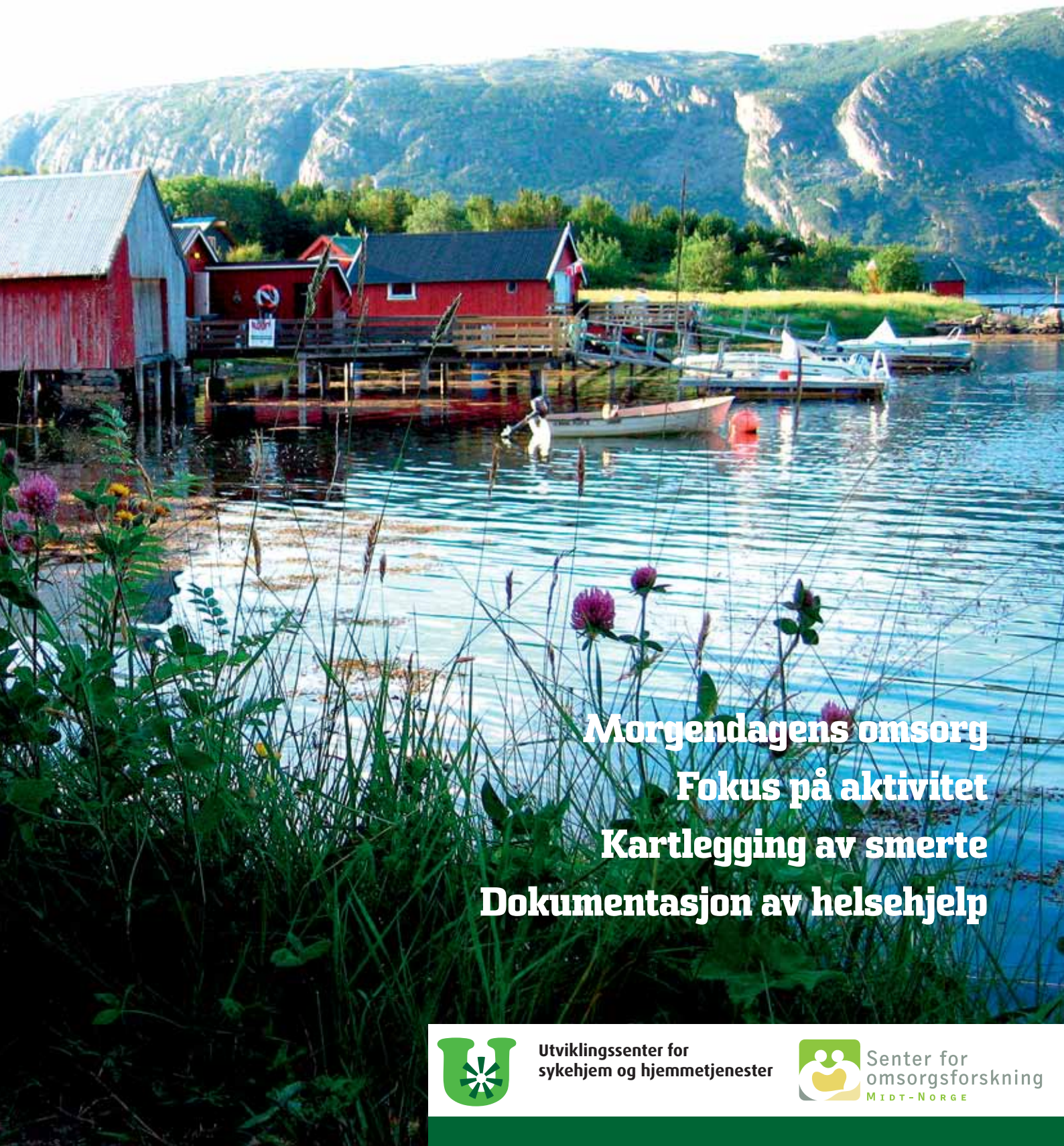


Fagnyheter

Fra Sør-Trøndelag



Morgendagens omsorg
Fokus på aktivitet
Kartlegging av smerte
Dokumentasjon av helsehjelp



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE



Meld. St. 29 (2012-2013)

Morgendagens omsorg

„Alle bør være opptatt av
framtida. Det er der vi skal
tilbringe resten av vårt liv“

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver i årene fremover. Alderssammensetningen i befolkningen endres og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Man ønsker derfor i større grad å utvikle tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Stortingsmelding 29 er ment å være en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Man ønsker å gi brukerne nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen tross sykdom, funksjonsnedsettelse eller andre problemer som ligger som hindringer i hverdagen. Den skal samtidig gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de

som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv.

Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukeren blir en ressurs i sitt eget liv. At innbyggerne i lokalsamfunnet mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre. At velferdsteknologi blir en ressurs for brukere som dermed får nye og bedre muligheter til å mestre hverdagen og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter.

Stortingsmeldingen inneholder flere satsingsområder som skal gjennomføres og arbeides videre med for å møte framtidens behov, og vi har valgt å gi en kort presentasjon på fire av disse

satsingsområdene:

- Hverdagsrehabilitering
- Velferdsteknologiprogrammet
- Aktiv omsorg
- Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering omfatter hverdagsmestring, forbygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Den starter gjerne med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter for deg nå?» Det kan for eksempel være å stelle seg selv, lage mat, gå til butikken og lignende. Altså å mestre hverdagens utfordringer uansett funksjonsnivå. Det er et mål både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen. Hverdagsrehabilitering er en kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endringer av

Åfjord Helsesenter



Søbstad Helsehus



omgivelsene og samarbeid med pårørende. Innsatsen bør være tverrfaglig. Ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre helsepersonell er faglige pådrivere og man ønsker å kunne forbygge fremfor å pleie. Regjeringen vil bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom å legge sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Hverdagsrehabilitering bør også stå i fokus når brukeren er på institusjon.

Velferdsteknologiprogrammet

Bruk av velferdsteknologi åpner for flere muligheter for brukerne. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse. Det kan bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne og vil bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse.

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg, men den vil kunne bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- Forbedre brukernes mulighet til å mestre sin egen hverdag
- Øke brukernes og pårørendes trygghet og avlaste pårørende for bekymring
- Øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettsverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og hjelpeapparat

I januar 2012 startet 10 utvalgte kommuner i Midt-Norge opp med Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet. Det gikk ut på at kommunene skulle prøve ut eksisterende og tilgjengelig velferdsteknologi i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Prosjektet ble koordinert fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og gikk over to år. Fra 2014



videreføres satsingen som Velferdsteknologinettverk i Midt-Norge.

Aktiv omsorg

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å utvikle en fremtidsrettet og god omsorgstjeneste er det behov for større vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. Regjeringen har blant annet derfor startet en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Et dagaktivitetstilbud vil gi brukere meningsfulle hverdager og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Mange kommuner har begynt med dette arbeidet. Lavollen, et aktivitetstilbud for yngre personer med demens, startet i 2014 og er et eksempel på et slikt dagtilbud.

Den kulturelle spaserstokken ble etablert i 2007 i samarbeid mellom Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Den skal sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling til eldre, og for at eldre får et tilpasset kulturtilbud i dagliglivet.

Stiftelsen Livsglede for Eldre ble opprettet i 2006 av sykepleierstudenter som ville gjøre mer mulig i eldreomsorgen. Stiftelsen er trosmessig og partipolitisk nøytral og jobber innenfor tre hovedområder; frivillighet, utdanning og tjenesteutvikling. Gjennom gode opplevelser ønsker man å stimulere de sosiale, åndelige og kulturelle behov

hos den enkelte. Stiftelsen Livsglede for Eldre har ansvar for den nasjonale sertifiseringsordningen Livsglede-sykehjem som flere kommuner er i gang med.

«Aktiv omsorg» har også blitt et eget opplæringsprogram. Fagakademiet, Helsedirektoratet, Senter for omsorgsforskning Sør og Høgskolen i Telemark har sammen utarbeidet et 15 studiepoengs opplæringsprogram. Det går over fire samlinger og har hittil vært holdt i 13 fylker i landet. Målgruppen er helsepersonell på ansatt- og ledelsesnivå, frivillige organisasjoner, kultursektor og andre institusjoner i lokalmiljøene. Programmet er praksisnært og tar utgangspunkt i deltakernes egne erfaringer og deltakerne skal bruke egen arbeidsplass som arena for utøvelse av aktiv omsorg.

Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet

Strategien kommer på bakgrunn av at regjeringen vil legge til rette for et levende sivilsamfunn som skaper tilhørighet, solidaritet og fellesskap. Den skal angi tiltak for å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, sikre økt frivillig aktivitet og redusere ensomhet gjennom å re-etablere eller bygge ut den enkeltes sosiale nettverk.

Tekst: Tone Dypaune, Sørstad Helsehus, Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag



Illustrasjonsfoto: Shutterstock

Med fokus på aktivitet

Hvor ofte bruker du forflytningshjelpemidler i stell på pasienter? Har du tenkt igjennom pasientens ressurser? Kanskje pasienten mestrer forflytningen på egen hånd?

Flere eldre opplever redusert selvstendighet i dagliglivets aktiviteter og reduksjon i velvære på grunn av nedsatt fysisk funksjon. Andelen eldre i samfunnet vil øke i de neste 20 årene, og høy levealder gjør at det vil være flere eldre med funksjonsvansker. Som

fysioterapeuter ved helsehus ser vi at den generelle utviklingen på korttidspasienten er økt skrøpelighet og mindre kapasitet. Pasienten blir tidligere utskrevet fra sykehus og vil derfor ha behov for tettere oppfølging, både i forhold til det medisinske, det fysiske og hjemme-/boligforhold. Et sentralt mål med et korttidsopphold er å få pasienten tilbake til sin habituelle tilstand og tilbakeføring til hjemmet, tilrettelagt med kommunale tjenester etter behov.

Fysioterapeuter er ofte en liten faggruppe ved mange helseinstitusjoner med en sentral rolle i korttidsoppholdet for pasientene. I hverdagen opplever nok mange å stå alene med ansvaret på sitt fagområde. En fysioterapeut på helsehus foretar en funksjonsvurdering og kartlegger boligsituasjonen, bidrar til å sette mål for oppholdet og iverksetter tiltak med bakgrunn i felles mål. Mange av tiltakene er ofte enkle og lett gjennomførbare, og kan utføres blant annet av pleiepersonalet ved institusjonen

eller aktivtører. Da mange pasienter har økt skrøpeligheit og lav kapasitet er det derfor viktig at tiltakene også blir fulgt opp på ettermiddag/kveld, helg og helligdager når fysioterapeutene ikke er tilstede. Mange pasienter mangler motivasjon og egentrening blir ofte ikke gjennomført. Man skal ikke glemme at pasienten rehabiliteres uansett tid på døgnet, og det er derfor en nødvendighet at man jobber som et team på tvers av faggruppene, slik at pasienten får den måloppnåelsen som er satt for oppholdet. I en travel arbeidshverdag er det lett å velge løsninger som ikke gagnar pasientens fysiske funksjon. Et eksempel er forflytning av pasienten med heis istedenfor å ta seg tid til at pasienten bruker egne ressurser. Et annet eksempel er å trille pasienten til matbordet når han/hun mestrer å gå selv med rullator. På sikt vil alle være tjent med at pasienten mestrer forflytningen selv, og i tillegg er det lettere å stille spreke pasienter!

Ressursene strekker sjelden til, og det er derfor viktig å finne løsninger med de ressursene man har tilgjengelig. Som fysioterapeut på institusjon har man sjelden tid til å gå inn til pasienten daglig. Fysioterapeuten bør i større grad undervise og veilede andre faggrupper. En må øke bevisstheten til andre helsearbeidere, noe som kan bidra til en holdningsendring og ny tankegang. En må øke kunnskapsnivået om fysisk aktivitet og trening, og hvordan dette kan øke selvstendighet og videre bedre livskvalitet og helse blant pasientene. Det er i tillegg viktig å instruere hvordan enkle øvelser kan gjennomføres og forklare hvorfor tiltakene er nødvendige. Ved denne bevisstgjøringen vil kanskje pleiepersonalet føle et større ansvar for aktiviseringen av pasienten. Mange vegrer seg for å mobilisere pasienten fordi de er usikre på om det gjøres riktig. Et treningsopplegg er ofte godt tilpasset den enkelte, men har ingen hensikt dersom det ikke blir

gjennomført. Mennesket er skapt for bevegelse, og det er lite feil man kan gjøre. Det som gir dårligere helse og redusert funksjon er å sitte i ro!

Mange pasienter som kommer på et opphold ved institusjon blir ofte mer passive enn de er hjemme. Det å redusere på sittetiden kan bidra til at pasienten kan bo hjemme lengre og videre utsette bruk av sykehjemsplass. Enkle treningsøvelser er kunnskapsbasert og veldokumentert. De bidrar til å redusere fall og kostnader, og bedrer funksjon, helse og livskvalitet. Eldre har like god effekt av trening som yngre mennesker.

Vi håper at dette budskapet når frem til faggrupper som jobber innen geriatri, og motiverer til enkel hverdagsaktivitet for pasientene sine. Det å se eldre mennesker bevege seg uansett funksjonsnedsettelse varmer et fysioterapihjerte.

”Den som ikke har tid til å trene må før eller siden sette av tid til å bli syk”

Stanley, ca. 1850

Vi vil med dette ønske alle en aktiv og inspirerende sommer!

*Kari Hulsund Johnsen og Stine Maren
Riksfjord, fysioterapeuter ved
Søbstad helsehus, Trondheim kommune*



Fra venstre: Ellen Ommedal Strøm, Gunn Karlsauet, Aud Frønes, Åshild By Berdal og Liv Kirsti L. Hårstad. Ikke tilstede på bildet: Marie Hellen og Kirsti Torjuul

Kartlegger smerte

Prosjektgruppen «Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt» i Åfjord kommune har i lengre tid jobbet for å finne et godt smertekartleggingsverktøy som kan innføres som standard i tjenesten.

Deltakerne har sett hvordan smerter i stor grad virker inn på hverdagen og livskvaliteten til brukere med kraft eller andre uhelbredelige lidelser. Gruppen valgte seg ut ESAS og Smertejournal med kroppskart utviklet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge til pasienter som ikke kunne rapportere smerte selv. Til pasienter som ikke kunne rapportere smerte selv, valgte gruppen Doloplus 2. Til sammen ble skjemaene testet på åtte personer fra våren 2011 til januar 2012.

Prosjektgruppen håper at innføring av et felles smertekartleggingsverktøy fører til en kvalitetssikring av smertebehandlingen til brukere og pasienter i kommunen. Innføring av et felles system for kartlegging av smerter vil bidra til et felles språk og bedre kommunikasjon mellom ulike faggrupper og pasienten, og mellom de ulike tjenesteområdene i Åfjord kommune.

Med bistand fra Karin Torvik (Avdeling for helsefag og Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge, HiNT) har prosjektgruppen skrevet en fagartikkel som nå er på trykk i Sykepleien. Du kan lese hele artikkelen i Sykepleien nr. 3 2014, eller på www.sykepleien.no

*Forfattere av «Kartlegger smerte»:
Liv Kirsti L. Hårstad, Åshild By Berdal, Aud Frønes, Ellen Ommedal Strøm, Marie Hellen, Gunn Karlsauet og Kirsti Torjuul.*

Velferdsteknologi i helse-

«Velferdsteknologi handler ikke om teknologi ...men om mennesker»
(Nis Peter Nissen 2011)

Begrepet velferdsteknologi er et relativt nytt begrep som har fått økt oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt de siste årene. Begrepet velferdsteknologi er beskrevet i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, og er delt inn i fire hovedkategorier ut i fra hvilke brukerbehov de kan møte:

■ **Trygghets- og sikkerhetsteknologi**

– teknologier som skal skape trygge rammer og mestring av egen helse. Dette kan bl.a. handle om Trygghetsalarm, bolialarm og fallsensorer.

■ **Kompensasjons- og velværeteknologi**

– teknologier som kan bistå når hukommelsen svikter, ved fysisk funksjonssvikt og som gjør hverdagslivet mer komfortabelt. Elektriske rullestoler, spillteknologi og klimakontroll (styring av lys og varme) er eksempler her.

■ **Teknologi for sosial kontakt** – teknologier som kan bistå mennesker med å være i kontakt med andre, for eksempel videokommunikasjon og nettbrett.

■ **Teknologi for behandling og pleie** – eksempler her er kommunikasjon med helsepersonell, elektroniske meldingssystemer og behandlingsutstyr.



Innenfor helse- og omsorgssektoren må velferdsteknologi anses som en tjenesteinnovasjon. Dette fordi de teknologiske løsningene sjelden kan stå alene, og det krever nytenkning i utførelsen av tjenestene. Dette betyr at utarbeiding av nye kartleggingsverktøy,

utvikling av helhetlige pasientforløp og bygging av kompetanse hos ansatte bør foregå samtidig med at testing av eksisterende teknologier pågår. Riktig bruk av velferdsteknologi vil kunne gi brukerne økt livskvalitet samt bidra til å utsette eller redusere behovet for personbaserte tjenester fra kommunen. Helsedirektoratets mål for 2020 er at velferdsteknologiske løsninger er utviklet, tilgjengelig og aktivt tatt i bruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skal gi robuste og fleksible tjenesteløsninger som kan møte en fremtidig etterspørsel samt bedre arbeidsmiljøet og rekruttering av helsepersonell.

Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet

I januar 2012 startet ti utvalgte kommuner opp med Det Midt-norske velferdsteknologiprojektet som ble koordinert fra Fylkesmann i Sør-Trøndelag. Hensikten var å prøve ut eksisterende og tilgjengelig velferdsteknologi i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Prosjektperioden gikk over to år, og delprosjektene i kommunene handlet bl.a. om bruk av GPS, ulike typer sensorteknologi, spillteknologi, Paro-selen, velferdsteknologisk laboratorium samt bruk av videokonferanseutstyr.

Åfjord og Bjugn kommune har deltatt i prosjektet med utprøving av GPS, memoplanner, facetime, spill- og sensor, varslings- og lokaliseringsteknologi i institusjon. Bjugn og Åfjord har hatt felles prosjektleder og jobbet i nettverk. Erfaringer fra kommunene viser at etiske vurderinger, kartlegging av individuelle behov, faglig kompetanse, organisering og tilrettelegging av velferdsteknologi og tjenester er viktige forutsetninger for forsvarlig og vellykket bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Erfaringene fra utprøvingen er tatt opp i resultatrapporten som ble utgitt av SINTEF i 2013. Prosjektet

videreføres i innovasjonsprosjektet i offentlig sektor Trygge spor 2.

Trondheim kommune har deltatt i hele prosjektperioden gjennom de aktiviteter/prosjekter som eksisterer i kommunen. Prosjektet har hatt en ansatt i 100 prosent og flere ansatte har hatt velferdsteknologi som en del av arbeidet sitt. Dette er i hovedsak ansatte fra Trygghetspatruljen, hjemmetjenesten og ergoterapitjenesten. Kommunen har vært med på utprøving av GPS, og det er utgitt en egen rapport om dette; **Trygge Spor 1**. Det jobbes nå med utvikling av et helhetlig pasientforløp ved bruk av lokaliseringshjelpemidler. Trondheim kommune er prosjekteier av Helsa Mi, et innovasjonsprosjekt for offentlig sektor. Her utvikles nye tjenester for hjemmeboende personer med kroniske lidelser. Arbeidet med å utvikle et mottakssystem har vært krevende da det skal kommuniseres digitalt mellom brukers hjem, kommune og sykehus. Helsedirektoratet laget i 2013 en video om Helsa Mi. Et annet prosjekt er **Trygghetspakken**. Her har det vært jobbet med å utrede hva innholdet i en trygghetspakke bør være. Etter en utprøvingsperiode har fokuset blitt mer rettet mot kompetanse, utprøving av teknologi og muligheter for å sette teknologi i system. Det er utgitt egne rapporter fra Trygghetspakken både i 2012 og 2013. Videre jobbes det med å utvikle et **Kartleggingsskjema** og dette skjer i samarbeid med Steinkjer kommune. Målet er at et slikt skjema kan være med å bidra til at velferdsteknologi skal være en helt naturlig del av i kartleggingen av brukerne i helse- og velferdstjenesten i kommunen. Det er også planer om å utvikle en veileder til kartleggingsskjemaet. Deltakelsen i Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet har vært avgjørende for de utprøvinger som har blitt gjort i Trondheim kommune og ikke minst for den kompetansehevingen som har skjedd i

og omsorgstjenesten

organisasjonen.

KS og fylkesmennene i Midt-Norge arrangerte en erfaringskonferanse om Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet på Stjørdal den 14.mars i år, og her ble noen av kommunenes delprosjekter presentert. I tillegg er det nå offentliggjort rapporter om både hovedprosjektet og delprosjektene som kan leses på Fylkesmannens hjemmesider www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag. Prosjektet har avdekket at det er svært mye teknologi tilgjengelig på markedet, men lite av dette er tilpasset de behovene man har i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. En av de største barrierene for å lykkes med nødvendig tjenesteinnovasjon er tjenestenes og de ansattes egen bedriftskultur. Videre er det en anbefaling fra prosjektet at kommuner bør samarbeide om anskaffelser da innkjøp krever nødvendig kompetanse på dette området. Prosjektperioden ble avsluttet ved årsskiftet, og fra 2014 videreføres samarbeidet mellom kommunene i Det Midtnorske velferdsteknologinettverket.

Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (NVP) skal sikre at velferdsteknologi blir en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Rammene for NVP er gitt i Melding st. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg og gjennom revidert nasjonalbudsjett for 2013. Helsedirektoratet har fått ansvaret for NVP, og har etablert et nært samarbeid med KS når det gjelder gjennomføringen. Programmet ble operativt fra 1.jan. 2014 og forventes å gå ut 2020. De økonomiske rammene besluttet gjennom de årlige budsjettvedtak i Stortinget. NVP vil omfatte ulike velferdsteknologiske løsninger hvor formålet er:

- Forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- Øke brukernes og pårørendes trygghet og avlaste pårørende for bekym-



ringer

- Øke brukernes og pårørendes mulighet til å ha kontakt og gi brukerne mulighet til å ha kontakt med andre og delta på sosiale arenaer

Kompetanseheving inngår som en viktig del av NVP. Det er inngått avtale med KS om videreutvikling av verktøyet «Veikart for velferdsteknologi» som ligger fritt tilgjengelig på KS sine hjemmesider www.ks.no. Videre har KS fått i oppdrag å utvikle opplæringspakken Velferdsteknologiens ABC som forventes å foreligge i første versjon i juni 2015. Denne opplæringspakken skal bl.a. inneholde verktøy for vurdering av brukerbehov, verktøy for saksbehandling samt verktøy for utvikling av tjenester. Helsedirektoratet jobber også med utarbeidelsen av en Veileder innen velferdsteknologi, og i dette arbeidet deltar flere kommuner som er i gang med utprøving av velferdsteknologiske løsninger. Informasjons og data sikkerhet er sentrale elementer i det nasjonale programmet fram til 2016.

Nasjonalt, interkommunalt og kommunale prosjekter

Måltallene i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet er slik:

- Trygghetspakker: Bærum (100), Skien (60) og Stavanger (200).
- GPS: Bærum(10), Trondheim(20), Drammen(20), Skien(20),

Bjugn(20), Åfjord(20), Larvik(20), Tjøme(20)

■ Løsninger i sykehjem: Bærum (136) og Skien (64)

■ Elektroniske nøkkellåser: Bærum (50)

UHT Åfjord kommune i lag med Bjugn kommune fortsetter arbeidet. Åfjord, Bjugn og Trondheim kommuner deltar i Nasjonalt program og i samarbeid med Sintef og «Trygge Spor». Det samarbeides i felles nettverk med de øvrige kommuner.

Status:

UHT Sør-Trøndelag (Åfjord og Bjugn kommune) har startet overføring av kompetanse til nabokommuner. Målet er å komme i gang med ytterligere testing av den nye GPS, SL-8, Safelook. Og en utbredning av GPS- testing i Fosen med 30 stykker. Målet er å dele erfaringer og kompetanse og medvirke til å fremme robuste velferdsteknologiske løsninger som med dette spres til flere kommuner og inkluderer både produktløsninger, mottaksapparat og tjenesteinnovasjon. Prosjektet vil ha en tydelig brukermedvirkning og inkludere pårørende, frivillige og ideelle aktører. Vi vil samtidig etablere en lokal opplærings og demonstrasjonsarena. Det vil bli etablert Følge-med-forskning.

Tekst: Laila D. Refsnes, leder hjemmetjenesten Åfjord kommune og UHT Sør-Trøndelag, Bjørg Aasen, Søbstad Helsehus, Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag

Illustrasjonsfoto: Shutterstock

»Det er godt for henne og det er godt for oss«

– En studie om pårørendes erfaringer med hverdagen når de mottar dagtilbud for personen med demens som bor hjemme.

Bakgrunn:

Antallet eldre personer vil øke de neste tiårene, og dermed vil også antallet personer med demens øke. Demens sykdom kan ramme alle på en direkte eller mer indirekte måte, eks. som pårørende. Vi vet i dag at pårørende er viktige ressurser i demens omsorgen, og det er et nasjonalt mål at alle skal få bo hjemme så lenge som mulig. Dette er også et ønske fra personer med demens og deres pårørende. Dagtilbud kan være en av flere nøkler til å bidra til at de får bo lengre hjemme, ved at pårørende får avlastning og samtidig kan opprettholde egen tid til aktiviteter på dagtid.

Hensikt:

Hensikten med studien var å beskrive pårørendes erfaringer med hverdagen når de mottar dagtilbud for personen med demens som bor hjemme.

Design og metode:

En kvalitativ tilnærming med semi strukturerte intervju av åtte pårørende (34 – 82 år) ble benyttet som data-grunnlag. Antall dager med dagtilbud varierte fra 2-8 dager pr måned. De pårørende hadde ulike relasjoner til personen med demens (datter, sønn, barnebarn, tantebarn, ektemann), og det var kun ektemann som bodde sammen med den demenssyke. Øvrige pårørende hadde også en variasjon i geografisk avstand til sine kjære (fra 300 meter til 600 km). De transkriberte intervju tekstene ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse (Graneheim og Lundmann (2004). Pårørende ble



spurt om hvordan de opplevde hverdagen før og etter at de fikk dagtilbudet og hvilke tanker de har om fremtiden.

Resultat:

Tre tema ble funnet:

«Når livet blir kaotisk», som gjenspeiler tiden før pårørende fikk dagtilbudet, hvor deres hverdag var preget av både plikter og ansvar, samt at de opplevde en sosial tilbaketrekning fra sine kjære.

«Gjennoppygning av en ny hverdag», hvor pårørende opplever at hverdagen begynner og «falle på plass». Pårørende opplever en trygghet og sikkerhet ved at deres kjære blir ivaretatt på dagtilbudet. I tillegg opplever de pårørende

det som viktig at deres kjære også har en meningsfylt dag på dagtilbudet.

Det siste temaet, «Valgets kvaler, hva skjer i fremtiden?» viser til hvor vanskelig det er å håndtere valg og situasjoner pårørende kommer i, med tanke på om deres kjære skal fortsette å bo hjemme eller om tiden har kommet for at de må på institusjon.

Konklusjon:

Funnene i studien støtter andre studier som finner at dagtilbud er et avlastningstilbud, men samtidig gir en meningsfull hverdag for både personen med demens og pårørende. Få pårørende uttrykker en lettelse over å få et



Illustrasjonsfoto: Shutterstock

Oppstart av ABC-grupper i kystkommunene

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC er en del av kompetansetiltakene i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

Studiemodellen innebærer at deltakerne selv leser studiehefter og møtes i selvstyrte, tverrfaglige studiegrupper for å løse refleksjonsoppgaver i fellesskap. I tillegg gis det to dags-seminarer per år.

Flere av kystkommunene i Sør-Trøndelag har valgt å starte opp studiegrupper i 2014. Til sammen er over 120 ansatte fordelt på åtte kommuner i oppstartfasen av nye permer med studiemateriell.

Nye og oppdaterte permer

Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling er en ny studieperm utviklet på oppdrag fra Helsedirektoratet som en videreføring av Demensomsorgens ABC. Målsettingen er å utvikle kunnskap for å iverksette miljøbehandling til personer med demens i de kommunale tjenestetilbudene.

ABC Aldring og omsorg er en nyskrevet basisperm som erstatter de tidligere basispermene i Eldreomsorgens ABC: Grunnmur og Reisverk.

ABC Geriatri er en ny utgave av fordypningspermen Geriatri i Eldreomsorgens ABC. Permen inneholder 3 nye temaer: Lindrende behandling, kreftsykdom og omsorg ved livets slutt.

Felles seminarer

Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag har valgt å arrangere felles seminarer for grup-

pene i kystkommunene høsten 2014 og våren 2015. Ønsket er at gruppene skal kunne møtes og få faglig påfyll av gode foredragsholdere. Store avstander er noe alle kystkommunene er kjent med, og vi håper at disse fellesseminarene kan bidra til et godt fagmiljø med utveksling av kunnskap og erfaringer.

Les mer om ABC-opplæringen på: www.aldringoghelse.no

Følgende kommuner er i gang med/planlegger oppstart av grupper:

AGDENES:

Demensomsorgens ABC

BJUCN:

Demensomsorgens ABC

FRØYA:

Miljøbehandling

HITRA:

Miljøbehandling

HEMNE:

Eldreomsorgens ABC, Aldring og helse og Geriatri

ROAN:

Demensomsorgens ABC

SNILLFJORD:

Demensomsorgens ABC

ÅFJORD:

Miljøbehandling

«friminutt» i løpet av dagen, noe som kan ha sin årsak i at de fleste pårørende ikke bor sammen med personen med demens. Alle påpeker imidlertid at dagtilbudet, det å vite at deres kjære blir ivaretatt og har en meningsfull dag, gir en trygghetsfølelse som bidrar til å redusere omsorgsbyrden. Med andre ord opplever de pårørende at omsorgen for deres kjære også blir meningsfull via dagtilbudet.

Selv om pårørende finner meningen i omsorgen for sine kjære, så vil de alltid stå i en situasjon der de må gjøre valg om et fremtidig og økende omsorgsbehov, og i det ligger den etiske fordringen.



Dokumentasjon av hel

»Dokumentasjon – en vei til
refleksjon, dialog og ny praksis«

Sitat :Høgskolen i Oslo og Akershus

Dokumentasjonstradisjoner kan spores helt tilbake til middelalderen. **Florence Nightingale** understreket nødvendigheten av å observere og rapportere nøyaktig. Dette for å hjelpe legene i å bestemme medisinsk behandling, men også for å bidra til forsvarlig sykepleie. Fra tidligere tider har den bestått av ulike notater fra sykepleier, mens det i dag dokumenteres i elektronisk pasientjournal.

Sykepleiedokumentasjon er dokumentasjon av sykepleie. Historisk har den bestått av forskjellige typer notater, mens man i dag tilstreber at dokumentasjonen skal beskrive sykepleieprosessen, med observasjoner og diagnoser, tiltak, og evaluering.

Sykepleieprosessen er en mellommenneskelig og problemløsende prosess. Prosessen tar bl.a. sikte på å sette individ istedenfor diagnose i fokus for sykepleierens handlinger. Et annet fokus i sykepleieprosessen er samhandling, dvs. at det som skal gjøres tar utgangspunkt i relasjonen mellom sykepleier/helsefagarbeider og pasient – et likeverdig en-til-en-forhold – og kvaliteten på dette forholdet.

Helsepersonelloven regulerer mye av det lovpålagte innholdet i sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen og regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten.

Da helsereformen trådte i kraft 01.01.2001 fikk *alt helsepersonell* en juridisk dokumentasjonsplikt. Det ble ikke lenger et spørsmål om at sykepleierne skulle dokumentere, men på hvilken måte. Dokumentasjon av sykepleie

skal tilfredsstille kravene som stilles fra myndighetene knyttet til kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlingen.

Forskning og utviklingsprosjekter nasjonalt, så vel som internasjonalt, har avdekket flere sider ved den «problematiske dokumentasjonen». Studier fra både Norge, Sverige og Danmark viser at helsepersonell strever med å få til god kvalitet på dokumentasjon av sykepleie.

Det avdekkes store mangler i dokumentasjon og journalføring på alle nivå i helsevesenet.

Det er ofte ulik forståelse og praksis på området. Dårlig og manglende dokumentasjon kan gå ut over pasientsikkerheten og vil være i strid med helsepersonelloven § 1.

I dag er hovedargumentene for å dokumentere pleie, i tillegg til lovreguleringen siden 2001, at dokumentasjon av god kvalitet gjør det mulig å:

- holde oversikt i en travel hverdag med mange pasienter og mange helseprofesjoner å forholde seg til.
- opprettholde en sikker pleie med høy grad av kvalitet og kontinuitet.
- dokumentere faktiske forhold i tilfelle senere klagesaker.

Innenfor pleie- og omsorgstjenestene skjer tjenesteytingen på bakgrunn av en vurdering av hjelpebehovet og et påfølgende enkeltvedtak om tildeling av tjenester. Vedtak om tjenester forutsettes å bli vurdert fortløpende. Vurderingen går på om et eventuelt endret hjelpebehov skal medføre endringer i, eller bortfall av, tjenester og eventuelt tildeling av nye tjenester.

Dokumentasjon av den løpende tjenesteyting i pleie- og omsorgstjenesten skal fremgå av én journal for den enkelte tjenestemottaker. Dette fremgår av helsepersonelloven § 39 og pasientjournalforskriften § 5, men også av bestemmelsene om innsynsrett og taushetsplikt.

Dokumentasjon av den løpende tjenesteyting består i

- observasjoner
- vurderinger
- beslutninger
- iverksatte tiltak

Tradisjonelt benytter en sykepleieprosessen ved dokumentasjon. Den er også i tråd med helsepersonelloven og journalforskriften. Dokumentasjon skal vise hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger, og blir et hjelpemiddel som viser hva tjenesteyteren og virksomheten skal følge opp. Journalen blir en form for «huskeliste» og er derfor først og fremst et verktøy i tjenesteyternes daglige arbeid. Journalen vil også kunne bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i virksomheten. Journalen er også viktig av hensyn til kontinuitet og som grunnlag for at pasienten ved innsyn skal kunne gjøre seg kjent med forhold som gjelder han/henne selv. Journalen skal også bidra til at tjenesten yter god kvalitet.

Dokumentasjonen brukes for å kommunisere med annet personell som har medansvar for oppfølging av tjenestemottakeren på en faglig forsvarlig måte.

Journalen skal i ettertid kunne dokumentere hva som faktisk er skjedd. Den står derfor sentralt ved eventuelle klage- og erstatningssaker, men også ved evaluering og endring av tjenestetilbudet.

sehjelp

Gjennom å koble tiltaksplanen opp mot en beslutningsstøtte som for eksempel PPS (Praktiske sykepleieprosedyrer), eller Sykepleiehåndboka, vil den ansatte til enhver tid ha tilgang på prosedyrer og kunnskapsstoff som er utarbeidet gjennom systematisk vurdering og oppsummering av internasjonal forskning og fagkunnskap. Tilgang på beslutningsstøtte vil bidra til å kvalitetssikre tjenesten samt at den enkelte ansatte vil være mer trygg med tanke på nye utfordringer.

Struktur og innhold i dokumentasjon av helsehjelp blir mer og mer viktig. Spesielt med tanke på gjennomføring av samhandlingsreformen og bruk av elektronisk pasientjournal. De ulike tilnærmingene til systematisering og struktur reflekterer ulike valg og ulik grad av standardisering. Alle bygger de på informasjonsmodellen sykepleieprosessen representerer. Kode og klassifikasjonssystem er eksempel på strukturert dokumentasjon. VIPS – modellen (Velvære, integritet, profylakse og sikkerhet) er et eksempel på strukturert dokumentasjon. Spørsmålet er hvordan en kan harmonisere og bruke de ulike tilnærmingene slik at det bidrar til en fornuftig systematisering av dokumentasjonen. Kanskje kan denne systematiseringen og kodingen forbedre den «problematiske sykepleiedokumentasjonen».

Av Laila D. Refsnes

Pasientjournalen: Hvem skal dokumentere, hva skal dokumenteres, hvor skal man dokumentere, når skal man dokumentere og hvordan skal man dokumentere.

Pasientjournal:

- Arbeidsredskap
- Kommunikasjonsverktøy
- Verktøy for kvalitetssikring av pasientbehandlingen
- Grunnlagsmateriale ifm tilsyn og erstatningssaker

Pasientrettigheter:

- Informasjon om helsetilstand og helsehjelpen
- Nødvendig og forsvarlig helsehjelp
- Innsyn i pasientjournalen
- Vern mot spredning av opplysninger

Kommunens plikter:

- Opprette pasientjournalssystem som gjør det mulig å etterleve myndighetskravene, jf. journalforskriften § 4
- Tilgang for behandler og samarbeidende hp
- Innsyn i journal, prl § 5-1
- Meldeplikter og opplysningsplikter
- Retting og sletting, hpl §§ 42, 43, 44
- Sikring mot innsyn fra uvedkommende, hpl kap 5
- Tilgangsstyring, forsvarlig oppbevaring m.m
- Tilfredsstillende informasjonssikkerhet, jf. helseregisterloven § 16
- Etablere rutiner og retningslinjer, jf. plikten til internkontroll i sosial- og helsetjenesten og etter helseregisterloven (§ 17).
- Nødvendig opplæring og oppfølging av ansatte

Oppretting og organisering av journal:

- En samlet journal pr. pasient, journalforskriften § 5
- Må fremgå at finnes flere deler
- Ledelsen kan bestemme om den skal føres helt eller delvis elektronisk

Prosjekt Dokumentasjon Fosen

«All resultat av god sykepleie kan ødelegges eller sterkt forringes av dårlige arbeidsrutiner – eller ved at du ikke kan klare å innhente deg slik at det som blir gjort når du er tilstede også blir gjort når du ikke er der.» Nightingale 1858/1946

Økt innsikt i de ulike fagområdenes dokumentasjonspraksis på Fosen har gitt en «kartlegging» som er avgjørende for å kunne, på en mer hensiktsmessig måte, arbeide videre med dokumentasjon. Vi starter forberedelsen til prosjektarbeidet med å gi ansatte en grunnopplæring.

Grunnopplæring i dokumentasjon for helsepersonell på Fosen er et ledd i en større satsing på økt kompetanse i sykepleiedokumentasjon og utvikling av en felles veileder for bruk i daglig arbeid. Formålet er fagdag i dokumentasjon er å hjelpe helsepersonell til å dokumentere bedre. Høyne bevissthetsnivået rundt bruk av pleieplan som grunnlag for tiltak og observasjoner. Deltakerne skal få innsikt i lovverket som ligger til grunn for dokumentasjonsplikten.

Til sammen deltar nesten 200 ansatte fra Fosenkommunene på kurs i Åfjord og Bjugn i mai 2014. Kursansvarlig: Utviklingssenter for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag Forelesere: Geir Tore Stensvik (HiST) og Beate André (HiST)

Kontaktpersoner

Åfjord Hjemmetjeneste

Telefon 72 53 23 00

Laila D. Refsnes, Leder hjemmetjenesten

laila.refsnes@afjord.kommune.no

Søbstad Helsehus

Telefon 72 54 79 81

Signe Nyronning, FoU-koordinator

Telefon 979 96 260

signe.nyronning@trondheim.kommune.no

www.ush-sørtrøndelag.no

Senter for Omsorgsforskning Midt-Norge

Kirsten Lange

kirsten.lange@hint.no

Tlf: +4774112206/91326873

www.omsorgsforskning-midt.no

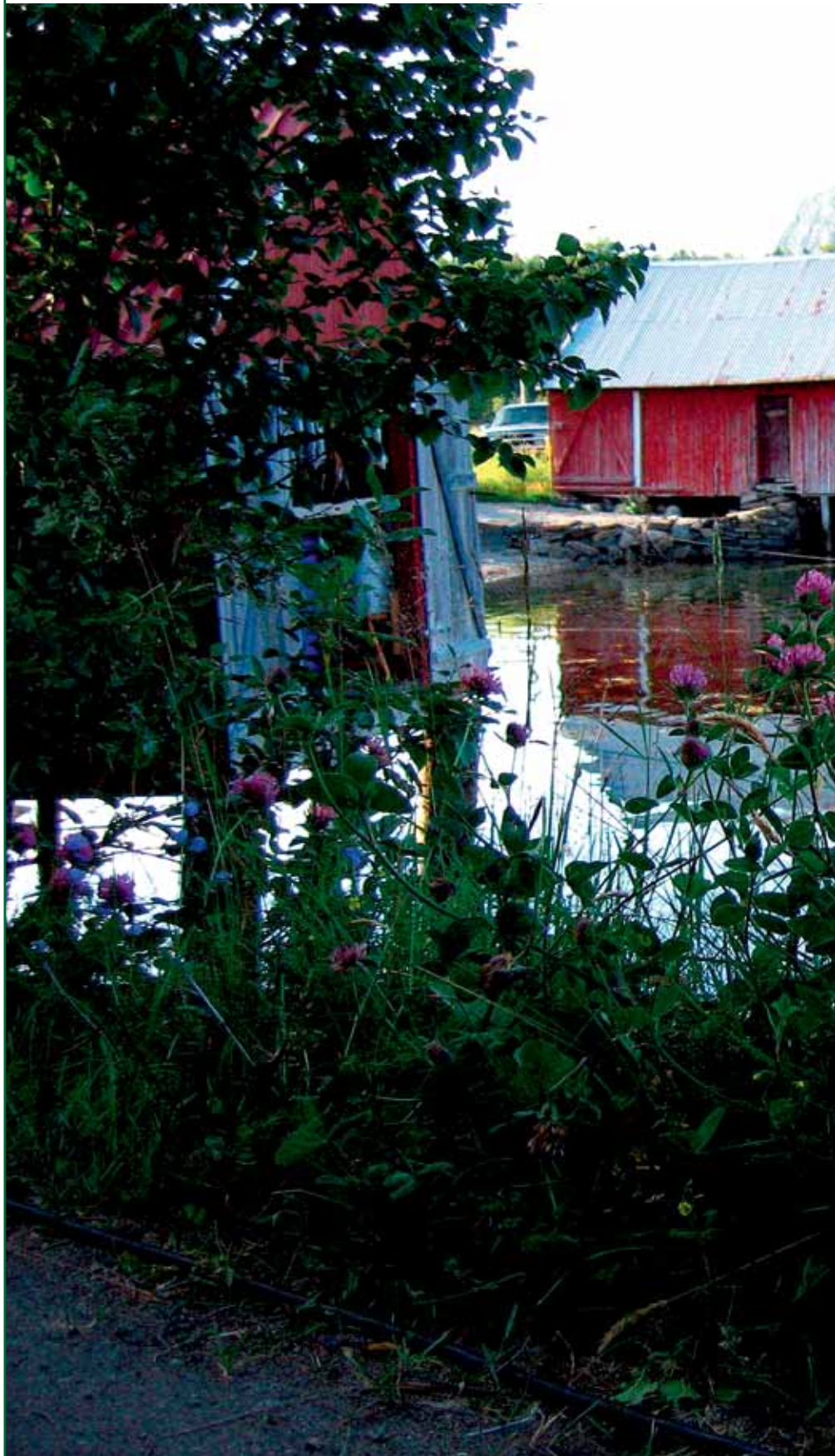
Tekst: Utviklingssenter for hjemme-
tjenester i Åfjord, og Søbstad Helsehus,
Utviklingssenter for sykehjem,
der annet ikke er oppgitt.

Design: Aurora Design & Media as

Trykk: Orkla Grafiske

Sommerkveld ved Kuringen i Stokksund, Åfjord kommune.

Foto: Lillian Storvik, førstekonsulent pleie- og
omsorgstjenesten Åfjord kommune



TRONDHEIM
KOMMUNE



ÅFJORD
KOMMUNE