



Linda Stendal

***”Du er den åttende personen fra
hjemmesykepleien som besøker mor denne
uken!”***

- en kartlegging av hjemmetjenestene til personer med demens

2012 0423

FOU-rapport nr 3/2001

02.γε 00983

Fou-hyllen
502.3348

ISBN 82-7928-025-1

Innholdsfortegnelse

	Sammendrag	
1.0	Hvorfor kartlegging	s. 1
2.0	Kartleggingen i kommunen	s. 2
3.0	Resultater og drøftinger	s. 3
	3.1 Hvor mange hjelpere besøker personer med demens?.....	s. 4
	3.2 Hvor mye tid blir brukt hos personer med demens?.....	s. 6
	3.3 Hvilken utdanning har helperne?.....	s. 9
4.0	Hvilken informasjon hadde helperne om personene de gav hjelp til?	s. 10
5.0	Vurdering av utførte tiltak	s. 11
	5.1 Medisiner.....	s. 11
	5.2 Ernæring.....	s. 11
	5.3 Personlig hygiene.....	s. 12
	5.4 Hjemmehjelpstjenester.....	s. 13
	5.5 Tilsyn.....	s. 13
6.0	Oppsummering av	s. 14
7.0	Litteraturliste	s. 16

Vedlegg 1

Sammendrag

Dette er en kartlegging av hjemmesykepleie og hjemmehjelp til 12 personer med aldersdemens i en kommune i Hordaland. Åtte av de 12 personene bor i eget hjem og fire bor i omsorgsbolig. Følgende er kartlagt: Antall hjelpere som gir hjelp i løpet av en uke, hvor mange ganger i løpet av døgnet og uken de mottar hjelp, hvor lenge hjelperne er hos de gamle i løpet av en uke og hvilken utdanning de som yter tjenester har. Videre er det sett på hvilke type hjelpetiltak som er gitt til de 12 personene.

Resultatene viser at åtte personer med aldersdemens som bor i eget hjem må forholde seg til gjennomsnittlig ni forskjellige hjelpere hver uke. Fire personer som bor i omsorgsbolig må forholde seg til gjennomsnittlig 19 forskjellige hjelpere hver uke .

De åtte hjemmeboende personene mottar gjennomsnittlig 21 besøk/tilsyn hver uke. Dette utgjør et gjennomsnitt på tre tilsyn/besøk hver dag. De fire som bor i omsorgsbolig mottar gjennomsnittlig 59 besøk/tilsyn pr. uke, det vil si gjennomsnitt si åtte tilsyn pr. døgn. Den gruppen som hyppigst yter hjelp til personer med demens er i denne kartleggingen hjelpepleiere. De gir mer enn dobbelt så ofte hjelp som assistenter og ufaglærte. Sykepleiere og vernepleiere er den gruppen personell som sammen med omsorgsarbeiderne gir hjemmeboende personer med demens sjeldnest hjelp.

De hjelpetiltak som hyppigst er utført er hjelp til administrering av medikamenter og tilkjøring av varm middag. Ellers er hjelp til måltider, personlig hygiene, påkledning og daglig husstell hyppige utførte hjelpetiltak.

1.0 Hvorfor kartlegging?

Utgangspunktet for å kartlegge tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med aldersdemens er et ønske om å kvalitetssikre denne tjenesten og å se om kommentarer fra pårørende om at det er så mange forskjellige hjelpere i hjemmetjenestene stemmer. Jeg har ikke kunnet finne at det tidligere er gjort undersøkelser om hvor mange personer som yter tjenester til denne pasientgruppen.

Kartleggingen er et resultat av et samarbeid mellom Diakonissehjemmets høgskole, praksisfeltet og Nasjonalt kompetansesenter for Aldersdemens.

I Stortingsmelding 28. Innhold og kvalitet i omsorgstjenesten (1999-2000) står det at arbeidet med å kontrollere, sette kvalitetsmål og utvikle tjenestene skal utføres av kommunene selv. Mennesker med demens er en prioritert brukergruppe og behovene deres er i følge Stortingsmelding nr 28 (1999-2000) sammensatte og tjenestene må tilpasses den enkelte. Det blir også understreket at det er behov for større satsing på forskning og utvikling av tjenester til mennesker med demens. Overordnet mål fra regjeringa i stortingsmelding 28(1999-2000) er å sette søkelyset på innhold og kvalitet i tjenestene. Tilbudet skal baseres på etablerte samfunnsverdier som solidaritet med enkeltmenneske og respekt for den enkeltes personlige integritet, selvstendighet, trygghet, medvirkning og valgfrihet.

Det offentlig har det overordnede ansvaret for at mennesker som trenger hjelp og omsorg får tilgang på tjenester de har krav på i følge lovverket. Lovverket i denne sammenheng er Lov om helsetjeneste i kommunene og Lov om sosiale tjenester. Det offentlige har også et informasjonsansvar om hvilken hjelp det er i stand til å gi slik at mottakerne kan få et realistisk bilde av hva hjelpeapparatet faktisk kan tilby.

Rundskriv om kvalitetssikring 1-13/97 skal bidra til å sikre kvalitet på tjenestene for alle som mottar hjelp.

Med utgangspunkt i Stortingsmelding 28 og beskrivelse av grunnleggende behov i Rundskriv 1-13/97 ble en kartlegging med ønske om å se nærmere på følgende planlagt:

- Hvor mange ulike hjelpere er på besøk hos personer med demens i løpet av en 7 - dagers periode?
- Hvor mange ganger i løpet av en uke er hjelpere fra hjemmetjenesten hos den demente?
- Hvor lang tid blir brukt hos den enkelte?
- Hvilken utdanning har de som yter tjenester til personer med demens?
- Hvilken skriftlig informasjon er tilgjengelig før de yter tjenestene?
- Hvilke hjelpetiltak blir satt i verk hos disse brukerne?

2.0 Kartleggingen i kommunen

I samarbeid med ledergruppen i Pleie og omsorgsavdelingen i den aktuelle kommune ble det bestemt at det ville være nyttig å gjennomføre en kartlegging og se den som en kvalitetssikring av egne tjenester. Resultatene av kartleggingen er kommunens eie. Alle forholdsregler med hensyn til konfidensialitet er overholdt. Familie/pårørende og brukere ble informert om at det var tjenestene som ble kartlagt og ikke brukerne og deres individuelle behov.

Følgende kriterier var gjeldene ved utvelgelse av personer som skulle delta i kartleggingen:

- Kjent demensdiagnose eller kjent demenslignende tilstand i minimum 4 måneder.
- Daglig hjelp fra hjemmetjenestene hvor vedtak var fattet med hensyn til lov om helsetjenesten i kommunene.

Begge kriteriene måtte oppfylles.

Skjemaet som ble benyttet er en bearbeidet utgave av skjema som 1. amanuensis ved Diakonissehjemmets Høgskole Herdis Alvsvåg laget i forbindelse med sin hovedfagsoppgave i sosiologi ; *Grenser vi ikke vil se. (Alvsvåg1989)*. Med tillatelse fra Herdis Alvsvåg ble skjemaet justert og tilpasset kommunenes ønsker. (Vedlegg 1)

Første del av denne kartleggingen er en kvantitativ undersøkelse hvor en måler hvor mange personer som besøker hjemmeboende tjenestemottakere med demens, hvor mange ganger i løpet av døgnet/uken de får besøk og hvor lang tid som blir benyttet hos brukeren. I andre del av kartleggingen spurte vi etter hvilke hjelpetiltak som ble utført.

Kartleggings skjemaet ble lagt ut til alle de aktuelle brukerne. I alle aktuelle hjemmesykepleiegrupper ble gruppeleder informert om kartleggingen. Gruppeledere valgte selv tidspunkt for start av kartleggingen. De fleste valgte å ta informasjonen inn på et personalmøte før de startet kartleggingen slik at flest mulig av personalet var informert. Det var personalet som besøkte brukerne som fylte ut skjemaene.

Alle registreringene er gjennomført i en periode på fire måneder vinteren 2001. Hver registrering er gjort i løpet av et tidsrom på 7 sammenhengende dager for å få med en helg i perioden. Registreringene er utført i ordinært turnusforløp, slik at kjent, fast personale var på plass. Dette er en liten undersøkelse med få brukere og resultatene er kun representativ for kommunen kartleggingen er foretatt i. Grad av demens eller funksjonsnivå er ikke kartlagt i denne undersøkelsen.

Pårørende og brukernes ønsker om hjelp kommer ikke frem i kartleggingen, bare faktisk utførte oppgaver.

Undersøkelsen er ikke en vurdering av hvilke behov personer med demens faktisk har, men om hva personalet vektlegger og observerer i sitt daglige arbeid.

3.0 Resultater og drøftinger

Det ble totalt lagt ut 13 skjema for kartlegging, ni til hjemmeboende personer med demens og fire skjema til personer med demens i omsorgs/servicebolig. Av de ni skjema som ble lagt ut til hjemmeboende ble ett skjema forkastet på grunn av ufullstendig utfylling. De resterende åtte og fire, totalt 12 skjema er bakgrunn for de data som følger.

Alle hjemmeboende personer med demens som mottar tjenester fra kommunen og som fylte de fastsatte kriteriene er tatt med.

På det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført var det flere personer med demens som bodde i omsorgsbolig enn de fire som ble kartlagt, men av tidsmessige årsaker lot det seg ikke gjøre å inkludere flere i undersøkelsen.

Av de åtte hjemmeboende var fire diagnostisert for aldersdemens, tre var ikke diagnostisert og en var under utredning, alle åtte bodde alene. Alle fire i omsorgsbolig bodde alene og ingen var diagnostisert, en var under utredning.

Dette er sammenfallende med andre undersøkelser som viser at ca 50% av hjemmeboende ikke er utredet med hensyn til aldersdemens (Nygård m.fl 1995 s.49)

Alle som deltok i undersøkelsen bor alene. Følgende sivilstatus er oppgitt: to er gift, to enker, fem enslige, tre ikke oppgitt. Ektefellen til den ene som var gift var innlagt i institusjon og ektefellen til den andre bodde annet sted. Brukerne var fra 73 til 85 år, det var en mann og elleve kvinner.

3.1 Hvor mange hjelpere besøker personer med demens ?

Det viktigste spørsmålet i denne kartleggingen er hvor mange forskjellige hjelpere som yter tjenester til personer med demens i løpet av en uke.

Antall personer som gir brukere hjelp i løpet av en sju dagers periode varierer fra seks til 12 med et gjennomsnitt på ni personer hos hjemmeboende. At det er mange for en person med demens er hevet over tvil, men om det er et høyt tall med hensyn til hva som er mulig å få til med tanke på organisering av en tjeneste er vanskeligere å si, da det ikke er gjort tilgjengelige undersøkelser andre steder. Ved å se på en kjernefamilie og se på hvor mange personer det er vanlig å forholde seg intimt til i løpet av en uke er nok både ni og 12 mange personer.

Vanligvis forholder vi oss til fra en til fire personer som vi lever sammen med. Det er i flere bøker som omhandler temaet hjemmesykepleie til personer med demens angitt at det er viktig at de ikke får for mange personer å forholde seg til. Det er imidlertid ingen steder angitt noen definisjon på "mange personer". En annen mulig referanse for å vurdere om seks til tolv personer er mange å forholde seg til er å vurdere personens tidligere omgangskrets, familie og sosiale vaner. Det understrekes at hjelpepersonell i hovedsak er nye bekjentskaper, gjort etter at vedkommende er blitt syk.

Personer med demens som bor i omsorgsbolig må ut fra denne kartleggingen forholde seg til dobbelt så mange hjelpere som de som bor i egen bolig. I omsorgsbolig mottar personer med demens hjelp fra gjennomsnittlig 19 forskjellige personer i løpet av en uke. Begge gruppene blir betjent av personalet fra hjemmetjenestene. Dette kan gi signaler om at tjenestene i omsorgsboligene er mer tilfeldig og dårligere organisert eller at den som er tilstede i boligkomplekset stikker innom når beboeren har behov for det. Det krever mer planlegging å reise hjem til hver enkelt bruker.

I Rapporten Mot i pannen, vett i brystet. (Munch 1993) fra Utviklingsprogram om aldersdemens er følgende problemstilling tatt opp:

”Mange forskjellige hjemmehjelpere og pleiere deltar i omsorgen for samme pasient.” (s.36). I kommunen hvor Munch gjennomførte prosjektet i 1990-1993 ble oppdrag utført på forskjellige måter og pleierne var ikke selv klar over at de utførte oppdragene ulikt. De var heller ikke klar over hvilke konsekvenser dette kunne ha for personer med demens. Det fantes ikke pleieplan eller omsorgsbeskrivelse som kunne sikre lik behandling. Pårørende gav uttrykk for at det var slitsomt å forholde seg til mange forskjellige personer. Temaet er ikke behandlet ytterligere i Munchs rapport. Det er ingen dokumentasjon som bekrefter hvor mange de faktisk forholdt seg til.

I boken *”Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie”* er temaet omtalt slik: *”Kontinuitet i all hjelp senile personer får er viktig. En må ta sikte på at pasienten skal ha få hjelpere å henvende seg til.”* (Solheim 1996 s 102) Det er ikke antydning hva få personer innebærer.

I denne kartleggingen er det gjort forsøk på å sette tall på hvor mange forskjellige hjelpere fra hjemmetjenestene» som faktisk besøker den gamle i løpet av sju dager. Det er nødvendig med et større bakgrunnsmateriale for å avgjøre om tallene som kommer frem i denne undersøkelsen skal betegnes som høye. Kanskje blir det nødvendig å akseptere et høyere antall personer som yter tjenester enn ni i løpet av en uke. Kanskje vil det være mulig å redusere dette tallet. Det kan være mange årsaker til at antall personer som yter tjenester til hjemmeboende personer med demens er så høyt som angitt her. Følgende momenter kan ha betydning: Organisasjonsmodell i kommunene, gruppeleder sin daglige organisering, primærpsykepleie, kunnskap om personer med demens, antall deltidsstillinger, personalets kunnskap, ønske om varierte arbeidsoppgaver og antall sykemeldinger i gruppen/distriktet. Et døgn er vanligvis delt i tre skift, personale endres for hvert skift og nye kommer på vakt. Personer med demens har i denne undersøkelsen behov for hjelp flere ganger i løpet av døgnet. En kan også stille spørsmål ved om de som planlegger og organiserer den daglige driften i hjemmetjenestene har nok kunnskap om personer med demens, deres behov og om de har muligheter til å bruke nok tid på organisering og planlegging av hjelpetiltak.

Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er klar på at *”brukerne bør ha færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til. Det bør være en person som er ansvarlig for å koordinere tjenesten til den enkelte bruker. Brukere og pårørende må gjøres kjent med hvem dette er”* (Rundskriv 1-13/97 s 13). Det er ikke angitt noe tall for hva færrest mulig

innebærer her heller. Det er videre nevnt i rundskrivet at brukeren ikke kan bestemme hvor ofte og hvem som skal komme innenfor deres private grenser. Trygghet og forutsigbarhet er beskrevet som vesentlige i organisering av pleie- og omsorgstjenestene.

Ut ifra en kvalitetssikring av tilbudet bør det settes opp en standard for hva som kan aksepteres med hensyn til antall hjelpepersonell som yter tjenester til hjemmeboende personer med demens.

I en rapport utarbeidet i 1989 av Amundsen og Munch har pårørende til personer med demens uttalt at de savnet tettere samarbeid mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De syns at primærkontakten var for sjelden inne i bildet. *"Det burde bli forandring på pleien til alderspersoner med demens, for når flere forskjellige pleiere kommer, blir den aldersdemente mer forvirret og engstelig.»* (Amundsen, Munch 1989 s.81).

I dag har mange kommuner integrerte hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester, men fortsatt er det mange pårørende og hjemmeboende personer med demens som synes de må forholde seg til mange forskjellige hjelpere.

3.2 Hvor mye tid blir brukt hos personer med aldersdemens i løpet av sju dager?

Et annet spørsmål i kartleggingen var hvor mye tid hjelperne tilbringer hos hjemmeboende personer med demens? Tabell 1 og 2 er oversikter over hver enkelt bruker og den tid personale fra hjemmetjenestene tilbrakte i hjemmet. Tiden er angitt i timer per uke. Angitt tid personale fra hjemmetjenestene er hos bruker inkluderer hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester.

Tabell 1 - Tid hos personer med demens som bor hjemme

Person nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	Gj.snitt
Totaltid pr.uke	9 timer	7 timer og 38min	16timer og 31min	5 timer og 50min	10 timer og 5 min	5timer og 35min	6 timer og 20min	1time og 50min	7 timer og 51 min

Tabell 2 - Tid hos personer med demens som bor i omsorgsbolig

Person nr.	10	11	12	13	Gj.snitt
Totaltid pr. uke	11 timer og 1min	6 timer og 57 min	13 timer og 3min	8 timer og 2 min	10 timer og 46min

Hos hjemmeboende demente er det variasjoner fra 1 time og 50 min til 16 timer og 31 minutter med et gjennomsnitt på 7 timer og 51 minutter i løpet av 7 dager, Dette tilsier gjennomsnittlig 1 time og 7 minutter daglig hos hjemmeboende i egen bolig.

Denne kartleggingen viser at tid med hjelpere er høyere hos dem som bor i omsorgsbolig enn dem som bor hjemme i egen bolig. Gjennomsnittlig mottar personer med demens i omsorgsbolig i denne kartleggingen 10 timer og 46 minutter per uke. Dette tilsier 1 time 32 minutter per dag.

Den enkelte brukers funksjonsnivå er ikke kartlagt utover de rammene som kriterier for deltagelsen setter. Dette er en svakhet ved kartleggingen med hensyn til generalisering av resultatene. Medgått tid hos hver bruker er ikke holdt opp mot innhold i enkeltvedtak om hjelp. Variasjonene i tidsbruk hos de forskjellige pasientene kan muligens også angi at noen av dem har et større og mer aktivt nettverk enn andre. Dette kommer ikke frem av undersøkelsen da nettverket til den enkelte bruker ikke er kartlagt.

En mulig konsekvens av disse tallene kan være at enkelte hjemmeboende med demens er alene i sitt eget hjem i ca 22 timer og 53 minutter pr. døgn.

Undersøkelsen sier ikke noe om hvor mye tid personene med demens som bor i omsorgsbolig oppholder seg i fellesareal eller har kontakt med naboer.

For de som bor i omsorgsbolig er personale nærmere, de kan tilkalles og det krever mindre ressurser å se innom på et ekstra tilsyn for å forsikre seg om at alt er som det skal være. Beboerne i omsorgsbolig kan påkalle hjelpere. Dette er ikke mulig for personer med demens som bor i egen bolig. Et aktuelt spørsmål blir da er om hjemmeboende får for lite hjelp og tilsyn.

Det kan videre være aktuelt å se på hvor mange tilsyn/besøk tiden hos brukerne er fordelt på. Dette fremgår av tabell 3 og 4.

Tabell 3 - Antall besøk hos hjemmeboende

Person nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	Gj.snitt
Antall besøk/tilsyn i løpet av 7 dager	21	18	28	20	22	19	22	16	21

Tabell 4 - Antall besøk/tilsyn hos personer i omsorgsbolig

Person nr.	10	11	12	13	Gj.snitt
Antall besøk/tilsyn i løpet av 7dager	67	68	63	39	59

Kartleggingen viser at hos hjemmeboende personer med demens varierer antall tilsyn/besøk fra 16 til 28 per uke med et gjennomsnitt på 21. Det ser ut som det er vanlig å gi personer med demens tilsyn/hjelp ca tre ganger pr. dag når de bor hjemme. Det er ingen som mottar hjelp bare en gang per døgn. Dette kan tyde på at når hjelpeapparatet først kommer i kontakt med demente personer som trenger hjelp er ofte svikten betydelig og behovet for hjelp stort. Når gjennomsnittlig tid på 7 timer og 51 minutter skal fordeles på 21 besøk vil dette utgjøre ca. 22 minutter pr. besøk. Besøkstiden varierer fra 1 minutt til 1 time og 25 minutter.

I følge Solheim (1996) er denne gruppen mer utsatt for depresjoner enn andre på grunn av ensomhet, endret personlighet og tap av fellesskap.

Personer med demens i omsorgsbolig i denne studien har nesten tre ganger så mange tilsyn/besøk per uke som hjemmeboende, 59 per uke, dette utgjører ca åtte tilsyn/besøk hvert døgn. Hjelpet behovet virker derfor stort og det er nærliggende å spørre om personer med demens i omsorgsbolig har behov for døgnkontinuerlig tilsyn eller har det noe med den naturlige nærheten til hjelperne å gjøre? Hvis behovet for døgnkontinuerlig tilsyn er tilstede, er da omsorgsbolig riktig type boform for denne pasientgruppen? En sammenlikning med institusjon/skjermet enhet ville vært ønskelig for å kunne vurdere den tid hver enkelt person med demens trenger og om antall personale og organisering av hjelpen er bedre tilrettelagt?

Det kan jo også være tilfelle at de hjemmeboende trenger institusjonsplass i like høy grad men får lite hjelp fordi de fjernt fra hjelpen?

3.3 Hvilken utdanning har hjelperne.

Et av spørsmålene i kartleggingen var hvilken utdanning personalet som yter hjelp til personer med demens har? Dette kan gi et bilde av kunnskap til dem som yter hjelpen og til prioriteringer av hvordan en benytter fagpersonell. Det gir også et bilde av tilgjengelighet på kunnskap og kompetanse til denne gruppen brukere.

Tabell 5 - Personalets utdanning og antall besøk til hjemmeboende personer med demens i løpet av en uke.

Person nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	Gj.snitt
Besøk av sykepleier/vernepleier	5	7	6	4	4	0	7	0	4
Besøk av hjelpepleier	16	9	12	12	13	0	1	0	8
Besøk av omsorgsarbeider	1	2	4	2	2	3	2	3	2
Besøk av assistenter/hjemmehjelpere/andre	3	1	6	2	1	16	11	13	7

Tabell 6 Personalets utdanning og antall besøk til personer med demens som bor i omsorgsbolig i løpet av en uke.

Person nr.	10	11	12	13	Gj.snitt
Besøk av sykepleier	6	3	5	4	4
Besøk av hjelpepleier	34	43	42	16	34
Besøk av omsorgsarbeider	11	11	11	3	9
Besøk av assistent./hjemmehjelper eller andre	17	15	15	18	16

Denne kartleggingen viser at hjelpepleiere er den yrkesgruppen som hyppigst er på hjemmebesøk/tilsyn hos personer med demens. To hjemmeboende personer med demens har kun tilsyn av omsorgsarbeidere og assistenter. De andre 6 har tilsyn av sykepleier eller vernepleier fra 4-7 ganger i løpet av en uke.

Alle personer med demens som bor i omsorgsbolig og som deltok i denne undersøkelsen har ukentlig tilsyn av sykepleier. At omsorgsarbeidere ikke utgjør en større andel kan tyde på at det er en ny yrkesgruppe eller at de blir prioritert til andre arbeidsoppgaver/pasientgrupper.

Hjelpepleiere og assistenter er de som hyppigst i følge denne kartleggingen gir personer med demens hjelp. Det kan være interessant å se om det er forskjell på tiltak de forskjellige yrkesgruppene utfører. Samtlige oppgir at de gir hjelp til måltider, stell og utdeling av medisiner. To av brukerne som får hjelp til medisiner har ikke tilsyn av sykepleier/vernepleier i løpet av de 7 dagene kartleggingen varte.

4.0 Hvilken informasjon hadde hjelperne om personene de gav hjelp til ?

På spørsmålet "Hvor og av hvem fikk du informasjon om brukers tilstand" - er det ingen som har satt opp tiltaksplan eller individuell omsorgsplan som informasjonskilde. Alle oppgir rapport fra sin gruppeleder. Mange oppgir kollega og rapportsystemet, andre nevner pårørende, lege, sykehusrapport, egne og andres observasjoner som informasjonskilde. Rapport fra behandlings – og utredningssenter er også nevnt.

I kommunen benyttes rapportskjema som er svært like de skjemaene som ble brukt til kartlegging. I rapportskjemaene noterer hjelper hvilken dato og tidspunkt de kommer til bruker, hva de har gjort, og spesielle observasjoner hos bruker. De signerer med eget navn. Rapportskjemaet ligger hos bruker og er brukers eiendom. Hjelperne kan ikke fjerne dette fra hjemmet. På gruppekontorene føres rapport inn i datasystemet. Ingen oppgir at det finnes tiltaksplan hos enkeltbrukere eller vedtak som informasjon om hvilken hjelp bruker skal ha. Dette er sammenfallende med funnene i prosjektet som Munch (1993) gjennomførte i en annen vestlandskommune. Spørsmål som stilles i den undersøkelsen er fremdeles like aktuelle. Ble oppdrag utført på forskjellige måter og var pleierne klar over at de utfører oppdragene ulikt? Pleiepersonale var i undersøkelsen ikke oppmerksom på hvilke konsekvenser dette kunne ha for personer med demens. Det kan se ut som om dette ikke er kjent, eller ikke benyttet kunnskap verken hos dem som planlegger eller hos dem som utfører tjenestene.

5.0 Vurdering av utførte tiltak

5.1 Medisiner

Av tolv brukere i denne studien får elleve hjelp til å ta medisiner. Den ene som ikke får hjelp til dette, tar ikke noen form for medisiner. Dette er sammenfallende resultater med en stor

undersøkelse gjort i Oslo 1997. Her har 73% av hjemmeboende personer med demens vanskelig for å klare å administrere egne medisiner. I undersøkelsen hevdes det av forfatterne at hjemmetjenestene prioriterer hjelp til dette (Sørbye, Grue, Bondahl 1998).

I kommunen hvor denne registreringen ble foretatt får åtte av ni hjemmeboende og fire i omsorgsbolig hjelp til medisin håndtering. Begge undersøkelsene viser samme tendens: Hjemmeboende personer med demens trenger hjelp til å administrere sine medikamenter, dette er en oppgave som hjemmetjenestene prioriterer og bruker tid til. I undersøkelsen har to av brukerne ikke besøk av verken hjelpepleier eller sykepleier i løpet av registreringsuken og får likevel hjelp til medikament håndtering. Bare en av de åtte hjemmeboende får hjelp til å fylle dosett i løpet av kartleggingsuken. Det kan være minst tre mulige forklaringer på dette: At den gamle har to dosetter og disse fylles hver annen uke. Å fylle dosetter hver annen uke er rasjonell bruk av tid for hjemmesykepleier. Dette vil kreve rutiner for oppbevaring i brukers hjem av dosetter som ikke forvirrer bruker, pårørende eller personale med hensyn til hvilken dosett som skal brukes. En annen mulig forklaring er at dosett fylles på gruppeleders kontor og bringes ut til bruker av andre. Da blir ikke tiltaket registrert som utført hos bruker. En tredje mulig forklaring kan være at den gamle bare får en type medisin som tas fra originalemballasje.

To av brukerne kan ta sine medisiner selv når det er noen tilstede. Det kommer ikke klart frem hvilke type veiledning de trenger eller hvordan denne blir gitt. Om de andre ni er i stand til å ta medisiner ved veiledning er ikke mulig å avgjøre ut i fra kartleggingen.

5.2 Ernæring

Kartleggingen viser at ti av tolv får hjelp til tilberedning av frokost. En av brukerne i omsorgsbolig må mates. Det kan se ut som om de andre elleve er i stand til å spise selv.

Brukerens vilje til og forståelse for å spise er ikke vurdert i denne kartleggingen.

Alle hjemmeboende og de som bor i omsorgsbolig får tilkjørt varm middag. Dette kan tyde på at personer med demens som får hjelp fra primærhelsetjenesten ikke kan, eller tar ikke selv initiativ til å lage middag. En av de hjemmeboende har varmet seg middag selv, men har glemt å slå av platen etterpå. Kunne personer med demens som er hjemmeboende laget varme måltider selv med noe veiledning og tilsyn? Er frykt for brann, tidsnød hos personalet i hjemmetjenestene og eventuelt feil omsorgsnivå med på å redusere funksjonsnivået hos

personer med demens tidligere enn nødvendig? Er det å være hjemme så lenge som mulig positivt eller negativt med tanke på manglende muligheter til å utføre daglige gjøremål med veiledning? Det finnes ikke noen rutiner som sikrer at de som får tilkjørt varm middag faktisk spiser denne. Dette bør vurderes ved en utvidet undersøkelse, og kvalitetssikres av kommunenes pleie- og omsorgsavdeling.

Det er kun kommentert hos en av brukerne som er hjemmeboende at vedkommende drikker og spiser selv. Jeg antar derfor at dette er en funksjon som hjemmeboende har og som derfor ikke kommenteres av personalet. Hos personer med demens som bor i omsorgsbolig er det rapportert at tre av fire spiser eller drikker selv. Dette, sammen med å vaske hender og ansikt, er de eneste aktiviteter personer med demens som bor i omsorgsbolig utfører selv i følge denne undersøkelsen. Fire av åtte hjemmeboende personer kan smøre mat og tre av åtte kan lage kaffe selv.

5.3 Personlig hygiene.

Alle brukerne i omsorgsbolig har fått hjelp til morgenstell, men kan vaske ansikt og hender med veiledning. Tre av åtte hjemmeboende får hjelp til morgenstell. En av disse får av og til hjelp til morgenstell. Fem av åtte vasker seg selv, to med veiledning. En steller seg selv. Seks av åtte hjemmeboende får ukentlig hjelp til dusj. Tre av fire i omsorgsbolig får ukentlig dusj. Mye tyder på at dette også er behov som får stor oppmerksomhet og vurderes som vesentlig når hjelpebehovet vurderes, planlegges og gjennomføres. Av de åtte hjemmeboende er det bare en som får hjelp til toalettbesøk. Samtlige fire brukere i omsorgsbolig får hjelp til toalettbesøk. Dette tyder på at når personer med demens ikke lenger er kontinente, innvilges de plass i institusjon. Dette er sammenfallende med undersøkelsen gjennomført i Oslo i 1997. Her viser det seg at ingen som mottar hjemmetjenester er inkontinent for avføring (Sørbye, Grue, Bondahl 1998).

Tre av åtte hjemmeboende kan vaske seg selv. Fem av åtte hjemmeboende har kledd seg selv, og ytterligere to andre kan kle seg med veiledning. Dette viser at av åtte hjemmeboende personene med demens i denne kommunen kan sju kle seg helt selv eller med veiledning. Dette kan også være en funksjon som er medvirkende til at det er mulig å bo i eget hjem.

I kommunen hvor kartleggingen er gjort kan det se ut som om personer med demens som bor i omsorgsbolig har et lavere funksjonsnivå før de flytter til institusjon/skjermet enhet enn de

hjemmeboende. Omsorgsbolig er definert som eget hjem, selv om det alltid er tilgjengelig personalet tilstede eller i nærheten. Nærheten til hjelpeapparatet kan tyde på at de blir boende lenger hjemme i omsorgsbolig enn andre hjemmeboende med et stort hjelpebehov og hvor hjelpen er fjernere.

5.4 Hjemmehjelpstjenester

Kun seks av de tolv brukere har fått hjelp til husvask i den kartlagte sjudagers perioden. Hjelp til husvask er praktisk bistand som tildeles etter sosialtjenesteloven. En av brukerne får hjelp til dette fra familien. Ut i fra denne undersøkelsen kan det se ut som om bare halvparten av personer med demens som er hjemmeboende eller bor i omsorgsbolig får hjelp til praktisk bistand. Dette kan være misvisende da kartleggingen bare varte i sju dager. Vedtak om praktisk bistand i hjemmet som for eksempel hjemmehjelp gies ofte slik at en får hjelp hver annen uke.

5.5 Tilsyn

Samtlige fire i omsorgsbolig får flere korte tilsyn i løpet av dag og natt. Fem av åtte hjemmeboende får korte tilsyn. Definisjon av tilsyn er at oppdraget hos den gamle ikke består av en praktisk handling, men bare en observasjon for å forvise seg om at det står bra til. Dette er en tjeneste som antas å være oftere benyttet hos personer med demens enn andre. I Rundskriv om kvalitet i Pleie og omsorgstjenestene 1-13/97 er opplevelse av trygghet, forutsigbarhet, respekt, muligheter for samvær, sosial kontakt, fellesskap og tilpassede aktiviteter definert som grunnleggende behov. Kartleggingen i denne undersøkelsen viser ikke noe konkrete, spesifikke tiltak for å ivareta disse behovene. Fysiske behov som personlig hygiene, mat og medisiner er prioriterte oppgaver fra hjemmetjenestene.

Hos brukere i omsorgsbolig er det et sted kommentert at bruker er forvirret, og et annet sted er det kommentert at pleier har pratet med bruker. Tiden pleier var hos bruker var da 5 minutter. Hos hjemmeboende personer med demens er det to ganger hos forskjellige brukere oppgitt at hjelper prater med bruker. En av bruker kommenterer flere ganger at det er for tidlig å få kveldsmat og dagene er lange.

Kartleggingskjemaet bruker betegnelsen ”hva har bruker fått hjelp til” og ” hva har bruker utført selv”. Det er naturlig å tolke dette slik at det er de praktisk utførte oppgaver en ønsker å få belyst, og at de ikke har notert aktuelle tiltak som er gjort for å trygge personene og støtte dem. På den annen side kan en se det slik at det er de praktiske oppgavene som får størst fokus. Det kommer tydelig frem av kartleggingen at tiden benyttes til praktiske oppgaver.

6.0 Oppsummering

I kommunen der denne undersøkelsen er utført, kan en anslå at det totalt fines ca 200 personer med en eller annen grad av aldersdemens. Ca 50% er kjent i hjelpeapparatet og mottar tjenester på forskjellige nivåer. Av de 50% som mottar hjelp har ca 70% plass i institusjon. Det finnes i følge denne undersøkelsen ca 15 hjemmeboende som daglig mottar tjenester fra pleie- og omsorg. Dette kan tyde på to ting: Terskelen for å be om hjelp er høy; familier og personer med demens prøver å klare seg lenge før de ber om hjelp. Når de blir synlig i hjelpeapparatet trenger de mye hjelp. Et av kriteriene for å delta i kartleggingen var behov for daglig hjelp. Alle som deltok hadde hjelp 3 ganger pr. døgn eller mer. Hjelpebehovet både hos hjemmeboende personer med demens som er kjent av hjemmesykepleien og hos dem som bor i omsorgsbolig er høy og behovene er vanskelig å dekke på en forsvarlig måte. Jeg har samme erfaring som Elster og Hegerstøm når de hevder følgende om personer med demens som mottar hjelp fra hjemmetjenestene: ”Spørsmål om institusjonsinnleggelse kommer raskt på dagsorden» (Elster, Hegerstrøm 1995 s. 31).

Det kan se ut som det finnes tre kriterier for fortsatt å kunne bo hjemme; at en er kontinent, kan spise selv og kle på seg selv.

Personer med demens som mottar hjemmetjenester daglig og som bor i eget hjem synes ikke å være i stand til å tilberede egen mat, men de spiser selv. Når alle kartlagte brukerne får tilkjørt varm mat er dette en tjeneste som ikke er nyansert og lagt opp etter mottagers egne ønsker og behov, medvirkning og valgfrihet, men etter tjenesteyters behov for å rasjonalisere og effektivisere (Stortingsmelding 28 s 8.).

Hjemmeboende i egen bolig blir prioritert fremfor personer med demens som bor i omsorgsbolig med hensyn til tilsyn av fagutdannet personalet. Det kan ha sammenheng med at de som blir sendt ”ut på oppdrag” er kjent og har utdanning.

Elleve av tolv brukere får hjelp til medikamentadministrering. Dette er en prioritert oppgave og alle som har behov for hjelp til medisinerer får dette.

Hjemmeboende personer med demens forholder seg i denne undersøkelsen til gjennomsnittlig ni forskjellige hjelpere i løpet av en uke og de som bor i omsorgsbolig til gjennomsnittlig 18 hjelpere per. uke. Dette er kan være forvirrende og uttrykt for personer med mental- og hukommelsessvikt. *"Hjemmetjenestenes oppgaver er blant annet å bidra til å gjøre hverdagen til den enkelte oversiktlig og strukturert.»* (Elster , Hegerstrøm 1995 s. 31).

Det kan diskuteres hvorvidt dette lykkes når en person med demens må forholde seg til så mange forskjellige personer i løpet av en uke og det ikke finnes noe tiltaksplan som viser hvilke tiltak som skal iverksettes.

Jeg er enig med Marit Solheim når hun hevder at: *"Pasienter med aldersdemens er kan hende den pasientgruppen det er vanskeligst å få i stand et godt tilbud til. Pga kognitiv svikt har disse behov for mye tilsyn, praktisk pleie og omsorg."* (Solheim 1996)

Vanskelig er ikke det samme som umulig. Det er en stor utfordring. Vi trenger flere kartlegginger og gjennomganger av kommuner som mener de klarer å yte god kvalitet i tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens. Det er behov for å finne ut hva brukerne og deres pårørende mener er et godt og nødvendig tilbud.

Ut fra denne undersøkelsen kan det stilles spørsmål ved om det er bedre for personer med demens å bli boende i eget hjem til de må flytte institusjon enn å bo i omsorgsbolig. De vil da slippe å måtte forholde seg til så mange ukjente personer. Men konsekvensen er muligens at de har et udekket hjelpebehov. Det bør kartlegges bedre og med et større materiale om dette er representativt for hjemmetjenester til denne pasientgruppen. Grunnlaget for enkeltvedtak gitt til personer med demens bør vurderes og ses opp mot faktisk hjelpetiltak.

Resultatene av denne kartleggingen indikerer endringer i organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens. En egen personalgruppe som ivaretar hjemmeboende demente i kommunen kan være en løsning. Det bør også vurderes om omsorgsbolig er et godt alternativ til personer med demens eller om det fins alternativer som ivaretar demente personers behov for struktur, kontinuitet og trygghet på en bedre måte.

8.0 Referanser

- Alvsvåg, Herdis (1989) *Grenser vi ikke vil se*. Hovedfagsoppgave i sosiologi, Sosiologisk institutt, Universitet i Bergen.
- Elster Ellen, Hegerstrøm Turid, (1995) *Kommunale hjemmetjenester mangfold og muligheter*. Tano
- Munch, Marianne, (1993) *Mot i pannen - vett i brystet*, Rapport 7, Utviklingsprogram om aldersdemens, INFO- banken
- Nygård, Aase-Marit m.fl (1995) "Ja, tenke det, ønske det, ville det med.." Rapport fra nasjonal konferanse om aldersdemens 1994. Infobanken
- Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 1-13/97*, Sosial og Helsedepartementet.
- Solheim, Marit, (1996) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Universitetsforlaget
- Stortingsmelding nr.28 (1999 – 2000): *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000*. Det kongelige Sosial og helsedepartement.
- Sørbye Liv W. , Grue E. Vengnes, Bondahl, Ane I., (1998) *Hjemmeboende aldersdement-grensen mellom trivsel og forsvarlighet*. Pleie- og omsorgstjenesten i Bydel 3 – RAI og Gerix, Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsrapport 7/1998
- Vabø, Mia (1998), *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenestene*. Rapport nr. 8/98 Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Vedlegg 1

Skjema til bruk ved innhenting av opplysninger om hjemmetjenestene som gis til aldersdemente.

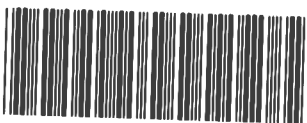
Hensikt; Kvalitetssikring av hjemmetjenestene til demente.

Det skal ikke føres navn på pasient/bruker på dette skjema.

Skjemaet skal ligge hjemme hos bruker og fylles ut fortløpende over en periode på 7 dager av alle som er arbeider i hjemmetjenestene og er inne hos bruker og gir tjenester i registreringsperioden.

Bor alene: Bor sammen med: Enslig: Gift: Demensdiagnose ; Ja Nei

Dato	Kom kl.	Gikk kl.	A: Hva har bruker fått hjelp til? B: Hva har bruker utført selv? Bruk stikkord.	Navn på helper Initialer er nok.	Utdanning	Hvor, av hvem og hvordan fikk du informasjon om brukers situasjon/tilstand



02YS00423