

# DEMENS

Tilrettelegging av individtilpassede aktivitetstjenester for personer med demens

Forprosjektrapport pr. 7. september 2010



InnoMed





---

## FORPROSJEKTRAPPORT

Dato: 10. september 2010

Prosjekttittel: Tilrettelegging av individtilpassede aktivitetstjenester for personer med demens

Prosjektområde: Demens

Prosjektgruppe:    Prosjektleder:               Nina B. Heilemann, RO  
                          Prosjektmedarbeider:       Lars Nygård, RO  
                          Prosjektmedarbeider:       Einar Holand, RO  
                          Prosjektmedarbeider:       Heidi Wang, NOEN AS  
                          Prosjektansvarlig:           Espen H. Aspnes, InnoMed/SINTEF

---

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. ROs FORSTÅELSE AV OPPDRAGET</b> .....	<b>5</b>
<b>2. JUSTERING AV OPPDRAG UT FRA FUNN</b> .....	<b>5</b>
<b>3. ORGANISERING OG MILEPÆLSPLAN</b> .....	<b>5</b>
<b>4. METODE I INFORMASJONSSAMLINGEN</b> .....	<b>6</b>
4.1 Gjennomføring.....	6
4.2 Tema for intervjuene/samtalene.....	6
<b>5. RESULTATER AV INTERVJUENE/SAMTALENE</b> .....	<b>7</b>
5.1 Definisjon av begrepet aktivitet.....	7
5.2 Kartleggingsverktøy .....	8
5.2.1 Hvilke kartleggingsverktøy brukes i dag?.....	8
5.2.2 Er det behov for et nytt kartleggingsverktøy?.....	9
5.2.3 Bruk av databaserte og nettbaserte verktøy og behov for bedre dokumentasjon.....	9
5.3 Hva mener informantene skal til for å få til en god utvikling innen omsorgsarbeid for personer med demens? .....	10
5.3.1 Prioritering av aktivitet som forebyggende tiltak for å utsette behovet for omsorgstjenester. ....	10
5.3.2 Tverrfaglighet, ledelse og tid .....	11
5.3.3 Organisering av hjemmetjenestene i kommunene .....	11
5.3.4 Differensierte aktivitetstilbud .....	11
5.3.4 God organisering av aktivitetstilbud som utføres av aktører uten utdanning innen fagområdet og frivillige .....	12
5.4 Informantens prosedyre for tilrettelegging av aktivitet.....	13
5.4.1 Mål .....	13
5.4.2 Hva inngår i observasjonssamtalen? .....	13
5.4.3 Sjekking av opplysninger .....	13
5.4.4 Kommunikasjon.....	13
5.4.5 Valg av aktiviteter.....	14
5.4.6 Gjennomføring av aktiviteter .....	14
5.5 System for dokumentasjon av effekt av tiltak.....	15
5.5.1 Dokumentasjon .....	15
5.5.2 Etterspørres resultat?.....	15
5.6 Behov for opplæring og kompetanse .....	16
5.6.1 Innhold i opplæringen.....	16
5.6.2 Hvilke metoder anbefales?.....	16

<b>6. ROS ANBEFALING TIL KRAVSPESIFIKASJON .....</b>	<b>16</b>
<b>6.1 Utpøving i praksis av allerede eksisterende kartleggingsverktøy .....</b>	<b>16</b>
6.1.1 Begrunnelse.....	17
6.1.2 Krav til verktøyene .....	17
<b>6.2 Praktisk håndbok i aktivitet .....</b>	<b>18</b>
6.2.1 Begrunnelse.....	18
6.2.2 Kravspesifikasjon til innhold i en papir- og digitalutgave av håndboken.....	18
<b>6.3 Videreutdanning/kurs i aktivitet for personer med demens .....</b>	<b>19</b>
6.3.1 Begrunnelse.....	19
6.3.2 Innhold i videreutdanningen/kurset .....	19

## Sammendrag

RO har på oppdrag fra InnoMed – prosjektområde demens og i samarbeid med SINTEF Teknologi og samfunn gjennomført forprosjekt med tittel:

”Tilrettelegging av individtilpassede aktivitetstjenester for personer med demens”.

ROs oppdrag var gjennom en behovsundersøkelse å utarbeide:

- Kravspesifikasjon for utvikling av verktøy for å kartlegge ressurser, behov og preferanser med sikte på tilrettelegging av aktivitet for målgruppen.
- Kravspesifikasjon for en opplæringspakke.

Det er gjennomført 12 intervjuer med til sammen 25 informanter med spesiell kompetanse innen området personer med demens og aktivitet. Informantene arbeider i et vidt spekter av tiltakskjeden både på 1. og 2. linjenivå. 2 av informantene er pårørende.

Undersøkelsen avdekket ikke noe entydig ønske om enda et registreringsverktøy. I stedet mente informantene at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om hvilke verktøy som er hensiktsmessige og hvordan bruke informasjonen strukturert og systematisk.

Informanter mener manglende dokumentasjon skyldes lite etterspørsel etter resultat og at det krever både tid og kompetanse å dokumentere sammenheng mellom effekt og tiltak.

RO anbefaler at det søkes om midler til et hovedprosjekt som bygger på informantenes oppfatninger av hvilke behov som bør dekkes i den videre utviklingen av tjenester til personer med demens.

RO anbefaler at hovedprosjektet skal omfatte 3 oppgaver:

- Utprøving i praksis av allerede eksisterende kartleggingsverktøy.
- Utarbeiding av en praktisk håndbok i aktivitet.
- Etablering av en videreutdanning/kurs i aktivitet for personer med demens på videregående skole nivå.

Til informantene:

RO vil få takke alle informantene som har stilt opp til intervju og som på en engasjert og deltagende måte har delt av sin kunnskap, kompetanse og innsikt. En stor takk også til Heidi Wang som både har deltatt og skrevet ut de fleste intervjuene.

# Tilrettelegging av individtilpassede aktivitetstjenester for personer med demens

Det vises til brev datert 5. mai 2010. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) engasjeres av InnoMed – prosjektområde demens til å gjennomføre et forprosjekt med tittel "Tilrettelegging av individtilpassede aktivitetstjenester for personer med demens". RO fungerer som likeverdig samarbeidspartner til SINTEF Teknologi og samfunn i forprosjektet.

## 1. ROs forståelse av oppdraget

RO har ansvar for gjennom en behovskartlegging å utarbeide en kravspesifikasjon for:

- Utvikling av verktøy for å kartlegge resterende ressurser, preferanser osv. for å finne ut hvilke aktivitetstjenester som gir mening for personer med demens og som de vil mestre. Målet for individtilpassede aktiviteter er at de skal oppleves nyttige både for personen selv og deres pårørende og ha god effekt på livssituasjonen som helhet.
- Utvikling av en opplæringspakke for de som skal stå for aktivitetstilbudet enten det gjelder offentlig ansatte, private aktører, nærpå personer eller frivillige. Opplæringen skal ta sikte på å øke deltakernes evner til å se mulighetene hos brukerne, bruke adekvate tilnæringsmetoder i arbeidet og dokumentere effekt av tiltakene.

## 2. Justering av oppdrag ut fra funn

RO har avdekket at det er mange former for kartlegging som benyttes i dag. Det ble ikke registrert noe entydig ønske om enda et registreringsverktøy, men en rekke problemstillinger ble reist omkring hvordan de ulike aktørene utnytter potensialet i det informasjonsmaterialet som foreligger. I den videre utviklingen av demensomsorgen var det en generell enighet om at søkelyset bør rettes mot aktivitet i vid forstand med basis i allerede eksisterende kartleggingsverktøy.

På bakgrunn av informasjonen som er kommet fram gjennom intervjuene/samtalene i undersøkelsen mener RO at det er mer hensiktsmessig at det utarbeides en kravspesifikasjon som er i samsvar med informantenes oppfatninger av behovene.

Resultatet av informasjonsinnsamlingen er forelagt prosjektansvarlig som samtykker i at RO endrer kravspesifikasjonen i samsvar med funnene.

## 3. Organisering og milepælsplan

RO har gjennomført arbeidet i samarbeid med InnoMed, SINTEF og Noen A/S  
Prosjektansvarlig: Espen Helge Aspnes, InnoMed, SINTEF Teknologi og samfunn  
Prosjektleder: Nina B. Heilemann, RO  
Prosjektmedarbeider: Lars Nygård, RO  
Prosjektmedarbeider: Einar Holand, RO  
Prosjektmedarbeider: Heidi Wang, NOEN A/S

Det er, i samsvar med bestillingen, avholdt 2 prosjektgruppemøter.

## Milepælsplan

Aktivitet	Dato
Inngåelse av avtale mellom InnoMed, SINTEF Teknologi og samfunn	03.05. 2010
Godkjenning av intervjuguide	01.06. 2010
Frist for gjennomføring av intervju/samtaler	02.07. 2010
Prosjektmøte, bearbeiding av informasjon	19.08. 2010
Frist for slutføring av prosjektrapport	08.09. 2010

## 4. Metode i informasjonssamlingen

En forutsetning for å kunne utforme en kravspesifikasjon med tanke på å utvikle et kartleggingsverktøy er informasjon fra fagpersoner og pårørende med best mulig kompetanse på området aktivitet og personer med demens.

### 4.1 Gjennomføring

RO har valgt å tilnærme seg problemstillingen ved å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse. Det ble valgt semistrukturerte intervju som metode da det gir mulighet til å følge opp med tilleggsspørsmål for ytterligere utdyping og forståelse av de enkelte temaene i intervjuet. Informantene fikk tilsendt informasjon om bakgrunn for forprosjektet og innhold i intervjuene i forkant, se informasjonsbrev vedlegg 1.

- RO utarbeidet en intervjuguide som ble benyttet i alle intervjuene. I guiden ble det lagt vekt på å ha en åpen tilnærming for at informantene skulle kunne resonnerer rundt problemstillingene på et fritt grunnlag, se intervjuguide vedlegg 2.
- Intervjuene/samtalene ble utført i form av direkte møter, både med enkeltinformanter (3 intervju), som fokusgrupper (6 intervju), og som telefonintervju (3 intervju). Det ble til sammen gjennomført 12 intervju.
- Informantene er rekruttert gjennom kontakter i fagmiljøene som arbeider med demens. Pårørende er kontaktet via Demensforbundet og som følge av oppslag i Adresseavisen.
- Til sammen har 25 personer fra 13 ulike virksomheter og organisasjoner deltatt. De fleste har helse- og sosialfaglig bakgrunn utenom de 2 pårørende. Oversikt over virksomhetene og informantene er samlet i vedlegg 3.

### 4.2 Tema for intervjuene/samtalene

1. Hva legges i begrepet aktivitet?
2. Oversikt over hva som brukes av kartleggingsverktøy og hensikt. Er det behov for nytt, i så fall hva trengs?
3. Behov i tilknytning til videre utvikling av demensomsorgen. Hva bør prioriteres?
4. Metodikk, hvordan finne fram til egnede aktiviteter? Faktorer som virker fremmende og faktorer som virker hemmende på aktivitet
5. System for dokumentasjon av effekt av tiltak. Etterspørres resultat?
6. Opplæring/kompetanse. Hvilke metoder anbefales?



Grunnlagsmaterialet for rapporten bygger på referatene fra intervjuene/samtalene. I tillegg har RO fått tilsendt kartleggingsverktøy som er i bruk ved de ulike virksomhetene og har foretatt egne søk på nettet for mer utdypende innblikk i de mest brukte kartleggingsverktøyene som benyttes i dag. Oversikt og beskrivelse er samlet i vedlegg 4.

Ting å huske:

- Delta i egnede aktiviteter kan hjelpe en person med demens å oppnå mestring og glede.
- Aktiviteter spiller en viktig rolle i håndtering av utfordrende atferd.
- Det er mange måter å planlegge å gi passende aktiviteter til personer med demens.
- Forstå det som gjør personen unik kan hjelpe i planleggingen av aktiviteter.

## 5. Resultater av intervjuene/samtalene

Etter informasjonsinnsamlingen sitter RO igjen med en oppfatning av at informantene hadde en stor grad av enighet om betydningen av individuelt tilpasset aktivitet, hvilke verktøy som var nyttige hjelpemidler, hvilke faktorer som var viktige for å oppnå gode situasjoner for personer med demens og at det er enighet om at kompetanseøkning er nødvendig.

### 5.1 Definisjon av begrepet aktivitet

Det er enighet blant informantene om at i denne sammenhengen brukes begrepet aktivitet i vid betydning. Begrepet omfatter for eksempel: "Alt det en person foretar seg". "Selvfølgelig ting eller plikt oppgaver du må gjøre og ting som oppleves som lystbetonte". "Alt vi gjør som gir mål og mening".

Informantene deler aktivitet i følgende kategorier:

ADL.<sup>1</sup>

Fysisk aktivitet.

Yrkesaktivitet.

Fritidsaktivitet.

Kulturaktivitet.

Informantene ønsker med dette å understreke at aktivitetsbegrepet altfor ofte knyttes til fysisk aktivitet og trening eller formingsaktiviteter. Dermed utelukkes mulighetene som ligger i den omfattende definisjonen av begrepet. Kategorisering er en hjelp til å presisere hva slags type aktivitet det siktes til. Enkeltaktivitetene innen alle kategoriene gir mulighet til fysisk og/eller kognitiv stimulans avhengig av hvordan aktiviteten tilrettelegges.

Definisjon av aktivitet<sup>2</sup>

Er alt det mennesker gjør i tilværelsen som er navngitt, organisert og verdsatt av et individ eller en kultur, for å ta vare på seg selv (personlige daglige aktiviteter), nyte livet (fritid) og bidra sosialt og økonomisk i samfunnet (produktivitet).

Dekker aktivitets- og deltagelsesdimensjonen i ICF<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Def: dagliglivets gjøremål.

<sup>2</sup> Kilde. ergoterapeut/stipendiat Ingvild Kjeken NRRK.

<sup>3</sup> Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Kilde: Helsedirektoratet.

## 5.2 Kartleggingsverktøy

### 5.2.1 Hvilke kartleggingsverktøy brukes i dag?

Hvilke kartleggingsverktøy brukes i dag og hva må de innholde for å være gode hjelpemidler for å kunne finne fram til meningsfulle aktiviteter som er skreddersydd for den enkelte? Er de dekkende for behovet?

I vedlegg 4 er listet opp de verktøyene for kartlegging som informantene benytter seg av. Av de 25 informantene arbeider 21 direkte med personer med demens. Det brukes ulike typer skjema avhengig av om det er første kontakt, hvilke ressurser og/eller funksjonsproblemer som avdekkes og hvilket stadium i eventuell demenssykdom personen er i. Spekteret av former for skjema er også vidt. De enkleste er på en side med avkrysning, mens de mer avanserte er større internasjonale, standardiserte databaserte verktøy som krever sertifisering for å kunne brukes. I vedlegget gis en kortfattet beskrivelse av hensikt og anvendelse for det enkelte verktøyet. Selv om informantene arbeider på ulike områder er de relativt omforent i tilnæringsmåter og type informasjonsregistrering som er nødvendig i de ulike fasene av kontakten med personer med demens.

- I første fase benyttes skjema for innhenting av opplysninger om personens livshistorie enten fra personen selv og/eller fra nærpersoner. I de skjemaene som ble betegnet som gode var også spørsmål om interesser, livssyn og om personen hadde vært eller er en sosial person eller om vedkommende foretrekker å være mer for seg selv.
- I andre fase kartlegges gjerne hvordan personen fungerer i dagliglivet. Her benyttes fra helt enkle ADL- skjema til mer avanserte metoder for registrering som gir mer systematisk og spesifikk kunnskap om personens funksjonsnivå både fysisk, psykisk og mentalt. Kartleggingsverktøyene som er utviklet for og av ergoterapeuter har sterkt fokus på ADL- aktiviteter i observasjonsøyemed, som terapeutisk redskap og som grunnlag for tilrettelegging av alle kategorier av aktiviteter.
- I tredje fase er det ønskelig med en mer systematisk avklaring av hvilke aktiviteter som er vellykkede for den enkelte. Da benyttes skjema for avkrysning etter hvert som aktiviteter blir prøvd ut med plass til kommentarer om resultatene. Innen musikk finnes også et eget musikkpreferanseskjema. For personer med demens som er kommet langt i sykdomsforløpet benyttes metoder for observasjon over lengre tid av følelsesmessige uttrykk via kroppsspråk som sier noe om livskvalitet. Erfaringene med denne type dokumentasjon er at personalet får dokumentert effekten av for eksempel miljøtiltak. Personen selv har kanskje ikke mulighet til å formidle sine opplevelse med ord.

#### Informantens generelle krav til verktøyene:

- Enkle i bruk.
- Oversikt over personens ressurser og funksjonstap.
- Hensikten med skjemaet/verktøyet må være beskrevet. (Kartlegging, vurdering, observasjon, evaluering, dokumentasjon).
- Opplysning om spesielle hensyn, hvem egner verktøyet seg for og hvem er det ikke egnet for.
- Opplysning om målgruppe og ev stadium i sykdomsutviklingen.
- Opplysning om hvem som bør være informant, personen selv/nærpersoner/personell.
- Metodebeskrivelse for utfylling av skjemaet/verktøyet.
- Oversiktlig presentasjon av resultatene.
- Ev. krav til utstyr og arena.
- Ev. krav til data og/eller skanning for framstilling av resultatene.
- Egnethet for tverrfaglig samarbeid.

## **Informantenes spesifikke krav til verktøyene:**

### **1. Livshistorien**

- Personalia.
- Familie.
- Yrkeskarriere (lønnet/ulønnet).
- Fritids- og hobbyinteresser.
- Sosiale interesser.
- Humør.
- Reiseopplevelse.
- Betydelige hendelser i livet.

### **2. Funksjonsnivå i ADL**

Vurdering av ADL med gradering av de enkelte gjøremålene.  
Mulighet for å angi delfunksjoner innenfor de enkelte gjøremålene.

### **3. Skjema for utprøving av aktiviteter ut over ADL**

Bredt spekter av aktiviteter innen alle kategorier (Ikke ADL).  
Aktiviteter som ikke krever mye utstyr eller spesiell testrom for utprøving.  
Helst mulighet for avkryssing og kommentarer i tillegg.  
Kartleggingen må avdekke hvilke aktiviteter som er positive for personen, men også hvilke som skaper uro.

## **5.2.2 Er det behov for et nytt kartleggingsverktøy?**

I utgangspunktet etterlyste 4 av informantene et enkelt metodeverktøy som raskt gir et bilde av personens ressurser, hvilke aktiviteter som kunne være aktuelle og på hvilket nivå. I løpet av samtalene ble de imidlertid enige om at skjemaene/kartleggingsverktøyene som er tilgjengelige, enten på nettet eller som virksomhetene har laget selv, er dekkende som grunnlag for å finne fram til skreddersydde aktiviteter. I praksis viser det seg at når kartlegging av livshistorie og ADL sees i sammenheng gir det som oftest nok informasjon til å gå videre til utprøving av individuelt tilpassede aktiviteter.

Informantene mener det har større betydning hvordan personell/frivillige eller nærpåpersonen opptrer i relasjonen med personen med demens enn kartleggingsverktøyet i seg selv. Informantene legger vekt på faktorer som hvor trygg en er i utførelsen av kartleggingen, observasjonsevne, holdninger og kompetanse.

*Konklusjonen på informantenes utsagn er altså at det ikke er behov for noe nytt kartleggingsverktøy. Både informanter med utdanning fra videregående nivå og fra høgskolenivå mente det er et større behov for en anvendelig håndbok om aktivitet for personer med demens. Målgruppen vil i første rekke være aktører med ulik bakgrunn som skal følge opp det konkrete aktivitetsarbeidet, En slik håndbok vil også kunne være nyttig for pårørende og andre nærpåpersoner.*

## **5.2.3 Bruk av databaserte og nettbaserte verktøy og behov for bedre dokumentasjon**

Det er generelt lite bruk av databaserte skjema utenom ved utredningsinstitusjonene. Skjema hentes ned fra nettet eller er laget lokalt. Informasjonen lagres alt vesentlig i papirjournaler i den enkelte enhet. Informantene mente at systemene fungerte greit med muntlig overføring av informasjon og overlevering av papirskjema direkte eller via post mellom 1.- og 2. linje tjenestene og mellom enhetene på samme nivå.

Ansatte i kommunehelsetjenesten henter ut anamneseopplysninger fra og rapporterer selv til kommunens IKT-system for helse og omsorgstjenestene. Det var noe ulik erfaring med om den informasjonen som ble rapportert i for eksempel Gerica og Profil ble brukt av omsorgspersonell. IKT-systemene i kommunene er mer rettet mot å kartlegge bistandsbehov enn hva brukerne kan gjøre selv.

Overføring av informasjon via IKT- systemene er generelt et område der informantene mente de hadde forbedringspotensial. Dette ble begrunnet i to forhold:

- Tidspress – både for personell på dagsentra og for personell i hjemmetjenestene og i institusjonene. Dette gjelder både tid til å rapportere og selve oppfølgingen i hjemmet, for eks det å gi personen tid til å gjøre selv det de mestrer av ADL.
- Programmene er ikke like velegnet til å dokumentere personens ressurser og hva de får til av delfunksjoner sammenlignet med hva de trenger hjelp til i ADL. Programmene er heller ikke velegnet til på en praktisk og enkel måte å rapportere om andre aktivitetskategorier.
- Informantene fra spesialisthelsetjenestenes utredningsavdelinger har generelt et godt samarbeid med sine samarbeidsparter i kommunehelsetjenestene når det gjelder overføring av informasjon om videre oppfølging. De opplyser at kortere opphold for utredning gjør at testing som krever lengre tid ikke brukes like hyppig som tidligere. Tendensen er at stadig mer av utredningsarbeidet overføres til kommunehelsetjenesten.

### **5.3 Hva mener informantene skal til for å få til en god utvikling innen omsorgsarbeid for personer med demens?**

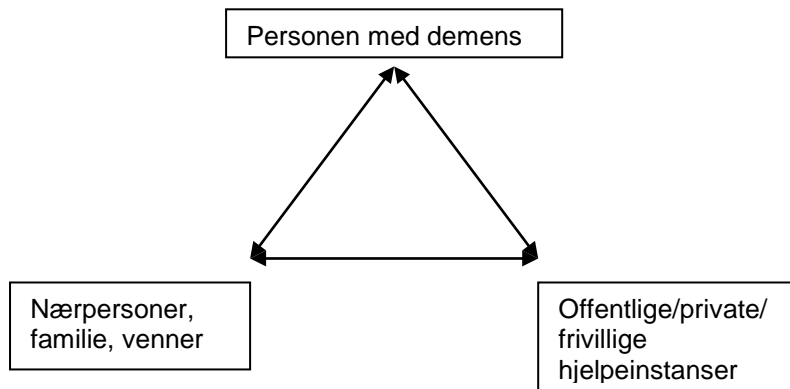
Spørsmålet ble stilt generelt og ikke nødvendigvis bare rettet mot prosjektets problemstillinger. Informantene prioriterte følgende områder:

- Prioritering av aktivitet som forebyggende tiltak for å utsette behovet for omsorgstjenester.
- Mer tverrfaglig samarbeid
- Organisering av hjemmetjenestene i kommunene.
- Differensierte aktivitetstilbud, både på innhold og arena.
- God organisering av aktivitetstilbud som utføres av frivillige.

#### **5.3.1 Prioritering av aktivitet som forebyggende tiltak for å utsette behovet for omsorgstjenester.**

Informantene understreker betydningen av å ha et helhetlig perspektiv. I det legger de ikke bare personen selv, men i hvilken kontekst han eller hun befinner seg. Nærpersonene, hjelpeapparatet og andre aktører rundt inngår i et samspill med hverandre. Aktivitetstilbud til personer med demens er et viktig, og i noen tilfelle avgjørende tiltak for at samspillet skal fungere. Et aktivitetstilbud som fungerer godt bedrer og opprettholder livskvaliteten både for personen med demens og for pårørende og andre nærpersoner. Pårørendes behov for å få hjelp til å takle situasjonen på en hensiktsmessig måte og behov for avlastning understrekes av alle informantene.

Samspillet kan illustreres slik



Når tilbudet fungerer etter intensjonen kan konsekvensen bli at behovet for omsorgstjenester kan utsettes eller holdes på et lavere nivå over lenger tid enn uten tilbudet. Kostnytteeffekt av tidlig intervensjon over for personer med demens i hjemmet er dokumentert i et nederlandsk forskningsstudium (Maud Graff).

### 5.3.2 Tverrfaglighet, ledelse og tid

Informantene understreket behovet for mer tverrfaglig samarbeid i arbeidet med denne brukergruppen og deres pårørende. Grunnen er at problemstillingene er svært uensartet og at det er gir bedre kvalitet når de kan belyses fra flere innfallsvinkler. Sykdommen er progredierende, men utfallene og tempo er svært varierende. Kartleggingsverktøy som er nyttig for flere yrkesgrupper og felles opplæring er viktige tiltak for å oppnå mer tverrfaglig samarbeid.

Ledelsens holdninger er avgjørende for om det settes av tid til refleksjon i fellesskap. Informantene hadde gode eksempler på at der ledelsen var positivt innstilt, var personalet positive og kreative når de gjaldt å sette i gang og gjennomføre miljø- og aktivitetstiltak.

Ressursbruken bør være annerledes i demensomsorgen enn for somatisk eldreomsorg. Det etterlyses forståelse for at det tar mer tid å samhandle og kommunisere med personer som har demens enn andre eldre.

### 5.3.3 Organisering av hjemmetjenestene i kommunene

Over halvparten av informantene er bekymret for hvordan hjemmetjenestene organisering virker på personer med demens. Uforutsigbare besøk og mange personer kan være direkte kontraindisert og skaper mer forvirring og dermed mer opplevelse av kaos og manglende mestring. Dette kan illustreres med følgende historie:

En hjemmeboende kvinne med demens og dårlig balanse sto ofte opp om natten. Hun hadde falt stygt flere ganger og kommunen hadde vedtatt å anskaffe en fallalarm til henne. Pga at det tok en stund før alarmen ble levert, bestemte hjemmetjenesten at kvinnen skulle ha nattlig tilsyn. Kvinnens reaksjon på å få besøk av "fremmede" personer midt på natten var at hun i panikk gikk til angrep med en kjøkkenkniv. Hun endte raskt på sykehjem uten at fallalarmen ble prøvd ut.

For personer med demens er det nødvendig å redusere antall personer til noen få som får anledning til å bli kjent med vedkommende og som har den nødvendige kompetansen.

### 5.3.4 Differensierte aktivitetstilbud

Informantene mener det må utvikles ulike typer aktivitetstilbud. Med differensiering siktes det til ulike arenaer og flere aktiviteter innen hver kategori. Tilbudene må videre tilpasses slik at

de fører til gode opplevelser for den enkelte. Der det særlig skorter på tilbud er til yngre demente og til personer som ikke lenger kan uttrykke seg verbalt. Informantene har erfaring med at følgende tiltak fungerer etter intensjonene:

- Dagsentra med kvalifisert personell.
- "Inn på tunet" eller besøksgård ser ut til å fungere godt for en del personer med demens.
- Bærum kommunes avlastingstilbud i hjemmet nevnes som et tiltak flere kommuner bør etablere.
- Aktivitetstiltak i hjemmet. Trondheim kommunes Innsatsteam i hjemmet.
- Tilpassing av arbeidsplassen med assistent. (Yngre demente, i tidlig fase av sykdommen).
- Sansehager
- Minnerom
- Snoezelen-rom (sanserom)
- Turgrupper

### **5.3.4 God organisering av aktivitetstilbud som utføres av aktører uten utdanning innen fagområdet og frivillige**

Informantene mener at et supplement til de ordinære hjemmetjenestene og aktivitetstilbudene er viktig og stiller seg åpne for flere former for organisering av aktivitetstilbud. Etter at utredning er gjennomført er det ikke nødvendigvis påkrevd at de som skal følge opp er utdannet helsepersonell. De fleste informantene foretrekker at dette arbeidet også utføres av offentlig ansatte, men ser at det i mange tilfeller kan være en god løsning å benytte frivillige. Private aktører ble bare nevnt av 2 informanter. Det kan skyldes at det er lite utbredt i Norge og foreløpig en noe fremmed tanke at private aktører kan arbeide innen dette feltet.

Informantene mener at visse forutsetninger må være på plass for at frivillige og andre uten helsebakgrunn skal kunne fungere etter intensjonene. Det frivillige arbeidet må være satt i system. Det må organiseres mulighet for oppfølging av den enkelte frivillige/aktøren med samtaler og felles samlinger med refleksjon og opplæring. Det bør stilles krav om rapportering. Fordi arbeidet kan være krevende og oppleves ensomt, er oppfølgingen viktig for at frivillige og andre skal bli stabile støttespillere for personer med demens og deres pårørende.

Informantenes eksempler på organisering av tiltak som de karakteriserer som vellykkede:

Offentlige:

- Bærum kommunes organisering av avlastere for pårørende til yngre personer med demens.
- Trondheim kommunes Innsatsteam.
- BPA- brukerstyrt personlig assistent.
- Kommuner som har opprettet stillinger for trivselskoordinatorer.
- Kirken, miljøtiltak i sykehjem.

Private aktører:

- NOEN AS

Humanitære organisasjoner og andre frivillige:

- Turvenner via Rotary
- Besøksvenn Røde kors.
- Pårørendegrupper, spesielt på sykehjem/omsorgsboliger, som er satt i system.

Listen er langt fra fullstendig. Her er kun tatt med de eksemplene informantene har nevnt.

## 5.4 Informantens prosedyre for tilrettelegging av aktivitet

Arbeidet kan trinnvis inndeles i følgende:

1. Mål for tiltaket.
2. Observasjon gjennom samtale og kartlegging.
3. Sjekking av opplysninger.
4. Kommunikasjon.
5. Valg av aktiviteter.
6. Gjennomføring av aktivitet.

I hver fase må informantene vurdere hvilke strategier som bør velges overfor den enkelte personen med demens, evaluere og eventuelt justere tiltaket.

### 5.4.1 Mål

Informantenes nøkkelbegreper i sine mål for arbeidet med tilrettelagte aktiviteter er:

- **Mestring**, individets opplevelse av å ha ressurser til å klare dagliglivets krav. Opplevelsen av å lykkes med gjennomføring av en oppgave selv om personen med demens sitt bidrag kan være en begrenset delfunksjon. Som eksempel: Dekking av bordet der vedkommende setter tallerkene ut over når de er plassert i stabel på bordet. Som en av informantene uttrykker det: "Å se ansiktet til denne personen som opplever mestring er så vakkert at det nesten er til å grine av".
- **Sammenheng**, opplevd grad av orden og system i en gitt situasjon eller hendelse som har betydning for livssituasjonen. Som eksempel: Personen med demens får en assistent/avlaster som gjenkjennes og som gjør faste oppgaver i stedet for hjemmetjenestenes stadige skifte av folk.
- **Mening**, individets evne til å delta i prosesser som har betydning for den enkelte. Blant annet det å føle seg til nytte er like vesentlig for personer med demens som for andre. (Antonovsky)

Lykkes en i å oppfylle disse 3 kravene så langt det er mulig, uavhengig av stadium i sykdommen, skaper det trygghet i tilværelsen og dermed bedre livskvalitet.

### 5.4.2 Hva inngår i observasjonssamtalen?

Informantene benytter i varierende grad observasjonshjelpemidler i samtalene med personen med demens og/eller nærpersoner i første møte når samtalen foregår i hjemmet.

Ergoterapeutene i Trondheim kommune er i ferd med å utarbeide en liste over de observasjonene som de samler i løpet av samtalen og som har betydning for hvilke aktiviteter og på hvilket nivå tiltak bør settes inn. Dette er observasjoner som ligger som en integrert eller "taus" kunnskap hos terapeuter med lang erfaring innen feltet, se vedlegg 5.

### 5.4.3 Sjekking av opplysninger

Informantene erfarer at det ofte er lurt å sjekke ut med nærpersoner om ting personen med demens forteller. For eksempel når ektefelle forteller han dusjer hver morgen, kan pårørende fortelle at han bare stikker en hånd inn i dusjen. Et annet eksempel er damen som med tydelig innlevelse forteller om sin Himalayatur og sine gode opplevelser med å gå i fjellet. Personen selv har stor glede av å fortelle og tror det er sant, men pårørende kunne opplyse at vedkommende aldri hadde vært noen fjellvandrere.

### 5.4.4 Kommunikasjon

Informantene er omforent om at følgende menneskesyn må prege alt arbeidet med personer med demens: Behandle vedkommende med respekt. I kommunikasjonen er det en fin balanse hvor validering er en alminnelig brukt teknikk. Det innebærer å respektere og akseptere personen slik han/hun er, med sin virkelighetsopplevelse og sine følelser, samtidig som en ikke bekrefter eller avkrefter feiloppfatninger. Et eksempel fra en av informantene: En mann hadde i yngre år hopptrener. Han forteller under samtalen at i dag har han vært ute og

trent skihoppere. Han kone svarte: ” Det visste jeg ikke at du hadde gjort i dag! ” Jo da,” bekreftet han og i neste sekund er det glemt. Hun verken jattet med, men konfronterte ham heller ikke. I noen situasjoner og for andre kan likevel konfrontering fungere greit.

Uavhengig av stadium i sykdomsforløpet er det nonverbale språket, eller kroppsspråket svært viktig. ”De leser kroppsspråket mer enn noen gang fordi ord er borte”.

Spesielt ved alvorlig grad av demens kan både det å oppfatte og selv å gi uttrykk via kroppsspråk være eneste kommunikasjonsformen som ennå er intakt.

#### **5.4.5 Valg av aktiviteter.**

Ideelt skal aktiviteter:

- Kompensere for tapt evner.
- Fremme selvfølelse.
- Opprettholde gjenværende ferdigheter.
- Gi mulighet for trivsel, glede og sosial kontakt.
- Ta hensyn til personens sosiale og kulturelle bakgrunn.

Informantene bygger som oftest på informasjon fra bakgrunnskjema og ADL-kartleggingen. I først omgang spørres personen med demens hva de selv kan tenke seg av aktivitet. Hva de har lyst å gjøre. Det kan være lurt å involvere nærpå personer og søke etter aktiviteter som egner seg for begge parter. I et eksempel forteller informanten hvordan en kajakkubb ble koblet inn slik at ektefellene kunne ta kurs i kajakkpaddling sammen.

Det er ikke alltid at tidligere aktiviteter er det beste valget. For noen oppleves det som en vond påminning om sine funksjonstap når vedkommende ikke har like gode ferdigheter lenger. Et alternativ kan være å prøve ut helt nye aktiviteter som ikke så lett skaper prestasjonsangst og nederlagsfølelse. For eksempel dro en gruppe til en internettkafe der de fikk prøve ut seniorspill. Stor suksess da både personene med demens og medhjelperne kunne feile uten at det opplevdes som et nederlag for noen av dem.

Flertallet av informantene mener at de viktigste kategoriene er de som gir fysisk aktivitet, fortrinnsvis i en sosial sammenheng, samt ulike former for aktiviteter knyttet til musikk. ”Når rytmen svinger blir selv skikkelige surkjerringer rene ”stars of the forties!”” En av informantene har i arbeidet med sin masteroppgave observert at de som var friske i kroppen ville ha fysiske aktiviteter, mens de som ikke var friske foretrakk kulturaktiviteter. ”Det er naturlig at vi ikke velger aktiviteter som setter oss i forlegenhet, men velger det vi mestrer på linje med de rundt oss.”

Hva som er tilpassende aktiviteter trenger ikke nødvendigvis være avanserte opplegg. Hovedsaken er at det gir fysisk og psykisk velvære å være i aktivitet og oppleves som meningsfullt. Som en av de pårørende uttrykte det:” det finnes ingen fasitsvar på denne faenskapen. Man må prøve seg fram. Før satte vi oss i bilen og gikk tur i skog og mark. Nå er det spilling av CD-er, drikke cola og spise sjokolade.”

#### **5.4.6 Gjennomføring av aktiviteter**

Demens gir etter hvert utslag i at personen får problemer med å oppfatte sammenhengen i en tanke rekke og konsekvenser av handlinger, abstraksjonsevnen og initiativ svekkes etter hvert. Hvordan best møte disse problemene og samtidig ta hensyn til vedkommendes integritet? Informantenes erfaring er at for mange valg eller spørsmål fører til utrygghet og aggresjon. Det som fungerer er på en trygg og vennlig måte å gjøre aktiviteten om det er å dra på biltur, samles til en konsert eller gå innom toalettet. Å bruke seg selv som modell, skape nysgjerrighet med bare å begynne eller bruke direkte håndledning er metoder som fungerer.

Informantene bruker 4 strategier:



- Prøving og feiling. Poenget er at det er viktig ikke å gi opp! Selv om responsen er liten en dag kan det godt gå bedre den neste.
- Forenkling er ofte det som skal til. Beskrivelse av hva vedkommende selv kan gjøre må være detaljert. Marginene for å lykkes/ikke lykkes kan være små.
- Kan vedkommende utføre delfunksjoner? En pårørende fortalte hvordan det ble lettere å ha mor på middagsbesøk når hun kunne sette henne til å skjære opp grønnsaker til middagen. Hvert trinn i prosessen måtte vises, men mor fikk opplevelsen av å mestre. De gjorde noe sammen som hadde mening og nytte for begge to.
- Utprøving av tekniske hjelpemidler som forenkler hverdagen, øker sikkerheten og fører til større personlig frihet bør introduseres relativt tidlig i sykdomsforløpet.

Å finne fram til aktiviteter, hvordan bruke, eventuelt forenkle eller dele opp i delfunksjoner er ofte en utfordrende oppgave som krever fantasi og kompetanse. Informantene mente at noe av innholdet i en håndbok bør være en idéoversikt med forslag til aktiviteter, forenkling og oppdeling i delfunksjoner. Informantene anbefaler at håndboken også har en oversikt over hvor en kan hente informasjon om aktuelle tekniske hjelpemidler. I vedlegg 6 er listet opp de aktivitetene som informantene trakk fram i intervjuene.

## 5.5 System for dokumentasjon av effekt av tiltak

### 5.5.1 Dokumentasjon

Generelt er det en komplisert oppgave. I utgangspunktet ville det lette dokumentasjonen om det systematisk ble utarbeidet individuelle planer med målbare mål for tiltakene. Informantene opplyser at det ikke gjøres systematisk nok i dag, jfr. punktet 5.2.3 side 10.

Observasjonsverktøyet, Demtial Care Mapping (DCM), gir en måling av effekt av tiltak. De krever observasjon over lenger tid og egner seg best i sykehjem eller bokollektiv der det er mulig å gjennomføre systematisk registrering av positive og negative reaksjoner over tid. OBS-demens og Qualid er verktøy som også er laget for dette formålet, se vedlegg 4.

Den viktigste kilden til dokumentasjon av effekt for informantene er den umiddelbare reaksjonen fra personen selv. Om ikke språket er til stede viser kroppsspråket om vedkommende har det komfortabelt og liker seg eller om tiltaket fører til ubehag, uro, sinne osv. Noen benytter fotos. Tilbakemeldinger fra pårørende/nærpersoner er en minst like viktig kilde for evaluering av tiltakene og grunnlag for justeringer. Det er altså hovedsakelig grad av tilfredshet som brukes som indikator for effekt av tiltakene. En av informantene beskrev det slik: "Vi dør i det vi ikke har utfordringer. Energien må kanaliseres ut i noe som vi mestrer, ellers blir det bare krangling."

Uten at det vises til forskningsresultater, opplyser 2 informanter at de har erfaring med at fysisk aktivitet fører til roligere netter og mindre bruk av medikamenter.

### 5.5.2 Etterspørres resultat?

Informantene opplever at det er relativt stor interesse for virksomhetene, men at i økonomisk trangere tider i kommunene er aktivitetstilbud et område som utsettes for nedskjæringer. Selv om det finnes dokumentasjon internasjonalt som viser at denne typen forebyggende tiltak gir positiv kost/nytte effekt, er det få krav til virksomhetene om at de skal dokumentere dette på en mer systematisk måte. Det som dokumenteres i IKT-systemene i kommunene er antall brukere.

## 5.6 Behov for opplæring og kompetanse

Informantene er samstemt enige om at det er behov for mer opplæring og kompetanseheving. De opplever ofte manglende innsikt fra samarbeidsparter om hva som ligger i begrepet aktivitet. Flere av informantene uttrykker et ønske at behovet for aktivitet og utfordringer skal betraktes som like viktig som mat og søvn.

### 5.6.1 Innhold i opplæringen

- Etikk og holdninger.
- Basiskunnskaper og prinsipper for aktiviteter for personer med demens.
- Kunnskap om og bruk av ulike kartleggingsverktøy.
- Individuell plan (IP).
- Kartleggingsverktøy og IP som redskap for en mer systematisk bruk av aktiviteter og dokumentasjon av effekt.

### 5.6.2 Hvilke metoder anbefales?

Foruten direkte opplæring, legger informantene vekt på at kompetanseutvikling innen dette feltet er knyttet til egenutvikling. Dvs. mot til å utfordre seg selv og bli klar over sin egen væremåte og sine etiske holdninger. De mener det må tas hensyn til dette i metodikken i et opplæringsprogram. Kompetanse innen dette område må bygges opp gjennom erfaring og refleksjon. Følgende metoder anbefales:

- Hospitering på dagsentra.
- Rollespill.
- Pårørendeskole.
- Marte Meo-metoden<sup>4</sup>.
- Refleksjon og erfaringsutveksling.
- Veiledning.
- Bruk av case.
- Jobbe direkte sammen. Det gir mulighet til kunnskapsoverføring.

## 6. ROs anbefaling til kravspesifikasjon

RO vil anbefale at det utarbeides en søknad om midler til et hovedprosjekt med følgende innhold:

- Utprøving i praksis av allerede eksisterende kartleggingsverktøy.
- Utarbeiding av en praktisk håndbok for aktivitet tilpasset personer med demens.
- Utarbeiding av en meritterende videreutdanning/kurs i aktivitet for personer med demens.

### 6.1 Utprøving i praksis av allerede eksisterende kartleggingsverktøy

Som det framgår av funnene i punkt 5.2.2 er det ikke registrert noe entydig behov for enda et registreringsverktøy, men mer et spørsmål om aktørene kjenner til og utnytter potensialet i de redskapene som foreligger. Det vil alltid være et ønske om et praktisk og enkelt kartleggingsverktøy som skal dekke de fleste behovene. Ut fra ROs oppfatning og erfaring er det neppe gjennomførbart å få samlet nødvendig informasjon i ett enkelt verktøy. 3 forhold spiller inn her:

---

<sup>4</sup> Marte Meo betyr "av egen kraft". Metoden er en samspill- og kommunikasjonsmetode.

- Personer med demens er en svært lite homogen gruppe med ulike behov og som befinner seg i ulike livssituasjoner.
- Videre er kompleksiteten og variasjonen i selve sykdomsforløpet så stort at et enkelt kartleggingsverktøy ville bli altfor omfattende til at det ville være praktisk i bruk i det daglige arbeidet.
- Mangfoldet i begrepet aktivitet. Hva en gjør og hvordan har nesten ubegrensede variasjonsmuligheter. Å sammenligne utprøving av aktiviteter med for eksempel prosedyrer for sårstell ville utvilsomt føre til en lang rekke avviksrapporteringer.

De 3 faktorene som er listet opp her er noe av årsaken til at det finnes et utall forskjellige kartleggingsverktøy i bruk. RO mener det vil være riktig strategi å få testet ut de mest brukte verktøyene for å komme fram til hvilke som kan anbefales som de mest dekkende for de ulike formålene. Informantenes kravspesifikasjon bør brukes som grunnlag for vurderingene.

### **6.1.1 Begrunnelse**

Hensiktsmessige kartleggingsverktøy er viktig for å sikre kvaliteten i arbeidet. RO mener at det er behov for et prosjekt som blant annet har som mål å finne fram til anbefalte kartleggingsverktøy som bidrar til struktur og systematikk i hele arbeidsprosessen. Det igjen er grunnlaget for å gjennomføre evaluering og dokumentasjon av virksomheten.

### **6.1.2 Krav til verktøyene**

Funksjonalitet:

- Enkle i bruk.
- Oversikt over personens ressurser og funksjonstap.
- Hensikten med skjemaet/verktøyet må være beskrevet. (Kartlegging, vurdering, observasjon, evaluering, dokumentasjon).
- Opplysning om spesielle hensyn, hvem egner verktøyet seg for og hvem er det ikke egnet for.
- Opplysning om målgruppe og ev. stadium i sykdomsutviklingen.
- Opplysning om hvem som bør være informant, personen selv/nærpersoner/personell.
- Metodebeskrivelse for utfylling av skjemaet/verktøyet.
- Oversiktlig presentasjon av resultatene.
- Ev. krav til utstyr og arena.
- Ev. krav til data og/eller skanning for framstilling av resultatene.
- Egnethet for tverrfaglig samarbeid.
- Egnethet for å legge inn justeringer/endringer under veis. (Personen/konteksten endrer seg)
- Egnethet for evaluering og dokumentasjon av tiltak.

### **Spesifikke krav til innhold i verktøyene for de 3 hovedområdene**

#### **1. Livshistorie**

- Personalia.
- Familie.
- Yrkeskarriere (lønnet/ulønnet).
- Fritids- og hobbyinteresser.
- Sosiale interesser.
- Humør.
- Reiseopplevelse.
- Betydelige hendelser i livet.

#### **2. Funksjonsnivå i ADL**

Vurdering av ADL med gradering av de enkelte gjøremålene.

Mulighet for å angi delfunksjoner innenfor de enkelte gjøremålene.

### **3. Skjema for utprøving av andre aktiviteter enn ADL**

Bredt spekter av aktiviteter innen alle kategorier (Ikke ADL).

Aktiviteter som ikke krever mye utstyr eller spesielt testrom for utprøving.

Helst mulighet for avkryssing og kommentarer i tillegg.

Kartleggingen må avdekke hvilke aktiviteter som er positive for personen, men også hvilke som skaper uro og/eller aggresjon.

RO mener det ikke er hensiktsmessig å ta med de mer avanserte kartleggingssystemene som krever egen sertifisering for å kunne anvendes.

## **6.2 Praktisk håndbok i aktivitet**

RO mener at tilbudet om aktivitet bør økes i volum og bli mer differensiert for å kunne møte målgruppens behov. Helsepersonell med spesiell kompetanse og som er sertifisert for bestemte kartleggingsverktøy er viktige i utredningsfasen. Det er ønskelig at også andre aktører som nærpersoner, aktivtørere, assistenter, avlastere, frivillige m.fl. kan utføre den videre oppfølgingen og enklere kartleggingen i de neste fasene. En forutsetning for å få til gode og stabile relasjoner er at aktørene føler seg kompetente og har lyst til å virke over lenger tid. Det krever at virksomheten settes i system og at det gis opplæring og mulighet til kompetanseutvikling.

RO mener at det i tillegg til formell opplæring, vil være en god hjelp for aktørene med en håndbok som inneholder anbefalte kartleggingsverktøy, hovedprinsippene i metodikken for kommunikasjon og tilrettelegging av aktivitet med personer med demens og forslag til aktiviteter.

Håndboken bør være tilgjengelig i papirutgave da det må tas hensyn til at frivillige, nærpersoner og mange kommunale tjenesteytere fortsatt kan ha begrenset tilgang på data. Oppretting av en nettutgave med mulighet for blogg, spesielt for å supplere idékapitlet, bør inngå i prosjektet. Et annet alternativ er å etablere et samarbeid med Helsedirektoratets nettside for demens.

### **6.2.1 Begrunnelse**

I Helsedirektoratets serie med aktivitetshåndbøker er en bok som behandler området fysisk aktivitet med et kapittel spesielt om eldre. Det ser ikke ut til å foreligge noen håndbok som rettes spesielt mot personer med demens og alle kategorier aktivitet som er omtalt i denne rapporten.

RO er blitt kjent med at det er planer om å utarbeide en mer omfattende bok omkring emnet personer med demens og aktivitet. Etter ROs oppfatning vil det likevel være behov for en mindre omfattende håndbok som retter seg til andre interessenter enn helsepersonell på høgskolenivå.

### **6.2.2 Kravspesifikasjon til innhold i en papir- og digitalutgave av håndboken**

- Avklaring av målgruppe.
- Kort om demens og aktivitet.
- Begrepsavklaringer og definisjoner.
- Anbefalinger ut fra utprøving og testing av de kartleggingsverktøyene som er nevnt i vedlegg 4 opp mot informantens krav til funksjonalitet. Hvilken informasjon er nødvendig og egner seg som grunnlag for å finne fram til ressurser hos den enkelte? Hvilke verktøy egner seg for observasjon, dokumentasjon og evaluering av tiltak?

- Hvordan bruke aktivitetene, avhengig av den enkeltes ståsted og hensikt med aktiviteten? Hva fremmer/hemmer aktivitet? RO viser til metoder og anbefalinger i punkt 5 i rapporten.
- En idéoversikt med forslag til aktiviteter, forenkling og oppdeling i delfunksjoner.
- Oversikt med informasjon om aktuelle tekniske hjelpemidler for personer med demens. (Nettsteder, kataloger, hjelpemiddelsentraler).

## 6.3 Videreutdanning/kurs i aktivitet for personer med demens

RO anbefaler at det søkes om midler til utarbeiding av en meritterende videreutdanning eller kurs i aktivitet for personer med demens. Programmet for videreutdanningen/kurset bør inneholde punktene 5.1 til og med punkt 5.4 i rapporten.

Videreutdanningen/kurset bør legges opp på nivå med videregående skole. Det bør være åpent for alle interesserte, men også gi mulighet til realkompetansevurdering for de deltakerne som ønsker det.

Videreutdanningen/kurset bør utarbeides i samarbeid med en videregående skole som fortrinnsvis tilbyr videreutdanninger i fysisk aktivitet og/eller demens.

### 6.3.1 Begrunnelse

Ved å arrangere undervisningen via skolesystemet er deltakerne sikret at kurset/videreutdanningen kan gi en formell utdanning eller meritterende poeng knyttet opp mot andre videreutdanninger. Dette vil øke interessen for utdanningen/kurset og statusen for arbeidet med aktivitet for personer med demens.

### 6.3.2 Innhold i videreutdanningen/kurset

Etikk og holdninger.

Basiskunnskaper og prinsipper for aktiviteter for personer med demens.

Kunnskap om og bruk av ulike kartleggingsverktøy.

Individuell plan (IP) og aktivitetsplan.

Kartleggingsverktøy og IP som redskap for en mer systematisk bruk av aktiviteter og dokumentasjon av effekt.

### Anbefalte metoder

Foruten direkte opplæring, mener RO at det bør legges vekt på at kompetanseutvikling innen dette feltet er knyttet til egenutvikling. Dvs. mot til å utfordre seg selv og bli klar over sin egen væremåte og sine etiske holdninger. Det må tas hensyn til dette i metodikken i videreutdanningen/kurset. Kompetanse innen dette området må bygges opp gjennom erfaring og refleksjon. Følgende metoder anbefales:

- Hospitering på dagsentra.
- Rollespill.
- Pårørendeskole.
- Marte Meo-metoden.
- Refleksjon og erfaringsutveksling.
- Veiledning.
- Bruk av case.
- Jobbe direkte sammen. Det gir mulighet til kunnskapsoverføring.

**Referanser:**

Antonovsky, A (1996) The salutogenic modell as a theory to guide health promotion.

Forstudie: Behovskartlegging demens. InnoMed, 11.juli 2008.

Helsebiblioteket: Graff, Maud Community occupational therapy for older patients with dementia and care givers: cost effectiveness study.

Helsedirektoratet: Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling.

Fysioterapeuten: Marit Lerum. Gamle med demens kan få hjelp til optimal bevegelsesmulighet.

Trondheim kommune: Evalueringsrapport, Over terskelen, Arbeidslag I hjemmetjenesten. Ambulerende dagtilbud.

Bærum kommune: Evalueringsrapport, Friminutt for pårørende. Avlastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens: Bærum kommune 2004.



**RO** ressurscenter for omstilling i kommunene  
med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde

RO er en selvfinansierende og selvstendig stiftelse som ble opprettet i 1989. Senteret leverer rådgivningstjenester på oppdrag fra kommuner i hele Norge.

RO er lokalisert i Stjørdal i Nord-Trøndelag.

### **ROs målsettinger**

Anspore til fornyelse av kommunale tjenester med brukerne i sentrum.

Bidra til utvikling av tjenester som brukerne opplever som helhetlige, vinklet mot forebygging, individretting og medvirkning, og som ivaretar brukernes krav til rettssikkerhet.

Anspore kommunene til å utvikle organisasjonen, arbeidsmåter og tjenester som gir en effektiv ressursbruk.

Bistå kommunene med å rekruttere, beholde og utvikle tverrfaglig kompetanse, samt en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike faggrupper og personer i organisasjonen.

Bistå kommunene med å identifisere egne muligheter for å yte tjenestene i tråd med intensjoner i lovverk og ut fra egne prioriteringer og mål.

Rådgi kommunene i utvikling av arbeidsmiljø og ledelsesfunksjoner.

13. juni 2010

**Til informantene i forprosjektet.**

RO har fått i oppdrag fra Innomed – SINTEF å gjennomføre et forprosjekt. Målet for forprosjektet er å utarbeide en kravspesifikasjon i forhold til et eventuelt hovedprosjekt innen kartlegging av ressurser hos personer med demens. Hensikten med en slik kartlegging er å ha et nyttig verktøy for å komme fram til aktiviteter som er skreddersydd for den enkelte.

Vedlagt vil dere finne informasjon om hva RO kommer til å ha som tema for intervjuene/samtalene.

RO vil takke for velvilje fra informantene til å stille opp. Uten god bistand fra fagfeltet vil det ikke være mulig å komme fram til et godt grunnlag for å utføre oppdraget.

Med vennlig hilsen  
RO v/

Nina Birgitte Heilemann  
rådgiver  
Postboks 13  
7501 Stjørdal  
Mobil: 952 65 511  
Tlf: 74 83 97 94  
[www.nina.heilemann@ro.no](http://www.nina.heilemann@ro.no)



### **Forprosjektets mandat:**

Utvikle kravspesifikasjon til kartleggingsverktøy med fokus på:

Hvordan skreddersy aktiviteter for personer med demens, opplæring av ansatte til å se mulighetene og dokumentere effekt av aktivitet.

### **Bakgrunn for forprosjektet:**

1. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, samt KS etterspør dokumentasjon av effekt av den innsatsen som gjøres overfor personer med demens innen dagtilbud/aktivitet.
2. Forskning (Sintef) viser at 70 % av kommunene mangler aktivitets- /dagtilbud til personer med demens til tross for føringene i Demensplan 2015.
3. Utprøving av eksisterende verktøy har vist at de ikke dekker behovet for å identifisere ressurser hos personer med demens på en god nok måte.
4. Eksisterende kartleggingsverktøy er hovedsakelig utarbeidet med sikte på diagnostisering og kartlegging av hjelpebehov.
  - a. Den medisinske diagnostiseringen står sentralt for å utelukke andre årsaker til forvirringstilstander. Den er selvfølgelig viktig og nødvendig som et første steg.
  - b. Behovskartleggingen har til hensikt å klargjøre behovene her og nå med sikte på hva som må settes inn av tiltak utenifra. I mange tilfeller er det mest iøynefallende pårørendes behov for informasjon og hjelp fra det offentlige eller andre instanser for selv å makte hverdagen sammen med en dement pårørende.
5. Det er behov for kartleggingsverktøy for å finne fram til aktiviteter som bygger opp om og styrker den enkeltes evner og muligheter til å ha en hverdag med mestring, sammenheng og mening. Disse 3 begrepene er fundamentale for opplevelsen av et godt liv og trygghet i tilværelsen. (Antonovsky)<sup>1</sup>.

Med denne innfallsvinkelen blir det forebyggende aspektet sentralt. De fleste former for demens er progredierende lidelser. Det har imidlertid vist seg at det er mulig å dempe progresjonen gjennom aktiviteter som gir opplevelse av mestring, sammenheng og mening. Det igjen demper depresjoner og behov for antidepressiva.

6. Det er ønskelig med et verktøy som kommuniserer med de statlige statistikkene som kommunene er pålagt å rapportere inn til IPLOS og SSB-KOSTRA. (Del av forprosjektet på et overordnet nivå).

---

<sup>1</sup> Mestring refererer til hvor vidt individene føler at de har ressurser til å klare dagliglivets krav.

Sammenheng refererer til opplevd grad av orden og system i en gitt situasjon eller hendelse som har betydning for livssituasjonen.

Mening refererer til individets evne til å delta i prosesser som har betydning for den enkeltes framtid.

7. Verktøyet er ment for ulike personellgrupper som har arbeidsoppgaver i forhold til personer med demens som ergoterapeuter, aktivitører, sykepleiere, ufaglært personell og andre.
8. Distribusjonsmåte og opplæringsprogram er en del av konseptutviklingen i hovedprosjektet, men inngår i forprosjektet på overordnet nivå.

#### **Kriterier for å forespørres om deltakelse i intervju/samtaler:**

- Arbeider med demensproblematikk på nasjonalt nivå.
- Spesiell kompetanse innen området på 1. eller 2. linje nivå.
- Arbeider opp mot demente som enten bor i egen bolig eller i institusjon og har ansvar for, og erfaring med, kartlegging.
- Arbeider opp mot demente som enten bor i egen bolig eller i institusjon og har ansvar for, og erfaring med, aktivitetstilbud overfor målgruppen.

#### **Gjennomføring**

- Det utarbeides en intervjuguide som grunnlag for ustrukturerte samtaler. Prosjektansvarlig i RO og ressurspersoner har deltatt aktivt i utformingen av spørsmålene.
- ROs forslag ble lagt fram for forprosjektgruppen på møte 1. juni 2010.
- Guiden er endret i henhold til innspill på møtet 1. juni og innspill tilsendt via e-post fra de som ikke kunne delta på møtet.
- Intervjuene/samtalene utføres i form av direkte møter, både med enkeltinformanter og som fokusgrupper eller som telefonintervju, fortrinnsvis via Skype.
- Det skrives referat fra samtalene der relevant informasjon og utsagn skal systematiseres i ettertid.
- 10 – 15 ressurspersoner/instanser inngår i intervjuene/samtalene. Se oversikt over informanter s 4.
- RO ønsker skriftlig samtykke fra informantene med tillatelse til å bruke navn og relevante utsagn i rapporten som skal utarbeides på grunnlag av samtalene. Samtykke kan sendes til: [nina.heilemann@ro.no](mailto:nina.heilemann@ro.no)
- Rapporten skal ferdigstilles innen 1. september 2010.

#### **ROs hensikt med å ta kontakt:**

Med bakgrunn i beskrivelsen foran ønsker vi å få vite hva du/dere som informanter mener om:

1. Hva er nødvendig innhold i et kartleggingsverktøy som skal være til hjelp for å kunne finne fram til meningsfulle aktiviteter som er skreddersydd for den enkelte?
2. Hvordan ville du/dere ønske at det ser ut rent praktisk?
3. Hvordan kan du/dere tenke du/dere opplæring/trening for å bli gode til å se mulighetene hos den enkelte med kognitiv svikt?

**Tema for samtalene:**

1. Oversikt over hva som brukes av kartleggingsverktøy og hensikt.
2. Behov i tilknytning til videre utvikling av demensomsorgen.
3. Aktivitet.
4. System.
5. Opplæring.

<b>Virksomheter som kontaktes:</b>	
ALF (aktivitørenes landsforbund)	Norsk kompetansesenter for aldring og helse
Avlastningstjeneste for yngre personer med demens, Bærum	Olaviken, alderspsykiatriske sykehus AS Poliklinikk & Hukommelsesklinikk
Betania, Sparbu	St. Olavs hospital Telefon sentralbord 06800
Kompetanseenhet for avlastningstjenester, Bergen	Trondheim kommune Infosenteret for seniorer. Ressurscenteret for demens
Frivillighetskoordinator	(Ansatt i dagsenter, Tysnes?)
Nasjonalforeningen? Demensforbundet, regionskontor Trøndelag	pårørende
NFS (Norsk Sykepleierforbund)	Forbehold om endringer

## Intervjuguide til forprosjekt:

Utvikling av kravspesifikasjon til kartleggingsverktøy med fokus på:

- Hvordan skreddersy aktiviteter for personer med demens?
- Opplæring av ansatte til å se mulighetene.
- Dokumentere effekt av aktivitet.

**Dato:**

**Sted:**

**Navn, Organisasjon:**

**Navn, enhet, kommune, stat:**

**Navn, deltakere:**

**Åpnings spørsmål:**

- Kan du fortelle hva du heter og hvilken virksomhet/organisasjon du er tilknyttet?
- Kan du si litt om hva du gjør og hvilken tilknytning du har til personer med demens?

**Introduksjonsspørsmål:**

- Hva tenker du på når du hører ordet aktivitet?

**Overgangsspørsmål:**

- Hva er dine erfaringer ved bruk av aktivitet i sammenheng med personer med demens?

**1 Kartleggingsverktøy**

- 1.1 Hvilke kartleggingsverktøy benyttes i din enhet/arbeidsplass eller av deg?
- 1.2 Hvilken hensikt har kartleggingen?

**2 Behov**

- 2.1 Hva oppfatter du/dere som de viktigste behovsaspektene for å utvikle demensomsorgen?
- 2.2 Hva ser du/dere på som den beste hjelpen, for å gi den enkelte mulighet til mestring gjennom aktivitet?

**3 Aktivitet:**

- 3.1 Hvordan finner du/dere fram til egnede aktiviteter?
- 3.4 Hva mener du/dere ville være en effektiv måte for å finne fram til meningsfylte aktiviteter for den enkelte?
- 3.5 Ut fra erfaringsbasert kunnskap, har du eksempler på aktiviteter som fremmer og hvilke aktiviteter hemmer mening og mestring?

**4 System (dokumentasjon)**

- 4.1 Hvordan vet du/dere at det du gjør fungerer?
- 4.3 Hvordan evaluerer og dokumenterer du effekten av det du gjør i dag?
- 4.4 Hvem spør eller etterlyser resultat?

**5 Opplæring:**

- 5.1 Hvordan tenker du deg er gode måter å gi opplæring i forhold til å bli gode på å se muligheter og få til skreddersydde aktiviteter for den enkelte?

**Avslutningsspørsmål:**

- Av alt som er diskutert, hva er viktigst for deg?
- Er det noe annet som bør komme med?
- Er det noe som er glemt?

## Oversikt over virksomheter og informanter som har deltatt

<b>Virksomheter</b>	<b>Informanter</b>
ALF Aktivitørenes landsforbund, Østlandsregionen Ansatte i dagsentra, sykehjem, bokollektiv	leder Anette Woldheim Hansen aktivitør Hege Juell aktivitør Tonje Tysland aktivitør Inger Huse Aasen
Bergen kommune Kompetanseenhet for avlastningstjenester	Dagsenterleder, ergoterapeut Anita Krokeide
Bærum kommune Avlastningstjenesten for pårørende til yngre personer med demens	seniorkonsulent Torhild Bjørge
Helse Midt-Norge. St. Olavs hospital, sengetun for geriatri	ergoterapeut Marianne Myrberget fysioterapeut Anne-Grete Nystad
Nasjonalforeningen for folkehelse, Demensforbundet, regionskontor Trøndelag	2 kontaktpersoner og pårørende sykepleier Ingunn Pettersen Tor Arne Granbo
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse	ergoterapeut Linda Gjøre ergoterapeut Torhild Holte sykepleier, stipendiat Anne Marie Rokstad
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, FoU-avdelingen	fagkonsulent/ergoterapeut Laila Helland
Steinkjer kommune Avdeling for rehabilitering. Dag- og døgnrehabiliteringstjeneste. Egge helsetun	fysioterapeut Gudrun Skjei spes.sykepleier rehab. Ann- Margaret Renum psykiatrisk sykepleier Anne Elise Berg
Trondheim kommune Enhet for ergoterapitjenester	ergoterapeut Nina Marstrand ergoterapeut Kristin Pelle Faksvåg
Trondheim kommune Infosenteret for seniorer, Helsefremmende og forebyggende innsats til hjemmeboende eldre	sykepleier Ingunn Pettersen sykepleier Elisabeth Høstland ergoterapeut Bodil Klungerbo
Trondheim kommune Ressurssenteret for demens	vernepleier Ingrid Haug Olsen
KS, sentralt	seniorrådgiver Kari Hesselberg
Diakonhjemmet sykehus. NRRK	seniorforsker, ergoterapeut Ingvild Kjekken
	1 pårørende, mor som bor i institusjon

## Oversikt over aktuelle kartleggingsverktøy med kommentarer fra informantene

Produsent/formidler	Verktøy	Anvendelsesområder	Kommentarer
Bærum kommune Avlastningstjenesten for pårørende til yngre personer med demens	Hvordan skal du rapportere?	Avlastere rapporterer til oppdragsgiver (kommunen) om brukerens situasjon 4 ganger i året.	Kan brukes som grunnlag for dokumentasjon av effekt av aktivitet. Eksempelet i skjemaet på hvordan det skal rapporteres fokuserer på tap av funksjon og lite på ev. effekt av miljøtiltak/aktiviteter. Papir.
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus Askvegen 150, 5306 Erdal. Telefon: 56 15 10 00 Faks: 56 15 10 01 E-post: Olaviken(a)olaviken.no	Bakgrunnsopplysninger  (Eek og Haugen 1986)	Tenkt brukt som nyttig informasjon i samvær med personen for bedre å kunne føre en samtale, og gjøre det lettere å finne frem til aktiviteter og samtaleemner som er av interesse.	Skjemaet dekker de fleste områder i en persons livshistorie. Fylles ut av pårørende eller helsepersonell ev. i samarbeid med personen selv. Anbefales fra NKS Olaviken. Papir.
	Registreringsskjema for tegn på trivsel hos personer med demens (2006)	Anvendes fortrinnsvis av personell for dokumentasjon av status og effekt av ev. miljøtiltak/aktiviteter.	Kan gi en god indikasjon på ev. endringer i personens livskvalitet som følge av aktivitet. Kan gi personalet et utgangspunkt for hvilke aktiviteter/tiltak en kan/bør ha fokus på for den enkelte pasient. Papir.
	Musikkønsker  (tilpasset norske forhold av Charlotte Lie 2003)	Musikkpreferanser kartlegges og kan anvendes terapeutisk og som miljøtiltak/aktivitet. Personen/nærpersoner fyller ut skjemaet.	Enkelt og oversiktlig skjema for å få fram den enkeltes individuelle musikksmak. Lytting til musikk kan benyttes ved innhenting av preferansene. Kan etterutfylles ved positive reaksjoner ved deltagelse i ulike musikkaktiviteter. Papir.
	Sjekkliste for aktiviteter / stimuleringstiltak (1997)	Utprøving av 19 aktiviteter med enkel vurdering av funksjon. Utføres av personell.	Gir en rask oversikt og vurdering av hva som fungerer og hva som bør sjekkes videre/unngås. Krever en del utstyr og tar noe tid om alle aktivitetene skal prøves ut. Papir.

Produsent/formidler	Verktøy	Anvendelsesområder	Kommentarer
<p>Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH)</p> <p>Nettadresse for nedlasting av skjema og manualer: <a href="http://www.aldringoghelse.no">www.aldringoghelse.no</a> → skalar og tester → demens</p>	MMSE-NR Norsk revidert minimal status evaluering	Demensutredning i kommunehelsetjenesten.	Manual kan bestilles. Testen er ikke en demenstest, kun et grovt kognitivt funksjonsmål, og kun et supplement ved utredning. Totalskåre sier lite om spesifikke utfall. Papir.
	Spørreskjema til pårørende	Samtale med pårørende. Demensutredning i kommunehelsetjenesten.	Enkel oversikt over utførelsen av daglige mentale aktiviteter der nærpersion skal vurdere personen nå sammenlignet med for 10 år siden. Avkryssingsskjema. Papir.
	Belastningsskala - pårørende	Samtale med pårørende. Konkretisering av belastningen pårørende opplever.	Skjemaet kartlegger psykiske påkjenninger med graderingsavkrysning. Papir.
	ADL vurdering	Samtale med pårørende/personen. Helhetlig oversikt over ADL-funksjoner.	Gir en gradert oversikt som viser hvor funksjonene er intakt og ev. funksjonstap. Skjemaet dekker ikke sosiale funksjoner. Papir.
	Å klare seg selv	Intervju av den eldre ferdigheter i hjemmet. Ev. med nærpersion.	Legger vekt på hva personen klarer selv av ADL-funksjoner. Anbefales av NKAH. Papir.
	NPI – The Neuropsychiatric Inventory / Nevropsykiatrisk evalueringsguide	Brukes av fagpersonell. Fange opp ledsagende symptomer til demens.	Brukes etter at demens er diagnostisert og personen viser en adferd som gir grunnlag for mistanke om andre lidelser i tillegg. Papir.
	Pasientopplysningsskjema	Hjelpemiddel i arbeidet med personer med hukommelsestap i institusjon. Intervju av nærpersioner.	Gir personalet livshistorien og informasjon om hva personen liker/ikke liker ut fra 16 spørsmål. Sosiale væremåter og interesser er tatt med. Papir.
	Livskvalitet ved langtkommen demens. QUALID skala	Nærpersion eller helsepersonell som kjenner personen intervjues. Vurdering av livskvalitet.	Egner seg for dokumentasjon av endring av livskvalitet som effekt av miljø/aktivitetstiltak for personer med alvorlig grad av demens. Personalet får dokumentert effekt av innsats. Data.

Produsent/formidler	Verktøy	Anvendelsesområder	Kommentarer
<p>Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH)</p> <p>Nettadresse for nedlasting av skjema og manualer: <a href="http://www.aldringoghelse.no">www.aldringoghelse.no</a> → skalar og tester → demens</p>	OBS - demens – Vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens	Observasjon: Vurderingsskjemaet er beregnet for bruk i institusjon og åpen omsorg.	Utviklet som et hjelpemiddel for planlegging og igangsetting av miljøtiltak for personer med demens. Gir oversikt over ressurser/tap av funksjon. Brukes til å måle endring, og som opplæringsverktøy. Avkryssing og skår. Papir.
	"Hverdagens gjøremål" observasjon av ferdigheter hos personer med demens	Et arbeidsredskap for den som observerer personer med demenssymptomer i ADL.	Oppfølgings skjema til: "Å klare seg selv". Det skal velges aktiviteter personen ønsker å gjøre og være nær grensen for hva personen klarer. Papir.
	Observasjon av sikkerhet i hjemmet	Skjemaet gjennomgås med personen, også praktisk. Sjekkes om nødvendig mot informasjon fra nærpåsoner.	Tolkning av skjemaet: Bare "nei" betyr relativt høy grad av sikkerhet. Ett eller flere "ja" betyr at den enkelte sak må vurderes i forhold til personens funksjon. Papir.
<p>Trondheim kommune Infosenteret for seniorer</p> <p>Ressurssenter for demens</p>	Samtaleskjema ved forebyggende hjemmebesøk	Personen fyller ut selv. Egenvurdering av livssituasjonen. Brukes ved hjemmebesøk hos alle over 75 år i kommunen.	Erfaringsmessig avdekker både selve det å fylle ut skjemaet og svarene ev. demenssymptomer som kan gi grunn for videre utredning. Papir.
	DCM Dementia Care Mapping	En observasjonsmetode med fokus på kvaliteten på relasjon mellom pasient og personale.	Omfatter detaljerte og systematiske observasjoner. Standardisert og krever kurs. Gir personell innblikk i hva egen væremåte betyr for personene med demens. Data.
<p>Diakonhjemmet sykehus. NRRK</p> <p>(oversetter: Ingvild Kjekken)</p>	COPM Canadian Occupation Performance Measure	Intervju av person/nærpåson som beskriver og måler egen vurdering av problemer innen aktivitet og deltakelse.	Viser hvordan personen velger å prioritere, måler endring i utførelse. Egner seg for tverrfaglig arbeid. Krever sertifisering. Mye brukt av ergoterapeuter. Benyttes i forskningsprosjekter. Anbefales. Papir.



<b>Produsent/formidler</b>	<b>Verktøy</b>	<b>Anvendelsesområder</b>	<b>Kommentarer</b>
Tromsø universitetssykehus	PRPP The Persieve: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of Task Analysis	Er en virksomhetsfokusert observasjonsmetode. Kartlegging av mestring av ferdigheter i aktivitet utførelse i tillegg til å identifisere hvordan vansker med informasjonsbearbeiding kan forklare mestringsvansker.	Viser hvordan personen velger å prioritere, måler endring i utførelse. Egner seg for tverrfaglig arbeid. Krever sertifisering. Brukes av ergoterapeuter. Benyttes i forskningsprosjekter. Er foreløpig relativt nytt i Norge. Data.
	Geric, Profil m. fl.	IKT- systemer for helse- og omsorgstjenestene i kommunene.	Kan fungere godt for overføring av informasjon via statusrapport, oppdragets art, arbeidslister eller beskjedplan. I tillegg grunnlag for IPLOSregistrering.
Landskoordinator for AMPS i Norge  Klepp konsult AS	AMPS - Assessment of Motor and Process Skills	Brukes til å kartlegge hvordan klientens motoriske og cognitive ferdigheter påvirker evnen til å utføre meningsfulle dagligdagse aktiviteter sikkert, effektivt og selvstendig.	Brukes av ergoterapeuter som testredskap og vurderingsmetode basert på aktiviteter. Anerkjent test. Krever godkjenning. Data.

## Liste over observasjoner som har betydning for videre planlegging<sup>1</sup>

### Kognitive funksjoner

- Klarer å beskrive hvordan de egentlig utfører en aktivitet. Be personen beskrive hvordan de gjør det steg for steg.
- Klarer vedkommende å holde tråden i en samtale
- Mange som gir uttrykk for at de selv bruker å glemme hvordan de gjør aktiviteten, eller at pårørende sier det.
- Tar instruksjon.
- Evne til nylæring for eks. TVkontrollen, sette opp TV på nytt, mestrer de det?
- Betjene trygghetsalarmen? Hører de stemmen, oppfatter de hva stemmen sier? Oppfatter de hva det dreier seg om?
- Logisk rekkefølge på ting, det kan man finne ut både gjennom observasjon og å spørre om ting. Hvordan gjør du egentlig morgenstellet?
- Apraksi (Problemer med å utføre en handling i praksis)
- Rom- retning- og orienteringsevne. Finne fram i nærmiljøet, det å gå ut med søpla.
- Oppmersomhet, det å holde oppmerksomheten på flere ting samtidig. Klare å lage kaffe mens man snakker.
- Er vedkommende lett å distrahere?
- Klarer vedkommende å tenke en logisk rekkefølge? Skrive under. Hvordan holder personen blyant/penn? Klare å skrive akkurat her. "Ja, da må jeg sette meg ned ved bordet for å ha et hardt underlag. Og så må jeg ha brillene".
- Initiativ. Setter vedkommende i gang selv, eller må han ha instruksjon skriftlig, muntlig?
- Motivasjon til å holde ut hele aktiviteten. Klarer hele selv eller må ha assistanse under veis?
- Ukritisk, klarer å ta ansvar for egen helse og egen hverdag.
- Perservering (å holde fast på det en skal gjøre eller forteller til tross for distraksjoner).
- Orientert om tid og sted.
- Forskjell på dag og natt.
- Årstider.

### Struktur og planlegging

- Vaner og utførelse.
- Personlig hygiene. Renslig, flekket tøy, lukter det?
- Ta en titt i kjøleskapet. Gammel mat?
- Ølbokser, flasker - er det alkoholproblematikk?
- Medisiner, klarer vedkommende å holde orden på dem?
- Hvordan ser det ut hjemme hos brukeren? Er det ryddig eller rotet?
- Språk, impressivt eller ekspressivt.

### Fysiske problemer

- Hvordan er taleflyt, slim, svelging av drikke?

### Sanser

- Hørsel, ev. problemer fordi vedkommende ikke hører eller er det oppfattelsen av det som sies som er problemet?
- Sidesyn.

### Sosiale funksjoner

- Hva er det du presenterer til folk du ikke kjenner? Kjenner ikke terapeuten, hva sier du, kanskje både den ene og andre historien.

### Personlighetsendring

- Kanskje mest pårørende som kommenterer. Men her må man ha stor høyde for vi er svært forskjellige.
- Stemningsleie, tonefall, mimikk.

<sup>1</sup> Kilde: Ergoterapeut Kristin P Faksvåg

## Ideer til aktiviteter

### ADL, dagliglivets gjøremål.

Personlig stell, pleie, hygiene  
Matlaging  
Måltider  
Vask og stell av klær  
Husarbeid  
Handle mat, klær osv.  
Mobil, fast telefon  
TV  
PC

### Sosiale aktiviteter

Kafebesøk  
Besøk, slekt og venner  
Samtalegrupper, div tema. nyheter fra aviser, reminisens  
Empatidukker  
Robotsel  
Konkurranser

### Fysisk aktivitet

Dans, sittedans for personer med demens  
Gymnastikk til musikk  
Kaste ball, basketball  
Turer av alle slag  
Ut i frisk luft; stimulerer alle sansene  
Sansehager  
Snoezelrom

### Yrkesaktivitet

### Kreative aktiviteter

Keramikk, leirarbeid  
Håndarbeid

### Fritidsaktivitet

Hagearbeid blomster  
Stelle, kose med dyr  
Brettspill, ulik vanskelighetsgrad  
Scrabble  
Kryssord  
Bingo  
Bowling  
Dart  
Golf  
Kajakk/kanopadling  
Skigåing

### Kulturaktivitet

Aktiviteter rundt høytider, årstider og tradisjoner  
Kulturkvelder  
Foredrag  
Museumsbesøk  
By-/bygdehistorie  
Kunstgalleri  
Kunst i utemiljø  
Utendørsarrangement  
Aktiviteter knyttet til religion  
Musikk  
Lysfest ute i mørketiden