

# Demensarbeidslag

---

*Evaluering av en prosjektpilot i  
Arna og Fana hjemmesykepleie 2014-2015.*

*«Jeg synes de ansatte er mye bedre i demensarbeidslaget.  
Spesielt fordi det ikke er så mange å forholde seg til.  
Da tror jeg at de får mer ansvarsfølelse»  
- Datter*



BERGEN KOMMUNE

# Sammendrag

Denne rapporten evaluerer demensarbeidslagene (DAL) i Arna og Fana hjemmesykepleie. Evalueringen søker å svare på spørsmålet om DAL-organiseringen gir en bedre demensomsorg enn dagens organisering av hjemmesykepleie for personer med demens. Rapporten anbefaler etablering av demensarbeidslag i flere bydeler.

Rapporten er en bestilling fra prosjektgruppen bestående av Etat for hjemmebaserte tjenester, USHT-Hordaland, Senter for omsorgsforskning Vest og hjemmesykepleieenhetene i de to bydelene hvor arbeidslagsmodellen er prøvd ut. DAL ble opprettet oktober 2014, og evalueringen er gjennomført oktober 2015 ved å intervjuer pårørende og ansatte. Samtalene har handlet om opplevelser av forskjeller med hjemmesykepleien versus demensarbeidslag. Intervjuene er transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering (18). I tillegg er det innhentet tallmateriale fra DAL og to kontrollsoner på antall ulike hjelpere i løpet av november 2015.

Nasjonale og lokale myndigheter er opptatt av å tilrettelegge tjenestene for personer med demens slik at den enkelte og pårørende opplever kontinuitet, trygghet og sikkerhet. På grunn av sviktende funksjonsevne i dagliglivet kan personer med demens ha problemer med å tilpasse seg hjemmetjenestenes rutiner, og det kan være utfordrende å skulle forholde seg til stadig nye tjenesteytere. DAL ble opprettet som et pilotprosjekt for å se om alternativ organisering av hjemmesykepleien kunne møte behovene til personer med demens på en bedre måte.

Vi finner ikke færre hjelpere per bruker i demensarbeidslagene sammenlignet med to kontrollsoner. På den annen side tyder våre data på at demensarbeidslagenes organisering bidrar til bedre rammevilkår for primærkontaktsystemet og personsentrert demensomsorg, bedre informasjonsflyt mellom ansatte, pasient og pårørende samt hevet kompetanse om pasientens individuelle behov. Pårørende opplever en hjemmesykepleie som i større grad enn før tar initiativ til kontakt, følger opp, foreslår løsninger og gir pårørende støtte og anerkjennelse. Pårørende beskriver en hjemmesykepleie som fremstår mer som en helhet nå enn før, fordi ansatte er bedre orientert om de individuelle behovene hos pasientene. Ansatte trives bedre, jobber tettere sammen om brukeren, og lykkes oftere å skape trygge samhandlinger med personen som har demens.

Funn fra evalueringen er relevant i vurderingen om DAL skal etableres i flere bydeler. Arna sin arbeidslagsmodell har ikke samme kvalitetsløft som Fana. Forklaringen ligger sannsynligvis i ulik organisering. Den største forskjellen er at Arna DAL er operativt på dagtid - mandag til fredag, mens Fana DAL er operativt dagtid, kveld og helg. Det anbefales etablering av demensarbeidslag etter samme modell som i Fana, beskrevet i kapittel 6.1. Anbefalinger som presenteres i kapitlet bygger på resultater fra denne evalueringen, erfaringer fra andre kommuner, og forsøker å ta høyde for identifiserte utfordringer.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Bakgrunn .....</b>	<b>4</b>
1.1	Styringsgruppe og prosess.....	5
1.2	Hjemmesykepleien i Bergen.....	6
1.3	Kontinuitet som begrep og mål på kvalitet.....	7
1.4	Demensarbeidslag – definisjon .....	7
1.5	Personsentrert demensomsorg.....	7
1.6	Erfaringer med demensarbeidslag i andre kommuner .....	8
1.7	Organisering av demensarbeidslag i Bergen .....	9
1.7.1	Fana bydel .....	10
1.7.2	Arna bydel .....	10
<b>2.0</b>	<b>Evalueringsoppdraget.....</b>	<b>12</b>
<b>3.0</b>	<b>Evalueringsmetode.....</b>	<b>13</b>
3.1	Intervju med pårørende .....	13
3.2	Intervju med ansatte .....	14
3.3	Telling av antall ulike pleiere .....	14
3.4	Etiske vurderinger .....	15
3.5	Rapportens begrensninger .....	16
<b>4.0</b>	<b>Funn .....</b>	<b>17</b>
4.1	Kompetansehevende tiltak i nyetablering av DAL .....	17
4.2	Pårørendes erfaringer .....	18
4.2.1	«Det er blitt bedre» i Fana .....	18
4.2.2	«Fornøyd, men ønsker bedring» i Arna.....	21
4.3	Ansattes erfaringer i demensarbeidslagene .....	22
4.3.1	Jobber annerledes – tenker annerledes.....	23
4.3.2	Ikke helt som forventet .....	25
4.4	Resultat – antall ulike hjelpere.....	27
4.4.1	Nærmere om resultat rundt antall ulike hjelpere .....	28
<b>5.0</b>	<b>Er demensomsorgen bedre med demensarbeidslag? .....</b>	<b>32</b>
5.1	Merker forskjell i Fana, ikke i Arna.....	32
5.2	Bedre samarbeid .....	32
5.3	Antall ulike hjelpere og betydningen av innholdet i relasjonen.....	33
5.4	Kontinuitet – ledelse og drift.....	35
5.5	Kontinuitet – «informasjonsutveksling» .....	36
5.6	Utfordringer i arbeidslaget .....	37
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon og anbefaling .....</b>	<b>39</b>
6.1	Forslag til etablering av demensarbeidslag.....	40
6.1.1	Etablering, organisering, og ledelse .....	40
6.1.2	Sikre nødvendig kompetanse .....	40
6.1.3	Informasjonsflyt.....	41
6.1.4	Utfordringer til avklaring .....	41
6.2	Avsluttende kommentar.....	42

- VEDLEGG 1** Intervjuguide pårørendeintervju
- VEDLEGG 2** Intervjuguide ansattintervju
- VEDLEGG 3** Antall ulike pleiere per uke, demensarbeidslag Fana
- VEDLEGG 4** Antall ulike pleiere per uke, demensarbeidslag Arna
- VEDLEGG 5** Antall ulike pleiere per uke, hjemmesykepleien Åsane
- VEDLEGG 6** Antall ulike pleiere per uke, hjemmesykepleien Landås

## 1.0 Bakgrunn

Denne rapporten er en evaluering av demensarbeidslag (DAL) som ble opprettet oktober 2014 i Arna og Fana hjemmesykepleie. Demensarbeidslagene ble opprettet som en pilot for å generere kunnskap om lokale rammevilkår som har betydning for implementering av modellen i hjemmesykepleien i Bergen kommune. Evalueringen forsøker å svare på om arbeidslagsorganisering gir bedre kontinuitet enn eksisterende organisering av hjemmesykepleie. Demensarbeidslagsmodellen ble innført for å møte behovet for nytenkning i organisering av demensomsorgen, beskrevet i demensplan 2015. Behovet for nytenkning for å skape bedre kontinuitet beskrives også i forskning (1-4). Denne rapporten har evaluert demensarbeidslagene ved hjelp av brukererfaringer fra intervju med pårørende og ansatte. I tillegg er det hentet ut tall for antall ulike hjelpere som går til bruker.

Helse- og omsorgstjenesteforskningen er et område hvor kunnskapshullene fortsatt er store (5). Vi har fremdeles lite kunnskap om hvordan de kommunale tjenestene bør utformes og bemannes for å gi best mulig tilbud til hjemmeboende personer med demens. Det er fortsatt en utfordring å tilrettelegge tjenestene for denne gruppen slik at den enkelte og de pårørende opplever kontinuitet, trygghet og sikkerhet. Det er et felles behov for å utvikle gode pasientforløp med trygg og koordinert oppfølging. På grunn av sviktende funksjonsevne i dagliglivet har personer med demens problemer med å huske, og tilpasse seg hjemmetjenestenes rutiner (5). Det kan være utfordrende å skulle forholde seg til stadig nye tjenesteytere. Noen personer med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp, fordi de ikke forstår hva som skjer. 50 % av eldre som mottar hjemmesykepleie i Norge har lavere BMI enn anbefalt, og 30 % er underernærte. Personer med demens pekes på som en sårbar gruppe i denne studien (6). Det å tilpasse informasjon og væremåte til personer med kognitiv svikt blir en sentral del av miljøbehandlingen for å lykkes med å gi helsehjelp.

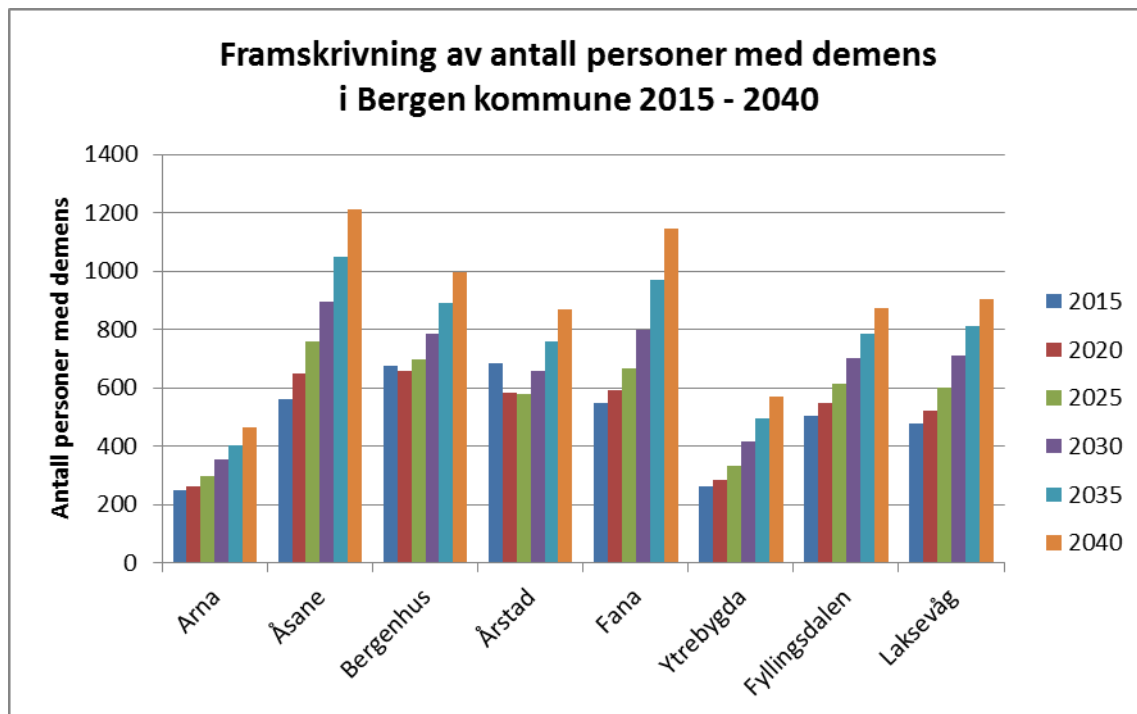
Det finnes ingen studier av prevalens og insidens av demens i Norge (7). Alzheimer Europe estimerer omtrent 78 000 personer med demens i Norge 2016. Demens er en ikke-smittsom, kronisk og alvorlig sykdom, som har mange likhetstrekk med de fire store folkesykdommene; diabetes, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og kreft. I likhet med personer som har andre NCD-sykdommer<sup>1</sup> har personer med demens ofte et sammensatt sykdomsbilde med alvorlige funksjonstap. I motsetning til NCD-sykdommene er demens en progredierende og dødelig sykdom (5).

Det beregnes å være omtrent 3 800 personer med demens i Bergen i 2016, både med og uten hjelp fra kommunen (9). Hjemmesykepleie brukes av cirka halvparten av hjemmeboende personer med demens, og ser en på hele forløpet utgjør institusjon 60 % av kostnadene, mens hjemmesykepleie utgjør omtrent 20 % (7). Nasjonale framskrivninger estimerer en økning i antall personer med demens i Norge. Søylediagram 1 illustrerer denne

---

<sup>1</sup> Definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som NCD-sykdommer, kroniske ikke-smittsomme sykdommer.

tendensen for Bergen, sortert etter bydeler. Basert på befolkningsframskrivninger, doubles antall personer med demens i nesten alle bydelene unntatt Bergenhus og Årstad.



**Søylediagram 1:** Utregning gjort av Kompetansesenter for demens, på grunnlag av demensforekomster fra «Rotterdamstudien» og befolkningsframskriving fra statistikkprogrammet KOMPAS.

I 2014 er det på landsbasis registrert drøyt 11 000 personer i IPLOS-registeret, som har demens og hjelp fra kommunen (8). Personer med demens er den gruppen med tjenestemottakere som har mest omfattende bistandsbehov (79 %), sammenlignet med for eksempel personer med psykisk utviklingshemming som har nest størst andel (57 %).

Hjemmesykepleien hadde 4151 brukere per 30.april 2016, hvor 581 personer er registrert med demensrelatert diagnose i mai måned (545 i oktober 2015). Ifølge forskning har omtrent 40 % av de som er over 70 år og får hjemmetjenester en demenssykdom (8). 40 % av 4151 utgjør omtrent 1 700 personer med demens som mottar hjemmesykepleie i Bergen. Ifølge rapport fra Helsedirektoratet har kommunene i Norge på langt nær registrert alle tjenestemottakere med demens i IPLOS-registeret (8). Det bør derfor forventes at flere personer med demensdiagnose i Bergen registreres i pasientjournal fremover.

## 1.1 Styringsgruppe og prosess

Etat for hjemmebaserte tjenester ved etatsjef Hilde Heggelien er prosjekteier. prosjektgruppen for evaluering av demensarbeidslag i bydelene Arna og Fana består av:

- Nina Nordvik, prosjektleder og rådgiver, etat for hjemmebaserte tjenester
- Astrid Egeland, soneleder, hjemmesykepleien Fana
- Anne-Gro Sherling, personalkonsulent, hjemmesykepleien Fana

- Tove Manum, soneleder, hjemmesykepleien Arna
- Bodil Kristensen, spesialrådgiver, USHT-Hordaland
- Anita Krokeide, leder, kompetansesenter for demens
- Trond Eirik Bergflødt, sykepleiefaglig rådgiver, Kompetansesenter for demens
- Oddvar Førland, forsker, Senter for omsorgsforskning Vest, HiB

Planlegging av pilotprosjektet begynte allerede i 2013. Prosjektet eies og drives av Etat for hjemmebaserte tjenester, som i desember 2014 rapporterte på mottatte midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (BKSAK 201300385-19). I den rapporten ble det definert behov for bidrag fra kommunens Kompetansesenter for demens, som har sammenfattet rapporten. Etaten har ledet en prosjektgruppe bestående av 2 enhetsledere fra hjemmesykepleien og deres støttepersonell, USHT-Hordaland, Kompetansesenter for demens i Bergen og Senter for omsorgsforskning Vest.

Ved møte i prosjektgruppen 26.januar 2015 ble det besluttet at Kompetansesenter for demens har ansvar for gjennomføring av evalueringen. Personalkonsulent Anne-Gro Sherling har gjennomført fokusgruppeintervju av ansatte og bidratt med tekst til kapittel 4.3, som en del av hennes mastergradsoppgave. Bergflødt har gjennomført intervju med pårørende, fått bistand fra Kompetansesenter for demens i telling av antall ulike hjelpere i de fire enhetene, og skrevet rapporten. Førland har bidratt med rådgivning i metodisk design i forkant og råd underveis i håndteringen av de kvantitative data. Styringsgruppen har møttes underveis i evalueringsarbeidet for å koordinere prosessen.

## **1.2 Hjemmesykepleien i Bergen**

Denne evalueringsrapporten anvender begrepet «ordinær hjemmesykepleie». Med det menes slik hjemmesykepleien i Bergen var organisert før omorganisering til demensarbeidslag (DAL), oktober 2015. Bergen kommune har per oktober 2015 ti geografisk oppdelte hjemmesykepleiesoner, i åtte bydeler. Det er gjennomsnittlig 400 brukere i hver av de ti sonene, som er inndelt i grupper. Antall grupper i hver sone avhenger av størrelsen på bydelen. På kvelder og helger slås gruppene sammen, og de ansatte besøker brukere på tvers av de opprinnelige geografiske skillene som ellers eksisterer på mandag til fredag kl. 8-15. Hjemmesykepleien har et primærkontaktsystem. Det innebærer at hver enkelt ansatt får tildelt flere brukere som de er hovedansvarlig for å koordinere og evaluere helsehjelpen til. I tillegg opprettes det en sekundærkontakt med stedfortrederfunksjon for primærkontakt.

Kommunen har per 2016 fire demensteam som er naturlige samarbeidspartnere med hjemmesykepleien. Demensteamene er et lavterskeltilbud åpent på onsdager, for henvendelser om funksjonsvurdering og utredning av personer med demens. Teamene gir også råd og veiledning til pårørende og annet helsepersonell. Det er ansatt egen koordinator for demensteamene februar 2016, som gjør dem tilgjengelig alle hverdager.

### **1.3 Kontinuitet som begrep og mål på kvalitet**

Det er en utfordring å opprettholde kontinuitet, og begrepet har flere dimensjoner. Gjevjon (4) argumenterer for at kontinuitet er mer enn kun antall ulike hjelpere per uke. Begrepet kontinuitet kan deles inn i tre dimensjoner (4, 10):

- Relasjonskontinuitet med f.eks. antall ulike hjelpere
- Ledelse og drift
- Informasjonsflyt

Den relasjonelle dimensjonen i kontinuitet handler om pleiers relasjon med brukere, pårørende og kollegaer. Med høy grad av antall ulike hjelpere tar det lengre tid å skape tillitsfulle relasjoner. Kontinuitet handler også om hvilke rammevilkår som er til stede og hvordan det hele driftes og ledes. Det innebærer balansering av hensyn knyttet til planlegging og koordinering av avdelingens finansielle og menneskelige ressurser. Den tredje dimensjonen i kontinuitet er tilgang og flyt av informasjon. Det knytter sammen helsehjelpens fortid, nåtid, og fremtid. Informasjon kan for eksempel deles via kanaler som fortløpende rapport i pasientjournal (EPJ), huskeliste, samtale, telefon, epost, SMS eller elektroniske meldinger i EPJ.

Evalueringens resultat drøftes i perspektiv av de tre dimensjonene av kontinuitet. Kjennetegn på kvalitet defineres blant annet med et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet. Tjenesten skal tilfredsstillende grunnleggende behov som blant annet forutsigbarhet og trygghet og evne å gi tilpasset hjelp formulert i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (11).

### **1.4 Demensarbeidslag – definisjon**

Et demensarbeidslag kan defineres som:

” Et selvstyrt arbeidslag er et naturlig sammensatt arbeidslag som har ansvaret for en definert arbeidsprosess og produktene den leverer. Medlemmene i arbeidslaget samarbeider for å planlegge, operere og gjennomføre en kontinuerlig forbedring av alle prosesser som berører kvaliteten på de leverte produktene” (13).

Begrepet arbeidslag brukes for å markere at det handler om samarbeid og samhandling satt i system, og at det finnes en viss grad av fleksibilitet innad i arbeidslaget for å skyve på arbeidsoppgaver etter hva som må prioriteres. Ansatte har et tydeliggjort ansvar (13).

### **1.5 Personsentrert demensomsorg**

Arbeidslagstenkingen baserer seg mye på tanken om personsentrert omsorg (12). Personsentrert omsorg for personer med demens, består av fire indikatorer som danner grunnlaget for forkortelsen V-I-P-S. «V» står for verdigrunnlag som utfordrer tjenestens



verdisett på f.eks. drifts- og oppgavefokus kontra personen med demens sin opplevelse. «I» står for en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. «P» innebærer å gi omsorg ut fra perspektivet til personen med demens. «S» står for et støttende sosialt miljø, og handler om å tilrettelegge miljøbehandlingen slik at en også dekker grunnleggende psykologiske behov som blir vanskelig å dekke på egenhånd for personer med demens: tilknytning, inkludering, identitet, trøst og meningsfulle aktiviteter (12).

Miljøbehandling handler om å tilrettelegge miljøet rundt personen med demens. Det kan gjøres på en konstruktiv måte, eller en mindre konstruktiv måte. Mindre konstruktive måter kan f.eks. omfatte episoder med for høyt tempo eller at bruker blir neglisjert, barnliggjort, nedvurdert, manipulert, underkjent, umyndiggjort, tvunget, avbrutt, stigmatisert, ignorert, bortvist eller latterliggjort. Slike hendelser skjer sjeldent som følge av pleiers onde hensikter, men de kan føre til normale reaksjoner som for eksempel økt forvirring, motstand eller uro (12). Det er behov for systematisk fokus på hvordan en skaper tilpasset miljøbehandling for den enkelte.

VIPS-famgøte er et strukturert fagmøte, og en metode for å innføre personsentrert omsorg. Personsentrert demensomsorg er en nasjonal satsning, og bygger på en kunnskapsbasert demensomsorg. Kompetansesenter for demens koordinerer opplæring i metoden i Bergen kommune, og begge DAL-enhetene har innført VIPS-praksismodell.

## **1.6 Erfaringer med demensarbeidslag i andre kommuner**

Flere kommuner prøver ut arbeidslag for personer med demens blant annet Stord, Stavanger, Trondheim, Bærum og Hamar. De som har delt sine erfaringer skriftlig, formidler positive endringer i tjenesten for personer med demens (14-17). Det er færre publikasjoner å finne om erfaringer fra demensarbeidslag som har vært operativ i flere år. Hamar kommune nevnes for eksempel i «Demensplan 2020», og har i 2016 vært virksom i over ti år. Kommunen har erfaringer med at demensarbeidslaget forbedrer kvaliteten i demensomsorgen.

Det er gjennomført en telefonsamtale med Hilde Linløkken i Hamar Kommune, april 2016, for å høre siste status om deres erfaringer rundt demensarbeidslagene deres etter over ti års virke. Linløkken er fagansvarlig i hjemmesykepleien i Vang - én av tre distrikt. Hamar kommune startet opp med ett demensarbeidslag i 2004, og har i dag demensarbeidslag i alle tre distrikt. Kommunen har saksbehandlere i hjemmesykepleien, og ikke bestiller-utførermodell. Arbeidslagsleder er saksbehandler av tjenester i arbeidslaget. Arbeidslagene går kun til personer med demens – morgen, kveld, helg og høytid. På kveldene er arbeidslagene i ett distrikt slått sammen, slik at ansatte besøker personer med demens på tvers av oppdelt geografi. Morgenrapporten gjennomføres gruppevis i hvert distrikt.

Linløkken peker på flere forbedringer i kontinuitet for tjenesten. Eksempelvis er tillitsforhold med pasienten lettere å bygge opp, det er mer bevisstgjøring av ansvar hos ansatte, et godt arbeidsmiljø og mindre sykefravær nå enn før. Nærmeste leders tilstedeværelse og justering av fleksibilitet underveis i arbeidslagets tjenesteyting, er også en positiv faktor.

Fleksibiliteten som nå er mulig kan for eksempel være å bistå med personlig hygiene som dusj en annen dag enn først planlagt, når pasienten motsetter seg til tross for tillitsskapende tiltak. Fleksibilitet til å yte helsehjelpen når de slipper til. Arbeidslaget går gjennom pasientlister og besluttede tiltak slik at ansatte hører hva som er bestemt, og kan være lojal mot det som er besluttet å prøve ut i miljøbehandlingen. Samarbeidet med pårørende oppleves som styrket gjennom tettere kontakt. Demensarbeidslagene mener at de får identifisert mer av pasientens kognitive funksjonstap nå enn før. Det gjør at de lettere kan gjennomføre tillitsskapende tiltak og forebygge for eksempel underernæring som personer med demens er sårbar for.

Hamar har tidligere tildelt hver pasient en primærkontakt, og en sekundærkontakt. Arbeidslagene har ikke lenger sekundærkontakt fordi de erfarte at sekundærkontakt i praksis ikke fungerte som system. De opprettet derfor to primærkontakter som har delt ansvar for å følge opp sine pasienter. Det er alltid en sykepleier til primærkontakt, i tillegg til en hjelpepleier/ helsefagarbeider/ omsorgsarbeider. Det todelte ansvaret oppleves å fungere godt i praksis fordi de arbeider så tett i arbeidslaget.

I starten opplevde arbeidslagene utfordringer med ansatte i den ordinære hjemmesykepleien. Ansatte i den ordinære hjemmesykepleie synes det ble brukt mye tid på unødvendige oppgaver i arbeidslaget. Det var i strid med de arbeidsoppgavene det ble innvilget tid til i den ordinære hjemmesykepleien. Eksempler på slike unødvendige oppgaver var å trille søppelspannet ut i veien, hente avisen på veien inn til bruker, oppvask, ringe og bestille matvarer som ble kjørt på døren eller sette på klesvask. Arbeidslagets leder og primærkontaktene har møtt denne utfordringen ved å argumentere faglig for pasientens behov, når familienettverket ikke kan bistå. Det har vært utfordrende å sikre forståelse for arbeidslagets måte å jobbe på, og hva som trengs for å bistå personer med demens som helhet. Kompetanse hos ansatte vurderes som svært betydningsfullt. Eksempelvis kompetanse som angår ansattes evne til å formidle pasientens behov til samarbeidspartnere i helsetjenesten. Det kan også være ferdigheter innen miljøbehandling og det å motivere pasienten til å ta imot nødvendig helsehjelp for å dekke grunnleggende behov for eksempel innen ernæring og personlig hygiene.

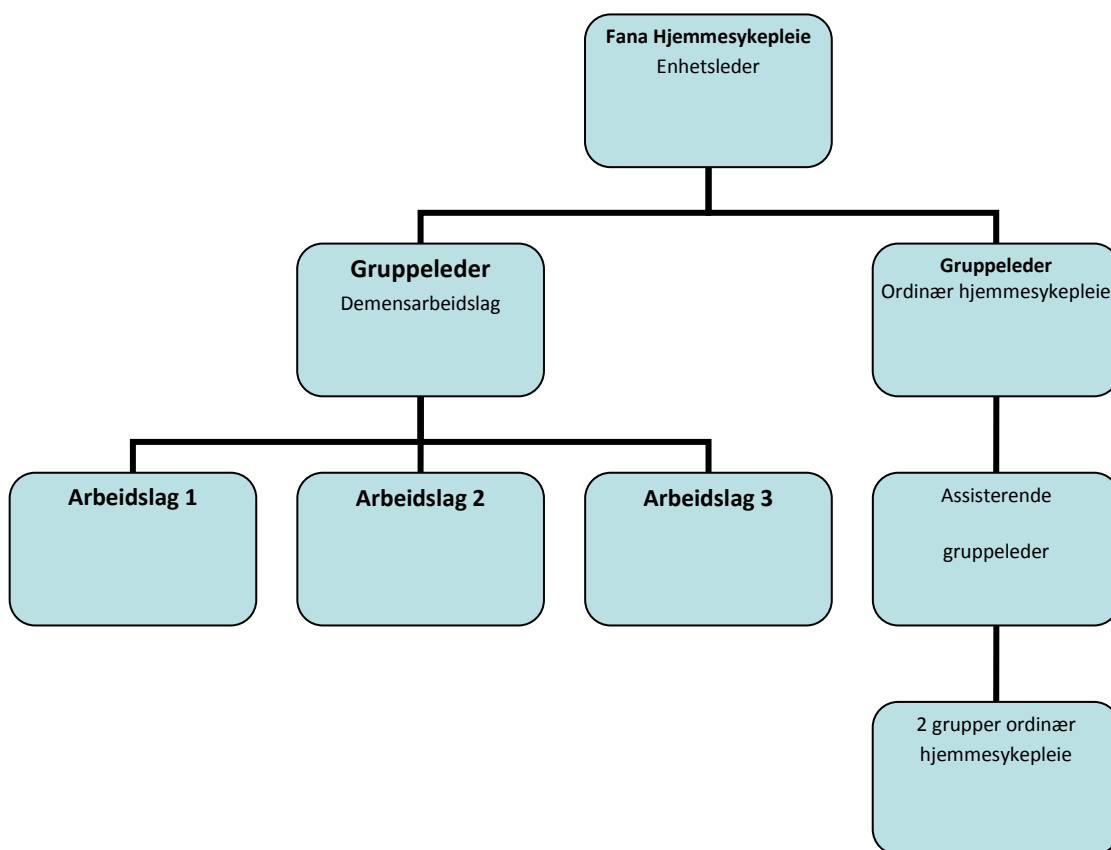
## **1.7 Organisering av demensarbeidslag i Bergen**

Demensarbeidslagene i de to bydelene har noe felles, og noe ulikt. Alle ansatte har ønsket seg til demensarbeidslagene, og bærer uniforms-overdel for å skape gjenkjenning for brukerne. Arbeidslagene definerer personen med demens sitt behov, og samarbeider med Forvaltningsenhetene for å ivareta disse behovene. Dersom den som bor med bruker også trenger hjelp, men ikke har demens, vil personen motta hjelp fra demensarbeidslaget.

Hjemmesykepleien i Fana har tre arbeidslag, og Arna har ett. Arna og Fana har arbeidet på forskjellig måte i etableringsfasen. Forskjellene utdypes i de to neste kapitlene.

### 1.7.1 Fana bydel

Organisering av demensarbeidslag i Fana illustreres i figur 1. Fana har 3 arbeidslag, med sine geografiske områder. Arbeidslagene ledes av en gruppeleder, uten assisterende gruppeleder. Arbeidslaget går til personer med demens på dagtid, kvelder og helger. På kveld er arbeidslagene slått sammen, og går til personer med demens på tvers av de geografiske inndelingene som er på dagtid. Det er pekt ut én sykepleier i hvert arbeidslag som leder VIPS-fagmøter. Denne funksjonen kalles for fagkoordinator, som er tildelt en halv kontordag hver onsdag for å følge opp VIPS-fagmøter. Turnusen ble endret ved omorganisering til DAL, og ansatte fikk blant annet flere kveldsvakter enn før.

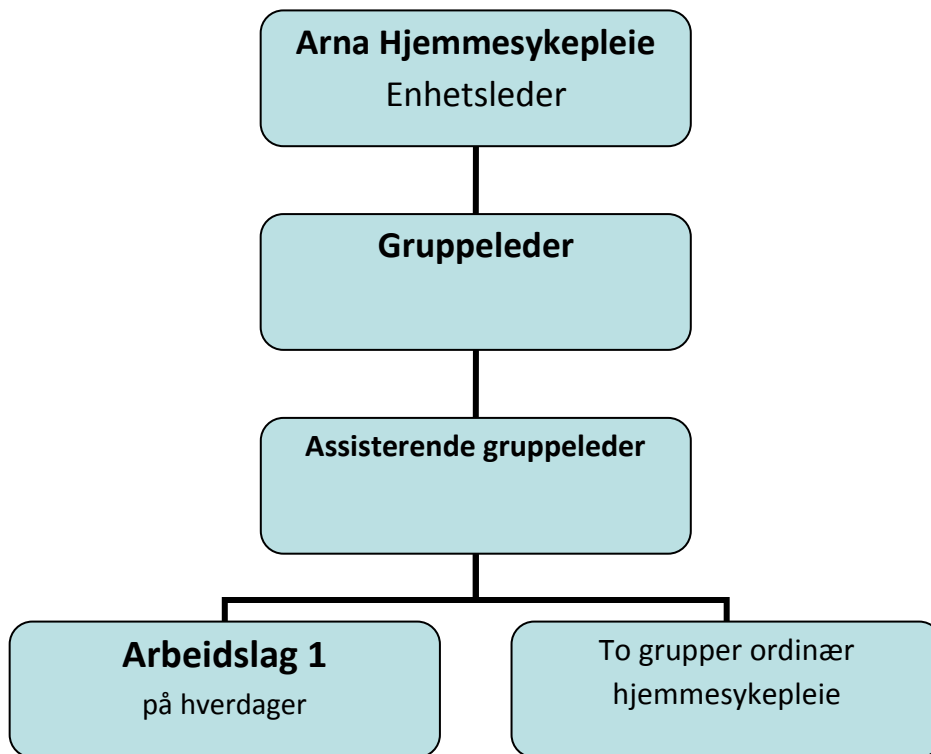


**Figur 1:** Hjemmesykepleien i Fana med 3 separate demensarbeidslag og ordinær hjemmesykepleie.

### 1.7.2 Arna bydel

Organiseringen av demensarbeidslag i Arna illustreres i figur 2. Demensarbeidslaget besøker kun personer med demenstilstander på dagtid mellom mandag til fredag. På kveld, helg og høytid går arbeidslaget også til pasienter uten demens. På hverdager får arbeidslaget utdelt arbeidsliste, og møter sammen med ordinær hjemmesykepleie for å gå gjennom gjøremål

notert på huskeliste. Det gjennomføres stillerapport. Arna har også innført VIPS-fagmøte, men har ikke samme koordinator-funksjon for å følge opp arbeidet som Fana har prøvd ut.



**Figur 2:** Hjemmesykepleien i Arna med ett demensarbeidslag og ordinær hjemmesykepleie.

## 2.0 Evalueringsoppdraget

Evalueringens formål er å svare på om DAL-organiseringen har svart til forventningene definert i prosjektplan utviklet i forkant av etablering av DAL. Evalueringen er relevant for vurderingen om demensarbeidslag skal utvides til flere soner iht. oppdragsnotat fra Etat for hjemmebaserte tjenester. Følgende var formulert i prosjektplanen:

- 1. Å utnytte den eksisterende kompetansen på en mer planlagt og organisert måte, slik at**
  - a. personer med demens kan oppleve større ro i hverdagen, ved at
  - b. personalet ivaretar flere oppgaver (helheten) og arbeider målrettet med pasienter/pårørende som lever med demens
- 2. Å øke kompetansen for ansatte, ved at disse får**
  - a. undervisning
  - b. og mulighet for fagutvikling tilpasset brukernes behov,
  - c. og at dette styres på en strukturert og planlagt måte.
- 3. Bedre kontinuiteten**
  - a. Relasjonskontinuitet: Færre antall ulike ansatte til bruker
  - b. Ledelse og drift
  - c. Informasjonsflyt

Det overordnede formålet er å avdekke om DAL fører til bedre kvalitet i tjenesten til personer med demens som mottar hjemmesykepleie. Evalueringen definerer kvalitet i tråd med oppgaver til kommunene formulert i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (11).

### **3.0 Evalueringsmetode**

Det er gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte, og individuelle intervju med pårørende i demensarbeidslagene høsten 2015. Informantene deltok frivillig, og det ble informert skriftlig om hva det innebar å delta i intervju. Det ble anvendt temasentrert intervjuguide med delvis strukturert tilnærming i alle intervju (vedlegg 1 og 2), som ble justert underveis. Vedleggene er siste utgave.

Det er anvendt diktafonopptak av alle intervju, som er transkribert på bokmål, i muntlig form nøyaktig slik som informantene uttalte seg. Informantene ble anonymisert i transkripsjonen. Alle intervjuer er analysert med systematisk tekstkondensering (STC) etter Malterud (18). Analysemetoden har fire trinn. Først trekkes tekstbiter ut fra det transkriberte materialet. Det identifiseres foreløpige temaer ved første gjennomlesing. Foreløpige temaer danner grunnlag for å danne koder. I det tredje trinnet skapes, slettes og sammenflettes kodene i grupper som har fellestrekk. Disse gruppernes fellestrekk dannet grunnlag for kategoriene «det er blitt bedre» og «fornøyd, men ønsker bedring» i pårørendeintervju. Hos de ansatte ble kategoriene «jobber annerledes – tenker annerledes» og «ikke helt som forventet» satt sammen ut fra fokusgruppeintervju med ansatte.

Med utgangspunkt i spørsmålet om omorganiseringen har ført til bedre kvalitet, er det leitet etter mønstre og kjennetegn som kan beskrive eller sette nyanser på om omorganiseringen har ført til bedring eller ikke. Arbeidslister i Arna og Fana, mot kontrollsonene Landås og Åsane er gjennomgått for å avdekke antall ulike hjelpere per bruker. Det er talt over en periode på fire uker i november 2015.

Forfatter av denne rapport har modifisert sitater til skriftspråk slik at de egner seg bedre i tekstform i evalueringsrapporten. Det betyr å fjerne overflødige muntlige ord, og konsentrere setningene for å unngå gjentatt bruk av for eksempel «da» og «vel».

#### **3.1 Intervju med pårørende**

Det er gjennomført åtte individuelle intervju med pårørende som minst mottok daglig hjelp. I tillegg hadde informantene hjemmesykepleie før omorganiseringen til demensarbeidslag i oktober 2014 til oktober 2015.

Pårørende var i starten tenkt intervjuet i fokusgrupper, og 2-3 individuelle intervju. Det viste seg å være utfordrende å finne datoer som passet for åtte pårørende til et gruppeintervju. Det ble derfor endret til individuelle intervju av alle pårørendeinformantene. De ble rekruttert via ansatte i demensarbeidslagene. Én pårørendeinformant trakk seg av praktiske grunner. En annen informant overtok for sin søster som opprinnelig hadde meldt seg som informant. Familien mente det var viktig å stille til intervjuet, selv om søster hadde det meste av samarbeidet med demensarbeidslaget. Informanten var fra Arna og fortalte selv

om lite erfaring og oversikt med hjemmesykepleien, og hadde derfor begrensede nyanser å bringe inn.

Tabell 1 oppsummerer bakgrunnsopplysninger hos pårørendeinformantene. Ingen av informantene bor sammen med bruker, det er flest døtre, og de besøker sine foreldre mellom to og 14 ganger i uken. Hjemmesykepleien kommer på besøk mellom to og fire ganger per uke, og de har mottatt hjelp mellom to og ti år.

Sone	Merker forskjell	Relasjon	Pårørendes besøk /uke	Antall år i hj.spl	Antall ganger hjelp per døgn
Fana	Ja	Datter	2-3	2	3
Fana	Ja	Datter	14	5	4
Fana	Ja	Datter	2	10	3-4
Fana	Ja	Sønn	3	2	2
Arna	nei	datter	3	3	3
Arna	nei	datter	2	8	4
Arna	Nei	datter	2	5	2
Arna	Nei	sønn	5	8	4

**Tabell 1:** Bakgrunnsopplysninger hos pårørendeinformanter.

### 3.2 Intervju med ansatte

Det er gjennomført to fokusgruppeintervju i Arna og Fana, med til sammen tretten ansatte. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden. Dato for gruppeintervjuene ble avklart og avtalt med leder for demensarbeidslagene. Informantene ble rekruttert ved et strategisk tilgjengelighetsutvalg, ved at de som var på jobb den dagen som intervjuene var avtalt deltok.

Det var åtte sykepleiere og fem hjelpepleiere/helsefagarbeidere som deltok. Alle hadde fast ansettelse, bortsett fra en som hadde langtidsvikariat. De hadde erfaring fra både demensarbeidslag og tradisjonell hjemmesykepleiegruppe, bortsett fra en som hadde jobbet i arbeidslaget fra oppstart. Informantene hadde gjennomsnittlig jobbet i hjemmesykepleien i 10,3 år.

Underveis i fokusgruppeintervjuene ble det brukt ko-moderator, som observerte og tok notater om stemning, klima og samhandling. Intervjuerne drøftet deretter seg imellom rundt felles forståelse for det informantene hadde sagt i løpet av de to fokusgruppeintervjuene.

### 3.3 Telling av antall ulike pleiere

I tillegg til intervju med ansatte og pårørende, er det innhentet kunnskap om antall ulike hjelpere som besøker brukere. Det er hentet inn data fra arbeidslagene og to kontrollsoner: Fana, Arna, Åsane og Landås. Ytrebygda bydel var først valgt ut som en kontrollsone på

grunn av lik befolkningsstørrelse med Arna. Det var registrert 13 personer med demensdiagnose i Ytrebygda, slik at det ikke ble en hensiktsmessig kontrollsoner. Sone Landås i Årstad bydel ble derfor valgt.

Inklusjonskriterier var at bruker mottok hjelp minst hver dag, og hadde hjemmesykepleie før omorganiseringen til demensarbeidslag i oktober 2014, og noen måneder frem i tid.

På grunn av at demensarbeidslagene er noe forskjellig organisert administrativt, er det brukt to ulike måter å innhente brukerutvalget på. I samarbeid med ansatte hos kommunens elektroniske pasientjournal (EPJ), Profil, ble det hentet ut lister på brukere med demensdiagnoser. I Arna, Åsane og Landås ble brukerne funnet ved å hente personer ut av EPJ med ICPC-2 diagnosekoder P70, P20 og P05. Da fikk vi 54 personer med demensdiagnoser i Arna, 53 i Åsane og 49 i Landås.

I Fana ble det brukt en annen metode, fordi demensarbeidslagene er skilt ut som egne organisatoriske underenheter, og brukerne har tjenesten «HSY DEM» som er forkortning for hjemmesykepleie demensarbeidslag. Utvalget ble funnet ved å hente frem brukere med HSY DEM tjenestekode mellom 1.oktober 2014 til 1.oktober 2015. Det gav 108 brukere totalt i de tre demensarbeidslagene i Fana. 41 av de 108 er registrert med en av de tre demensdiagnosene, som nevnt i forrige avsnitt, i EPJ. Det er disse 41 brukerne som utgjør utvalget i Fana.

Telling av antall ulike pleiere hos hver bruker måtte gjøres manuelt. Det vil si å gå inn i Profil på hver enkelt brukers arbeidsliste og telle antall ulike ansattnavn i løpet av fire uker. Det ble talt uke for uke, og ikke alle ukene sett som én periode. Det ble hentet data fra uke 45, 46, 47 og 48 i november 2015. Da hadde demensarbeidslagene vært operativ i ett år. I dette arbeidet ble noen brukere ekskludert på grunn av at de ikke mottok hjemmesykepleie, ikke hadde daglig hjelp, var på institusjonsopphold eller ikke var å finne i journalsystemet i løpet av november 2015. Tabell 2 oppsummerer utvalget med dem som ble ekskludert og inkludert i datamaterialet.

	Brukere som er Inkludert	Brukere som er ekskludert	Utvalg med demensdiagnoser
Fana demensarbeidslag	29	12	41 av 108 pasienter
Arna demensarbeidslag	38	16	54
Åsane, ordinær hjemmesykepleie	47	5	53
Landås, ordinær hjemmesykepleie	29	20	49
<b>Totalt</b>	<b>143</b>	<b>53</b>	<b>197</b>

**Tabell 2:** Antall brukere inkludert sett i forhold til utgangspunkt og hvor mange som ble ekskludert.

### 3.4 Ethiske vurderinger

Evalueringen er meldt inn og tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, nr. 73042) og senest korrigeret i endringsmelding 5.februar 2016 i forhold til kvantitative



datauttrekk fra elektronisk pasient journal (EPJ). Evalueringen er gjennomført i tråd med forskningsetiske prinsipper i forskningsloven (2008), hva angår for eksempel anonymitet og åpenhet.

### **3.5 Rapportens begrensninger**

Evalueringen har ikke sett på de helhetlige konsekvensene av omorganisering til demensarbeidslag, men erfaringene fra de som er involvert i demensarbeidslagene: brukere via pårørende, ansatte og ledere.

Representativiteten eller overførbarheten for de kvalitative resultatene er begrenset. I følge Malterud (18) øker ikke overførbarheten proporsjonalt med antall enheter i en kvalitativ tilnærming, slik det ofte gjør i kvantitative tilnærminger. Kvalitative funn kan likevel være relevante og overførbare ettersom de i større grad enn kvantitative funn avdekker erfaringer og opplevelser for de involverte. Overførbarheten i funnene styrkes der de oppleves som relevant av personer i feltet, og ved at andre kjenner seg igjen i dem eller andre studier har funnet lignende fenomener.

Rapporten evaluerer ikke økonomiske konsekvenser av omorganiseringen til demensarbeidslag, utsetting av sykehjemsinnleggelse eller effekter på ordinær hjemmesykepleie som arbeider side om side med demensarbeidslaget. Selv om gruppeledere har deltatt i fokusgruppeintervjuene, er ikke spesifikt lederes erfaringer med omorganiseringen evaluert. Det kunne vært gjennomført en baseline for antall ulike hjelpere før omorganiseringen, for så å sammenligne det med antall ulike hjelpere etter omorganiseringen. Da kunne vi sagt noe mer om antall hjelpere hadde noe sammenheng med omorganiseringen. Styringsgruppen besluttet ikke å gjøre det kvantitative designet for omfangsrik i denne omgang. De ovennevnte feltene som ikke er evaluert kan være områder å undersøke i nær fremtid.

## 4.0 Funn

I dette kapitlet presenteres funn fra individuelle intervju med åtte pårørende, og to fokusgruppeintervju av ansatte i demensarbeidslagene i Fana og Arna. Intervjuene handler om de merker forskjeller etter omorganisering fra ordinær hjemmesykepleie til demensarbeidslag. I tillegg presenteres resultat fra telling av antall ulike hjelpere i demensarbeidslagene og kontrollsonene Åsane og Landås. Pårørende og ansatte merker forskjell i Fana, men ikke i Arna. I Arna opplever de ansatte å jobbe som før, og i Fana synes ansatte og pårørende at det har blitt bedre. Demensarbeidslaget i Fana har færrest antall ulike hjelpere per uke sammenlignet med Arna, Åsane og Landås. Det er usikkert om de har færrest antall ulike hjelpere på grunn av demensarbeidslagsorganiseringen.

### 4.1 Kompetansehevende tiltak i nyetablering av DAL

I etablering av demensarbeidslagene har bydelene gjennomført både møter knyttet til prosessarbeid og kompetansehevende tiltak i form av undervisning i ulike tema innen demens. Møtene har vært arrangert i tidsperioden oktober 2013 til september 2014. Tabell 3 gir en kort oversikt over tiltakene som er gjennomført i Arna og Fana. I tillegg til det som er listet opp i tabell 3, er det gjennomført møter med Kompetansesenter for demens, og egne interne møter i Arna og Fana for å planlegge prosessen rundt etableringen av demensarbeidslagene.

Tabell 3 oppsummerer tiltakene som har vært iverksatt i både Arna og Fana hovedsakelig med ansatte som målgruppe. Begge bydeler har satset på basisopplæring i demens med den interne bedriftsopplæringen Demensomsorgens ABC, og innføring av personsentrert demensomsorg via VIPS-fagmøter. Demensomsorgens ABC ligger i bunn som en basisopplæring innen demens, og VIPS-fagmøte ligger som en struktur for samarbeid, planlegging og kontinuerlig forbedring av helsehjelpen.

Det er 38 ansatte i demensarbeidslagene i Arna og Fana til sammen. Fana har 20 årsverk fordelt på 28 personer. Arna sitt demensarbeidslag har 8,4 årsverk fordelt på ti personer.

<b>Kompetansehevende tiltak ved omorganisering</b>	<b>Antall personer</b>	<b>Antall timer</b>
Informasjonsmøte: for alle ansatte vedr. etablering av demensarbeidslag	65	105
Fellesmøte: for pårørende i Fana, ang. omorganiseringen til DAL, kveldstid	16	32
Hamar på besøk: – halv dag. Orientering om deres erfaringer med DAL	26	104
Hamar på besøk: – halvdag siste halve. Fellesmøte: med Hamar vedr. etablering av DAL	44	81
Undervisning: «oppfølging av pårørende»	31	55
Undervisning: «Kommunikasjon med personer som har demens»	33	84,5
Undervisning: «sykdomslære demens»	34	59
Gjennomgang stillingsbeskrivelse: rolleavklaring, forventninger, primærkontakts oppg.	28	132
Kurs: VIPS praksismodell – metode for innføring av personsentrert omsorg	29	64,5

Fana: Demensomsorgens ABC, går på perm 1 eller 2 i løpet av 2 år	9	630
Fana: demensomsorgens perm 3, miljøperm over 1 år	3	93
Arna: Demensomsorgens ABC, perm 1 & 2 fullført	9	630

**Tabell 3:** Kompetansehevende tiltak i forkant, og ved nyetablering av demensarbeidslag i Arna og Fana.

## 4.2 Pårørendes erfaringer

I intervju med åtte pårørende forteller alle informantene at de har tillit til dem som jobber i hjemmesykepleien, både før og etter omorganiseringen til demensarbeidslag. Alle informantene er positiv til hjelpen som helhet og roser hjemmesykepleien, men synes likevel at det er forbedringspotensialer. Pårørende i Fana opplever endringer, og synes det er blitt bedre. De andre fire pårørende som er intervjuet i Arna opplever ingen endring, er både fornøyd og ønsker forbedringer på noen områder. Omorganiseringen med nye demensarbeidslagsgrupper i Fana førte til omfordeling av bemanningsressurser. Personell ble flyttet fra sine kjente hjemmesykepleiegrupper til demensarbeidslagene. Informantene beskriver en bivirkning av enda flere ulike pleiere en periode etter omorganiseringen ble gjennomført. Det var de ikke forberedt på.

Flere av pårørendeinformantene i begge bydeler har en generell opplevelse av utrygghet. Den handler om hvordan det går med sin mor eller far som bor hjemme, på grunn av demenssykdommen, uavhengig av god eller mindre god hjelp. Pårørendeinformantene er sønner og døtre, og ingen av dem bor i samme hus som sin mor eller far. I den sammenheng presiserer noen pårørendeinformanter at de forsøker å formidle sin mors/fars opplevelse så godt de kan. De stiller seg noen ganger spørsmål om grad av fakta i det personen med demens forteller dem om hjemmesykepleien, og sier at «jeg må høre på hva mor sier, men jeg er ikke sikker [på hva som er sant] siden hun har demens». Det ser ut til å kunne skape usikkerhet. Pårørende kan føle seg usikker på hva en skal falle til ro med å tro. Denne usikkerheten ser ut til å vekke behov for adekvat dialog med hjemmesykepleien, for å avklare hva som er fakta. Pårørendeinformantene beskriver det som at «min mor husker ikke om hun har spist, og har ikke følelse av å være sulten [men sier hun har spist]».

### 4.2.1 «Det er blitt bedre» i Fana

Pårørendeinformantene fra demensarbeidslaget i Fana synes tjenesten er blitt enda bedre i løpet av året etter omorganiseringen fra ordinær hjemmesykepleie til demensarbeidslag. Bedringen blir beskrevet med opplevelser av styrket kommunikasjon, at arbeidslagets ansatte oftere fikk gitt nødvendig helsehjelp der bruker motsatte seg og at det færre ulike pleiere besøker. Tabell 4 oppsummerer disse tre tema som de pårørende formidlet som områder det var bedring rundt.

	«Det er blitt bedre»
Tema	«Bedre kommunikasjon»
	«Lykkes oftere å gi hjelp»
	«Det er færre nye pleiere»

**Tabell 4:** Tema som kom opp ved intervju av pårørende i Fana.

En informant beskriver omorganiseringen i Fana som at

*«de er blitt enda bedre, og det virker som de har veldig god kommunikasjon seg imellom».*

**Det beskrives en bedring i kommunikasjon på to hovedområder.** Den ene er ansatte seg i mellom, og den andre er mellom arbeidslaget - pasient - pårørende. Det handler om at beskjeder fra pårørende når frem, den ene ansatte vet hva den andre gjør og har gjort, det gis råd og veiledning og faste telefonavtaler gjennomføres i de tilfeller det trengs sterkere koordinering mellom arbeidslaget og pårørende til beste for pasienten.

**Beskjeder fra pårørende til hjemmesykepleien blir i større grad enn før fulgt opp.** Dersom det oppstår utfordringer tar arbeidslaget initiativ til kontakt for å drøfte problemstillingen. Ved en pågående problemstilling som at bruker motsetter seg nødvendig helsehjelp som ernæring eller personlig hygiene, oppstår det ofte behov for tettere koordinering og kontakt mellom pårørende og arbeidslaget. Informantene opplever da at arbeidslaget forslår kontaktpunkt for å håndtere denne koordineringen, som for eksempel med ukentlige eller månedlige telefonsamtaler.

Hjelperne er orientert om hva pårørende har tatt opp tidligere, og anvender de tiltaksplanene som ligger hjemme hos bruker. En pårørende beskriver betydningen av det:

*«Min mor har fått ny nattkjole. Tidligere var det en blå nattkjole som var favoritten, og hun kunne bli veldig lei seg om hun ikke fikk den på seg for natten. Demensarbeidslaget vet til enhver tid hvilken nattkjole som gjelder, og nå er det den med røde roser på som er favoritten. Sånne småting betyr så mye, og jeg kjenner at jeg blir så rørt».*

**Demensarbeidslaget tar i større grad initiativ til kontakt, foreslår løsninger, anbefaler ordninger og gir støtte.** En informant beskriver sin erfaring om hvordan arbeidslaget støttet henne på følelsen, og veiledet henne når hun var irritert på noen familiemedlemmer for ikke å hjelpe til mer. Veiledningen fra demensarbeidslaget gjorde at hun slapp irritasjonen. Forslag om løsninger kan handle om hvordan personlig hygiene bør gjennomføres på en trygg måte for akkurat denne brukeren. De kan også foreslå ernæringstiltak som de mener i større grad forebygger mot vekttap for en som ikke har appetitt og glemmer å spise.

Eksempler er forslag om å forsøke grøt istedenfor brødmat, beriking av maten med fløte, rapsolje, kaloririkt smør eller konsentrerte kaloriinntak med f.eks. næringsdrikker. En informant beskriver initiativet til arbeidslaget

*«De ser ting som jeg ikke ser. De ringer meg og kommer med høyt-tenkning. Jeg sier amen og tusen takk før jeg løper ut og kjøper det».*

*«Det var så trangt inne på soverommet. Arbeidslaget tok det opp. Jeg hadde kanskje ikke sett det, om jeg ikke hadde fått en telefon fra primærkontakten».*

**Demensarbeidslaget lykkes oftere med å yte nødvendig helsehjelp.** Erfaringsvis motsetter noen personer seg nødvendig helsehjelp. Det kan f.eks. være fordi en har høy terskel for å ta imot hjelp, og føler seg ikke klar og det er fornuftig å avvente. Det kan også være at bruker motsetter seg helsehjelpen på bakgrunn av en normalreaksjon. Det kan hende at pasienten ikke forstår hva som skjer og hva som er forventet av han, når det dukker opp en person fra hjemmesykepleien på døren, som sier at hun vil hjelpe med frokost og medisiner. Personer med demens som motsetter seg nødvendig helsehjelp er en utfordring for hjemmesykepleien, og en utfordring for pasienten som da ikke får den helsehjelpen det er behov for. Arbeidslaget ser ut til å lykkes oftere med tillitsskapende arbeid knyttet til denne problemstillingen. Det gir økt opplevelse av trygghet for både bruker når hjelpen ytes på en måte som bruker kan følge med i, og oppleve som trygg. En datter beskriver det slik:

*«De tar seg tid til å prate og vet at dersom hun sier nei til å ta på nattkjole, er det fordi hun tror det er tidlig på dag. Da forklarer de at det er kveld, så ordner det seg. De må ikke automatisk gi seg når hun sier - «nei, det vil jeg ikke». Det ser jeg er en veldig stor forskjell».*

Når personen med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp som for eksempel hjelp til å gjøre i stand frokost, middag eller kvelds kan det være behov for å samarbeide tettere med pårørende. I disse tilfellene tar demensarbeidslaget oftere initiativ til kontakt for å drøfte problemstillingen. Det kan se ut til at måten arbeidslaget fremstår på gir en enda større opplevelse av trygghet til pårørende, når arbeidslaget tar initiativ til kontakt, foreslår løsninger og lykkes oftere med den nødvendige helsehjelpen. En pårørendeinformant beskriver det slik:

*«Nå er jeg trygg når jeg er borte fra Bergen i to eller tre uker, fordi jeg vet at hun er i gode hender. Jeg vet at dersom noe burde vært handlet, så blir det gjort. Dersom jeg trenger å bli med i noen vurderinger, så ringer de til meg».*

**To av seks informanter som merker forbedring har en opplevelse av færre ulike hjelpere** etter at demensarbeidslaget ble opprettet. De andre informantene tok ikke opp temaet. Arbeidslaget fremstår som en gruppe med bedre kompetanse ved at de viser kjennskap til

pasientens individuelle behov, i en tryggere væremåte og veiledning til bruker i samhandlingen. De lykkes derfor oftere når bruker motsetter seg nødvendig helsehjelp. En pårørendeinformant beskriver erfaringen sin slik:

*«Det beste er at de ikke er så mange, og så føler jeg at de har litt mer kompetanse på demens – at de har litt mer peiling»*

En pårørendeinformant mener at når de ansatte jobber i mindre grupper, så skaper det større grad av **ansvarsfølelse** hos de ansatte. De fanger opp endringer lettere fordi de har bedre oversikt, og tiltakene blir nå oftere iverksatt.

*«Jeg synes de er mye bedre i demensarbeidslaget. Spesielt fordi det ikke er så mange å forholde seg til. Det synes jeg er kjempepositivt. Da tror jeg at de får mer ansvarsfølelse [for pasienten]».*

#### 4.2.2 «Fornøyd, men ønsker bedring» i Arna

De fire informantene fra arbeidslaget i Arna merket ikke forandring etter arbeidslaget ble opprettet oktober 2014. De var fra før godt fornøyd med primærkontaktene, men ønsket bedring i antall ulike pleiere, og primærkontaktens tilgjengelighet. Tabell 5 oppsummerer de to temaene pårørende i Arna var mest opptatt av.

	«Ikke blitt bedre etter demensarbeidslag»
Tema	Fornøyd med det som er, men ønsker bedring
	Fortsatt mange ulike pleiere

Tabell 5: Tema som kom opp ved intervju av pårørende i Arna.

**De forteller at de er fornøyd, men ønsker forbedringer.** De er fornøyd med primærkontaktene, og den den avlastning hjemmesykepleien som tjeneste gir til pårørende. Samtidig peker de på ønske om forbedring i kontinuitet og noen ganger primærkontaktens tilgjengelighet. Med bedring i kontinuitet mener de pårørende færre ulike pleiere og bedre informasjonsflyt mellom ansatte, og mellom ansatte og pårørende.

**Det oppleves som trygt at hjemmesykepleien er innom og ser til bruker,** uansett hva de skal bistå pasient med. En datter beskriver det som en «kolossal avlastning» å vite at mor blir «sett til» og slippe å bistå med f.eks. legemidler, ernæring eller personlig hygiene.

**Primærkontakten representerer en trygghet for pårørendeinformantene.** Selv om informantene i Arna demensarbeidslag ikke opplever endring er de tydelig på hvor fornøyd de er med primærkontaktene i demensarbeidslaget. De er spesielt fornøyd med dialogen og at primærkontakten tar tak i ting. En pårørende ønsker for eksempel så kort og klar dialog som mulig, på grunn av pårørendebelastningen. Ikke noe «prating i en halvtime om ingenting» men heller «nå oppfatter vi det sånn og sånn med din far, og vi ser at han trenger

det og det». De ordner opp, og ringer opp igjen om de ikke er tilgjengelig. De yter hjelpen på en betryggende måte og «får det til».

**Et par av informantene synes ikke at primærkontakten er tilgjengelig** i den grad de selv ønsker. Når de ringer kontoret kan primærkontakt være ute hos en annen pasient eller ha fri på grunn av turnusen sin. De er ikke usikkert på hvordan de skal nå primærkontakt, men sier at «*da må jeg gjennom hele det der ... kan jeg få snakke med primærkontakt? Nei hun er ikke her nå ...*».

**Pårørendeinformantene forsøker å forstå hvorfor ikke flere av de samme pleierne** kan komme for å hjelpe. Noen informanter kan ikke begripe hvorfor færre pleiere ikke er mulig å oppnå. De undrer seg over ulike årsaker som sykefravær, bytte av hjemmesykepleiegruppe, at de går til andre brukere, turnus med helg- og kveldsarbeid og fri før helg midt i uken eller manglende opplæring:

*«Det er opptil fire personer på én og samme dag [har 4 oppdrag i døgnet], og det stresser henne veldig. Da blir hun litt irritert og sint. Det fører til dårlig stemning mellom hjelper og bruker».*

**Pårørende har en opplevelse av at ukjente pleiere kan representere utrygghet** for bruker, fordi «de kommer og så vet de ikke hva de skal hjelpe henne med?» og utfordrende spørsmål som «hva trenger du hjelp til?». En pårørende erfarer at sin mor «blir så sliten av å fortelle hva hun skal ha hjelp til, fordi hun ikke klarer å ta avgjørelsene selv», og det blir vanskelig å forholde seg til for mange valg. Primærkontakt kan ha laget tiltaksplaner om hvordan tilnærmingen og hjelpen skal ytes, men en informant erfarer at noen vikarer ikke leser disse tiltaksplanene.

### **4.3 Ansattes erfaringer i demensarbeidslagene**

Dette kapitlet tar for seg erfaringer ansatte har med å være organisert i demensarbeidslag. Tema som kom opp fokusgruppeintervju er oppsummert i tabell 6 og 7. I beskrivelsene kom det fram opplevelser som var positive og overraskende for informantene. Etter omorganisering til DAL opplever ansattinformantene å jobbe på en annen måte enn før. De tenker annerledes og trives bedre i arbeidet. De opplever også utfordringer i form av noen overraskende forskjeller som oppstod under omorganiseringen. Det handler om forventninger hos ansatte som ikke er blitt innfridd, og opplevelse av mangel på tid.

Ansattinformantene forteller at de opplever å gjøre en bedre jobb nå enn før omorganisering til DAL, fordi det er færre pasienter å forholde seg til. Det blir mer synlig for de ansatte hvor de møter personer med demens som motsetter seg hjelp fra demensarbeidslaget. Informantene erfarer at de kommer oftere til med hjelp nå. De forklarer det med at de tidligere ikke hadde like god oversikt over hvordan de skulle kommunisere med hver enkelt person med demens, for å møte skepsisen og utryggheten deres. Nå deler de ansatte mer kunnskap seg imellom. De diskuterer praktiske og etiske sider

ved pasientens opplevelse og kommer oftere frem til løsninger. Det er givende å kjenne pasientene godt. Det å ha få pasienter å forholde seg til, bidrar til god kjennskap om den enkelte pasient og gir godt grunnlag for å skape tillit og trygghet hos pasienten og deres pårørende. En informant beskriver det å arbeide i demensarbeidslag slik:

*«Før arbeidslaget ble opprettet var jeg mer opptatt av somatisk sykdom. Nå ser jeg mer av hele personen (...) Du får etter hvert mer kunnskap om demens og laget får mer kunnskap».*

### 4.3.1 Jobber annerledes – tenker annerledes

	Positiv forskjell
Tema	Opplever å jobbe på en annen måte enn før
	Tenker annerledes og trives bedre

**Tabell 6:** Tema som kom opp ved intervju av ansatte i fokusgruppeintervju.

**Ansattinformantene opplever større ansvar for pasientene nå enn tidligere.** De har et mer helhetlig fokus og tar oftere pasientens perspektiv, som for eksempel hva som er betydningsfullt for bruker.

*«Det er jo klart: - jo mer en går fast til en pasient, jo mer forpliktende er det (...) før var vi innom mange pasienter, nå er det mer avgrenset og ansvarsfølelsen blir desto større».*

**Det å besøke et begrenset antall pasienter gjør det lettere å skape oversikt** for den enkelte ansatte sammenlignet med å gå til mange ulike brukere. Det gjør at de opplever å være enda bedre i stand til å identifisere funksjonsendringer nå enn før omorganiseringen. Bedre kjennskap gjør også at de forholder seg til pasienten annerledes nå enn før. De skjerper seg på hva de sier, hvordan de henvender seg, og hvordan de oppfører seg ovenfor personen med demens. De opplever at det er en god måte å jobbe på, fordi de lykkes oftere å imøtekomme brukers motstand med tillitsskapende tiltak. Denne måten å jobbe på er utfordrende fordi noen ganger må det jobbes med relasjonell oppvarming sammen med pasienten i 20 til 30 minutter før bruker tar imot den nødvendige helsehjelpen. Konsekvensen av å unnlate å gi hjelp kan være at personen med demens ikke får i seg mat til det enkelte måltidet. Informantene beskriver den tillitsskapende måten å jobbe på som givende men også krevende og noen ganger slik:

*«det er ikke fysisk slitsomt, det er slitsomt for hodet. Skal jeg ta den kampen i dag, eller skal jeg vente til i morgen».*



**Informantene beskriver en økt bevissthet når de går inn døren til pasientene** -hvor er pasienten, er lyset på der det vanligvis er av, så er det kanskje en dårlig dag og da må de fokusere mer på at pasienten skal ha det bra. Er det en god dag, kan det observeres gjennom tegn i huset. Dette er informantene satt i stand til å observere fordi de kjenner pasienten enda bedre nå enn de gjorde før.

**De erfarer å måtte gjøre ting utenfor A4**, og for at pasientene skal kunne klare å bo hjemme lengst mulig, har noen brukere vedtak om tilpasset avlastning i hjemmet.

Avlastningsvedtaket gjør det mulig for pårørende i bedre grad å makte omsorgsoppgaven som mange pårørende har. Avlastningsvedtak gir i tillegg til den funksjonen som avlastningen har, rom for tillitsskapende arbeid med bruker. Ansatte som er satt til å iverksette avlastningsvedtaket kan for eksempel anvende det til tillitsskapende arbeid for som å *«lage vafler sammen, fordi hun trenger å få i seg mer mat [enn bruker får til på egenhånd]»*, eller en kan *«gå på tur»*.

**Det er nødvendig med godt samarbeid og god dialog med forvaltningsenhetene**, slik at det gis muligheter for en viss fleksibilitet og rom for å tenke annerledes: *«... fleksibilitet står ikke på viljen, det er tiden [du har til rådighet der og da]»*.

Pasienter som ikke vil ha hjelp, må brukes mye tid på å opparbeide tillit til. Yngre personer med demens er ofte veldig fysisk spreke og klarer å dusje selv. For at den syke skal kunne klare å bo hjemme lengst mulig, erfarer de at de må tenkes annerledes.

*«nødvendig helsehjelp er ikke nødvendigvis å gi en tablett, en skive eller det å ivareta personlig hygiene»*.

**Pasientene trenger mer hjelp etter hvert som sykdommen utvikler seg.** Selv om de har fått god tillit og mye kunnskap og kjennskap til pasienten, er det en jobb i seg selv å ivareta helheten. Det er ikke mange pasienter som sitter klar og venter på at de kommer på besøk, slik som pasienter uten demens ofte gjør. Ofte må ansattinformantene bruke lang tid på relasjonell oppvarming før selve morgenstellet eller middagen kan startes på. Det er av betydning for at pasienten skal oppleve trygghet og ikke bli urolig eller mistenksom. Det handler om kommunikasjon som å porsjonere riktig informasjon til riktig tid om hva som skal skje. Ofte må de bruke tid på å finne utstyr som skal brukes i en stellesituasjon, fordi pasienten ofte «rydder» ting vekk. *«Det blir liksom en annen måte å jobbe på»*.

**I forhold til pårørende opplever de at terskelen for å ta kontakt er mindre** enn før omorganisering til DAL. Ved god dialog finner de oftere løsninger sammen. I telefonsamtaler har pårørende mye på hjertet, og det krever ofte en form for oppfølgingsarbeid.

### **Trives bedre**

**De erfarer et bedre fellesskap nå enn tidligere**, og påpeker at det at de selv har fått velge å jobbe med dette, har vært en medvirkende årsak til at de opplever fellesskapet bedre. Det at gruppen er mindre enn før, at de kjenner hverandre og at de er blitt enige om felles

spilleregler har også vært en medvirkende årsak til bedre felleskap. De erfarer å diskutere mer, reflektere mer og samarbeider mot felles mål, som handler om å ivareta pasientens integritet og velvære.

*«vi har jo valgt dette, dette er noe du har lyst å jobbe med, det er ikke noe som er blitt pålagt, derfor tror jeg fellesskapet er blitt bedre, vi er interessert i det vi jobber med».*

**Det å få skape noe sammen**, se at de lykkes med å skape en bedre omsorg for pasientene, oppleves motiverende. *«Det er veldig motiverende når du ser det du har jobbet for i ukevis og endelig får det til, det gjør at en har lyst til å jobbe videre på denne måte».*

**Å ha tett samarbeid med pårørende og få tilbakemeldinger gir også motivasjon.** Men samtidig erfarer de høye og urealistiske forventninger fra pårørende over hva de skal og kan gjøre av oppgaver og tiltak: *«hvorfor ordner dere ikke opp, dere er jo eksperter på området».* I tillegg ligger det en forventning og krav om primærkontaktens tilgjengelighet.

#### 4.3.2 Ikke helt som forventet

Tabell 7 oppsummerer utfordringer i demensarbeidslagene som ansattinformantene har formidlet i fokusgruppeintervjuene.

	Overraskende forskjell
Tema	Ikke helt som forventet
	Forventninger som ikke lar seg innfri
	Opplevelse av mangel på tid

Tabell 7: Tema som kom opp ved intervju av ansatte i fokusgruppeintervju.

**De opplever det vanskelig ikke å være oppgavefokusert når tiden ikke strekker til** fordi vedtak, normtider og økonomiske rammer legger føringer på hvilken hjelp og hvor mye tid den enkelte pasient skal få. Informasjonsmøte med Hamar kommune før oppstart om hvordan det skulle bli å organiseres i demensarbeidslag, oppleves ikke konsistent med virkeligheten ett år etter. Ansatte satt igjen med opplevelsen av at det ble formidlet at demensarbeidslag var en veldig flott måte å jobbe på, fordi en da:

*«... hadde mye mer tid enn før, men slik er ikke virkeligheten. Vi satt ikke igjen med følelsen av at vi hadde veldig god tid».*

**De opplever ikke samsvar mellom tid og ressurser**, at de ikke har de rammene som skal til for å kunne gjøre det som forventes både fra dem selv, pårørende og ledelsen. De opplever ikke samsvar mellom ideologien om at de skal jobbe personrettet, gjøre det som er best for

pasienten, være pasientens talerør og samtidig ikke få den tid og ressurser til å gjøre en slik god jobb for pasienten som det er forventninger om.

*«det er sprik mellom idé og praksis, det merker vi som jobber, særlig forventningene på pårørende, de forventer vi klarer det meste. Men ressursene strekker ikke til å gjøre alt. Det er innenfor normtidene og rammene vi må forholde oss til».*

**De erfarer at det tar mye mer tid med denne pasientgruppen**, i forhold til andre pasientgrupper fordi det er så mye pasientene ikke selv klarer å ivareta. Når de startet opp hadde de en formening om at når de ble mer kjent med pasientene, ville behovet bli mindre etter hvert fordi de ble så godt kjent med dem, men dette erfarer de ikke stemmer, *«det er blitt mer å gjøre for den enkelte pasient, man må gjøre alt».*

**For å få til en god tjeneste, trenger de et godt samarbeid med pårørende** for at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De bruker mye tid på kontakt med pårørende, kontakt med fastleger og andre samarbeidsparter. Personer med demens klarer ikke like godt som før å ivareta oppgaver som vask av klær og rydding i hjemmet sitt. Ansattinformantene finner ofte saker og ting på andre steder enn man normalt vil finne det hos andre pasienter som ikke har demens. Ansatte er informert om at det ikke er hjemmesykepleiens oppgave å vaske opp kopper og tallerkener, sette på en vaskemaskin for klær, henge opp klær eller rydde på plass småting. Likevel erfarer de at dersom de ikke gjør det, så har ikke pasienten klær eller rene kjørler resten av uken. De gjør det for å lette hverdagen for seg selv, sine kollegaer og for å møte forventninger fra pårørende.

*«Det kan være vanskelig å sette grenser, fordi de er en sånn uendelighet av oppgaver»*

**De ansatte synes at de bør ha enda mer åpen dialog med pårørende** for å møte forventningene som de erfarer at de pårørende har. Informantene mener selv at forventningene kan møtes med å informere om hvilke oppgaver arbeidslaget kan bistå med, og skille det fra det de skal bistå bruker med. Informantene tror at forventningene fra pårørende kan ha kommet som et resultat av egne forventninger, *«i starten var vi veldig positiv og på hugget – vi prøvde å være litt i forkant».*

**Informantene opplever at en del pårørende ikke er innforstått med hva et arbeidslag er for noe.** De kjenner på pårørendes høye og urealistiske forventninger om hva de skal få til nå som de er blitt demensarbeidslag. Det er forventninger om at arbeidslaget skal få gjort mer enn før, og de skal være tilgjengelige når pårørende ber om det. Ansatte har blitt møtt med pårørende som utfordrer arbeidslaget med at *«det trodde vi skulle ordne seg når dere startet opp med demenslag, da skulle dere følge opp».*

**De ansatte i Arna gav uttrykk for at arbeidslagene bør organiseres dag, kveld, helg og høytid** for å få bedre kontinuitet. De synes ikke kontinuiteten er tilstrekkelig bedret ved en omorganisering til demensarbeidslag kun på dagtid, mandag til fredag.

*«vi er ikke fornøyd når vi ikke er organisert [som demensarbeidslag] på kveld og helg. Vi har jo mange andre pasienter å forholde oss til (...) og det er ikke det vi ville med demensarbeidslag»*

Det at demensarbeidslaget er operativt på dag, kveld, helg og høytid oppleves som en stor fordel for kontinuiteten. Da går ansatte til færre ulike brukere. Dersom arbeidslaget ikke var operativt på kveld og helg tror informantene i Arna at kvelder og helger ville blitt som før med en form for «ferieavviklingsstatus» med en del vikarer og ukjente pleiere:

*«du har fått deg en slik tillit, og du har fått deg en god måte å jobbe på (...) det er nok ukjente som det er»*

#### **4.4 Resultat – antall ulike hjelpere**

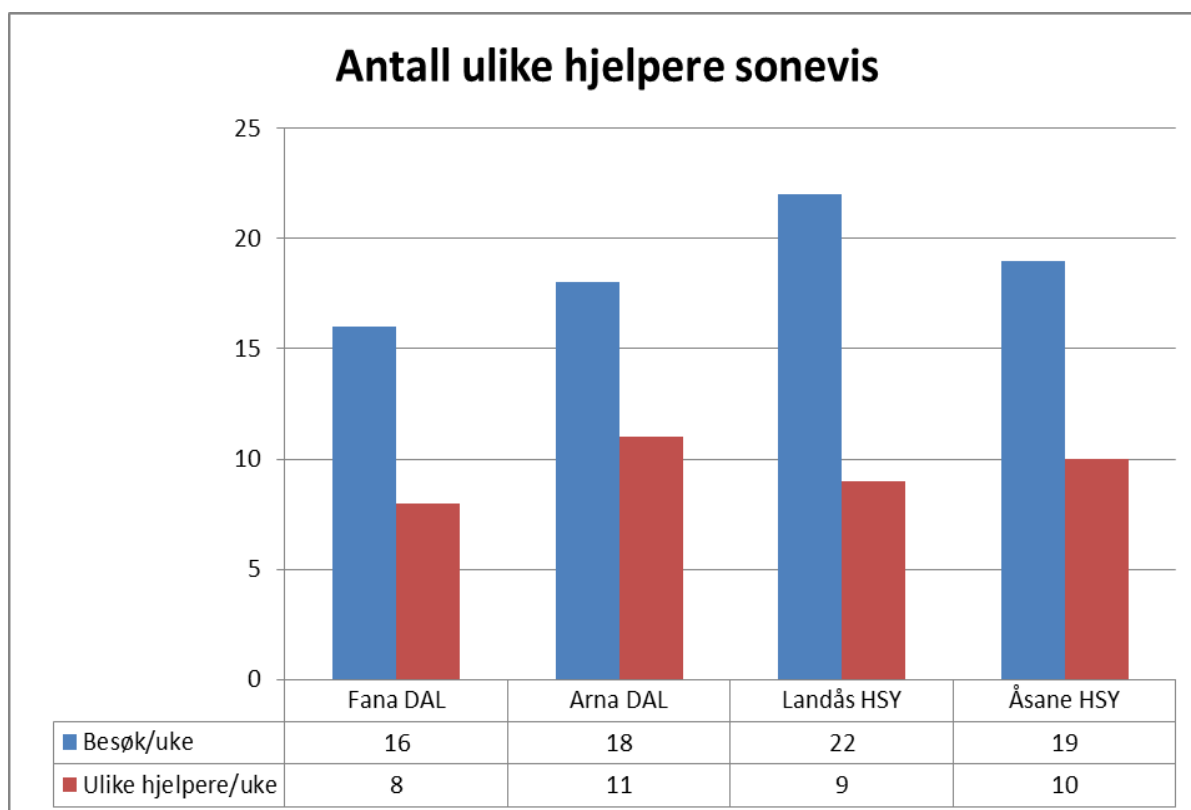
I dette kapitlet presenteres resultat fra manuell telling av antall ulike hjelpere (vedlegg tre til seks). Tallene er hentet fra fire uker i november 2015, da demensarbeidslagene hadde vært operativ i ett år. Personer med demens i DAL, og personer med demens i to kontrollsoner sammenlignes.

Resultatene tyder på at demensarbeidslaget i Fana har færrest antall ulike hjelpere når vi sammenligner med kontrollsoner, og demensarbeidslaget i Arna. Forskjellene er små, og Fana er ikke nødvendigvis best på grunn av omorganiseringen til demensarbeidslag. For å finne mer ut av det, trengs et annerledes metodisk design enn denne evalueringen har gjennomført. Fana har åtte ulike hjelpere, Arna elleve, Landås ni og Åsane ti ulike hjelpere per uke, illustrert i søylediagram 2. Der gjennomsnittet har endt på en desimal er det rundet opp; som f.eks. 8,5 ulike pleiere på en uke, er det rundet opp til ni.

Alle enhetene ligger innenfor etatens kvalitetsmål for kontinuitet, som i 2016 defineres med tolv eller færre ulike hjelpere per uke. Dersom vi ser på tvers av alle bydelene varierer antall ulike pleiere mellom fem og elleve per uke. Antall besøk varierer mellom fem og 56 (vedlegg tre til seks).

Det er en trend at jo flere oppdrag en bruker har, jo større sjanse er det for at antall ulike hjelpere øker. Sammenhengen er likevel ikke proporsjonal, ifølge trendlinjene i søylediagram 3 til 6.

Bergen kommunes balanserte målstyring og målemetode for kontinuitet regner ikke med nattoppdrag når antall ulike hjelpere telles, og evalueringen har ikke talt antall ulike hjelpere på nattoppdrag. Oppdragenes innhold varierer, men de fleste handler om personlig hygiene, ernæring, håndtering av legemidler, blodsukkermåling og kateterisering av urin.

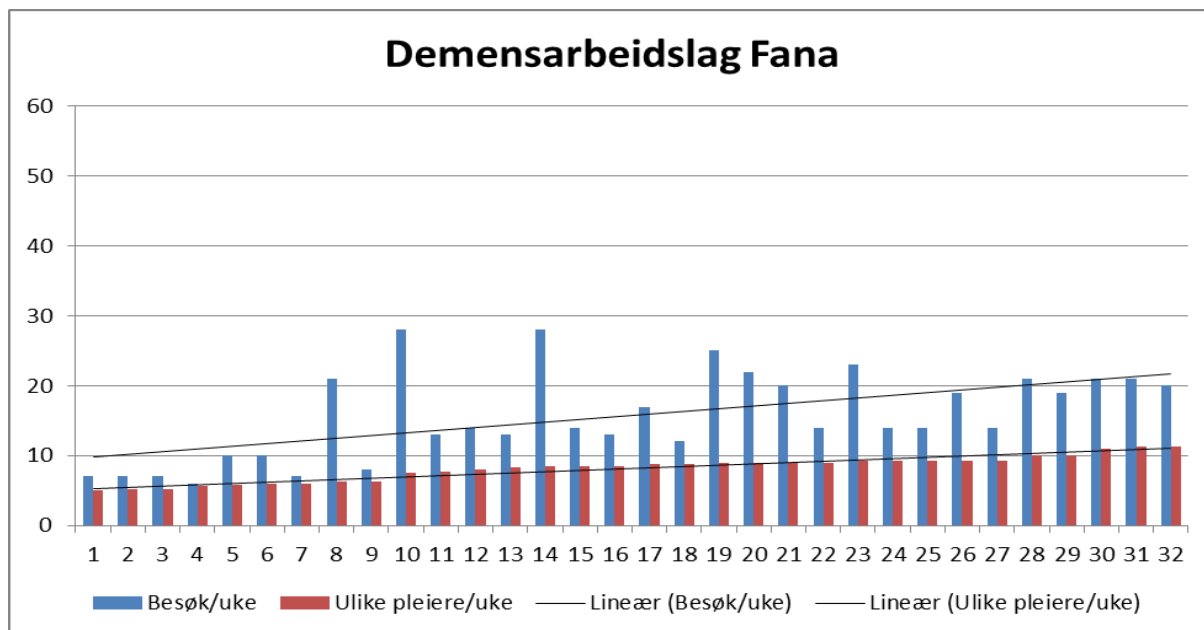


**Søylediagram 2:** Gjennomsnittlig antall ulike hjelpere og gjennomsnittlig antall besøk i demensarbeidslag, og personer registrert med demensdiagnoser i kontrollsoner.

#### 4.4.1 Nærmere om resultat rundt antall ulike hjelpere

**Fana har gjennomsnittlig åtte ulike pleiere** innom hver uke, fordelt på gjennomsnittlig 16 besøk illustrert i søylediagram 3. 32 brukere i Fana representerer x-aksen i søylediagram 3. Y-aksen viser antall besøk eller brukere. Antall besøk per uke varierer fra seks til 28, og antall pleiere varierer fra fem til elleve (vedlegg 3). Korte oppdrag er utdeling av øyedråper, insulin, tabletter eller demensplaster. De korte oppdragene varierer mellom 105 til 360 minutter i uken i Fana.

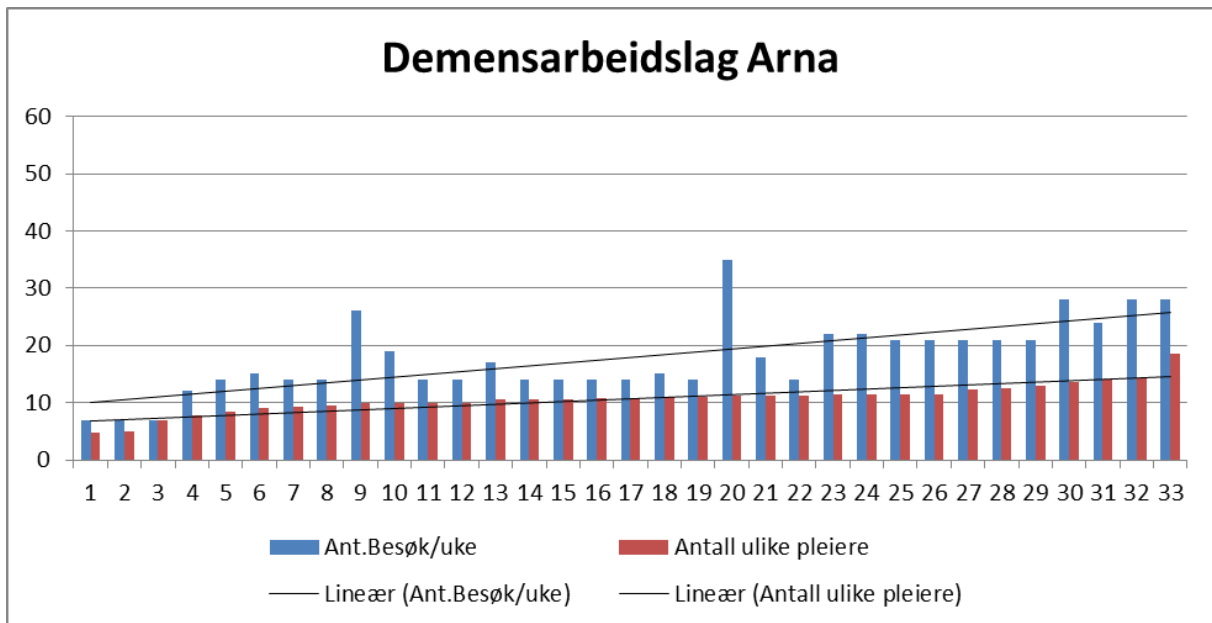
Vi ser nærmere på en av brukerne med flest besøk, som bruker nr. 14 i Fana sitt søylediagram 3. Hun har 28 besøk i uken, og gjennomsnittlig ni ulike hjelpere, og mottar 12 timer og 55 minutter hjelp per uke. Bruker er i 80 årene, og hun ønsker ikke menn som hjelpere. Det er utformet stelleplaner og matplaner, og oppdragene fordrer riktig samhandling for at brukerne skal føle seg tilstrekkelig trygg til å ta imot hjelpen. Hun har fire besøk hver dag kl. 9, 13, 17 og 20.30. Hun er av ledere prioritert til å ha et lavt antall ulike hjelpere, sett i lys av antall besøk.



**Søylediagram 3:** Sortert etter gjennomsnittlig antall ulike hjelpere og antall besøk i Fana  
Kommenter de lineærelinjene og forklar trendlinjer.

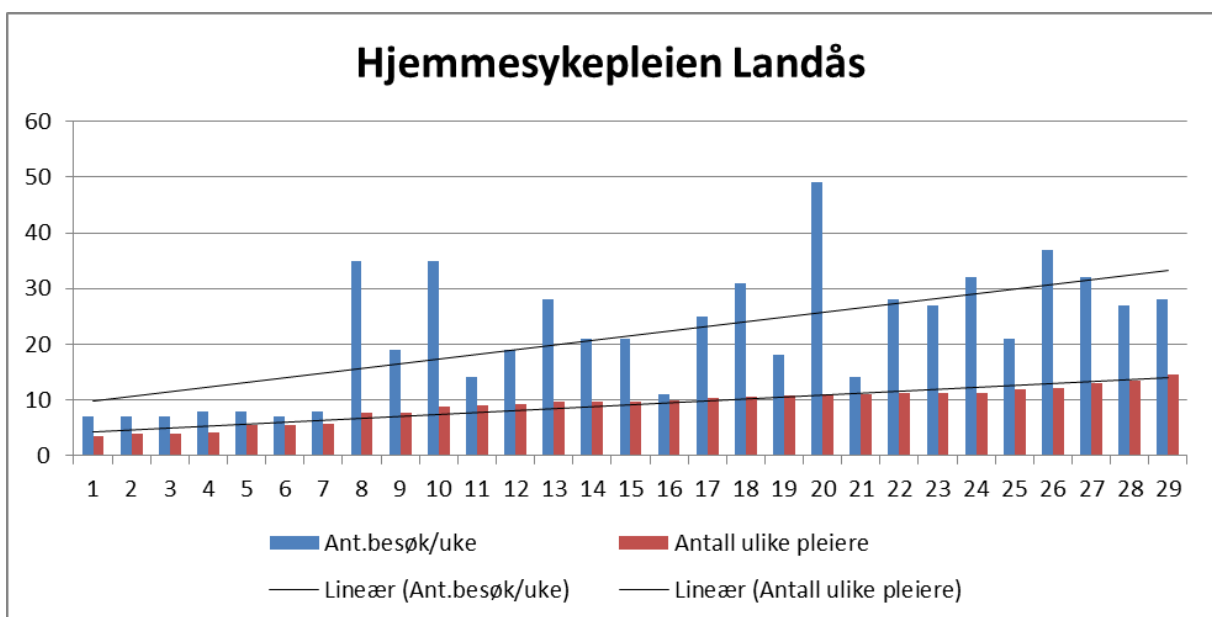
**Brukere i Arna demensarbeidslag** har gjennomsnittlig elleve ulike pleiere innom hver uke, fordelt på 18 besøk (vedlegg 4). Antall besøk varierer fra 49 til syv, og antall ulike pleiere varierer fra 19 til fire hver uke. Bruker nr. 33 på x-aksen i søylediagram 4, har 19 ulike hjelpere. Det er en mann på 60 år som har 28 besøk ukentlig, fordelt til kl. 9, 14, 18 og 23.30. Legemidler legges frem, legger smøres med fuktighetskrem, boss kastes, motivering til at bruker lager middag selv, og siste oppdrag er for å sikre at bruker får lagt seg i sengen. Oppdragene er fra 15 til 20 minutter lange.

Det er forskjeller i forholdet mellom antall hjelpere og antall besøk, når vi ser på enkeltbrukere. Dersom vi ser nærmere på brukere med få oppdrag som nr. én til tre i søylediagram 4 har de kun hjelp til utdeling av legemidler. Bruker nr. ni som har mange oppdrag og få antall hjelpere, mottar ikke hjelp to av fire uker da tellingen ble gjort. Bruker nr. 20 har flest besøk med 35 besøk per uke. Likevel ikke mer enn elleve ulike hjelpere per uke. Det ytes 37 timer og 20 minutter ukentlig hjelp i fem daglige oppdrag til denne brukeren. To pleiere bistår til morgenoppdrag, og én pleier til oppdrag kl. 13, 16, 19 og 21. Det hjelpes med personlig hygiene, legemidler, eliminasjon, istandgjøring av frokost. All hjelp er spesifisert i stelleplan. Antall hjelpere for bruker nr. 20 skulle vært høyere enn det er i søylediagram 4, dersom nattoppdrag var tatt med i opptellingen. Bruker har to personer som kommer innom på tilsyn hver natt.



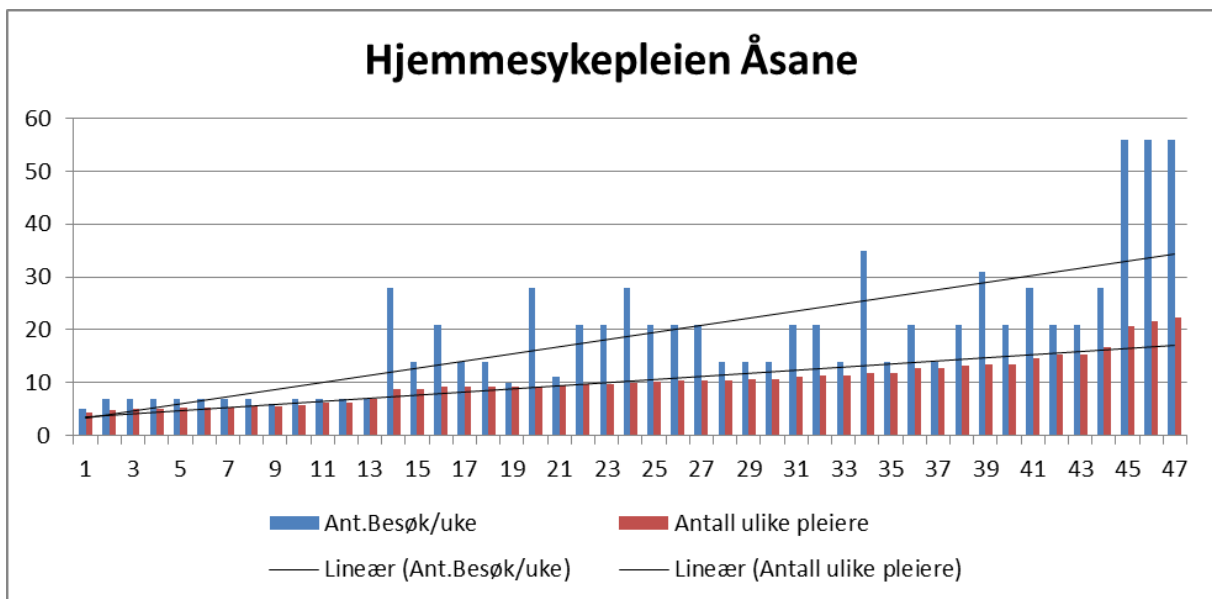
**Søylediagram 4:** Sortert etter gjennomsnittlig antall ulike hjelpere og antall besøk i Arna.

**Landås har gjennomsnittlig ni ulike pleiere på besøk per uke, fordelt på 22 besøk i uken** (vedlegg 6). Antall besøk varierer fra syv til 49, og antall ulike hjelpere varierer fra 4 til 15 per uke, illustrert i søylediagram 5. Også her finner vi markante forskjeller i forholdet mellom antall ulike hjelpere og antall besøk. Dersom vi ser på x-aksen i søylediagram 54 og bruker nr. ti, har denne brukeren ni ulike hjelpere per uke fordelt på 19 besøk, sammenlignet med bruker nr. elleve som også har ni ulike hjelpere men hele 35 besøk per uke.



**Søylediagram 5:** Sortert etter gjennomsnittlig antall ulike hjelpere og antall besøk i Landås.

**Åsane har** gjennomsnittlig ti ulike hjelpere per uke fordelt på 19 besøk (vedlegg 5). Åsane har størst variasjon i antall besøk, og antall hjelpere blant personer registrert med demensdiagnose. Antall besøk varierer fra fem til 56, og antall ulike hjelpere varierer fra fire til 22 per uke. Bruker nr. én til 13 i søylediagram 6 har nesten en ny hjelper hver dag, selv om de har færrest antall hjelpere (vedlegg 5). Også her observerer vi forskjeller i forholdet mellom antall ulike hjelpere og antall besøk brukerne imellom. Bruker nr. 34 og 35 har for eksempel begge tolv ulike hjelpere hos seg hver uke. Til forskjell har bruker nr. 34 hele 35 besøk hver uke, mens bruker nr. 35 har 14 besøk i uken.



**Søylediagram 6:** Sortert etter gjennomsnittlig antall ulike hjelpere og antall besøk Åsane.



## **5.0 Er demensomsorgen bedre med demensarbeidslag?**

Hensikten med denne evalueringen er å avdekke om demensarbeidslagsmodellen gir bedre demensomsorg i hjemmesykepleien, enn den organisering som er i dag. I dette kapitlet drøftes funn som tyder på at demensarbeidslaget i Fana bidrar til en bedring i tjenestekvaliteten til personer med demens. Til slutt drøftes noen utfordringer fra demensarbeidslagene, og forslag rammevilkår for å imøtekomme disse utfordringene i en etablering av demensarbeidslag i Bergen kommune.

Funnene evalueres i forhold til evalueringsoppdraget definert i kapittel 2, og drøftes i perspektiv av begrepet kontinuitet. Begrepet kontinuitet består av tre dimensjoner definert i kapittel 1.3; relasjoner, ledelse og informasjonsflyt. Hensikten med tre dimensjoner av kontinuitet, er å vise ulike sider som hver for seg styrker og svekker den helhetlige kontinuiteten. Den kvantitative delen av kontinuiteten som angår få ulike pleiere er et sentralt mål. Spørsmålet om hvordan samarbeidet mellom bruker og pasient fortoner seg er også sentralt, for å vurdere kvalitative endringer i kontinuitet. I drøftingen forkortes «demensarbeidslag» med DAL.

### **5.1 Merker forskjell i Fana, ikke i Arna**

Pårørendeinformantene i Arna og Fana var generelt fornøyd med den hjemmesykepleien som var før oktober 2014 da demensarbeidslagsmodellen ble innført.

Pårørendeinformantene i Arna merker ikke forbedring, og de ansatte i demensarbeidslaget bekrefter muligens det med at de synes «de jobber som før». Selv om pårørende er fornøyd, nyanserer informantene tilfredsheten og tilliten med å peke på forbedringsområder som de opplever. Ambivalensen hos pårørende som innebærer å være både fornøyd og ikke fornøyd er konsistent med en tidligere studie i hjemmesykepleien (19). Forbedringsområdene pårørendeinformantene beskriver i Arna handler om opplevelsen av antall ulike pleiere som kommer innom, og hvordan de fremstår med ord og handling. I Fana beskriver både ansatte og pårørende en opplevelse av forbedring. Drøftingen fremover vil ha hovedvekt på endringene som ble funnet i Fana, fordi det ble rapportert størst opplevelse av forskjell der. Utfordringer oppsummeres i eget kapittel på slutten i drøftingen.

### **5.2 Bedre samarbeid**

Det er en unison opplevelse blant ansatte og pårørende som er intervjuet i Fana at «dette har blitt bedre». Pårørendeinformantene beskriver utfordringen med mange ulike hjelpere som at den ene pleieren «vet ikke hva den andre har gjort», og at de «vet ikke hvordan de skal hjelpe mor». Pårørende opplevde også at pleier brukte ustrategiske tilnærminger som «skal jeg hjelpe deg», til en person som ikke kan ta stilling til spørsmålet på grunn av hjernesykdommen sin. Det kan føre til at bruker motsetter seg hjelp.

Demensarbeidslaget lykkes oftere nå enn da de var ordinær hjemmesykepleie med å gi nødvendig helsehjelp, fordi de har endret måten å samarbeide med brukerne på.

Arbeidslagets ansatte opplever å ha mer kunnskap om hvordan de skal møte bruker, og evner å anvende kunnskapen for å skape en enda tryggere måte å gi helsehjelpen på. Det handler også om at beskjeder fra pårørende når frem, og at pårørende oftere inviteres til råd og veiledning. Det tas initiativ til å opprette ekstra kanaler for samarbeid i de tilfellene det er nødvendig, som når bruker motsetter seg helsehjelpen og pårørende er utrygg på om pasient får den hjelpen som trengs. Etat for hjemmebaserte tjenester har fra tidligere identifisert underernæring som et risikoområde for denne pasientgruppen.

Personer med demens er sårbare når de mister oversikten i sin egen hverdag. Det kan gjøre at en motsetter seg nødvendig helsehjelp. Det kan være på bakgrunn av en normalreaksjon om ikke å ønske å ta imot hjelp, fordi en ikke opplever behov for hjelp. En annen hensiktsmessig tolkning av brukers opplevelse kan være at vedkommende ikke forstår hva det spørres om, og svarer med et «nei» til morgenstellet eller oppvarming av middag. Det blir en balansegang mellom å gi nødvendig helsehjelp og unnlate å gi for å ivareta pasientens brukermedvirkning og selvbestemmelsesrett. Dersom en unnlater for lenge kan det i verste fall resultere i underernæring og uforsvarlig helsehjelp. Det kreves tettere samarbeid med pårørende og bruker for å håndtere denne balansen.

Måten pårørendeinformantene beskriver de ansatte på, som strever med å få gitt nødvendig helsehjelp, kan illustrere at kontinuitet handler om noe «mer» enn kun det kvantitative antall ulike hjelpere (3, 4). Dette noe «mer» er de to andre dimensjonene i kontinuitet som ledelse og informasjonsflyt. Funn tyder på at omorganiseringen til demensarbeidslaget slik den ble gjennomført i Fana har løftet kvaliteten på disse to områdene.

Pårørendeinformantene i Fana opplever færre ansatte nå enn før omorganiseringen til demensarbeidslag. Funn hos de ansatte som er intervjuet støtter pårørendeopplevelsen om færre ansatte. De ansatte synes at de jobber i en mindre gruppe, og dermed er tettere som kollegaer, og går til færre ulike brukere. Pårørende opplever at de ansatte «får det oftere til». Disse gevinstene kan tolkes som resultat av bedre kommunikasjon, og arbeidslaget fremstår mer som en helhet nå enn før. Bedringen i kommunikasjon handler om arbeidslagets initiativ til å opprette dialog med pårørende når det er nødvendig, og anvende kunnskap om hvordan trygge bruker i samhandlingen.

### **5.3 Antall ulike hjelpere og betydningen av innholdet i relasjonen**

Fana DAL har færrest antall ulike pleiere sammenlignet med kontrollsoner og Arna demensarbeidslag. I tillegg har Fana den laveste variasjonen av antall ulike hjelpere, som varierer mellom 5 og 11. Antall besøk varierer mellom 6 og 28. Tallene kan ses på som en pekepinn, og er ikke gjenstand for generalisering og kategoriske konklusjoner. Mer forskning på temaet må til, for å konkludere med at demensarbeidslag gir færre ulike pleiere. Både ansatte og pårørende i Fana DAL har en opplevelse av at antall ulike hjelpere er redusert. Opplevelsen av færre hjelpere beskriver pårørende med «at de vet hva de driver med», bedre kjennskap til bruker, bedre kompetanse og fanger opp endringer.

Den mellommenneskelige dimensjonen i kontinuitet handler om relasjoner og samarbeid. Mennesker i møte med hverandre skaper noe som påvirker kontinuiteten i relasjonene mellom kollegaer- pleiere – brukere - pårørende. Antall ulike hjelpere er ett element i diskontinuitetsproblematikken beskrevet i demensplan 2020. Kvalitetsmålet hos etat for hjemmebaserte tjenester i 2015 var maksimum ti ulike pleiere per bruker i uken. Demensarbeidslaget i Fana har åtte ulike hjelpere, sammenlignet med Arna sine elleve og kontrollsonene Landås med ni og Åsane med ti ulike hjelpere per uke.

Gjevjon (3) konkluderer med at jo flere besøk bruker har per uke, jo større sjanse er det for diskontinuitet. Søylediagram 3 til 6 viser denne trenden illustrert i søylediagrammenes to trendlinjer for antall besøk og antall ulike hjelpere. Linjene viser at jo flere besøk bruker har, jo større er sjansen for flere ulike hjelpere. Motsatt er det slik at jo færre besøk per dag, jo mindre blir forskjellen mellom antall ulike hjelpere og antall besøk. Denne sammenhengen bekreftes av en studie som tyder på at forskjellene i antall ulike hjelpere sett i lys av antall besøk kan tolkes som et resultat av ledernes vurderinger av hva pasienten har behov for, og hva som er realistisk i planleggingen av personellressursene (20). Variasjonen i resultatene på tvers av sonene viser at brukere med 7 besøk i uken har mellom 5 og 7 ulike hjelpere. Da er cirka 30 % av besøkene gjort av kjente hjelpere. Samtidig har Fana en bruker med 28 besøk per uke, og 8 ulike hjelpere. Da er cirka 70 % av besøkene gjort av kjente pleiere. Åsane har størst variasjon i antall besøk med veksling mellom 5 og 56 besøk i uken per bruker. Antall besøk påvirker antall ulike pleiere. Ledere må gjøre prioriteringer for å gi færrest hjelpere til dem som vurderes å trenge det mest. Disse prioriteringene gjøres hver dag og kommer til uttrykk i søylediagram 3 til 6.

Bergen kommune har definert kontinuitet i sitt balanserte målstyringssystem for 2015 med maksimum 10 ulike hjelpere for hver bruker per uke. Det gjelder brukere med minst 14 besøk i uken. Sju ulike hjelpere til en bruker med sju besøk uken, bærer ikke nødvendigvis samme kontinuitet som sju ulike pleiere med fjorten besøk i uken. Pasienter som har 4 eller flere besøk i døgnet, er en viss diskontinuitet umulig å unngå (4). Gjevjon (3) har studert hjemmesykepleien i Oslo og funnet at 79 brukere får besøk av 17 ulike hjelpere i løpet av 4 uker fordelt på gjennomsnittlig 51 besøk. Da kommer det ukjente pleiere på 33 % av besøkene. I denne evalueringen varierer antall besøk mellom 5 og 56, hvor gjennomsnittlig antall besøk er 16 i Fana men høyere i de andre sonene. I etterkant formidler Fana at de prioriterer færre og heller lengre besøk, ovenfor mange og korte besøk for personer med demens. Det betyr at dersom noen oppdrag kan slås sammen, så gjøres det. Det er en måte å tilpasse tjenesten på, for personer med demens. Jo flere besøk jo mer høyfrekvent blir tjenesten, og det blir mer utfordrende å holde antall ulike pleiere på et lavt nivå. På samme måte kan kontinuiteten med antall ulike hjelpere se kvantitativt bra ut. 7 ulike hjelpere må regnes som svært bra for bruker med 28 besøk, men ikke fullt like bra for en bruker med 7 besøk i uken. Sammenligning av disse tallene kan være en utfordring dersom f.eks. ikke antall besøk tas med i betraktningen og det brukes som et selvstendig kvalitetsmål for kontinuitet.

## 5.4 Kontinuitet – ledelse og drift

Både ansatte- og pårørendeinformanter merker bedring i demensarbeidslaget i Fana, men ikke i Arna. Det er sannsynlig at forskjell i organisering av demensarbeidslaget i de to sonene er noe av forklaringen (figur 1 og 2). Arna sitt demensarbeidslag besøker personer med demens mandag til og med fredag kl. 8 til 15. Utenom disse tidene går arbeidslagets medlemmer til alle brukere sammen med ordinær hjemmesykepleie. Fana DAL besøker personer med demens hele uken – både dag, kveld, helg og høytid.

Kontinuitet som har dimensjon av ledelse, handler om balansering av hensyn knyttet til planlegging og koordinering av avdelingens finansielle og menneskelige ressurser (4). Måten DAL i Fana er organisert på ser ut til å gi bedre rammevilkår for kontinuitet enn organiseringen i DAL Arna. Resultatene tyder på at primærkontaktsystemet i begge demensarbeidslag er styrket, sammenlignet med Arna har organiseringen i Fana gitt enda bedre rammevilkår for å sette ansatte i stand til å praktisere primærkontaktsystemet. Ansatte i Arna *«er ikke fornøyd med ikke å være organisert [som demensarbeidslag] kveld og helg»*. Organisering i Fana demensarbeidslag gir ansatte større oversikt over pasientene, og hjemmesykepleiens ulike hjelpere fremstår mer som en helhet for pasient og pårørende. Det er i tråd med nasjonale anbefalinger om en personsentrert demensomsorg som bygger på kunnskapsbasert praksis. Ansatte beskriver det som kan se ut som effekter av en personsentrert måte å jobbe på: *«Det er veldig motiverende når du ser at det du har jobbet for i ukevis endelig lykkes -det gjør at en har lyst til å jobbe videre på denne måten»*. Når en samarbeider på bakgrunn av brukerens perspektiv lykkes en oftere å gi nødvendig helsehjelp. Pårørendeinformantene i Fana DAL bekrefter opplevelsen ansatte har av å lykkes oftere med å gi nødvendig helsehjelp nå enn før omorganiseringen.

Resultatene tyder også på at ansvaret hos hver enkelt ansatt er enda mer tydeliggjort når en jobber tettere sammen, og det blir naturlig for primærkontaktene å ta ansvar. En pårørende beskriver fenomenet med at hun *«synes de er mye bedre i demensarbeidslaget - fordi det ikke er så mange å forholde seg til. Da tror jeg at de [ansatte] får mer ansvarsfølelse»*. Ansatte bekrefter at de *«opplever en endring i ansvarsfølelsen»* ved å arbeide i demensarbeidslaget sammenlignet med ordinær hjemmesykepleie. De synes at det å besøke færre pasienter styrker ansvarsfølelsen, og gjør det mer naturlig å ta tak i saker, blant annet fordi en ser lettere hva som må gjøres. Tjenesten fremstår slik som mer trygg og enhetlig for pårørende og ansatte. Det er i tråd med definisjonen av arbeidslagsmodellen i kapittel 2.

God kontinuitet skapes ikke alene med få antall hjelpere, men også med informerte og dyktige medarbeidere som får rammevilkår til å forvalte disse ressursene til beste for pasienten. Et lavt antall ulike hjelpere kan i teorien også skape opplevelse av diskontinuitet for bruker, dersom hjelperne ikke *«vet hva den andre har gjort»* som noen pårørende uttrykker det. Dersom pleierne besitter tilstrekkelig og relevant kompetanse som kan anvendes sammen med bruker for å skape trygghet, kan det se ut til å kompensere for et

visst antall ulike hjelpere. Demensarbeidslaget i Fana ser ut til å hente ut gevinster rundt det at pleierne får mer oversikt over pasientporteføljen sin som primærkontakt.

Å sikre beste kontinuitet for alle pasienter ser ikke ut til å være gjennomførbart, når alle skal ha optimalt nivå av antall ulike hjelpere (2). Stor variasjon i antall hjelpere og antall besøk, ser ut til å gi utslag på hvilke forventninger lederne kan ha. Hva er riktig antall ulike hjelpere når antall ulike hjelpere varierer med 4-11 pleiere, og brukerne har mellom fem og 56 besøk per uke. Ifølge Gjevjon (2) må ledere i hjemmesykepleien balansere ulike hensyn, slik at det aller minste antall ulike hjelpere ikke kan være like lavt for alle brukerne. Derfor prioriterer ledere hvem som skal få færre, og hvem som skal få flere ulike hjelpere på besøk. Brukere med lite hjelp og små oppdrag ble ikke prioritert like høyt som brukere med mer omfattende hjelp og flere besøk. Det er konsistent med funn presentert i søylediagram 3-6, hvor brukere med hjelp 7 ganger i uken, nesten får en ny hjelper hver gang, mens brukere med 28 besøk ikke gjør det. Resultatene i evalueringens datamateriale (vedlegg 3-6) viser at brukere som har hjelp én gang for dagen, har omtrent 30 % av hjelpere som er like når vi ser på ukene isolert. Hver enkelt enhet må gjøre lokale utregninger for å finne sitt realistiske nedre nivå for antall ulike hjelpere, ifølge Gjevjon (3). I utregningen tas det utgangspunkt i egen bemanningsplan, antall vakter, nattevakt fra egen nattpatrulje, antall brukere de ansatte skal fordeles på, nødvendige interne møter, nærvær hos ansatte og omfang av administrativ oppfølging av brukere. Det er per i dag ikke definert en standard for hva som er riktig antall ulike hjelpere til hjemmeboende (3).

## **5.5 Kontinuitet – «informasjonsutveksling»**

Informasjonsflyt og kanaler for informasjon som er tilgjengelig har også betydning for kontinuitet i helsehjelpen. God informasjonsflyt knytter sammen helsehjelpens fortid, nåtid, og fremtid. Det kan skje i kanaler som skriftlig dokumentasjon og dialog, epost, tekstmeldinger eller elektroniske meldinger i EPJ. Graden av informasjonsutveksling innad i hjemmesykepleien, og evnen til å bruke rett informasjon til rett tid er en av tre dimensjoner i begrepet kontinuitet.

Etter omorganiseringen til demensarbeidslag synes pårørendeinformantene at Fana har bedre kommunikasjon med både pasient og pårørende. Bedringen handler om styrket tillit, beskjeder når oftere frem dit de skal, ansatte er orientert seg imellom, pårørende kan få råd og støtte på en enda bedre måte, og omfanget av dialog justeres etter behov og på initiativ fra arbeidslaget. Resultatene tyder på at innholdet i samarbeidet mellom bruker og pårørende har endret seg. Ansattes erfaringer bekrefter denne opplevelsen av endring etter omorganiseringen til DAL. De har en opplevelse av å skape noe sammen, og gode tilbakemeldinger fra pårørende gir motivasjon. De erfarer oftere å komme til med nødvendig helsehjelp, fordi de nå vet mer om hvordan. De er mer observant på hvordan de ordlegger seg, og oppfører seg for ikke å desorientere brukere og skape utrygghet. Ansatte diskuterer utfordringer og deler i større grad kunnskap og løsninger på hvordan de kan motivere

brukere. Større kjennskap til bruker fører også til at de synes selv å forholde seg til bruker på en annen måte enn før.

Informasjonsflyten blant ansatte oppleves også bedre. De opplever å jobbe tettere sammen som kollegaer. Det ser ut til å skape et godt klima i tråd med arbeidslagets definisjon og mål om styrket samarbeid. De opplever sterkere trygghet fordi alle er engasjert og bryr seg om hverandre i større grad enn før. De kjenner pasientene enda bedre enn før omorganisering til demensarbeidslag, og vet hva som trengs i møte med dem. Det at ansatte jobber tettere i mindre grupper ser ut til å gi andre rammevilkår og føre til økt oversikt og kunnskap gjennom refleksjon og erfaringsutveksling. Demensarbeidslagene har innført VIPS-praksismodell, som er et strukturert fagmøte. Der gjennomgås det pasientkasus med mål om å utvikle tiltak. Ingen spørsmål er dumme, og de er ikke redde for å dele refleksjoner og hjelper hverandre med å gi uttrykk for meninger og erfaringer. Økt kunnskap om demens og kognitiv svikt, gjør at ansatte i enda bedre grad enn før kan sette seg inn i pasientens og pårørendes situasjon. Når personene med demens motsetter seg, er det ikke alltid utfordringene om alt en ikke får til som er i forgrunnen lenger. Fokuset er skiftet til vurderinger rundt hele personen og utfordringene ses mer fra pasientens perspektiv. Det fører oftere til andre tiltak enn om en ser det gjennom helsepersonellens perspektiv. En ansatt beskriver effekten av dette som at den «... økte kunnskapen gjør at jeg føler meg litt mer tryggere når jeg går inn til pasienten».

Dreiningen i måten å arbeide på, før og etter omorganiseringen til DAL, er i tråd med nasjonale anbefalinger om prinsippene i personsentrert demensomsorg. Personsentrert demensomsorg handler om brukermedvirkning sett fra pasientens perspektiv. I samhandling med bruker tilpasses samhandlingen med trygg og forståelsesfull veiledning underveis i pasientsamhandlingen for å kompensere for de kognitive funksjonstapene. Det at flere hjelpere har kunnskap og kompetanse for å gjøre møtet med bruker trygt, ser ut til å kunne kompensere noe for ulike hjelpere (4).

## **5.6 Utfordringer i arbeidslaget**

Selv om pårørende og ansatte opplever positive endringer etter omorganisering til Fana DAL, finnes det også utfordringer. De ansatte som er intervjuet forteller om overaskende forskjeller. I tillegg løftes noen utfordringer fra demensarbeidslagene i Hamar kommune.

Ansattinformanter forteller om «overraskende forskjeller» etter overgangen til arbeidslag. De kjenner både på forventninger som ikke er innfridd og som ikke kan innfris. De opplever et sprik mellom idé om DAL og den praksis de opplever etter omorganiseringen. I etableringen av demensarbeidslag ble det kommunisert av besøkende fra Hamar kommune at arbeidslagsmodellen skulle gi mer tid til hver enkelt bruker. Ansatte opplever ikke at det «ikke virkeligheten. Vi sitter ikke igjen med følelsen av at vi har veldig god tid». De ansatte forklarer det med at de blir så godt kjent med brukerne de er primærkontakt for, at de identifiserer flere kognitive funksjonstap enn før. Da blir flere behov avdekket og «det er blitt

*mer å gjøre for den enkelte pasient -man må gjøre alt».* De ansatte opplever det vanskelig å sette grenser i alle behovene som avdekkes.

Det er også krevende for ansatte å håndtere det som noen ganger tolkes som urealistiske forventninger fra pårørende. En kjent problemstilling i hjemmesykepleien er at personer med demens kan motsette seg nødvendig helsehjelp, mangle samtykkekompetanse og ikke forstå konsekvensene av valget. Arbeidslaget vil da arbeide med tillitsskapende tiltak som å balansere det å unnlate å gi helsehjelp med det å gi helsehjelp. I den sammenheng kan pårørende utfordre arbeidslaget med spørsmålet: *«hvorfor ordner dere ikke opp, dere er jo eksperter på området?»*. Det er utfordrende å møte pårørende, og formidle vurderinger rundt dette. Det er også tydelige forventninger fra noen pårørende at primærkontakt skal være tilgjengelig når pårørende ønsker det. En pårørende sa tydelig fra om at *«det trodde vi skulle ordne seg når dere startet opp med demenslag, da skulle dere følge opp»*. Utfordringene peker på behovet for å avklare hvilke forventninger demensarbeidslagsmodellen ikke kan innfri, og hvordan disse formidles fra arbeidslaget.

Arbeidslagene i Hamar kommune, distrikt Vang, har erfart utfordringer med forståelse fra ordinær hjemmesykepleie. Utfordringen består i det å sette ord på mye av det usynlige kognitive funksjonstapet som oppstår av demenssykdommen. Det usynlige funksjonstapet fører til behov for at noen triller søppelet i veien, henter avisen, vasker opp, ringer og bestiller matvarer, og setter på eller henger opp klesvask. Brukere som ikke har nettverk som kan gjennomføre disse oppgavene, vil trenge bistand til dette fra noen andre. Utfordringene er mest relevante når demensarbeidslaget jobber tett, sammen med ordinær hjemmesykepleie.

## 6.0 Konklusjon og anbefaling

Det anbefales å opprette flere demensarbeidslag, etter modell fra Fana hjemmesykepleie. Denne evalueringsrapporten har ikke evaluert de helhetlige konsekvensene, men først og fremst erfaringene fra de som er involvert i demensarbeidslaget.

Det kvalitetsløftet som arbeidslagsmodellen i Fana ser ut til å gi, kommer ikke av seg selv. Arbeidslagsmodellen i Arna gir ikke de samme gevinstene. Det kan forklares med at demensarbeidslaget i Arna er organisert på en annen måte enn Fana. Etablering av demensarbeidslag bør derfor gjennomføres med bevissthet, for å oppnå forbedringer i kontinuitet som ligner det demensarbeidslagene i Fana hjemmesykepleie genererer.

I demensomsorgen er miljøbehandling den viktigste behandlingen. Fana demensarbeidslag sin måte å organisere demensarbeidslaget på, ser ut til bidra til en bedre miljøbehandling enn ordinær hjemmesykepleie. Forbedringen består av styrket brukermedvirkning via pårørende, og tryggere samhandling med bruker. Ansatte i demensarbeidslagene kjenner brukerne bedre, og lykkes oftere med å gi nødvendig helsehjelp til brukere som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Arbeidslaget tar oftere initiativ til kontakt med pårørende, og er i forkant med dialog der det trengs.

Arbeidslagsmodellen i Fana gir bedre rammevilkår enn ordinær hjemmesykepleie, for å praktisere primærkontaktsystemet. De ansatte er tettere som kollegaer, i mindre grupper enn før, går til færre pasienter og får bedre oversikt over arbeidsoppgaver og hvem pasientene er. Det å kjenne brukerne bedre, gjør det enda mer naturlig å ta oppfølgingsansvaret som ligger i primærkontaktfunksjonen. Arbeidslagsmodellen gir også bedre muligheter for å praktisere en personsentrert tilnærming med brukerne.

Demensarbeidslaget i Fana har ikke betydelig færre hjelpere enn kontrollsonene. Det tolkes som et resultat av at antall ulike hjelpere har vært definert som eget satsningsområde for kontinuitet i etatens styringskort. Det trengs nærmere undersøkelser til for å konkludere i om demensarbeidslag i seg selv fører til færre ulike hjelpere, men det er forhold som kan tyde på det. Slike forhold beskriver brukere av demensarbeidslagene ved å oppleve mer trygghet, og noen pårørende synes det er færre hjelpere. Personalet opplever selv å gå til færre ulike brukere.

**I etableringsfasen** av arbeidslag bør ansatte, pårørende og til en viss grad bruker involveres i prosessarbeidet. Informasjon til partene underveis i prosessen er et suksékriterie. Kompetansehevende tiltak innen demens hos ansatte er også sentralt. En tilstedeværende leder i arbeidslaget samt en ildsjel som driver det frem i starten er også betydningsfulle faktorer for at ikke demensarbeidslaget faller tilbake på «gammel» måte å jobbe på.



## 6.1 Forslag til etablering av demensarbeidslag

Demensarbeidslagsmodellen ser ut til å være en måte å organisere hjemmesykepleien på for å imøtekomme utfordringer rundt kontinuitet i hjemmesykepleien. I de neste underkapitlene listes det opp rammevilkår for å øke sjansene for vellykket etablering av demensarbeidslag. Anbefalingene bygger på ledelse, informasjonsflyt for å lage rammer for gode relasjoner etter de tre dimensjonene i begrepet kontinuitet.

### 6.1.1 Etablering, organisering, og ledelse

Når det gjelder planlegging, etablering, drift og ledelse av demensarbeidslaget anbefales følgende for å skape gode rammer for primærkontaktsystemet:

- Etablering av demensarbeidslag er ledelsesforankret i enheten
- DAL skilles ut som en egen organisatorisk gruppe i enheten som kun går til personer med demens dagtid, kveld, helg og høytider
- Ansatte med interesse for demens kan velge seg til demensarbeidslaget
- Arbeidslaget må ikke bli for stort, eller for lite og sårbart
- Prosessen rundt etableringen drives frem internt i sonen. Har enheten en ildsjel?
- Gruppeleder bidrar med styring/grensesetting av hva en skal/bør/kan ha som oppdrag
- Nærmeste leder for demensteamet defineres
  - Assisterende gruppeleder eller koordinator/faglig leder ?
    - Nærmeste leder tilrettelegger for VIPS-fagmøter
      - Veilede personalet i etiske spørsmål rundt brukere
    - Nærmeste leder er til stede daglig hos ansatte i arbeidslaget
- Endre turnus og legge noen flere kveldsvakter på faste ansatte
- Innføring av VIPS-fagmøte. Legge denne møtестrukturen inn i turnus
- FVE og arbeidslag samarbeider for å justere tiltak i takt med det progredierende kognitive funksjonstapet

### 6.1.2 Sikre nødvendig kompetanse

Det fordrer ulike former for kompetanse å møte personer med demens på en tryggende måte, å samarbeid med pårørende og koordinere den helhetlige hjelpen. Følgende kompetansetiltak anbefales for å ruste ansatte til kompleks samhandling i demensarbeidslagene:

- Basisopplæring i demens med demensomsorgens ABC, perm 1 og 2
- Utvalgte ansatte deltar på basisopplæring i VIPS-fagmøte
- Undervisning/gjennomgang av følgende tema
  - Personsentrert demensomsorg
  - Sykdomslære
  - Kommunikasjon
  - Utfordrende atferd – når bruker motsetter seg nødvendig helsehjelp
  - Primærkontaktrollen
  - Å jobbe i arbeidslag

### 6.1.3 Informasjonsflyt

Når demensarbeidslaget opprettes og ansatte går til færre brukere, gir det bedre oversikt for primærkontaktene, og primærkontaktfunksjonen styrkes. Følgende anbefales for å sikre det direkte pasientrettede arbeidet kontinuerlig er i takt med pasientens behov og at oppfølgingsarbeidet stadig pågår:

- **Synkronisere forventninger i etableringsfase** hos ansatte og pårørende
  - Invitere pårørende til Informasjonsmøte om etablering av demensarbeidslag eller sende ut skriftlig informasjon om det
  - Forberede pårørende på at det kan komme flere ulike nye hjelpere i etableringsfasen av et demensarbeidslag
  - Er DAL bedre trent i å observere og identifisere brukers behov?
    - Demensarbeidslaget må også jobbe frem tillit når bruker motsetter seg
    - DAL må ikke love pårørende mer enn de kan prestere ift. tillitsskapende tiltak
- **Bruke VIPS-fagmøte** for etisk refleksjon ift. konkrete kasus
  - Primærkontakter får styrket ansvarsfølelse og kan ønske å gjøre «alt»
    - Drøfte grenseganger mellom hva som skal/bør/kan gjøres av oppdrag
    - Drøfte hva som er «godt nok» og ikke uforsvarlig når bruker motsetter seg nødvendig helsehjelp
      - Drøfte det arbeidslaget har fått til av tiltak
- **Formidle oppdatert informasjon** til Forvaltningsenhet mht. oppdaterte vedtak
- **Lage skriftlig informasjon** om hva et demensarbeidslag er
- **Brukermedvirkning via pårørende**
  - **Tidlig kontakt - Avklar tilgjengelighet**
    - Vurder kontakt snarest dersom bruker motsetter seg nødvendig helsehjelp
    - Primærkontaktens tilgjengelighet
    - Navngi primærkontakt
    - Avklar hvordan samarbeidet skal være; telefon, epost, SMS, møte etc.
  - **Skape felles forståelse for nytten samarbeidet skal bringe frem**
    - Hva forventer vi av hverandre?
    - Informasjon om arbeidslaget, pårørende sine observasjoner?
    - Innhold; hvem kan bidra med hva?
  - **Støtte og anerkjenne pårørende**
    - Anerkjenne følelser, støtte beslutninger,
    - Informere om støttende tilbud fra Kompetansesenter for demens
  - **Sikre at pårørende får anledning å delta**
    - Arbeidslaget inviterer til samarbeid ved å ta kontakt med pårørende

### 6.1.4 utfordringer til avklaring

Det kan se ut til å være behov for å synkronisere Forvaltningsenheter og demensarbeidslag, på etatsnivå, i forhold til hvordan en skal forholde seg til oppdrag som tillitsskapende tiltak. Det gjelder spesielt personer med demens som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Pleier

må motivere og gjøre seg kjent med bruker for å opparbeide tillit og komme i posisjon til at bruker tar imot den nødvendige helsehjelpen.

Det kan se ut til at noe mer transporttid må regnes i soner med store geografiske områder. Da kan det bli mer kjøring til brukere som bor spredt i sonen, på kveld, helg og høytid.

## **6.2 Avsluttende kommentar**

Flere studier om konsekvensene av demensarbeidslagsmodellen trengs for å kunne konkludere sikrere. Kompetansesenter for demens planlegger spredning av resultatene i denne rapporten i form av en vitenskapelig artikkel, i samarbeid med Senter for omsorgsforskning.

Noen videre forskningsområder som kunne vært relevant for kontinuitet er å finne mer ut av antall ulike hjelpere, i et annet prosjekt. Det kunne vært interessant å se på hva den realistiske nedre grense for antall ulike hjelpere er, dersom utregningsmetoden som Gjevjon (3) beskriver, legges til grunn. Det kunne for eksempel også vært undersøkt om det er flere ulike pleiere ved korte enkeltoppdrag som 15-20 minutter, enn oppdrag som varer lengre?

## Intervjuguide

### Individuelle intervju med pårørende

#### Formål:

Erfaringer fra pårørende med DAL-modellen sett i lys av hva som var før. Er det blitt bedre?

#### Åpning, formell start på intervju

- Gå gjennom info om mål og hensikt
- Intervju nr:
- Dato, tid, sted:

#### Hovedfase                      Erfaringer – trygghet/kontinuitet/forutsigbarhet/fleksibel

Rundtur-spørsmål:      Åpne spørsmål om pårørendes opplevelse og pårørendes tolkning av pasientens opplevelse

- Hvilke erfaringer har du med hjemmesykepleien?
- Kan du fortelle litt om hjemmesituasjonen til personen med demens?
- Merker du endring hos hjemmesykepleien siste år?
  - Probe: Opplever du endringer på hvilke tema samarbeidet inneholder?
  - Probe: endring på hvilke områder? Hvordan?
- Hvordan fortøner dialogen eller samarbeidet seg med hj.spl/primærkontakt
  - Probe: Tar arbeidslaget/du kontakt?
  - Probe: Hvilke tema tas opp?
  - Probe: Hvilke kanaler samarbeider dere i ? Noen du savner?
- Vet du navnet til primærkontakten?
  - Probe: Har du dialog med primærkontakten –om hva?
  - Probe: Visste du om primærkontakten for et år siden?
- Hvordan opplever du helperne som kommer hjem
  - Probe: De travle/ erfarne
  - Probe: følge de opp beskjeder
  - Probe: ulike helpere etter omorganiseringen
- Er du trygg på hjemmesykepleien?
  - Probe: tillit til hjemmesykepleien
  - Probe: På hvilken måte kunne hj.spl forbedret seg?
- Hva tenker du om hjelpen som mottas nå?
  - Probe: Er det riktig type hjelp /riktig omfang

#### Avslutning

- Jeg forsøker å oppsummere noe av min forståelse av informantens erfaringer
- Ønske om å ta opp noe/korrigere/supplere før vi skrur av diktafonopptak ?

### Intervjuguide fokusgruppeintervju med ansatte

#### Formål

Se på hvilke erfaringer ansatte i hjemmesykepleien har med organisering av demensarbeidslag.

#### Åpning

Småprat for å skape trygghet. Presentasjon av moderator og komoderator. Informasjon om prosjektet, formål og hensikt. Presisere at deres opplevelse av erfaringen er viktig, ikke noe feil eller riktig svar.

Lydopptak på – formell start på intervjuet.

- Spørsmål  
Hvordan og når ble organisering i arbeidslag introdusert til dere?  
Fra hvem?  
Med hvilke grunner?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for dere som ansatte?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte  
Har dere eksempel på noe som er bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for pasientene med demenssykdom?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere noen eksempler på forhold som bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for ditt ansvar overfor pasientene?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempler på hva som er bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for helhetlig omsorg til den dementsyke?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte  
Har dere eksempler på forhold som er bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for samarbeidet med pårørende?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempler på hva som er bedre eller verre?

- Har organisering i arbeidslag betydning for fleksibiliteten i arbeidet?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempel på forhold som er blitt bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag bidratt til kompetanseheving?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempel på hva som er blitt bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for felleskapet i laget?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempel på hva som er bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for lederfunksjonen?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempel på hva som er bedre eller verre?
- Har organisering i arbeidslag fått betydning for pasientens beste eller for de ansattes beste?  
Hvilken betydning?  
På hvilken måte?  
Har dere eksempel på hva som er bedre eller verre?

Noen som ønsker å ta opp noe vi ikke har snakket om.

### **Avslutning**

Oppsummering av min forståelse av det som er blitt fortalt.

Holde åpent for ny kontakt – informant får mer på hjerte – jeg trenger å avklare noe i ettertid.

Runde av.

Takk til alle som stilte opp.

## VEDLEGG 3

Antall ulike og like pleiere per uke, Demensarbeidslag Fana

Antall besøk		Antall ulike pleiere				Antall pleiere	
Bruker nr.	Besøk/uke	Uke 45	Uke 46	Uke 47	Uke 48	Ulike pleiere/uke	Like
1	7	4	5	6	5	5	2
1	7	5	6	5	5	5	2
1	7	4	5	5	7	5	2
1	6	6	6	5	4	6	0
2	10	4	6	7	6	6	4
2	10	5	-	-	7	6	4
1	7	6	6	6	6	6	1
3	21	7	6	6	-	6	15
1	8	7	8	4	4	6	2
4	28	8	8	8	6	8	21
3	13	8	7	9	7	8	5
2	14	8	-	-	-	8	6
2	13	9	8	8	8	8	5
4	28	8	12	7	7	9	20
2	14	9	9	8	8	9	6
2	13	9	10	8	7	9	5
4	17	7	9	9	10	9	8
2	12	7	9	8	11	9	3
4	25	10	11	8	7	9	16
3	22	7	9	9	11	9	13
3	20	9	10	8	9	9	11
2	14	9	10	8	9	9	5
4	23	10	8	9	10	9	14
2	14	10	8	9	10	9	5
2	14	11	8	9	9	9	5
3	19	8	9	11	-	9	10
3	14	11	8	9	9	9	5
4	21	10	10	10	-	10	11
3	19	9	9	9	13	10	9
3	21	11	11	-	-	11	10
3	21	13	13	10	9	11	10
3	20	10	12	13	10	11	9

Gj.sn. 16 besøk /uke

Maks 28

Min 6

Gj.sn. 8 ulike hjelpere/uke

Min 5

Maks 11

## VEDLEGG 4

### Antall ulike og like pleiere per uke, demensarbeidslag Arna

Bruker nr.	Antall besøk		Antall ulike pleiere				Antall pleiere	
	/dag	/uke	Uke 45	Uke 46	Uke 47	Uke 48	Ulike	Like
1	1	7	4	5	5	5	5	2
2	1	7	6	5	4	5	5	2
3	1	7	7	7	-	-	7	0
4	2	12	7	6	10	8	8	4
5	1	14	6	9	11	8	9	6
6	2	15	9	7	8	12	9	6
7	2	14	11	10	8	8	9	5
8	2	14	11	9	10	8	10	5
9	3-4	26	-	-	7	13	10	16
10	3	19	11	11	8	10	10	9
11	2	14	11	10	11	8	10	4
12	2	14	9	9	11	11	10	4
13	2	17	9	10	13	10	11	7
14	2	14	10	11	10	11	11	4
15	2	14	9	10	13	10	11	4
16	2	14	11	9	11	12	11	3
17	2	14	11	10	10	12	11	3
18	2	15	-	-	9	13	11	4
19	2	14	11	10	12	11	11	3
20	8	35	14	8	11	12	11	24
21	2	18	10	10	13	12	11	7
22	2	14	12	9	12	12	11	3
23	3	22	13	11	11	11	12	11
24	3	22	13	12	13	8	12	11
25	3	21	10	13	10	13	12	10
26	3	21	11	12	-	-	12	10
27	3	21	-	12	14	11	12	9
28	3	21	13	12	13	12	13	9
29	3	21	12	13	14	13	13	8
30	4	28	15	14	13	12	14	15
31	3	24	15	12	14	15	14	10
32	4	28	13	13	15	16	14	14
33	4	28	16	16	21	21	19	10

Gj.sn.: 18 besøk/uke

Maks 35

Min 7

Gj.sn.antall

Maks 19

Min 4

11 ulike hjelpere/uke



## VEDLEGG 5

Antall ulike og like pleiere per uke, hjemmesykepleien Åsane

Bruker nr.	Antall besøk		Antall ulike pleiere				Antall pleiere	
	/dag	/uke	Uke 45	Uke 46	Uke 47	Uke 48	Ulike	Like
1	1	5	5	3	4	5	4	1
2	1	7	3	6	4	6	5	2
3	4	28	16	4	0	0	5	23
4	1	7	7	5	3	5	5	2
5	1	7	5	4	6	5	5	2
6	1	7	6	6	5	4	5	2
7	1	7	6	5	4	6	5	2
8	1	7	7	6	5	3	5	2
9	1	7	5	7	4	6	6	2
10	1	6	5	5	6	6	6	1
11	1	7	7	5	6	5	6	1
12	1	7	6	6	6	7	6	1
13	1	7	7	6	6	6	6	1
14	4	28	13	12	3	0	7	21
15	1	7	7	6	7	8	7	0
16	4	28	9	8	11	7	9	19
17	2	14	10	9	9	7	9	5
18	3	21	8	8	10	11	9	12
19	1-2	14	7	6	11	13	9	5
20	2	14	10	9	9	9	9	5
21	2	10	11	6	9	11	9	1
22	0-2	11	7	9	12	10	10	2
23	3	21	11	11	7	-	10	11
24	3	21	11	11	9	8	10	11
25	3	21	11	9	10	11	10	11
26	3	21	14	10	8	10	11	11
27	3	21	8	11	12	11	11	11
28	2	14	9	10	11	12	11	4
29	2	14	11	11	10	11	11	3
30	2	14	11	12	12	8	11	3
31	3	21	8	11	13	12	11	10
32	3	21	10	11	13	11	11	10
33	2	14	9	11	13	12	11	3
34	5	35	9	11	12	15	12	23
35	2	14	11	11	12	13	12	2
36	3	21	15	14	10	12	13	8
37	2	14	13	13	12	13	13	1
38	3	21	16	10	15	12	13	8
39	4	31	13	15	12	14	14	18
40	3	21	13	13	15	13	14	8
41	4	28	15	16	12	15	15	14
42	3	21	18	12	17	14	15	6
43	3	21	16	17	16	12	15	6
44	4-5	28	14	-	19	17	17	11
45	4-6	56	24	20	21	18	21	35
46	4	56	22	21	24	19	22	35
47	4	56	24	21	18	26	22	34

Gj.sn.: 19 besøk/uke

Maks 56

Min. 5

Gj.sn. antall 10 ulike hjelpere/uke

Maks 22

Min. 4

## VEDLEGG 6

Antall ulike og like pleiere per uke, hjemmesykepleien Landås

Bruker nr.	Antall besøk		Antall ulike pleiere				Antall pleiere	
	/dag	/uke	Uke 45	Uke 46	Uke 47	Uke 48	Ulike	Like
1	1	7	3	3	4	5	4	3
2	1	8	3	4	4	6	4	4
3	1	7	4	4	6	5	5	3
4	1	7	4	6	5	4	5	3
5	1	8	6	4	5	7	6	3
6	1	7	6	6	6	4	6	2
7	1	8	5	5	7	6	6	2
8	4	35	9	10	4	-	8	27
9	3	19	9	6	7	9	8	11
12	5	35	8	8	9	10	9	26
11	2	14	7	-	8	12	9	5
12	3	19	9	10	8	10	9	10
13	4	28	12	12	9	6	10	18
14	3	21	9	9	10	11	10	11
15	3	21	9	10	10	10	10	11
16	2	11	10	11	10	9	10	1
17	4	25	10	11	10	10	10	15
18	4	31	10	11	11	10	11	21
19	3	18	11	9	12	11	11	7
20	7	49	13	10	10	11	11	38
21	2	14	12	11	10	11	11	3
22	4	28	11	12	13	9	11	17
23	4	27	9	11	12	13	11	16
24	3	21	13	12	10	13	12	9
25	5	32	13	14	15	10	13	19
26	5	32	-	9	7	14	13	19
27	4	27	12	15	-	-	14	14
28	5	37	10	10	11	11	14	23
29	4	28	16	15	16	11	15	14

Gj.snitt

22 besøk/uke

Gj.snitt.

9 ulike hjelpere/uke

Maks

49

Max

15

Min

7

Min

4

## Referanser

1. Midtbø T, Kvåle G. Perspektiv på samspel, kontinuitet og kvalitet i omsorgstenester for pasientar med demens i heimetenesta. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning. 2010;12(3):37-47.
2. Gjevjon ER. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. Journal of Nursing Management. 2013b;21:182-90.
3. Gjevjon ER. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. Journal of Advanced Nursing. 2013a;70(3):553-63.
4. Gjevjon ER, Romøren TI, Bragstad LK, Hellesø R. Older Patients' and Next of Kin's Perspectives on Continuity in Long-Term Home Health Care. Home Health Care Management & Practice. 2016; Published online before print February 11, 2016:1-8.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. 2015.
6. Landmark B, Gran SV, Grov EK. Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk sygepleje. 2013;27(4).
7. Vossius C, Selbæk G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) kortversjon. Helse Sør-Øst, helsevern DP; 2015.
8. Helsedirektoratet. Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport. 11/2015.
9. Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste. Utrengninger gjort med utgangspunkt i Rotterdamstudien fra 1995 for Bergen Kommune. 2015.
10. Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., R. M. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327:1219-21.
11. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. Trådt i kraft 01.01.2003., (2003).
12. Brooker D. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2013.
13. Wig BB. Det uslåelige arbeidslaget. Oslo: Tiden; 1999.
14. Utviklingscenter for hjemmetjenester i Hedmark. Funksjonsinndelte arbeidslag – rett person på rett sted 2009-2010 [7.juni 2014]. Available from: <http://www.utviklingscenter.no/funksjonsinndelte-arbeidslag-rett-person-paa-rett-sted.4998106-179691.html>.
15. Hauger B. Over terskelen. Arbeidslag i hjemmetjenesten. Ambulerende dagtilbud. Demensprosjektet i Trondheim kommune. Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2009.
16. Moland LE, Holmli H. Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren Arbeidslagsmodellen i Rykkinn, et pilotprosjekt i Bærum kommune. Forskningsstiftelsen Fafo; 2002.
17. Rostøl U. Prosjektrapport Demensarbeidslag i hjemmetjenesten. Bedre tjenester til hjemmeboende med demens. Rapport fra pilotprosjekt i Madla hjemmebaserte tjenester i samarbeid med andre virksomheter i Stavanger kommune og Utviklingscenter for hjemmetjenester i Rogaland. USH Rogaland; 2013.
18. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. (3. utg. ). Oslo Universitetsforlaget; 2013.
19. Bergflødt TE. Hvordan samarbeider hjemmesykepleien og pårørende, til beste for personer med demens som bor hjemme? [Masteroppgave]. Sogn og Fjordane: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2014.
20. Gjevjon ER. Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin. Oslo: Universtitet i Oslo; 2014.