



VILLA SKAAR

Skaars Suksessmodell

- for krevende beboere -

Fase 1: Vurderingsbesøk

Gjennomfører vurderingsbesøk

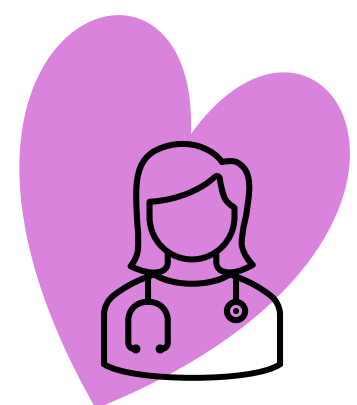
Det er utarbeidet eget skjema for vurderingsbesøk som ligger i Instruksjer i Avonova: «Kartleggingsskjema for vurderingsbesøk»

Her er noen momenter for vurderingsbesøket

1. Besøke beboeren i det miljøet vedkommende nå er i
 - Vurdere hvordan beboeren fungerer i dette miljøet
 - Er det ting ved det fysiske miljøet som utfordrer eller trigger beboerens atferd?
2. Dialog med de som har behandlet personen tidligere
 - Hvordan har de forsøkt å løse utfordringene?
 - Hva har vært utfordringer?
 - Har de kartlagt hva som utløser negativ atferd?
 - Har de arbeidet med miljøterapeutiske tiltak?
 - Hvordan er det å avlede beboer?
 - Vandrer beboeren ut på egen hånd?
 - Diskuter mulighet for hospitering
 - Kan vi arbeide med beboeren i dagens miljø?
 - Kan pleiere fra dagens institusjon bli med et par dager ved overflytting til oss?
3. Gjennomgang av journal
 - Hva har vært prøvd ut?
 - Hva har man gjennomført av kartlegginger
 - Hvordan er medikamenthistorikken?
4. Dialog med familie/venner hvis mulig
5. Konkludere:
 - Kan vi ta i mot beboeren?
 - Hvilket hjem, hvilken avdeling og hvilket rom er egnet?
 - Må vi tilpasse det fysiske miljøet for å kunne ta i mot?
 - Hva er bemanningsbehovet?

Relevante rutiner:

- *Kartleggingsskjema for vurderingsbesøk*
- *Mottaksprosedyre for beboere med adferdsutfordringer*



Fase 2: Klargjøring

Kvalitetsplan

- Utarbeide en foreløpig kvalitetsplan basert på kunnskap om beboeren etablert i fase 1

Teamet

- Ved 1:1 bemanning settes det opp ett eget team hvis det er mulig og det er behov for det.
- Teamet opplæres om beboeren og all relevant kunnskap deles med alle i teamet.
- Dersom det er krevende diagnoser, bruk av spesielle hjelpemidler eller medisinsk utstyr, så læres alle i teamet opp i dette før beboer ankommer.

Tilpasse avdeling/rom

- Vurdere om de fysiske lokasjoner er egnet
- Er miljøet på avdelingen egnet
- Avklare bruk av hjelpemidler, alarmer, sensorer o.l.
- Trenger rommet å tilpasses eller sikres (kan ting knuses, kan man falle ut av vindu, er det for mange ting på rommet, osv)
- Rommet klargjøres for innflytting.

Relevante rutiner:

- *Tverrfaglig kompetanseteam*
- *Vurdering ved utfordrende adferd*



Personer med demens har behov for små avdelinger



En avdeling for demente bør ikke være for stor. Behovene knyttet til de ulike demenstyper er så ulike at man må dele opp demensavdelingene i nye underavdelinger, slik at beboere med mest mulig likt behov bor sammen. Man kan f.eks. ikke ha demens med verbal utagering sammen med demens som trenger skjerming og få stimuli.

Det er viktig at man vurderer hver enkelt beboer på forhånd, for å kunne tilby rett plass på rett avdeling.

Vi gjennomfører derfor alltid vurderingsbesøk i forkant av innleggelse hvor det er spesielle utfordringer. Dette blir spesielt viktig i forhold til noen typer demens, da beboerne her ikke responderer godt på endringer og unødige bytter av rom. Dette kan være svært belastende for beboeren.

Personer med demens har behov for avdelinger med liten gjennomtrekk

Beboere med demens har ofte større behov for stabilitet og forutsigbarhet. Man må derfor tilstrebe at det er minst mulig gjennomtrekk av beboere på avdelingen. Demensavdelinger bør derfor være langtidsavdelinger.

På samme måte må bemanningen være mest mulig stabil. Personalet bør derfor være mest mulig stasjonær på sin avdeling. Dette skaper trygghet og forutsigbarhet for beboerne, og gjør at de ansatte har god detaljkunnskap om hver enkelt beboer.

Sanserom

Sanserom kan være så mye, men det er en fordel å ha et tilrettelagt rom hvor man kan tilby sansestimulering på ulike måter.

Dette kan være å skape ro, trygget og harmoni, eller stikk motsatt ved å stimulere nysgjerrigheten.



Uteområder



I likhet med et sanserom kan et uteområde stimulere sansene. Vårt mål er at alle med demens skal få tilbud om å komme ut på tur hver dag. Miljøforandring, frisk luft, ulike typer vær med mer, er med på å skape farge og variasjon i hverdagen enten man drar på langtur i skog og mark, eller bare en tur ut på terrassen. Alle demensavdelinger skal derfor ha en enkel adgang til et tilrettelagt uteområde.

Fase 3: Mottak og de første dagene

Ankomst

- Beboeren tas i mot av ansvarlig sykepleier/faglig leder
- Det skrives innkomstrapport
- Det er ønskelig at ansatte fra stedet beboeren kom fra hospiterer hos oss de første dagene.
- Ikke lag for mange kravsituasjoner i den første tiden, men la beboer falle til ro og bli kjent og trygg.

Kartlegging

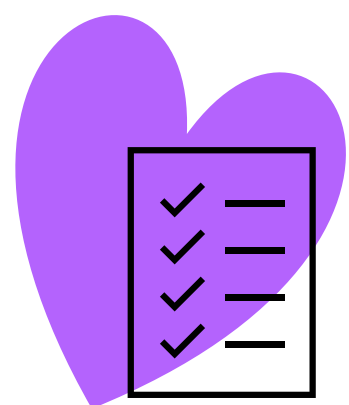
- Døgnrytmeskjema etableres og kartlegging startes.
- Det er viktig at det fremkommer hva som fremprovoserte uønsket atferd dersom det er kjent.

Kvalitetsplan

- På bakgrunn av kartlegging og andre erfaringer de første ukene så utarbeides det en kvalitetsplan.
- Beboer og pårørende involveres så langt dette er mulig.
- Bestemmelser i Kvalitetsplanen følges av alle, uten unntak. Kvalitetsplanen endres dersom noen av tiltakene ikke fungerer.

Relevante rutiner:

- *Avvikende adferd*
- *Demensutredning*
- *Innkommst beboer*
- *Kvalitetsplan*
- *Samhandling med pårørende*
- *Vurdering ved utfordrende adferd*



Fase 4: Daglig arbeide

Metodikk

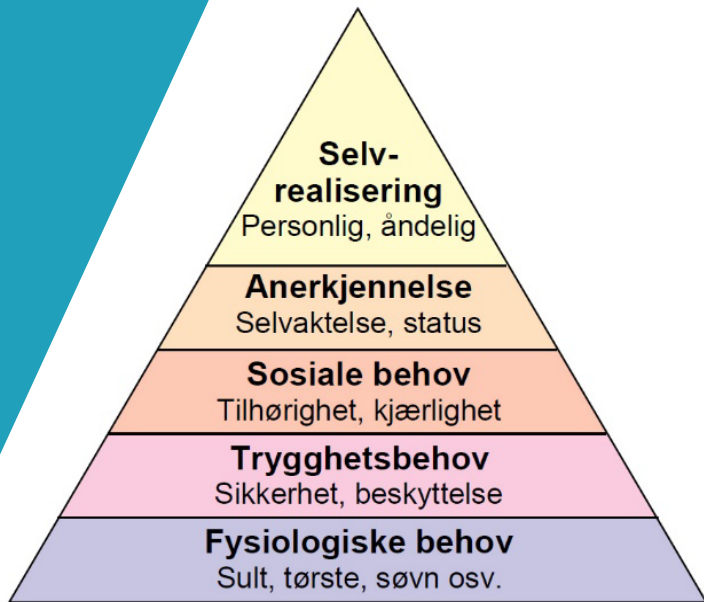
- Vi arbeider miljøterapeutisk og ser etter ressurser og muligheter
- Vi validerer og avleder, ikke realitetsorienterer
- Vi benytter kunnskap om beboeren
- Vi benytter kunnskap om beboerens sykdom
- Vi benytter kunnskap om gamle dager
- Vi benytter alt dette til å løse noen typiske konfliktsituasjoner
- Vi tester ut hvordan dyr kan benyttes for å oppnå ønskede resultater
- Vi bruker individuelle aktiviteter målrettet
- Vi tilpasser måltidet etter beboerens sykdom

Se de påfølgende sider for mer informasjon om metodikk

Relevante rutiner:

- *Pleien*
- *Prosedyre, forebygging av vold og trusler i pleien*
- *Prosedyre, vold og trusler i pleien*
- *Prosedyre vergetrening, vold og trusler*
- *Rapportering i CareIT*
- *Regelmessig kartlegging av beboere*





Arbeid for å skape et berikende og meningsfullt opphold

Villa Skaar mener at å skape et berikende og meningsfullt opphold er det viktigste som kan gjøres. Mange av beboerne har langtidsopphold og bor gjerne livet ut. Det innebærer at hjemmene blir beboerens nye hjem, og det gir oss utfordringer i forhold til hvordan innholdet i tilbudet bør være.

Vår visjon og filosofi legger nettopp opp til dette. Slagordet: «Have fun! Live well!» forteller at et opphold på et sykehjem handler om mer enn å dekke primærbehovene. Gjennom et liv streber vi mennesker mot å utvikle og berike oss også på det åndelige nivå. Vi streber for å bli mer og mer komplette mennesker hvor både fysiske og åndelige behov blir tilfredsstilt (j.fr Maslows behovspyramide ovenfor).

Når de fysiske behov ligger til rette, mener Maslow at vi vil rette fokuset mot de åndelige behov, for å bli enda mer komplette mennesker. Særlig i vårt vestlige samfunn, hvor vi tar mange av de primære fysiske dimensjonene for gitt, ser vi at vi bruker stadig mer tid og ressurser på å realisere oss selv. Det gir for eksempel utslag i mange og varierte interesser og hobbyer.

Dessverre opplever nok mange at møtet med sykehjem blir en tøff opplevelse. På mange sykehjem er det nettopp de fysiske primærbehovene, og ofte kun dem, som står i fokus. Tilværelsen handler om å dekke behov for søvn og ernæring, samt å behandle smerte og symptomer. Man opplever ofte at de individuelle særegenhetene utvaskes til fordel for mer universelle og praktiske løsninger. Man kan for eksempel undres over hvorfor eldre mennesker som har vært nøye på sitt utseende og sin klesdrakt, plutselig fremstår i «sykehjemsuniform». Dette kan f.eks. være den eldre og pene mannen som er vant til å gå i dressbukse, skjorte og slips. Etter noen måneder på sykehjem kan han ofte finnes iført t-skjorte og joggebukse. Hva gjør dette med selvfølelsen hans, og ivaretagelsen av «jeget»? Og hvorfor er det slik at de fleste eldre mennesker begynner å drikke saft når de kommer på sykehjem?

Villa Skaar tar avstand til en slik tenkemåte. Vi ønsker at våre beboere fortsatt skal ivaretas åndelig, samt at individets ønsker og muligheter tas på alvor. Dette handler om at alle, fra ledelse til renholder, ser enkeltmennesket og møter det som menneske og ikke som pasient. Vårt aktivitetstilbud er kanskje noe uvanlig stort og variert nettopp for at vi skal ha mulighet til å sikre at alle opplever å ha valgmuligheter, samt at vi har muligheten for individuelle aktiviteter etter beboerens eget ønske.

Hvordan agere ovenfor en som har demens?

Unngå:

- Å stille spørsmål:
 - «Husker du?» - Si i stedet: «Fortell..»
 - «Hvorfor?» - Personer med demens må da tenke/reflektere, noe som er vanskelig pga. økende intellektuell svikt.
- Påpeking av nederlag:
 - «Nå var du flink!» - Dette kan oppleves som nedlatende.
- Valgsituasjoner:
 - Personer med demens spesielt med skader på frontallappen kan ikke forholde seg til flere valgmuligheter. Vi må ta valgene eller hjelpe til.
- Abstrakte begreper, forklaringer og mye informasjon:
 - Beboeren klarer ikke å forholde seg til mange ord, lange setninger, ironi, m.m. Kort, enkelt og tydelig budskap er viktig.
- Å stille krav.

Mål:

- Tydelig og forenklet budskap.
- Enkle og korte ord og setninger.
- Opptre trygg og rolig, bidra til å skape tillitt.
- Sørg for at ord og kroppsspråk harmonerer: Kommunikasjon består av: 7 % ord, 38 % betoning og 55 % kroppsspråk.
- Vær oppmerksom, fang opp signaler og vær i forkant av situasjonen.

Validering og avledning – ikke realitetsorienter

Personer med demens mister korttidshukommelsen: Først det som hendte siste minutt, så siste uke, så siste 10 år og tilslutt sitter de med minnene fra gamle dager. De lever i gamle dager, og de minnene blir veldig sterke og levende. Personer med demens mister også med tiden evnen for logisk tenking.

Vår metode baserer seg på å møte de gamle der de er; validere og positiv avledning. Utgangspunktet for ny metode er å møte personer med demens der de befinner seg, nemlig i minnene om gamle dager (validere). Dette i kontrast til tidligere lærdom som gikk ut på å realitetsorientere demente.

Personen uttrykker :

«Jeg må hjem å stelle min syke mor og kuene må melkes!»

Feil (realitetsorientering):

«Du er jo 90 år, og du må skjønne at din mor er død for lenge siden, og du flyttet fra gården for mange år siden.»

Her gis budskap om morens død (**reorientering**). Dette skaper frustrasjon og angst.

Rett (validering og avledning):

«Ja, du savner vel din mor og dyrene på garden. Du var nok tidlig oppe om morgen, og det var vel vanskelig å ta ferie den gangen ...»

Her bekrefter vi deres historie og deres minner (**validere**)

«Nå ser jeg at de har servert aftens. Skal vi ikke gå og sette oss ned og fortsette vår hyggelig prat med de andre?»

Her benytter man positiv avledning, og etter 5 minutter er melkesprengte kuer glemt.

Kunnskap om beboeren

Innsamling av kunnskap om våre beboere er en viktig del av vår behandlingsform.

Ved innsjekk går vi gjennom beboerens historie med beboeren og de pårørende. Noen av de ting vi snakker om er familiesituasjonen, hvor vedkommende er født, foreldre, søsken, barn, barnebarn, venner, oppvekst, studier, yrke, aktiviteter/hobbyer, interesser, samt spesielle situasjoner og historier som beboeren liker godt. Dette blir skrevet ned og er en del av vår anamnese og et utgangspunkt for kvalitetsplanene. Sammen med pårørende skrives beboerens livshistorie ned i Familynet. Familynet er til god hjelp for våre ansatte i forhold til arbeidet med beboerne. Her kan vi også lage mimre-album, spillelister m.m. for våre beboere. Vi bruker nettbrettene når vi formidler i Familynet med beboere og pårørende

Personen uttrykker:

«Hvorfor er jeg her?»

Feil (realitetsorientering):

«Nå er du på et sykehjem for demente.»

Rett (validering og avledning):

«Å du lurere på hvor du er. Ja det kan jeg forstå. Når du ser deg rundt kan jeg forstå at dette virker ukjent. Ja, det er klart du lurere på hvor du er.»

Her benyttes **aktiv lytting og speiling**.

«Ja, for du bodde jo i Ole Bullsvei. Der bodde du med din mann Magnus. Han var jo en flott mann, og leder for fotballgruppen var han jo også...»

Her benyttes **validering**. Beboeren blir trygg når vi møter henne i sine egne minner.

«Akkurat nå er du på besøk på eldresenteret for å samle krefter og spise litt godt. Skal jeg vise deg litt rundt på kjøkkenet? Jeg tror de har vafler til oss.»

Her benyttes **positiv avledning ut fra kunnskap om beboeren**, og etter 5 minutter er problemstillingen glemt.

Kunnskap om beboerens sykdom

Demens er ikke en entydig sykdom med kun en utfordring eller en tilnærming. Demens er variert og komplisert. Man kan derfor ikke møte den med demens med en standardisert tilnærming, men må tilpasse sin væremåte og behandling til den enkelte beboer. Derfor er kunnskap om demens og kunnskap om hver enkelt beboer svært viktig for å lykkes. Individuelle kvalitetsplaner er avgjørende for god behandling. Planen skal være lett tilgjengelig for pleiepersonalet, og den skal være enkel og oppdatert. Det er også viktig å ha små avdelinger, slik at man kan inndele beboerne så at de med noen lunde lik atferd og/eller likt behov bor sammen.

Eksempel på tre beboere med demens, men som må ha helt ulik tilnærming:

Olga på rom 103 er 94 år, glemsk og forvirret. Her må vi bruke god tid, småprate og skape trygghet. Vi hjelper og tilrettelegger. Morgenstell kan være: «God morgen, Olga. For en nydelig dag det er i dag. Jeg legger kluten og håndkleet ved vasken så du kan vaske og tørke deg. Ønsker du at jeg finner frem den røde eller den rosa blusen i dag?»

Klara på rommet ved siden av har frontaldemens og må behandles på en helt annen måte. Mye småprating, mange ord, og ikke minst valgmuligheter kan forvirre henne og gjøre henne frustrert. Det kan gi utslag i verbal eller fysisk utagering. Morgenstell her kan være: «Her er kluten. Nå kan du vaske ansiktet. Her er håndkle. Nå kan du tørke deg. Her er blusen din.» Dette kan virke kaldt og lite hyggelig, men det er viktig for Klara at det brukes et tydelig språk og ikke for mange ord. For all del må vi unngå at beboeren blir utsatt for situasjoner hvor vedkommende føler seg presset til å ta valg. Det klarer hun ikke på grunn av skadene i hjernen, og vi må hjelpe henne ved å ta valgene eller begrense valgmulighetene. Dette er god behandling av denne typen demens og gjør at Klara opplever mestring.

På rom 105 bor Kåre, og han roper mye. For mange stimuli, utrygge og uvante situasjoner eller fremmede mennesker utøser ropingen. Det påvirker Klara negativt da hun reagerer på mye lyd og stimuli. Klaras utagerende atferd påvirker igjen Kåre, og forsterker hans utrygghet og roping. Kåre har det derfor mye bedre når han er på en liten avdeling med veldig få beboere, samt få og kjente pleiere å forholde seg til. Det kan også være lurt og ikke ha for mange ting på rommet hans, eller at TV eller radio står på.

Kunnskap om gamle dager

Kunnskap om gamle dager er en meget viktig del av vår behandlingsform. Vi må kunne småprate med beboerne for å gi de god oppmerksomhet. Vi har historiebøker som omhandler ulike tidsepoker med fokus på forhold, episoder, produkter o.l. som beboerne kjenner seg igjen i. Våre beboere sin alder strekker seg over et ganske stort tidsspenn. Derfor har vi bøker som dekker ulike tidsepoker (40-tallet, 50-tallet, 60 tallet osv.). Vi har også lagd ulike aktivitetsbokser med ting fra gamledager, for at vi skal kunne ha mimrestunder ut fra konkrete ting som verktøy, kjøkkenredskaper, tekstiler o.l.

Alle våre ansatte skal kunne vite litt om vår nære fortid og kunne bruke dette i samtaler med beboerne.

Situasjon: Beboerne er alene på rommet sitt. Beboeren faller på gulvet og roper på hjelp. Dette gjentar seg flere ganger.

Gammel måte:

Beboeren blir løftet opp og fulgt bort til stolen.

Underliggende behov: Beboeren er ensom og ønsker oppmerksomhet. Beboeren har lært seg at lite fall tilkaller personale, og vedkommende får da oppmerksomhet. Beboeren får bekreftelse på atferden og gjentar derfor handlingen.

Ny metode:

Aldri la beboerne være alene. Bruk av røde og grønne oppgaver er viktig, og den «grønne» skal alltid være til stede i beboerens miljø. Man skal gi beboerne oppmerksomhet og bekreftelse uten at de trenger å be om det. Til dette benytter man kunnskap om gamle dager. Som f.eks.: «Når jeg ser deg nå, kom jeg på noe jeg har lest om konfirmasjonen du fortalte om i går. Det var jo første gang man fikk nytt tøy. Dere arvet jo alltid fra andre inntil det. Det må ha vært en stor dag. Det var veldig kjekt å snakke med deg om gamle dager. Vi snakkes snart igjen.»

Prinsippet er at beboere ikke skal være alene, og man gir oppmerksomhet etter en plan.

Typiske konfliktsituasjoner

Vi har flere typiske konfliktsituasjoner som ofte oppstår på en demensavdeling. Her er noen:

- Den første dagen (innleggelse)
- Beboer har pakket og skal hjem
- Pårørende går etter et besøk

Situasjon: **Den første dagen**

Det er den første dagen på et nytt sykehjem. Ut mot ettermiddagen begynner beboeren å bli urolig.

Beboeren sier: *«Det begynner å bli seint. Jeg må hjem. Min datter kommer for å hente meg...»*

Gammel måte:

«Nei da. Hun kommer ikke. Du bor her på sykehjemmet nå. Bli med på rommet ditt.»
Resultatet blir som regel at beboeren ikke forstår da hun har en annen oppfatning, og vedkommende blir mer urolig og engstelig.

Ny metode:

Personalet går bort til pasienten før angstmoduset inntreffer. De leser hennes kroppsspråk. Hun går f.eks. ofte til vinduet. Personalet sier: *«Nå tenker du nok på familien din. Jeg skal hilse fra din datter, Lise. Hun ringte, og jeg skulle hilse så mye. Alt sto bra til hjemme.»*

Etter 5 minutter har hun kanskje glemt hilsenen og etter 15 minutter går personalet tilbake til pasienten og sier: *«Din sønn Arne ringte, og jeg skulle hilse så mye. Han sa du måtte kose deg med den gode maten, og at alt stod bra til hjemme.»*

Dette gjentar man gjerne opp til fire ganger med nye familiemedlemmer i teksten før man begynner på nytt igjen med Lise. Etter en stund vil pasienten nå et metningspunkt og budskapet har etablert seg. Hun kan gjerne da si: *«Si til mine barn at de ikke trenger ringe mer i dag...»*

Hendelsen kalles «hilseprosedyre», og avtales med de pårørende i forkant. Det er med på å trygge beboeren og å gjøre overgangen til et nytt sted tryggere.

Typiske konfliktsituasjoner

Vi har flere typiske konfliktsituasjoner som ofte oppstår på en demensavdeling. Her er noen:

- Den første dagen (innleggelse)
- Beboer har pakket og skal hjem
- Pårørende går etter et besøk

Situasjon: **Beboer har pakket og skal hjem**

Ut mot ettermiddagen begynner beboeren å bli urolig.

Beboeren sier: «Jeg må hjem til barna mine. De er alene hjemme»

Gammel måte:

Ofte får man ikke med seg signalene beboer sender ut og blir først oppmerksom på situasjonen når beboer har blitt veldig urolig, og kanskje har pakket og står ved døren. Da er man for sent inne i situasjonen og det blir vanskeligere å håndtere situasjonen. Pleier sier: «Nei da. Barna dine er voksne de. Du bor her du nå». Dette stemmer ikke med beboers virkelighet og kan øke frustrasjonsnivået.

Ny metode:

Personalet går bort til pasienten før angstmoduset inntreffer. De leser hennes kroppsspråk. Personalet sier: «Tenker du på barna dine?» Når beboer bekrefter dette, følger pleier opp med: «Ja, heter ikke de Per og Kari? Det er to flotte barn. De kan du være stolte av. Har ikke vi noen fine bilder av dem på rommet ditt? Kan ikke du vise meg dem?» Så går man inn på rommet og ser på bilder, kanskje fra Familynet, og tar en kaffekopp.

Typiske konfliktsituasjoner

Vi har flere typiske konfliktsituasjoner som ofte oppstår på en demensavdeling. Her er noen:

- Den første dagen (innleggelse)
- Beboer har pakket og skal hjem
- Pårørende går etter et besøk

Pårørende går etter et besøk

Etter et besøk fra pårørende kan man av og til oppleve at beboere med demens kan være frustrerte eller sinte. De pårørende kan også gi uttrykk for at besøket har vært en negativ opplevelse. Det som kan ha skjedd er følgende:

Når pårørende kommer på besøk, så ønsker de å vise interesse ved å stille spørsmål. Det er ofte slik vi viser at vi bryr oss om et annet menneske. For beboeren kan dette imidlertid oppleves negativt. Vedkommende kan ha dårlig korttidshukommelse, og stadige spørsmål som man ikke kan svare på, er ikke hyggelig. Det kan for eksempel være: «Hva har du gjort i dag da, mor?» Mor kan ikke huske at hun har gjort noe, så hun forsøker med et unnvikende svar som: «Ikke stort» eller «Nei, her skjer det aldri noe». Hun har kanskje akkurat kommet inn fra en tur, men det husker hun ikke. De pårørende følger opp med: «Har du fått noe godt til middag i dag?» Beboeren kan ikke huske å ha spist middag, og blir på nytt satt til veggs. Slik kan et hyggelig ment besøk etter hvert fortone seg som et kryssforhør for den gamle, og hun blir snart, sliten, frustrert og sint. Dette viser hun overfor de pårørende, som blir lei seg og føler at besøket var mislykket.

Dersom vi kan hjelpe de pårørende med litt informasjon på forhånd, så kan alt bli mye bedre. Den pårørende har kanskje lest på Familynet hva beboeren har gjort de siste dager, og sett hva som sto på menyen. Det er også fint hvis personalet får med seg at beboeren får besøk, slik at de kan komme dem i møte og fortelle litt om hvordan dagen hennes har vært. På denne måten kan vi hjelpe både beboeren og de pårørende med å få en bedre opplevelse.

Dyreassistert omsorg

Hos Villa Skaar tror vi at dyr og natur er en kilde til helse og velbefinnende. Forskning viser at eldre som interagerer med dyr på pleiehjem viser bedre fysisk form, mindre depresjon og bedre livskvalitet. Dyr kan blant annet brukes til å avlede beboer, roe ned beboer, motivere til aktivitet, og mye mer.

En beboer kom til oss fra kommunalt sykehjem, hvor det på det meste ble benyttet fire pleiere på beboeren i stellesituasjoner. Vi endte opp med å bruke en pleier og en høne.

Bakgrunn:

- Utagerende adferd, spesielt skriking i inntil 10 timer daglig.
- Måtte ha 4 personer under stell og pleie grunnet utagerende adferd. Klorte og slo de som skulle hjelpe. Hadde ikke dusjet på over 10 måneder, kroppen var full av sår, etc.
- Kom fra tidligere bosted med beskrivelse «ferdig behandlet», ingenting mer som kunne gjøres.

Villa Skaar sin fremgangsmåte:

- Grundige undersøkelser i forkant for å sette oss inn i historikken og forstå bakgrunnen til beboeren. Fikk tildelt eget team med faste pleiere. Fokuserte på å finne ut hva som gjorde beboeren urolig og utrygg og deretter fjernet disse elementene.
- Akvariet, huskatten og spesielt hønene roet beboer. Turer ut for å plukke egg og stelle i hønsehuset ble dagens viktige gjøremål. Beboer roet seg helt ned under stell og pleie når vi tok med 2-3 høner inn på badet.

Resultat:

- Betraktelig økning i livskvalitet.
- Fra 4 personer under stell og pleie til én pleier og to-tre høner på rommet.
- Mye mindre utagerende adferd og en ny, mer stabil hverdag. Skrikingen ble kraftig redusert.
- Hønene ble beboerens "barn" og var utrolig viktige for vedkommende.
- Beboeren kunne etter hvert overflyttes tilbake til hjemkommunen.

Aktiviteter

Vi står fast ved påstanden om at det i hovedsak er friske mennesker på sykehjem. Mange har flere diagnoser, men likevel er de fleste mest friske, og minst syke. Mennesker med demens har ofte en fungerende kropp og mange fysiske ressurser å spille på. Det er derfor viktig at vi tar vare på disse ressursene, og opprettholder ferdighetene så lenge som mulig.

Vi har derfor ansatte som kun jobber med aktiviteter hos oss, og Skaar-modellen legger opp til at det alltid er personale til stede i beboerens miljø. Vår erfaring er at varierte og spennende aktiviteter, frisk luft, musikk, hjemmelaget mat, nærhet til personale og en koselig atmosfære ofte er viktigere enn medisiner.

Mange beboere har uro i kroppen, og kan vandre rastløst rundt på hjemmet eller ut av sykehjemmet. Vi opplever at dersom disse beboerne tilbys en eller flere daglige gåturer eller aktiviteter som stimulerer bevegelse, så vil uroen avta og utferdstrangen reduseres.

Musikk er også et virkemiddel som vi ser at er meget effektivt overfor beboere med demens, og skal benyttes målrettet i arbeid med denne gruppen. Det kan skrives mye om effekten av musikk i demensomsorgen, og vi ser daglig hvor nyttig dette er som et miljøterapeutisk virkemiddel. Musikk bringer tilbake minner, skaper bevegelse, og lar oss komme i kontakt med beboerne på en fantastisk måte. I tillegg bidrar det til å holde humøret opp hos så vel beboere som ansatte.

Rot og kaos er sjelden positivt, og for personer med ulike typer demens kan dette øke forvirringen ytterligere. Det er om å gjøre at hverdagen blir så enkel som mulig å forholde seg til. Det hjelper hvis omgivelsene er oversiktlige og ting har sin faste plass. Dette skaper trygghet.

I matsituasjonen ser man at spesielt personer med frontaldemens har problemer med valgsituasjoner. For mye mat på fatet, for mye pynt eller tilbehør til maten, flere former for drikke også videre kan medføre at beboeren ikke klarer å få i seg maten selv om vedkommende er suten. Man kan da se at beboeren sitter og plukker på maten, og ikke klarer å spise. Så selv om en enkel tallerken med lite mat og lite pynt ser kjedelig ut for friske, så kan det være akkurat det som skal til for å få beboere med denne type demens til å lykkes med å få i seg næring. Dette i tråd med trinn en i ernæringstrappen.

Eksempel:



For mye på fatet kan medføre forvirring og beboeren klarer ikke å forholde seg til alle valgene knyttet til spisesituasjonen. Resultatet kan bli av beboer ikke spiser eller bare sitter og plukker på maten.



Ved å tilføre ett element av gangen, vil beboere ha bedre oversikt og vil spise bedre og kunne håndtere spisesituasjonen selvstendig.

Fase 5: Evaluering og justering

Justere mål

- Kvalitetsplanen til beboeren skal regelmessig justeres eller justeres dersom man tiltakene ikke fungerer. Nye mål og tiltak settes i samarbeid med teamet og pårørende/beboer.
- Det er viktig at ny plan kommuniseres til alle som arbeider med beboeren, slik at alle arbeider etter de nye tiltakene.

Endringer i teamet

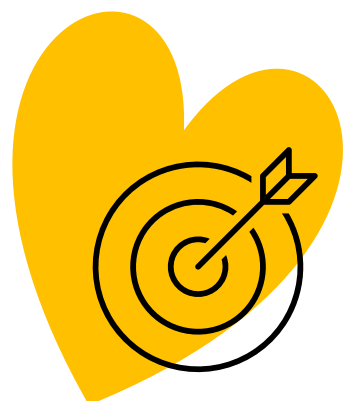
- Man kan oppleve at noen i personalet ikke fungerer god med beboeren. Sammensetningen av teamet bør derfor regelmessig vurderes for å sikre at det er rett folk på rett plass.

Dialog med kommunen

- Endringer i pleie- eller bemanningsbehovet må dokumenteres og presenteres for kjøper av plass.
- Dersom endringer medfører økt eller redusert ressursbruk, så må dette avklares med kjøper før endringer kan tre i kraft.

Relevante rutiner:

- *Samhandling med kjøper av plass*



Ulike typer demens

Alzheimer

- Vrangforestillinger
- Hallusinasjoner
- paranoide forestillinger
- Depresjon
- Angst
- Feiltolkninger

Parkinsons og demens

- Demens ved Parkinson medfører gjerne mindre problemer med å orientere seg i tid og sted, og mindre hukommelsesproblemer for daglige hendelser enn ved Alzheimers sykdom.
- Det er vanlig at tempoet i bevegelsene senkes, og man har behov for lang tid til både å utføre aktiviteter og til å tenke. Ofte kan omgivelsene oppleve at det kommer svar på spørsmål lenge etter at det ble stilt.

Vaskulær demens

- Senket motorisk tempo
- Hukommelsesproblemer
- Sviktende forståelse og handlingssvikt
- Initiativløshet
- Tristhet og depresjon

Frontallappdemens

- Redusert oppmerksomhet
- Initiativløshet og tilbaketrekning, likegyldig til sosiale sammenkomster
- Bortfall av hemninger, kan oppleves upassende og taktløs i tale og handling
- Svikt i evne til å løse problemer, redusert evne til å organisere og systematisere tenkningen
- Språkutfall, ved at talen mangler flyt
- Endringer i atferd, økt irritabilitet
- Likegyldig med egen hygiene og påkledning
- Endrede spise- eller drikkevaner

Demens med Lewy-legemer

- Noe av det mest typiske ved demens med Lewy-legemer er at symptomene varierer mye.
- Akutte endringer i bevissthetsnivå og oppmerksomhet
- Plutselig bli fjern, desorientert og døsig, slik at evnen til kommunikasjon påvirkes i betydelig grad. Det kan så relativt plutselig gå over og vedkommende kan framstå som våken og kontaktbar igjen.
- De motoriske symptomene ligner på Parkinsons sykdom, med langsomme bevegelser, skjelvninger og stivhet i kroppen.
- Ofte oppleves urolig søvn.
- Illusjoner og synshallusinasjonene kan være et plagsomt symptom.

Andre demenssykdommer

Symptomer på demens kan komme av:

- Stor og langvarig bruk av alkohol eller andre rusmidler
- Vitaminmangel
- Hjernesvulster
- Hodeskader
- Hjerneblødning som forårsaker økt trykk normaltrykkshydrocefalus/voksenvannhode
- Hormonubalanse
- Infeksjoner i hjerne eller hjernehinne
- AIDS
- Creutzfeldt-Jakobssykdom



–Kunnskap om–

DEMENS

Vi anbefaler Aldring og helse sin app «Kunnskap om demens» som hjelpemiddel til arbeid med, og forståelse av, demens.