat og refleksjon. Refleksjon rundt aktuelle problemstillinger var noe de er blitt mer bevisst på å bruke i hverdagen, og i samtaler med kollegaer. Ledere bemerket spesielt at helsefagarbeidere opplevde det å utføre Tiltakspakke demens spesielt positivt. De tok oppgaven alvorlig og de satt pris på ansvaret.

Tidkrevende og ressurskappende

Utfordringene med å gjennomføre Tiltakspakke demens har generelt sett omhandlet tidsbruk. Prosjektdeltakerne opplevde at det tok mer tid å gjennomføre oppfølgingsbesøkene enn det som var forventet og planlagt. Alle kommunene rapporterte om denne utfordringen, og samtlige kommuner sa at de brukte mer tid enn en time. I tillegg hadde kommunene også utfordringer med å dekke opp for personalet ved sykefravær og ferieavvikling.

Det første hjemmebesøket ble beskrevet som spesielt tidkrevende. Under dette besøket er pårørende til stede og det blir brukt mye tid på å gi informasjon om tjenesten og på å kartlegge pasient og pårørendes situasjon. Det har vist seg helt nødvendig å sette av mer tid til dette besøket, spesielt dersom pasienten er ukjent for primærpleier.

Primærkontaktene oppga at de brukte kortere tid på oppfølgingsbesøkene etter hvert. De fikk mer trening i å gjøre gode observasjoner og kvaliteten på dokumentasjonen ble bedre.

Dokumentasjonen ble mer faglig og gjenspeilte økt kunnskap hos primærkontaktene.

Tiltakspakke demens dokumentasjonen ble interessant og lærerik for dem.

Sjekklisten som er til bruk for å gjøre gode observasjoner av pasienten har vært til god hjelp og nytte. Den har gjort oppfølgingsbesøkene meningsfulle, og dokumentasjonen har på den måten blitt håndterbar og gitt god struktur. Ved at Tiltakspakke demens er blitt opprettet som eget punkt i tiltaksplanen er det oversiktlig for primærkontakt og øvrig pleiepersonell å skrive rapport og å kunne følge pasientens utvikling fra måned til måned. På den måten kan riktige hjelpetiltak sette inn etter hvert som pasienten har behov for det.

Å være primærkontakt

Primærkontaktene sier at de har fått bedre kjennskap til pasientene og større forståelse for pårørendes omsorgsbelastning. Primærkontaktene opplever det verdifullt å få bruke mer tid til å bli kjent med både pasient og pårørende. Pasientene får regelmessig besøk av den samme primærkontakt som har kompetanse og interesse for fagfeltet demens. Pasient og pårørende vet til en hver tid hvem som er primærkontakt og hvem de kan kontakte. Dette gir tillit og trygghet.

Ledelsens betydning

Ledelse er av avgjørende betydning for utvikling av gode tjenester. For å kunne gjennomføre Tiltakspakke demens i prosjektkommunene var det viktig å involvere lederne. Det var nødvendig med deres samarbeid for å kunne innlemme modellen i den praktiske arbeidshverdagen.

Leders interesse og engasjement var også en viktig motivasjonsfaktor for helse- og omsorgspersonalet som skulle utføre Tiltakspakke demens. Den interessen de viste og den oppfølgingen de ga primærkontaktene var viktig for gjennomføringen. Der leder var syk, fraværende eller av annen grunn forhindret fra å følge opp ble Tiltakspakke demens mer

krevenne å gjennomføre. Leders evne til å motivere og engasjere seg var med på å øke gjennomføringen av prosjektet.

Veien videre

Gjennomføring av prosjekt Tiltakspakke demens ble en positiv erfaring for både primærkontakter, ledere og demenskontakter i de syv prosjektkommunene. Modellen ble oppfattet som operasjonaliserbar – den lot seg altså gjennomføre i praksis, og prosjektdeltakerne erfarte i prosjektperioden at tilbudet til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende ble bedre. Oppsummeringen fra de ulike kommunene viste at modellen var aktuell for videreføring i seks av syv prosjektkommuner. I kommunen som mente at Tiltakspakke demens var unødvendig, så var primærkontaktene av den oppfatning at de hadde tilstrekkelig og god nok oversikt over pasientenes hjelpebehov uten å gjøre bruk av Tiltakspakke demens. Lederne i samme kommune derimot, ønsket å fortsette å tildele denne tjenesten, da de erfarte at dokumentasjonen ble bedre.

Et av satsingsområdene i Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) er å utvikle modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens i kommunene. Tiltakspakke demens er en slik modell. Modellen har vært i bruk i Grimstad kommune siden 2012, og er en kommunal tjeneste som stadig flere personer med demenssykdom innvilges. Den er også bestemt videreført i flere av prosjektkommunene.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse vil beskrive Tiltakspakke demens og andre modeller for systematisk oppfølging etter diagnose som kan komplementere hverandre i Demensomsorgens ABC. På denne måten vil hovedprinsippene i Tiltakspakke Demens videreføres i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sitt opplæringstilbud til kommunalt ansatt helse- og omsorgspersonell.

Referanser

- Døble, B. S., & Kirkevold, Ø. (2015). ABC - Virksomhetsintern opplæring i kommunene: erfaringer med gjennomføring av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC som en del av kompetansesatsingen i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (red.), Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., Haugen, P. K., Nygård, A.-M., Kirkevold, Ø., Ulstein, I., Brækhus, A., & Eek, A. (2009). Demens. Fakta og utfordringer: Lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøra, L., Kirkevold, Ø., & Eek, A. (2015). Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014 : Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). Demensplan 2015 «Den gode dagen». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). Diagnostikk og utredning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Lov om helsepersonell m.v. av 2.7.1999. Ikrafttredelse 01.01.2001 (1999).
- Michelet, M. (2015). Demensteam - godt i gang, fortsatt i utvikling: Rapport. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Tretteteig, S., & Røsvik, J. (2016). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig (red.), Demensboka : Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til pasient/pårørende

Vedlegg 2: Personopplysningsskjema – Min historie

Vedlegg 3: Sjekkliste 1 – Månedlig oppfølging

Vedlegg 4: Sjekkliste 2 – Månedlig oppfølging

Vedlegg 5: Spørreskjema til kommunene før prosjektoppstart

Vedlegg 6: Spørreskjema ved evaluering for:

Primærkontakt

Leder

Demenskontakt

Vedlegg 1

TILTAKSPAKKE DEMENS

Bestillerenheten sender ut denne informasjonen til pasienten sammen med vedtak.

1. Informasjon

Demensteamet i Grimstad kommune har sett at det er behov for tettere oppfølging av hjemmeboende personer med demenssykdom i kommunehelsetjenesten.

Erfaringer viser at systematisk samarbeid med pårørende er viktig for å få til en god oppfølging av personer med demens.

En tettere og strukturert oppfølging vil kunne forebygge sykdom og gi økt livskvalitet.

Intensjonen er også at vi tidlig skal kunne fange opp endringer i pasientens fysiske og psykiske helsetilstand, og iverksette aktuelle tiltak.

Det er ønskelig at flest mulig eldre skal få bo hjemme lengst mulig, og da er det viktig å kunne legge til rette for det.

Ved å tilby ”Tiltakspakke demens”, ønsker Grimstad kommune å bidra til denne utviklingen.

2. Mål

Grimstad kommune ønsker at personer med demenssykdom skal ha det best mulig i eget hjem lengst mulig. Det er viktig å kunne forutse når hjelpen må økes, og sette inn riktige hjelpetiltak til rett tid.

3. Innhold

”Tiltakspakke demens” er et tilbud om oppfølging fra hjemmesykepleien en gang pr. mnd. med hjemmebesøk og samtale. Hjemmetjenesten vil tilstrebe å kontakte pårørende i forkant av hvert besøk. Under besøket vil det bli vurdert om pasientens hjelpetilbud til en hver tid er tilstrekkelig.

4. Hensikt

- Gi pasientene størst mulig grad av trygghet i eget hjem.
- Forebygge underernæring og dehydrering (lite drikke), noe som ofte er årsak til innleggelse i sykehus.
- Videre kunne oppdage infeksjoner tidlig i sykdomsforløpet og dermed kunne igangsette rask behandling.

5. Administrativ gjennomføring

Bestillerenheten vil tildele ”Tiltakspakke demens” etter søknad om denne tjenesten.

MIN HISTORIE

Brukers navn:

Pårørendes navn:

Pårørendes adresse:

Telefonnummer:

Vårt mål er å kunne gi en tjeneste med god kvalitet tilpasset den enkeltes individuelle behov. Da er det viktig å kunne vite litt om historien til hver enkelt samt behov, ønsker, vaner, væremåte, atferd osv.

Disse opplysningene kan gi et godt grunnlag for god kommunikasjon mellom deg og oss. Vi vil også lettere kunne tilby aktiviteter som stemmer overens med dine ønsker og interesser.

Alle ansatte som utfører tjeneste hos deg vil få tilgang til disse opplysningene.

Du og dine pårørende bestemmer selv hvilke opplysninger som skrives ned og som vi kan få del i. Hvis det finnes opplysninger som er sensible og som alle ikke bør ha tilgang til, bør denne informasjonen gis til primærkontakten.

Under hvert spørsmål er det oppført en del underpunkter som er forslag/stikkord som kan gi ideer om hvilken informasjon personalet kan bruke i dagliglivet.

Det er primært brukeren selv som skal gi disse opplysningene. I de tilfellene hvor hukommelsen svikter eller det er behov for supplerende opplysninger er det nærmeste pårørende som gir disse.

*Glede finner du i
hverdagens små
øyeblikk*

Hva er livsglede for deg?

Beskriv hva som gjør deg glad, fornøyd, lykkelig og trygg.

1. Foreldre og søsken

Navn, alder, yrke, eventuelt dødsår. Din plass i søskenflokket? Er / eller har det vært spesielt mye kontakt med noen av søsknene eller barna deres?

2. Skolegang / yrkesutdanning

Hvilken type skolegang og utdanning fikk du? Er det spesielle hendelser det har vært snakket mye om i den forbindelse?

3. Arbeid

Hva slags type arbeid har du hatt? Hvor lang tid har arbeidsforholdet vart? Har du arbeidet etter pensjonsalder? Er det spesielle arbeidskamerater som huskes?

4. Bosted

Hvor bodde du som barn / voksen / pensjonist? Finnes hjemmet der du bodde fremdeles? Er det spesielle hendelser eller minner du husker fra hjemmet ditt i tidlige barneår?

5. Ektefelle (r)

Navn, fødselsdato, yrke, dato & årstall for bryllup. Ektefelles eventuelle adresse nå. Opplysninger (minner) dere mener vil være av betydning å fremheve.

6. Barn

Navn, fødselsår, yrke, bosted, ektefeller. Barnebarn (navn). Har det vært spesielt god kontakt med noen av disse?

7. Hvilke interesser har du?

Beskriv interesseområdene, hobbyer, fritidsinteresser, friluftsliv, data, medlemskap i foreninger.

8. Tro/ livssyn

Har du vært medlem i kirken / religiøse foreninger / organisasjoner? Vært opptatt av religiøs sang? Gått i kirken? Har du en grav du bruker å besøke?

9. Lesing

Har du likt å lese for eksempel aviser – hvilke? Bøker – hvilke type?

Blader – hvilke?

10. Sang og musikk

Har du vært interessert i musikk, eventuelt hva slags musikk? Har du likt å synge selv, spille selv? Hva slags instrument? Stått i sangkor?

11. Behov for sosial kontakt

Får du besøk regelmessig, av hvem?

Nettverksbygging - Kolleger, venner, naboer som du ønsker vi skal ha kontakt med?

12. Kontakt med dyr

Er du vant med å være i kontakt med dyr? Liker du å være i kontakt med dyr? Har du hatt egne dyr? Er du allergisk mot dyr?

13. Har du vaner som betyr mye for deg?

14. Hvilke oppgaver/ aktivitetstilbud kan du tenkte deg å delta i?

Trim, vaffelsteking, spasertur, bingo, vanne blomster o.l

Vedlegg 3

MÅNEDLIG OPPFØLGING AV TILTAKSPAKKE DEMENS (ca 1 time)

Ved første hjemmebesøk utføres følgende:

- Innkalle pårørende til et møte sammen med pasient og primærkontakt
- Informer om at du er pasientens primærpleier
- Informer om hva "Tiltakspakke demens" innebærer. Infobrev er også sendt ut fra Bestillerenheten sammen med vedtaket.
- Leverer ut eller fyll ut "Min historie" sammen med pasient og pårørende. Føres inn i Tiltaksplanen.
- Innhent opplysninger ved hjelp av sjekklisten under.
- Skriv rapport i Tiltaksplanen (GERICA, PROFIL etc.)

Ved hvert påfølgende månedlig oppfølgingsbesøk utføres følgende:

Det kan være lurt å observere pasienten i en dusjsituasjon eller under et måltid for å vurdere ADL (oppdater IPLOS).

1. Innhent opplysninger fra pårørende om hvordan hjemmesituasjonen har fungert siden forrige oppfølgingsbesøk, (eventuelt innhent opplysninger fra dagsenteret)
2. Vurder hjelp til medikamenthåndtering,
 - kan pasienten ta ansvar for medisinene selv, MD, hyppighet
3. Vurder behov for hjelp til ernæring.
 - Vektkontroll, NUFFE-skjema kan være et godt hjelpemiddel som både pårørende og pasient kan fylle ut for å sjekke ernæringsstatus
 - Sjekk kjøleskap, behov for hjelp til å smøre brødmat, lunsj osv., vurdere når det må gis tilsyn under måltid for å sikre at pasienten spiser og drikker tilfredsstillende.
 - Vurder middagsombringing, næringsdrikker,
 - Gir pasienten uttrykk for sult / tørst
 - Rusproblematikk? Medikamenter, alkohol
 - Lukt, søppel

4. Observer hygiene;

- Behov for hjelp til personlig hygiene? Dusj? Blåmerker?
- Påkledning. Passer påkledning til årstiden? Velstelt? Ustelt? Flekker?
- Munn/tannstell, fotpleie

5. Gangfunksjon:

- Balanse, svimmel, ustø
- Vurder fottøy; sko, tøfler, sokker, passer fottøyet for årstiden?
- Fare for fall innendørs? tepper/ryer, løse ledninger, rekkverk, belysning, antisklimatte/tape i dusj/badekar, dusjkrakk, håndtak, høye dørstokker
- Fare for fall utendørs? Behov for utelys, støttehåndtak, grus/sand, brodder

6. Sanser; syn, hørsel

7. Gir pasienten uttrykk for smerter?

8. Observere tegn på infeksjon; lukt, uro, forvirring, endret atferd

9. Stemningsleie; trist, glad mistenksom, urolig, hallusinert

10. Sjekk sikkerheten i hjemmet; røykvarsler, komfyrvakt, kaffevakt, røykeforkle, stearinlys, stråleovn, vedfyring, gardiner/klær over ovner, svimerker

11. Vurder behov for andre tjenester fra kommunen som praktisk bistand; rengjøring, dagsenter, økt tilsyn fra hjemmetjenesten, støtte kontakt, trygghetsalarm, fysisk aktivitet, GPS etc.

12. Være behjelpelig med å gjøre hjemmet oversiktlig, for eksempel merke skap, dører etc.

13. Vurdere pårørendes behov for avlastning.

14. Vurdere åndelige behov; behov for samtale, kirkebesøk, bønn, etc.

Vedlegg 4

Sjekkliste Tiltakspakke demens – TPD

Fakta

Tiltakspakke demens er en månedlig systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Målet er at personer med demens skal ha det best mulig i eget hjem lengst mulig. Det er viktig å kunne forutse når hjelpen må økes, og sette inn riktige hjelpetiltak til rett tid.

Erfaringer viser at systematisk samarbeid med pårørende er viktig for å få til en god oppfølging av hjemmeboende personer med demens.

Hensikten er:

- Gi pasientene størst mulig grad av trygghet i eget hjem.
- Forebygge avmagring, underernæring og dehydrering - som ofte er årsak til innleggelse i sykehus.
- Oppdage infeksjoner tidlig i sykdomsforløpet og dermed kunne igangsette rask behandling. Dette kan forebygge forvirring, delir og sykehusinnleggelse

Prosedyre (fyll inn kommunens prosedyre her). Under følger eksempel fra Grimstad kommune:

1. Bestillerenheten fattet vedtak på tjeneste Tiltakspakke demens
2. Fagleder tildeler primærkontakt og organiserer oppfølgingsbesøkene i turnus
3. Primærkontakt kontakter pasienten og gjør avtale om hjemmebesøk
4. Avklar hvem nærmeste pårørende er og om det er greit at du tar kontakt med denne.
5. Dokumenter besøket under Tiltakspakke demens i Tiltaksplanen.
6. Oppdater Tiltaksplanen ut i fra nye opplysninger.
7. Informer fastlegen om at pasienten har TPD og om endringer i pasientens funksjon.

Første besøk	Utført
Innkall pårørende til et møte sammen med pasient og primærkontakt.	
Informert om at du er pasientens primærkontakt.	
Informert om hva TPD innebærer (Infobrev er også sendt til pasienten fra Bestillerenheten sammen med vedtaket).	
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 sjekklisten under.	
Opprett Tiltakspakke demens i tiltaksplanen under Psykisk/kognitivt (se egen mal) og bruk journalkode 55.	
Kartlegg hvem som er nærmeste pårørende og om vi får lov til å kontakte dem ved behov.	

Tiltakspakke demens – Journalkode 55		
1. Forberedelse		
Kontakt pårørende hvis pasienten har samtykket?	Hvem er med på samtalen	Innhent informasjon fra pårørende ✓ Hvordan har hjemmesituasjonen vært siste mnd.? ✓ Evt. opplysninger fra dagsenter ✓ Hva er behovet for hjelp? ✓ Gi kunnskap om demens, informasjon, veiledning ✓ Vurder pårørendes belastning? - Avlastning/andre tiltak?
2. Brukermedvirkning		
Hva er viktig for deg?		✓ Er avtalen fulgt opp? ✓ Noe nytt som er viktig? ✓ Har vi lykket 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		✓ Somatiske forhold som skal følges opp? ✓ Nye symptomer? ✓ Kontakt fastlege ved behov ✓ Behov for behandlingsavklaring? ✓ Vært innlagt sykehus/ kontakt med fastlege siden siste kartlegging? ✓ Les evt. sjekklister i Gerica
Tegn til infeksjon		Lukt, uro, kroppstemperatur, forvirring, smerter, endret adferd, CRP
Administrering av medisiner		Klarer å ta ansvar for medisinerne sine selv? ✓ Multidose ✓ Dosett ✓ Eventuelt vurder hyppighet for medisinutlevering ✓ Medisindosett med alarm?
4. Psykisk/kognitivt (hukommelse)		
Beskriv personens hukommelse og psykiske tilstand (nedstemt, glad, mistenksom, urolig, irritert, hallusinert, angstlignende symptomer)		Adferd ✓ Oppleveres atferden som adekvat? ✓ Mistanke om forvirringstilstand (delir)? Orientering ✓ Finne fram i kjente/ukjente omgivelser? ✓ Skille natt og dag Språk ✓ Leter etter ord? ✓ Mister tråden i samtalen ✓ Oppfatter/forstår ikke det som blir sagt Planlegging ✓ Beskriv ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål Forståelse ✓ Har pasienten forståelse for egen situasjon? Samtykkekompetanse ✓ Ja/nei? ✓ (Hvis nei; vurder pasientens

		samtykkekompetanse, eventuelt kontakt demenskoordinator eller fastlege)																
HJELP VED VURDERING AV SAMTYKKEKOMPETANSE																		
1. Bakgrunn Pasient – og brukerrettighetsloven § 4-3 Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som ytter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.																		
2. Kartlegging <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bevar spørsmålene under med Ja/nei</th> <th>Ja/Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evner pasienten å uttrykke valg?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forstår pasienten informasjonen som er relevant for å ta beslutning om helsehjelp?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anerkjenner pasienten informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige utfall av de ulike behandlingsalternativer?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evner pasienten å bedømme relevant informasjon ved avveining av ulike behandlingsalternativer?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Er du overbevist om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter? En mindre reduksjon i forstandsevnene er ikke tilstrekkelig.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Er du i tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eventuelt til å nekte å motta behandling.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mangler pasienten helt eller delvis samtykkekompetanse?</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Bevar spørsmålene under med Ja/nei	Ja/Nei	Evner pasienten å uttrykke valg?		Forstår pasienten informasjonen som er relevant for å ta beslutning om helsehjelp?		Anerkjenner pasienten informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige utfall av de ulike behandlingsalternativer?		Evner pasienten å bedømme relevant informasjon ved avveining av ulike behandlingsalternativer?		Er du overbevist om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter? En mindre reduksjon i forstandsevnene er ikke tilstrekkelig.		Er du i tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eventuelt til å nekte å motta behandling.		Mangler pasienten helt eller delvis samtykkekompetanse?	
Bevar spørsmålene under med Ja/nei	Ja/Nei																	
Evner pasienten å uttrykke valg?																		
Forstår pasienten informasjonen som er relevant for å ta beslutning om helsehjelp?																		
Anerkjenner pasienten informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige utfall av de ulike behandlingsalternativer?																		
Evner pasienten å bedømme relevant informasjon ved avveining av ulike behandlingsalternativer?																		
Er du overbevist om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter? En mindre reduksjon i forstandsevnene er ikke tilstrekkelig.																		
Er du i tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eventuelt til å nekte å motta behandling.																		
Mangler pasienten helt eller delvis samtykkekompetanse?																		
3. Viktig - Pasientens evne til å samtykke skal vurderes <u>konkret</u> i forhold til beslutningen om helsehjelp som skal tas. (Dvs. at samtykkekompetanse kan falle helt bort på enkelte tiltak, men ikke for andre. Vi skiller mellom hel eller delvis samtykkekompetanse og områdene skal beskrives konkret. For eksempel: Pasienten mangler samtykkekompetanse i forhold til å forstå at han trenger insulininjeksjon og har behov for døgnbasert opphold. - Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke skal optimaliseres.																		
4. Vedtak Ved manglende samtykkekompetanse ligger prosedyre og skjema i Gerica som flettemal nr. 135. Det skal også dokumenteres i brukerstatusfeltet.																		
5. Kartlegging																		
Personlig hygiene		✓ Har pasienten behov for hjelp/veiledning til personlig hygiene? ✓ Har pasienten hatt spesielle morgen- og kveldsrutiner? (Før inn i Min historie) ✓ Hjelp til av- og påkledning? Hjelp til																

		dusj? ✓ Passer påkledningen til årstiden? ✓ Velstelt/ustelt/flekker? ✓ Behov for hjelp til neglestell hender/føtter?
Væske og ernæring		Ernæringskartlegging: Ta alltid vekt/BMI ✓ Er pasienten i risikosonen for underernæring? Vurder: ✓ Sjekk kjøleskapet; nok mat, frisk mat? ✓ Har pasienten behov for hjelp til å smøre brødmat, lunsj? ✓ Behov for oppfølging under måltid for å sikre at pasienten spiser og drikker tilfredsstillende? ✓ Vurder middagsombringing, næringsdrikker, berikelse av kost, mellommåltider. ✓ Hvem handler? ✓ Gir pasienten uttrykk for sult / tørst? ✓ Rusproblematikk? ✓ Medikamenter, alkohol? ✓ Lukt, søppel
Smerter/ tilstrekkelig smerte lindret?		Tips: Uro og atferdsendring kan være uttrykk for smerter hos pasienten ✓ Gir pasienten verbalt uttrykk for smerter, lokaliser dem. ✓ Rynker pasienten pannen, lager grimaser, stønner el.? ✓ Vas skala/MOBID 2.
Tannhelse		Behov for bistand til munnhygiene? Egne tenner eller protese? Sist tannlegebesøk?
Sanser		Syn ✓ Bruker pasienten briller? ✓ Behov for hjelp til å vaske dem?

		✓ Riktig brille på? Hørsel ✓ God/dårlig hørsel? ✓ Ørevoks? ✓ Bruker pasienten høreapparat? ✓ Fungerer det ✓ Sjekk batteri
Sosialt nettverk / aktiviteter		✓ Har pasienten behov for bistand til sosial deltakelse; hjelp fra, og kontakt med pårørende, venner? ✓ Har pasienten behov for å ivareta tro og livssyn, religiøse interesser? Samtale, kirkebesøk, bønn etc. ✓ Gjør deg kjent med «Min historie» og fyll inn nye opplysninger. ✓ Kan vi koble på frivillige eller foreninger? Ta med kulturkalenderen til kommunen eller 9 til 9 brosjyren.
Falltendens og gangfunksjon		Har pasienten falt siste mnd.? Hvorfor falt denne personen? ✓ Balanse/Svimmel/ustø? ✓ BT ✓ Legemiddelgjennomgang? ✓ Blåmerker? ✓ Vurder fottøy; sko, tøfler, sokker ✓ Passer fottøyet til årstiden? Fare for fall innendørs? ✓ Tepper/ryer ✓ Løse ledninger ✓ Rekkverk ✓ Belysning ✓ Antisklimatte/tape i dusj/badekar ✓ Dusjkrakk ✓ Håndtak ✓ Høye dørstokker ✓ Briller ✓ Hoftebeskytter?

		✓ Fallalarm? Fare for fall utendørs? ✓ Behov for utelys ✓ Støttehåndtak ✓ Grus/sand ✓ Brodder Er pasienten passiv/aktiv? ✓ Behov for trening for å mestre hjemmesituasjonen? ✓ Funksjonsfall? ✓ Behov for hjelpemidler? Behov for hjelpemidler? - Må det iverksettes strukturert trening, kontakt fysioterapeut for vurdering Vurder alltid behov for å informere sykepleier (tjenesteansvarlig) og igangsetting av fallprosedyren del 2.
Sikkerhet		Sjekk sikkerheten i hjemmet, er hjemmesituasjonen forsvarlig? ✓ Røykvarsler – fungerer den? ✓ Behov for komfyrvakt, kaffetraktervakt? ✓ Røyker pasienten? ✓ Behov for røykeforkle? ✓ Har pasienten stearinlys, stråleovn, vedfyring, gardiner/klær over ovner ✓ Svimerker
Bolig/tekniske hjelpemidler/ velferdsteknologi		Trygghetsalarm? ✓ Har pasienten forståelse for å bruke den? Hjelp til å gjøre hjemmet oversiktlig? ✓ Merke skap, dører Beskjedbok, syvende sans etc.? Velferdsteknologi ✓ Forglemmegeikalendar ✓ GPS ✓ Sengesensor ✓ Dørsensor ✓ Pilly

5. Vurderinger og tiltak		
Samarbeid med pårørende		Er det ting som skal følges opp? Fordeling av ansvarsområder?
Vurder behov for andre/eventuelt økte tjenester fra kommunen		Behov for andre/økte tjenester fra hjemmetjenesten? Ta kontakt med bestillerenheten. Behov for: ✓ Praktisk bistand til rengjøring ✓ Dagaktivitetstilbud ✓ Aktivitetsvenn ✓ Avlastningsopphold
Oppdater tiltaksplanen		Ved store endringer oppdater IPLOS/ADL?

Vedlegg 5

SPØRRESKJEMA TIL KOMMUNENE I PROSJEKTET «TILTAKSPAKKE DEMENS»

Hensikten med dette skjemaet er å kartlegge hvilke rutiner kommunene har for oppfølging av hjemmeboende personer med demens, og personalets kompetanse.

Kommune_____

Kontaktperson_____Telefon_____

Dato for intervju:

Har kommunen:

- Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmetjenesten? Ja Nei
 Kommentarer:
- Rullerende arbeidslag? Ja Nei
 Kommentarer:
- Ressursperson / ressursgruppe i demens i hjemmetjenestesonene? Ja Nei
 Kommentarer:
- Primærkontaktprinsippet for brukere av hjemmetjenester?
 Kommentarer:
- Demenskoordinator ☐ Demenskontakt ☐ Demensteam ☐
 Kommentarer:
- Samarbeid med fastlegene faste møter telefon brev E-meldinger
 Kommentarer:
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
 Kommentarer:
- Personal med Demensomsorgens ABC-kompetanse: Ja: Nei
 Kommentarer:
- Personal med videreutdanning i demens Ja Nei
 Kommentarer:
- Tilbud til pårørende: Pårørendeskole (boks) Samtalegruppe (boks) Individuell veiledning (boks)
 Kommentarer:
- Bruker hjemmetjenesten personer med kompetanse på demens bevisst inn mot personer med demens? Ja Nei
 Kommentarer:
- Hvordan samarbeider hjemmetjenesten. med demensteam/koordinator?
 Kommentarer:

SPØRRESKJEMA TIL PRIMÆRKONTAKT I PROSJEKTET «TILTAKSPAKKE DEMENS»

Kommune/Bydel: _____ Dato: _____

Tittel: _____ Utdanning: _____

1. Hva tenker du om den systematiske oppfølgingen som Tiltakspakke demens innebærer?
 - Hva er bra?
 - Hvilke utfordringer har dere møtt?
2. Hvordan vurderer du som primærkontakt pasientens nytte av Tiltakspakke demens?
 - Hva er bra?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?
3. Hvordan vurderer du de pårørendes nytte av Tiltakspakke demens?
4. Hvordan oppleves primærkontaktrollen til pasienter i Tiltakspakke demens?
5. Hvordan vurderer du verdien av den kunnskap og kompetanse som du har fått om demens gjennom ABC, videreutdanning etc.
6. Hvilke erfaringer har du gjort deg med å utføre «Min Historie»?
7. På hvilken måte preger personsentrert omsorg tilbudet til personer med demens i din kommune?
8. Hvordan har dere organisert oppfølging av TPD i din kommune?
 - Har det vært noen utfordringer knyttet til dette?
9. Hvilke erfaringer har du i forhold til dokumentasjon av Tiltakspakke demens?
10. Mener du at Tiltakspakke demens skal gjennomføres i din kommune/bydel også etter prosjektperioden?
 - Hvorfor?
 - Hvorfor ikke?

SPØRRESKJEMA TIL LEDER I PROSJEKTET «TILTAKSPAKKE DEMENS»

Kommune/Bydel: _____ Utdanning: _____

Tittel: _____ Dato: _____

1. Hva tenker du om den systematiske oppfølgingen som Tiltakspakke demens innebærer?
 - Hva er bra?
 - Hvilke utfordringer har dere møtt?
2. Hva er din rolle/oppgave i forhold til Tiltakspakke demens?
3. Hva vil du vektlegge dersom du skal undervise nabokommunen om Tiltakspakke demens?
4. På hvilken måte preger personsentrert omsorg tilbudet til personer med demens i din kommune/bydel?
5. Hvordan har dere organisert oppfølging av TPD i din kommune?
6. Har det vært noen utfordringer knyttet til dette?
7. Mener du at Tiltakspakke demens kan gjennomføres i din kommune?
 - Hvorfor?
 - Hvorfor ikke?

SPØRRESKJEMA TIL DEMENSKONTAKT I PROSJEKTET «TILTAKSPAKKE DEMENS»

Kommune/Bydel: _____ Dato: _____

Tittel: _____ Utdanning: _____

1. Hva tenker du om den systematiske oppfølgingen som Tiltakspakke demens innebærer?
 - Hva er bra?
 - Hvilke utfordringer har du møtt?
2. Hva er demenskontakts rolle/oppgave i forhold til TPD?
3. Hvordan vurderer du som demenskontakt pasientenes nytte av Tiltakspakke demens?
 - Hva er bra?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?
4. Hvordan vurderer du de pårørendes nytte av Tiltakspakke demens?
5. Hva vil du vektlegge dersom du skal undervise nabokommunen din om Tiltakspakke demens?
6. På hvilken måte preger personsentrert omsorg tilbudet til personer med demens i din kommune/bydel?
7. Hvilke erfaringer har du i forhold til dokumentasjon av Tiltakspakke demens?
8. Hvordan har dere organisert oppfølging av TPD i deres kommune/bydel?
9. Har det vært noen utfordringer knyttet til dette?
10. Mener du at Tiltakspakke demens kan gjennomføres i din kommune?
 - Hvorfor?
 - Hvorfor ikke?



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no