

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2001 nr 8

**Nye ledd i kjeden : Evalueringsrapport
Prosjekt Erindringscenter, Gimle sykehjem
Demensteam - 2000, Vestre Toten**

Kari Marie Gundersen
Avdeling for helsefag

Etter oppdrag fra
Oppland Fylkeskommune

Gjøvik 2001
ISSN 0806-3176

Innhold

Sammendrag	s 1
Innledning	s 2
Metode	s 4
Bakgrunnsopplysninger, Om prosjektets nøkkelbegreper	s 8
To år etter..... Erfaringer og anbefalinger	s 15
Nyttige referanser til de som vil gå i gang	s 25

Vedlegg

Invitasjon
Brukeroversikt

Sammendrag

Denne rapporten er en evaluering av ”Prosjekt Demensteam 2000” og ”Prosjekt Erindringsenter, Gimle”.

Prosjektet var delfinansiert av Oppland Fylkeskommune, og prosjektperioden varte fra januar 2000 til januar 2001. Målene, som var å etablere og igangsette driften av et demensteam, og å forsøke å etablere et Erindringsenter, ble nådd innen prosjekttidens utgang. Når rapporten skrives er prosjektet avsluttet, og det har vært ordinær drift av erindringsentret et drøyt år, mens demensteamet har fungert i snaue to år. Det kan hevdes at det er tidlig å evaluere et tiltak etter så kort tids drift, men allerede nå er det mulig å trekke noen erfaringer som kan være til nytte for andre som har behov for å komme i gang med lignende tiltak.

Mange kommuner sliter med å oppfylle sine forpliktelser når det gjelder tilstrekkelige og gode tjenestetilbud til eldre innbyggere som er rammet av mental svikt. Så langt antas de tiltakene som er iverksatt gjennom prosjektet i betydelig grad å ha bidratt til en styrking av omsorgskjeden i Vestre Toten kommune. Demensteamet bidrar til å tydeliggjøre og konkretisere behovene, og den positive effekten av dette er et riktigere tilbud til den enkelte. Dessuten vil helsearbeidere og planleggere ut fra nøyaktig kartlagte behov lettere vite hvilke tilbud som må utvikles.

Når det gjelder erindringsentret, siteres det fra en reportasje i Oppland arbeiderblad 4. september 01:

Under overskriften ”Mimring med suksess” sier artikkelen at:

” Ett år etter at Erindringsentret ved Gimle sykehjem ble åpnet, kan pådriverne Liv Karin Kval og Kari Håkerud konstatere at dette er blitt en suksess. Andre sykehjem og institusjoner står nærmest i kø for å prøve ut lignende opplegg der aldersdemente får åpnet dører tilbake til sin egen livshistorie og fortid.”

”Dagene på erindringsentret er meningsfylte, og gjør at vi kan klare oss bedre hjemme”, sier en ektefelle.

Innledning

I desember 1999 tildelte Oppland Fylkeskommune Vestre Toten kommune ved omsorgsleder prosjektmidler etter søknad for å bygge opp et "demensteam" og forsøke å starte et erindringscenter.

Prosjektleder har vært Liv Karin Kval. "Prosjekt Demensteam" er gjennomført og avsluttet etter oppsatt plan. Erindringscentret er oppbygd og i drift. Milepælsrapporter er levert Oppland fylkeskommune etter avtale, Prosjektet er beskrevet i sluttrapport, januar 2001.

Sluttrapport for prosjektet

Demensteam 2000

Vestre Toten kommune

Gimle, 09.januar 2001

Denne kan fås ved henvendelse til Gimle sykehjem ved institusjonsstyrer Liv Karin Kval. Rapporten beskriver prosess og resultat ved avsluttet prosjektperiode. For å få en beskrivelse av planlegging og gjennomføring av prosjektene henvises det til denne.

I tillegg til prosjektmidler til delfinansiering av gjennomføring av prosjektet bevilget fylkeskommunen midler til en evaluering med tanke på spredning til andre kommuner. Dette oppdraget ble gitt til Høgskolen i Gjøvik, avdelingen for helsefag.

Ved evalueringen vil det bli lagt vekt på å drøfte de to tiltakene som er iverksatt, demensteamet og erindringscentret som ledd i kommunens omsorgskjede. Dette for at de som skal trekke erfaringer fra det arbeidet som er utført i Vestre Toten kommune kan vurdere tiltakene i sin rette sammenheng.

Evalueringsdata som rapporten bygger på er hentet fra prosjektets prosessrapportering og sluttrapport samt fra mediaomtale. Videre er data samlet ved deltakende observasjon i erindringscentret, og samtale med brukere og pårørende. Informasjon om kommunen og kommunens tjenester er hentet fra kommunens hjemmeside på internett, www.vestre-toten.kommune.no og fra samtale med sentrale personer i pleie og omsorgsavdelingen. Det er også innhentet data fra hjemmehjelperne som hjelper brukerne i det daglige og bidrar til at

brukerne kommer seg til erindringssettet etter avtale. Alle som har bidratt med opplysninger har vært informert om hva data skal brukes til.

Personlige data er anonymisert. Evaluering av demensteamets arbeid og fungering er skjedd ved tilstedeværelse ved kartlegging, innsyn i vurderingsrapport, og samtale med teamets medlemmer og andre sentrale personer innen kommunehelsetjenesten.



Metode

Etiske betraktninger

Det er et juridisk og etisk krav at personer som sier seg villige til å bidra til kunnskapsutvikling ved å la seg observere eller intervjuet ikke skal krenkes på noen måte. Personvernet må ivaretas. Prinsippene om personlig integritet, autonomi og frivillig samtykke er ufravikelig. Særlig aktsom må en være der hvor mennesker som kanskje ikke fullt ut fatter konsekvensene av et frivillig samtykke deltar, som ved mental svikt. At evalueringen er knyttet til et navngitt sted i en navngitt kommune kan også komme inn som et moment som må tas i betraktning, så en varsellampe med "trø varsomt-skilt" må lyse kontinuerlig.

På den annen side er det viktig at kunnskap og erfaringer som er framkommet gjennom ulike prosjekter blir gjort tilgjengelige for andre. At et prosjekt støttes av fellesskapets midler fører til en sterkere forpliktelse til å dele kunnskapen med andre. Hensikten med at evalueringsarbeidet ble lagt i hendene på Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helsefag, knyttes til den faglige kompetansen som avdelingen innehar etter mange år med kommunehelsetjeneste som satsningsområde, og videreutdanninger innen eldreomsorg generelt og demensomsorg spesielt. Styringsgruppa for prosjektet ønsket primært en produktevaluering på grunnlag av målene for prosjektet. Når evalueringen drøftes i lys av evaluators "teoretiske referanseramme" bygd på et mangfold av teoretiske kilder, og egne og andre fagfolks erfaringer, representerer dette et etisk ansvar for begrunnelse av de ulike argumenter og anbefalinger.

Nærmere om de metodiske tilnærminger

Hensikten med arbeidet avgjør hvilken metodisk tilnærming som velges. Oppland Fylkeskommune ønsket en ekstern evaluering utformet slik at arbeidet kunne være til nytte for andre kommuner. Fylkeskommunen stiller med dette et krav som finner støtte i litteratur om evalueringsforskning.

Nytteeffekten av gjennomførte arbeider kan ha stor verdi selv om det er vanskelig å dokumentere kvantitative resultater i form av målbare størrelser, og i evalueringsteori finner en i større grad enn tidligere støtte for en slik tenkning. Mæland definerer evaluering som : "Systematisk å beskrive, analysere og fortolke en innsats og dens virkninger" (Mæland 1990). Mens beskrivelsen delvis ligger i sluttrapporten til dette prosjektet, ligger analysen og fortolkningen i

denne evalueringsrapporten. Som sagt innledningsvis er det demensteamet og erindringssettets plass i , og nytte for omsorgskjeden som er av interesse for andre kommuner / omsorgsdistrikt. Derfor er det en utfordring i en evalueringsrapport som denne å beskrive de enkelte involverte grupperes erfaringer med tiltakene og å sette disse erfaringene inn i de rammene de er sprunget ut fra. Dette vil gjøre det lettere for de som måtte ønske å hente kunnskap og erfaringer fra dette prosjektet å gjøre sine egne vurderinger ut fra sitt ståsted.

Demografiske forhold er av vital betydning for enhver kommune som skal utforme sine tjenester. Når omsorgskjeden skal utvides eller lenker forandres, er alderssammensetning og bomønster , geografiske forhold, tilgang på helse- og sosialpersonell, institusjonsplasser og kommuneøkonomi viktige momenter å overveie. Det vil alltid være slik at en tjenestemodell som er ”skreddersydd” for en kommune må ”syses om” for å passe en annen. Ved at mål, prosess og resultater beskrives nøye (som i sluttrapporten til prosjektet), og at konklusjoner og anbefalinger ses i lys av anerkjent teori, vil andre kunne få ideer, og høste fra prosjektet det som er nyttig i forhold til egen omsorgskjede.

Evalueringsdataene i rapporten er hentet ved hjelp av ulike kvalitative metoder. Det kan sies at essensen i en kvalitativ forskningsmetode er å beskrive egenskaper eller fenomener ved et tiltak, eller delelementer i et tiltak, i den hensikt å skape forståelse. Innen kvalitativ evalueringsforskning finnes ulike tilnæringsmåter avhengig av hva som skal evalueres og hvorfor. I dette arbeidet er deltakende observasjon og samtale/ intervju med representative utvalgspersoner rundt definerte tema benyttet. Dessuten er data hentet fra prosjektbeskrivelsen, milepælsrapporter, sluttrapporten og annet skriftlig relevant materiale.

Deltakende observasjon

Deltakende observasjon betyr i praksis at den som skal observere, må være fysisk tilstede der observasjonene skal gjøres

Denne metoden ble brukt for å få et inntrykk av hvordan dagpasientene hadde det på erindringssettet. Områder for observasjon var: tegn på trivsel kontra mistrivsel, som smil, aktivitet, spontanitet kontra passivitet, initiativ til samhandling og ellers atferd som kunne si noe om brukernes opplevelse av dagtilbudet. Observasjonene ble nedtegnet i dagbok.

Når forsker er tilstede i feltet, bør dette skje på en minst mulig belastende måte. Observatør sørget for å være i senteret når brukerne kom, og å delta i aktivitetene på en noe tilbakeholden, men naturlig måte.

Når data skal skaffes ved egen tilstedeværelse må det tas i betraktning at de funnene en gjør blir preget av egen forforståelse. Videre kan en observatør virke forstyrrende inn på den daglige og naturlige rytmen.

Tilstedeværelse ved demensteamets arbeid i diagnostisering ga viktige data om denne virksomheten. I denne aktiviteten ligger metoden nærmere observasjon, da observatør så at naturlig deltakelse i denne sammenheng kunne forstyrre teamets arbeid i subjektiv og objektiv datasamling i kartleggingsprosessen.

Samtale / intervju

Siden det var nødvendig å innhente data fra ulike grupper var det vanskelig å ha noen fast intervjuguide, noe som er vanlig ved kvalitative intervju. Samtalene som naturlig fant sted under samværet med hjelpere og brukere på dagsentret hadde en annen og løsere form enn samtaler med ledere av tjenesten og samtaler med pårørende. Det ble ikke innhentet skriftlig samtykke fra noen av gruppene, men både pårørende og hjelpere på berørte områder i kjeden var villige til å bidra. Informantene ble skjønnsmessig utvalgt uten faste utvalgsriterier. Det var viktig å få belyst prosjektet fra på en bredest mulig måte.

Litteratur og skriftlig materiale

Evaluator hadde fri tilgang til alt skriftlig materiale knyttet til prosjektet. Likeså var aktuelle pasientjournaler og annet skriftlig materiale tilhørende driften og brukerne tilgjengelig. Høgskolen i Gjøviks bibliotek har bidratt med litteratur på evalueringsteori og annen faglitteratur.

Det vil ikke bli utstrakt bruk av kildehenvisninger i rapporten, men en referanseliste over nyttig litteratur for lignende prosjekter vil følge rapporten.

Viktige evalueringsspørsmål når det gjelder demensteamets arbeid er:

- ❖ Bidrar arbeidet til riktigere og raskere tilbud for den enkelte bruker av tjenesten?
- ❖ Fører arbeidet til en mer nyansert omsorgskjede?
- ❖ Er målet om mer undervisning og veiledning, og mer informasjon til befolkningen ivare tatt?

Viktige evalueringsspørsmål når det gjelder erindringssentrets arbeid og drift er:

- ❖ Hvem er brukerne (behov for dagplass eller behov for minneaktivitet)? Kriterier for inntak og bruk.
- ❖ Brukertilfredshet (tilfredshet med dagene på sentret / innvirkning på de andre dagene / hvordan nærmeste pårørende opplever tilbudet)?
- ❖ Hjemmetjenesten / transporttjenesten, avlastning eller belastning?
- ❖ Økonomi, fører et godt tilbud til få til forringet tilbud til flere?
- ❖ Erindringssentrets ansatte, erindringsarbeidets plass og betydning i dagsentrets virksomhet / i institusjonens virksomhet / i kommunens omsorgskjede?

Metodekritikk

”Prosjekt demensteam og forsøk på å lage et erindringscenter” kan karakteriseres som handlingsorienterte utviklingsprosjekter hvor mange har vært involvert, og hvor flere etter hvert opplever virkningene av arbeidet. I en evaluering så kort tid etter gjennomføringen er det vanskelig å få valide data på effekten av tiltakene. Evalueringen bygger på data fra få respondenter som så langt har få erfaringer med tilbudene. Derfor er det riktig å snakke om tendenser framfor resultater, og det blir viktig å sammenholde erfaringer fra dette prosjektet med teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap fra andre prosjekter.

Bakgrunnsopplysninger

Om prosjektets nøkkelbegreper

Vestre Toten kommune

Demografiske forhold av betydning for utbygging av omsorgs- eller tiltakskjede.

Vestre Toten er av Opplands middel store kommuner med 13 138 innbyggere pr 1.jan 2001, fordelt på 2682 km². Kommunesenteret er tettstedet Raufoss, med opp mot halvparten av kommunens innbyggere. Her ligger kommunens administrasjonssenter. Industri og landbruk er viktigste næringsveier.

I denne rapporten er antall eldre av stor interesse. Pr 1.jan 2001 var fordelingen slik:

67 – 79 år	1346
80 – 89 år	502
90+	79

Dette betyr at eldre over 67 år tilsvarer 14,7% av befolkningen. Dette er litt høyere enn landsgjennomsnittet. Antall innbyggere over 80 skulle statistisk tilsi at i Vestre Toten kommune bor det anslagsvis drøyt 100 personer med mental svikt / demenssykdom.

Kommunens helsetjenester styres fra omsorgsavdelingen ved omsorgsleder, geografisk plassert på rådhuset i tettstedet Raufoss. Det overordnede ansvar for, og koordinering av tjenestetilbudet ligger her. Tjenestetilbud som kommunen nevner i sin informasjonsside : Fossegård dag og avlastningssenter, ambulerende vaktmester, psykiatrisk tjeneste, miljøarbeid, brukerstyrt personlig assistanse, trygghetsalarm, matombringing, omsorgsboliger med døgnbemanning og sykehjem. Som ledd i omsorgskjeden til mennesker med aldersdemens kan alle tilbudene være aktuelle, avhengig av grad av sykdom. Etter hvert som sykdommen progredierer og hjelpebehovet øker, er gode institusjonsplasser svært viktig. Vestre Toten har relativt sett god sykehjemsdekning, med 97 plasser på Gimle sykehjem og 16 plasser på Raufosstun. Av disse er 32 tilrettelagt for mennesker med aldersdemens. Kommunen har også et nytt bokollektiv i tilknytning til Gimle sykehjem med 16 plasser fordelt på to enheter. Bokollektivet er døgnbemannet og fysisk tilrettelagt for mennesker med aldersdemens.

Omsorgskjede

Med begrepet omsorgskjede tenkes i denne rapporten de tiltak en kommune har for å tilfredsstille befolkningens og lovens krav til pleie og omsorgstjenester. Videre tenkes det her i dette arbeidet særlig på de behov mennesker med mental svikt eller aldersdemens har. Lov om kommunale helsetjenester § 2 sier at alle har krav på nødvendig helsehjelp i nærheten av sitt hjemsted eller der personen til enhver tid oppholder seg. Dette innebærer også diagnostisering. Fagmiljøet innen aldersdemens anbefaler en tidligst mulig diagnostisering og behovskartlegging. Det betyr at dette bør være første ledd i en omsorgskjede. Begrunnelse for dette er at ved å komme tidlig inn med gode tiltak, kan de som rammes, både pasient og pårørende få hjelp til å opprettholde en best mulig livskvalitet så lenge som mulig. Nyere undersøkelser viser at ved å sette inn riktige tiltak på et tidlig stadium, kan funksjonssvikten utsettes til tross for at sykdommen er progredierende. Ved å kartlegge de ulike behov så nøyaktig som mulig tegnes det også et tydeligere bilde av hvilke lenker en omsorgskjede bør ha på de ulike faser av sykdommen. I teorien kan en finne ulike begreper som beskriver denne faseinndelingen. At demenssykdommene er progredierende gjør at det er nødvendig med et bredt spekter av tilbud, fra de enkle hukommelseshjelpemidler i huset og gjerne litt avlastning for familien, til de best tilrettelagte institusjonsplasser med faglig høykompetent personale til de aller dårligste.

Demensteam

Diagnostiseringen innbefatter et bred kartleggingsarbeid både i forhold til sykdommen og fungering i dagliglivet. Derfor må flere instanser involveres. Primærlegen har en svært viktig funksjon ved medisinsk undersøkelse å kunne utelukke andre sykdommer. Fastlegen vil bli en nøkkelperson på grunn av kjennskap til personen over tid, hvis ordningen vil fungere etter intensjonene. Like nødvendig som legen er de pårørende som best kan redegjøre for de forandringene som er oppstått. Helsepersonell for øvrig har også en viktig funksjon. Så hvorfor da demensteam?

Begrepet er av nyere dato og har ingen klar og entydig definisjon. Under det nasjonale prosjektet "Nasjonalt utviklingsprogram om Aldersdemens fra 1990 – 1994" ble det via ulike prosjekter utviklet mye kunnskap om hvordan mennesker med mental svikt kunne få sine funksjon og sine hjelpebehov kartlagt på best mulig måte, og flere metoder ble foreslått på bakgrunn av denne nye kunnskapen.

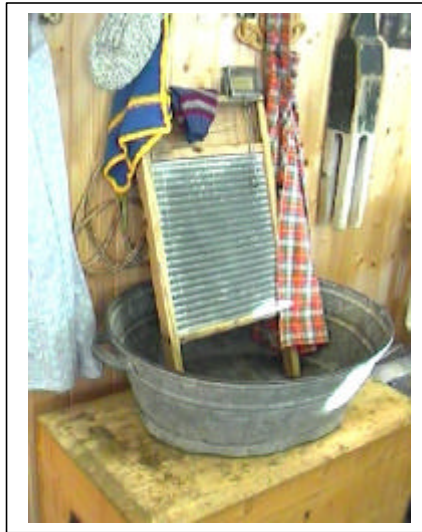
I ettertid er et stort prosjekt ”Er det demens?” gjennomført i fem fylker, fem kommuner i hvert av fylkene i regi av ”Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens”.

Det tar tid før kunnskap på spesielle felter blir allemannseie. Derfor er konklusjonene fra prosjektene at hver kommune / omsorgsdistrikt bør etablere et ressursteam som skaffer seg innsikt og erfaring med kartleggingsarbeid . Det foreligger nasjonale føringer (Engedal, (red) (1997) Er det demens? Utredning av demenssykdommer i primær – og spesialisthelsetjenesten) på hvordan dette arbeidet kan ivaretas i en kommune, og det er etter hvert etablert ressursteam med ulik sammensetning og med noe forskjellige målsettinger i mange av landets kommuner. Også her må de demografiske forhold, og hva kommunen rår over av fagressurser spille inn.

Vestre Totens team består av spesialutdannet sykepleier på 20 % tidsressurs, lege som også er tilsynslege i aktuelle institusjoner fire timer pr uke, ergoterapeut to timer pr uke ved behov. Dette er en anbefalt modell, og passende for kommunens størrelse. Spesialsykepleieren i teamet er leder av omsorgsboligene i 80 % av stillingen. Hun avløste prosjektleder og innstitusjonsstyrer på Gimle i demensteamet. Det er en stor fordel at begge kjenner viktige ledd i omsorgskjeden. Det samme gjelder for tilsynslegen. At de viktige brikkene i teamet også har ansvar i andre ledd i omsorgskjeden gjør at fagressursene er fleksible og at samarbeidet kan bygge på kjennskap til, og respekt for hverandre. Faren er at stor kunnskap om eksisterende tilbud og muligheter blir en forforståelse som til en viss grad kan styre behovskartleggingen og tilbudene.

Målene for demensteamets arbeid i Vestre Toten kommune slik de var nedfelt i prosjektsøknaden er:

- ❖ Hovedoppgaven til demensteamet skal være å diagnostisere demenssyndromet, og skille mellom normal aldring , somatisk sykdom (delir) og psykiatrisk sykdom (depresjon, psykose) som også kan forårsake kognitiv svikt.
- ❖ Oppfølging av iverksatte tiltak.
- ❖ Registrere behovene i kommunen,- i samarbeid med hjemmetjenesten
- ❖ Undervise og veilede
- ❖ Informasjon til befolkningen og bevilgende myndighet
- ❖ Samordne ressursene



Erindringscenter

Det har lenge foreligget dokumentert kunnskap om at bruk av minner er svært viktig for at mennesker med aldersdemens kan "få åpnet dører tilbake til sin egen livshistorie og fortid" (sitatet fra Oppland Arbeiderblad 04.09.01). Vareopptelling over livet, eller Life Review ble teoretisk beskrevet av Robert Butler på sekstitallet. En sykepleier ved navn Irene Burnside lanserte litt senere begrepet minnehager (Her fra Heap 1994). Siden har mange forskere og teoretikere understreket viktigheten av aktivt bruk av minner som en hjelp til å mestre nåtiden og forberede framtiden. I norsk sammenheng er Ken Heap en foregangsmann når det gjelder å knytte bruk av minner til den praktiske hverdagen ved å beskrive enkle, gjennomførbare metoder til bruk i kommunikasjon og samhandling.

Aktivt bruk av minner er viktig i flere sammenhenger, men spesielt to faktorer skal nevnes i denne sammenheng:

På grunn av skadene i hjernen blir abstrakt tenkning vanskelig, så det å se konkrete, kjente ting letter orienteringsevnen og dermed funksjonsevnen. Det faglige prinsippet er at gjenkjenning er mye enklere enn gjenkalling.

At de konkrete tingene tilhører det levde livet og presenteres slik at de representerer en tid som for den gamle ble opplevd som meningsfull, vil styrke respekten og egenverdet, kanskje det viktigste aspektet i en tjeneste hvor det å forsøke å tilrettelegge for en meningsfull hverdag blir det vesentligste målet. Dette har flere dagsentre og sykehjem ivaretatt på ulike måter, og minnearbeid i ulike former inngår som et viktig element i all kvalitativ god eldreomsorg.

Norsk erindringscenter ble stiftet i Oslo i 1997, etter den første nordiske konferansen i 1996.

Sentret har gitt inspirasjon til mange som har sett betydningen av minnearbeid, ressurspersoner herfra har også vært inspirasjonskilde for prosjektet i Vestre Toten, som er landets første kommunale erindringscenter, åpnet september 2000.

Som sluttrapporten forteller består erindringscenteret av to rom sentralt ved inngangen til Gimle sykehjem. Under prosjektperioden ble disse rommene utstyrt med møbler og husgeråd fra sekelet som gikk. Særlig er gjenstander fra 60- og 70- åra rikt representert. Dette er et viktig faglig poeng. De som bruker senteret i dag brukte de samme arbeidsredskaper og hvilte i lignende stoler som her omgir dem. Her finnes det meste både av bruksting og redskap for både innesysler og utearbeid, her er smykker og bekledning til fest, her er redskap for vask og bakst og arbeid på åker og eng. Her finnes bilder og bøker fra yrkesliv og historiske hendelser i Vestre Toten i det forrige århundre, her er musikk på 78-plater på gramofonen til hjelp for oppfrisking av ungdommens svermerier. Fra kjøkkenkroken dufter det av nystekt bakst når mimrekafeen skal forberedes, og ellers kan sesongens tradisjoner med for eksempel litt sylting og safting stå på programmet, kanskje etter å ha hentet bærene inn fra "egen" hage.

At rommene kan gi et musealt inntrykk er uungåelig, da både hverdagsliv og helgedagsfred skal representeres

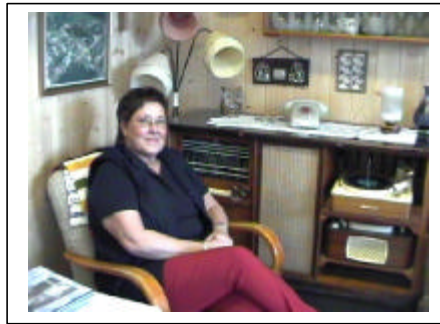
Erindringscenteret brukes som dagsenter, et tilbud i omsorgskjeden som gjennom kunnskap utviklet de siste årene viser seg å være en svært verdifull lenke i en omsorgskjede.

Dagsenter

Dagtilbud for ulike grupper og med ulike mål har vært utprøvd over lang tid, men spesielt tilrettelagte dagtilbud for mennesker med aldersdemens var lite benyttet før "Nasjonalt utviklingsprogram om aldersdemens 1990 – 1994" startet sine prosjekter. Selv om det kom teori om positive resultater fra våre naboland, var det en viss skepsis mot at mennesker med mentalsvikt skulle utsettes for de stadige forflytninger og forandringer i dagliglivet som et dagtilbud ville medføre. Men behovet var økende, og uheldige konsekvenser av felles dagtilbud for mentalt funksjonsfriske og mennesker med demenssykdom førte til spredte forsøk med spesielt tilrettelagte dagsentre for hjemmeboende med mentalsvikt. Studier viser at dette er et godt tiltak for både pårørende og den demente hvis tilbudet er godt tilrettelagt. Et godt tilrettelagt tilbud i denne sammenheng dreier seg ikke bare om tilbudene inne på dagsenteret. Vel så viktig er en god start og avslutning på dagen, ved at hjemmetjenesten og tilbringertjenesten fungerer. Det er så langt få data som sier noe om hvor ofte tilbudet bør gis, men det faglige kravet om kontinuitet tilsier at tre dager pr uke bør være et minimum, og at

oppholdet i dagsenter bør være så lenge tilbudet vurderes som positivt for alle parter. En skadet og sårbar hjerne trenger hvile og ro, så derfor bør det være hviledager innimellom, og det bør også være perioder med mindre aktivitet og stimuli i løpet av dagen i dagsentret. Det må tas hensyn til graden av demens og personlighet når tilbud om dagsenterplass skal vurderes. Videre må viktige faktorer i omgivelsene legges til grunn. Bor vedkommende alene og trenger litt oppfølging i forhold til ulike behov? Bor vedkommende sammen med pårørende som trenger litt avlastning i den daglige omsorgen? Disse kriteriene er sentrale, men ikke utfyllende. Når de viktige forutsetningene er tilstede, kan en nå slå fast at tilrettelagte dagtilbud er et av de beste tilbud som kan gis til personer med mild og moderat grad av aldersdemens.

Likeså kan tilbudet være av stor diagnostisk verdi, da den aldersdementes funksjonsnivå observeres over mange timer og i ulike situasjoner av fagpersonell.



Personalet i dagsentret

Hva slags personale krever et dagsenter som skal gi et kvalitativt godt tilbud til denne gruppa brukere, og hvor stor personellressurs trengs?

Beskrivelser av lignende tiltak viser at kvalifikasjoner i denne forbindelse betyr både personlige og faglige kvalifikasjoner. Personlig egnethet er et begrep som ofte brukes uten at det defineres, men i begrepet ligger i denne sammenheng god kommunikasjon- og samhandlingsevne, engasjement og motivasjon. Å kunne samhandle med mennesker med demenssykdom som kanskje også har en sansesvikt på grunn av alder, vil også kreve faglig kunnskap. Å ha en passe blanding av kreativitet og initiativ på den ene siden, og tålmodighet og evne til langsomhet på den andre siden er nødvendig, ved siden av kommunikasjonskunnskaper og fagkunnskap om aldringsprosess og demenssykdommene. I erindringsentret er det dessuten viktig at personalet kjenner til historien og bruken av de gjenstandene som er ment å inngå som viktige elementer i dagsprogrammet. Det viser seg at

selv om gjenstandene og de ulike erindringshjelpemidler ligger der som nøkler til en fortid, så må noen ta initiativ til å låse opp og føre den aldersdemente inn i sin egen erindringsverden.

Her kan de frivillige komme inn som en svært viktig og kjær ressurs.

Det bør ikke være vanskelig å rekruttere personell til et tilrettelagt dagsenter for mennesker med aldersdemens, men skulle det av økonomiske grunner vise seg umulig å ha to stykker tilstede gjennom hverdagene, er bruk av frivillig hjelpere et utmerket tiltak som varmt anbefales. Gimle har rekruttert sine hjelpere gjennom frivillighetssentralen pensjonistforeningen og pårørendegruppen. Det er laget en ”ringeliste”, og det faste personalet vet hvem de kan ringe når. De frivillige hjelperne som har levd en stund og deler en historisk og kulturell erfaringsbakgrunn med de aldersdemente brukerne. I ei bygd som Vestre Toten kan de frivillige faktisk betraktes som gamle venner og naboer, og være en stor berikelse for miljøet. Det viser seg også at det er en berikelse for den frivillige selv å være med på dette arbeidet. De kjenner ofte de gamle tingene som er samlet i sentret, de kjenner bruksområdene til de ulike gjenstandene, og de opplever verdien av å reengasjere seg i det livet de engang levde og var en integrert del av.

Videre må det alltid være to tilstede gjennom hele dagen for å bevare kontinuiteten og rytmen. Likeså forteller medlemmer av demensteamet at et opphold på erindringsssentret kan være et viktig tiltak i kartlegging, siden et kunnskapsrikt personale med godt kjennskap til brukerne samhandler med, og observerer brukerne over tid. At dagsentret så langt kun har vært åpent i tre dager pr uke betyr at de ansatte må fylle stillingen med andre aktiviteter. At personalet har en funksjon uten om dagsentret / erindringsssentret er en fordel, både for selv å få litt påfyll, og for å spre erfaringene med minnearbeidet til andre. På Gimle, for eksempel, kan leder for erindringsssentret ta med ”minnekurven” sin inn i sykehjemavdelingen og samle grupper på dagligstuene til en minnestund, eller hun kan invitere noen av sykehjemmets beboere til erindringsssentret.



To år etter..... Erfaringer og anbefalinger

Demensteamet, Erfaringer og evaluering i forhold til mål:

Demensteamets mål i henhold til prosjektplan var:

- ❖ Hovedoppgaven til demensteamet skal være å diagnostisere demenssyndromet, og skille mellom normal aldring, somatisk sykdom (delir) og psykiatrisk sykdom (depresjon, psykose) som også kan forårsake kognitiv svikt.
- ❖ Oppfølging av iverksatte tiltak.
- ❖ Registrere behovene i kommunen,- i samarbeid med hjemmetjenesten
- ❖ Undervise og veilede
- ❖ Informasjon til befolkningen og bevilgende myndighet
- ❖ Samordne ressursene

Erfaringer fra demensteamet:

Ideen om å etablere et demensteam sprang ut fra viktige nøkkelpersoner innen omsorgskjeden. Dette blir tydelig når resultatene så langt skal vurderes. På direkte spørsmål om hvorvidt demensteamet har sin berettigelse er et svar:

” Ja så absolutt, jeg synes vi er kommet veldig langt her i Vestre Toten med å bruke hele omsorgskjeden. Vi har ingen propper i systemet lenger. Vi har fått en åpen dialog og en annen holdning. Vi sloss ikke lenger for at folk skal forbli der de er til de dør og dermed sperre muligheter til riktig bruk av tilbudene. Vi bruker ikke masse ressurser på f. eks å roe ned urolige pasienter i stor sykehjemsavdeling. Vi klarer å finne en mer egnet plass i et mer skjermet miljø. På bokollektivet bor f.eks bare fem igjen av de som 16 som flyttet inn for to år siden, og to av beboerne har flyttet til et lettere omsorgstilbud og klarer seg fint.

Dette viser at målet om å samordne ressursene er nådd. Teamet mener også å se at de vurderinger de har gjort i utredningsarbeidet har vært riktige i forhold til å finne egnede tilbud.

Så langt har etterspørselen etter teamets tjenester vært relativt beskjeden, og de som er blitt henvist har kommet langt i sykdomsutviklingen. Dette kan skyldes at tilbudet foreløpig er lite kjent utenom helsesektoren. Teamet har heller ikke så mye ressurser til rådighet. Så langt har kun sykepleier og lege deltatt i arbeidet, kommunens ergoterapeut har ikke vært trukket inn. Teamet har heller ikke foretatt hjemmebeøk. De sier at det alltid er noen tilstede ved kartleggingen som kan gi god informasjon om hjemmesituasjonen. Tilstrekkelig informasjon om fungering i dagliglivet blir også sikret via henvisende instans, som regel primærlege eller

kommunens inntaksteam, som nettopp på grunn av kjennskap til manglende funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter henviser vedkommende til videre kartlegging.

Selve kartleggingen foregår i et hyggelig kontor på Gimle hvor personen med hukommelsessvikt og dennes pårørende inviteres til et hyggelig kaffebord sammen med teamets sykepleier og lege. Allerede i denne uformelle kaffestunden samles viktig informasjon. Den mer objektive kartleggingen skjer ved at legen tar personen med mistanke om demens med seg til en grundig undersøkelse, mens sykepleier går videre med datainnsamling fra pårørende. Så samles alle fire igjen til en oppsummerende samtale, hvor videre opplegg drøftes og avtaler inngås. En grundig rapport med anbefalinger sendes henvisende instans. De redskaper som brukes under kartleggingsprosessen er validert og anbefalt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Demensteamet har ikke hatt konkrete undervisningsoppdrag, men kunnskapsformidling og faglig informasjon er skjedd via rapportering etter diagnostisering til henvisende instanser, via samtaler med pårørende og pasient, og samtaler med annet helsepersonell gjennom forslag og begrunnelse av tiltak.

Veiledning og undervisning var et av de definerte målene for demensteamet. Dette er i liten grad skjedd, men via samtaler med pårørende og helsepersonell i forbindelse med utredning, og grundige rapporter med begrunnede anbefalinger til henvisende instans er dette indirekte ivaretatt. Det er viktig å være realistisk i forhold til reelle muligheter når kriterer for teamets arbeid og ansvar skal utformes.

Slik kan målet om informasjon til befolkningen sies å være ivaretatt til en viss grad. Informasjon til bevilgende myndighet er ivaretatt gjennom deltakelse i styringsgruppa for prosjektet. Personell med planleggings- og beslutningsansvar har deltatt gjennom prosjektperioden. At arbeidet fortsetter utover prosjektperioden kan tolkes som en helsepolitisk innsikt, selv om demensteamet med sin lille tidsressurs har hatt små muligheter til å være aktive i dette viktige arbeidet.

Hjemmesykepleien bekrefter at de kjenner til teamet, men de har så langt ikke hatt direkte kontakt i forbindelse med kartleggingsoppgaver.

Det ble stilt tre konkrete evalueringsspørsmål til demensteames funksjon :

- ❖ Bidrar arbeidet til riktigere og raskere tilbud for den enkelte bruker av tjenesten?
- ❖ Fører arbeidet til en mer nyansert omsorgskjede?

- ❖ Er målet om mer undervisning og veiledning, og mer informasjon til befolkningen ivare tatt?

I følge de data som foreligger kan spørsmål to besvares med ja. Også spørsmål tre kan besvares med et betinget ja ut fra argumentasjonen under forrige punkt. Mer direkte tid til informasjon, undervisning og veiledning vil kreve en større tidsressurs.

Til spørsmål en er det betenkelig at de personer som så langt er kartlagt er kommet langt i sin demensutvikling, i følge data. Teorien anbefaler tidlig kartlegging, både for å finne riktige tiltak som bevarer høyest mulig livskvalitet og funksjonsevne så lenge som mulig, og for å lette bekymringene både for den som mister kontrollen av tilværelsen og de pårørende. Et viktig tiltak som kan bøte på dette er at leder av erindringssettret alltid henviser brukere av dagsenteret til utredning hvis dette ikke er gjort på forhånd.

Anbefalinger:

På bakgrunn av erfaringene fra Vestre Toten ser det ut til at modellen kan anbefales for kommuner med lignende struktur. At sykepleier og lege er ansatt i kommunehelsetjenesten og dermed kjent innen de andre leddene i omsorgskjeden ser ut til å være en stor fordel for å oppnå smidighet i systemet. Sykepleier med erfaring og videreutdanning innen geriatri eller demensomsorg og lege med interesse for demensproblematikk og godt kjennskap til lokale forhold utgjør et velegnet team som en grunnstamme i kartleggingsarbeidet. Dette bekreftes ved erfaringer fra andre kommuner, og nasjonale anbefalinger. Pårørende, hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere bør være viktige bidragsytere når det gjelder kartlegging av hvordan personen det gjelder fungerer i dagliglivet.

Det sies ingenting om hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal foregå. Dette kunne ha vært avklart. Etter hvert som kunnskapen innen demensproblematikk øker bør det tenkes på kriterier for samarbeidsformer og samarbeidslinjer både med første- og andrelinjetjenesten.

For å spre informasjon til allmenheten om demensteamets funksjon er en enkel og informativ informasjonsbrosjyre utformet. Ved ringerunde rundt til aktuelle distribusjonssteder var brosjyren ikke utlagt. Den bør distribueres via apotek, legekontorer, pleie- og omsorgssenter, institusjoner, eller direkte via hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Sykepleier i demensteamet eller utpekt person i inntaksteamet bør ta ansvar for dette.

Erindringsentret, erfaringer og evaluering i forhold til mål



Brukerne av dagsentret og deres pårørende, erfaringer

Dagsentret er bemannet og utstyrt for å ta i mot 6 dagbrukere pr dag tre dager i uken.

Dagsentret er åpent fra kl 9 til kl 15, og alle brukerne møter til frokost. Innen de drar har de også fått middag og en kaffetår etterpå. To personal eller ett personale og en frivillig hjelper er tilstede hele dagen. Disse tar i mot brukerne ved ankomst, og vinker dem av gårde når de blir hentet. Noen brukere er rekruttert fra dagsentret på Raufosstun, andre fra hjemmet.

Dagsentret på Raufosstun har tilbud til ti brukere pr dag, og det sier seg selv at et så stort miljø kan være forvirrende når hukommelsen er svekket, og at denne forvirringen kan føre til uro, også for de mentalt funksjonsfriske.

Like etter åpningen var det vanskelig å finne brukere som kunne profittere på tilbudet, men fra høsten 2001 har tilbudet vært fullt utnyttet. Likevel mener daglig leder at kontinuerlig informasjon og motivasjon er nødvendig, og undrer om senterets informasjonsbrosjyre burde vært sendt til hver husstand?

Det virker som om brukerne trives på erindringsentret. Observasjonsdata forteller om ro, og det ser ut til å være lett å få dem med på ulike aktiviteter. ”*Jeg har så langt ikke opplevd noe problem med vandring her inne*”, sier en av de ansatte. Ordleker, sanger og billedalbum skaper hygge og trivsel, og pleiernes muntre sanger og historier kaller på smilet. De ulike erindringsgjenstander som er sirlig samlet i temaer forblir mye urørt hvis ikke de ansatte iscenesetter aktiviteter rundt gjenstandene.

Brukerne kommer til erindringsentret, pleierne er vertskapet, brukerne er gjester. De virker svært fornøyd med den service som blir dem til del, men tar lite initiativ til ”å ta stedet i bruk” på egen hånd, noe vi heller ikke gjør når vi ikke er på hjemmebane! Flere studier viser også at mange opplever høy grad av trivsel ved å være tilskuere til aktiviteter, at de føler delaktighet gjennom det.

På den ukedagen hvor dagsenteret ikke er i aktivt bruk, hender det at grupper på tre institusjonsboerne får invitasjon til en times mimrestund. De som så langt har vært gjester føler seg privilegert over å motta invitasjonen (se vedlegg), og over å få være deltaker i en hyggestund hvor fokus holdes på et tema hvor de selv kan være bidragsytere. En time med aktivt og konsentrert erindringsarbeid er nok, sier daglig leder. Med seks dagbrukere er det krevende å gi alle nok oppmerksomhet. Den mentale kapasiteten vil være forskjellig selv i en gruppe med mildere grad av demens, slik at noen kan ha tendens til å dominere aktiviteten, mens andre blir passive.

For pårørende synes det tilrettelagte dagsenteret å være et svært godt tilbud. Ved at deres nære får være tre dager på et dagsenter hvor de trives, kan de få litt sårt tiltrengt avlastning, og dermed holde ut noe lenger med omsorgsoppgavene. Ingen av de intervjuede merket større uro de dagene deres pårørende ikke hadde noe dagtilbud. Dette er i samsvar med andre kommuners erfaring med tilrettelagte dagsentre. Det ble heller ikke rapportert noen motstand mot å bli hentet av drosjen tre morgener pr uke. En ektefelle rapporterer tegn på bedre humør og større trivsel hos sin aldersdemente ektefelle etter at de fikk dette tilbudet. ” *Han er glad i å kjøre bil, så han gleder seg til drosja kommer* ” sier en pårørende. Men samme ektefelle legger til at det er veldig viktig at tiden er avtalt og overholdes ved henting og bringing. Hvis ytterjakka er tatt på klokka halv ni, er det håpløst at bilen kommer nærmere ni. Likeså blir den avlastningen som dette dagtilbudet kan gi pårørende sterkt amputert hvis en ikke kan stole på tiden for hjemkomst.

Hjemmehjelperne og hjemmesykepleiernes funksjon vil være å hjelpe de hjemmeboende brukerne med det nødvendige morgenstellet før drosjen kommer og henter dem, og eventuelt å komme inn med tiltak utenom den tiden brukeren er på erindringssentret. Det er rapportert at så langt er det ingen som sier at de har registrert noen merbelastning eller mer uro og stress i forhold til egen arbeidssituasjon. At de ansatte på dagsenteret vet hvem som bor alene, og tar en ringerunde til disse klokka åtte på de dagene de skal komme, er et utrolig godt tiltak overfor dem som kanskje ikke riktig vet hvor og når (se vedlegg).



Mimrekafe

Erindringsstret er åpent som dagtilbud fire dager pr uke, og de fleste brukerne er der tre dager. En av dagene er det ”mimrekafe”. Her er ”gammeldags kafe med gammeldags priser”. Det betyr at en av aktivitetene dagen før åpen kafe er å bake kaker eller lage vaffelrøre, avhengig av ”arbeidsevne” og tid. Her treffes beboere fra sykehjemmet med sine pårørende, her kommer folk fra bokollektivet for å kjøpe seg en kopp kaffe. Tilbudet er åpent for alle, og benyttes av alle. Her møter folk fra bokollektivet de som bor ”inne” i institusjonen, her kan rullestolbrukeren fortsatt føle at de spanderer kaffe på sine kjære, slik de alltid gjorde. Her møtes de, ”innenfra” og ”utenfra”, og kanskje ligger duken noen husker fra bestemorhjemmet på bordet. Erindringsstret framstår som et stykke lokal kulturhistorie, og det er gjennom mennesker som husker at historien blir levende og ikke et støvete museum.

Erindringsstret, evaluering

I prosjektskissen forelå ingen konkrete mål knyttet til erindringsstretet, kun en formulering om å ”forsøke å bygge opp et erindringsstret”.

I prosjektets sluttrapport beskrives viljen, entusiasmen og den kollektive innsatsen bak dette vellykkede prosjektet. Her virkeliggjøres ordtaket at ”*viljen til å ville avler evnen til å kunne*”. Ved resultatet tydeliggjøres viktigheten av at prosjektgruppe og styringsgruppe har autoritet til å gjennomføre prosessen uten å møte stoppere.

I evalueringen har følgende spørsmål ligget til grunn for datainnsamlingen:

- ❖ Hvem er brukerne (behov for dagplass eller behov for minneaktivitet)? Kriterier for inntak og bruk.
- ❖ Brukertilfredshet (tilfredshet med dagene på stret / innvirkning på de andre dagene / hvordan de nærmeste pårørende opplever tilbudet)?
- ❖ Hjemmetjenesten / transporttjenesten, avlastning eller belastning?
- ❖ Økonomi, fører et godt tilbud til få til forringet tilbud til flere?

- ❖ Erindringssettets ansatte, erindringsarbeidets plass og betydning i dagsenterets virksomhet / i institusjonens virksomhet / i kommunens omsorgskjede?

Erfaringene så langt tyder på at erindringssettet er en svært viktig lenke i kjeden i Vestre Toten kommune. Det er passe stort for seks brukere og to personale. Rundt et dekket spisebord får alle plass, i en skjermet sofa i det lille rommet er det muligheter for å trekke seg litt tilbake fra fellesskapet. Grappa bør ikke være større, da kan det bli vanskelig å samles rundt de ulike aktiviteter. Den bør heller ikke være så mye mindre, det kan bli lite stimulerende for både for brukere og personale. Som tidligere beskrevet er seks deltakere i meste laget ved aktivt erindringsarbeid som metode. Seks brukere vil også være for mange hvis de ikke kan delta i de samme aktivitetene, for eksempel ved forskjellig fysisk funksjonsnivå. To brukere har måttet slutte fordi de ikke passet inn.

Det bør absolutt være to personale, til å støtte og motivere hverandre. Videre er det mange gjøremål knyttet til de daglige aktiviteter som må gjennomføres. For å ivareta erindringssettet som arena for sosial samhandling og kollektiv minneaktivitet har også frivilliges tilstedeværelse stor betydning.

Sammendrag, spørsmål 1:

Det foreligger ingen skriftlige kriterier for tilbud om plass. Plassene tildeles gjennom inntaksteamet etter henvendelse fra aktuelle instanser, det kan være demensteamet, hjemmetjenesten, primærlegene eller andre. Som beskrevet tidligere har det i starten vært vanskelig å fylle opp plassene. Dette har resultert i noen få feilplasseringer. Skal dette høykvalitetstiltaket bli ordentlig utnyttet, må brukeren trenge den stimuleringen som ligger både i det sosiale og det fysisk tilrettelagte miljøet. Hjemmeboende personer med aldersdemens av mildere grad er den ideelle bruker av et dagtilbud, i henhold til teorien.

Sammendrag, spørsmål 2:

Observasjonsdata forteller om høy brukertilfredshet, og dette bekreftes av pårørende. De pårørende merker ingen negative konsekvenser knyttet til tilbudet, og ingen vegring mot å bli hentet hjemmefra. På de dagene hvor deres nære ikke har dagtilbud, nevnes ikke opplevelser knyttet til erindringssettet, - ute av øye, ute av sinn! Hvorvidt mental og fysisk funksjonsevne er økt er det vanskelig å vite noe om. Her er variabler som hjernesykdommens utvikling, aldringsprosess og dagsform usikkerhetsmomenter. At brukeren utviser trivsel i hverdagen og at nære omsorgspersoner får litt avlastning er viktige oppnådde mål!

Sammendrag, spørsmål 3:

Data innhentet i forhold til transport tyder på at dette har vært relativt uproblematisk så langt.

For et menneske uten tids- og stedsorientering er det stressende å ha en fornemmelse av at noe skal skje, men ikke vite hvor og når. Det kan være en stor utfordring for hjemmetjenesten å bistå kanskje flere brukere slik at de er klare til å dra innen et fast tidspunkt tre av ukas dager. Litteraturen sier at kjennskap og kontinuitet hjelper, men ikke alltid. Slik sett kan dagtilbud til aleneboende være viktig, men vanskelig. Ringerunde til fast tid på aktuelle dager er et godt tiltak. Der hvor brukeren bor sammen med ektefelle er det utrolig viktig at den som henter og bringer kommer presis, slik at ektefellen kan bruke den uavhengige tiden best mulig. Den som henter bør også være en trygg og kjent person. Vestre Toten benytter drosjene, og da er det viktig at oppdraget prioriteres både med hensyn til tid og kjent sjåfør.”*De kjenner hverandre så godt, og han er så glad i å kjøre bil*”, uttaler en pårørende.

Sammendrag, spørsmål 4:

I denne rapporten skal det kun knyttes noen refleksjoner til den økonomiske siden av driften av erindringssentret, Det er vanskelig å si eksakt hva et kvalitativt tilbud i virkeligheten koster, for utgiftene ved at tilbudet ikke fantes er ukjent.

Det er enkelt å legge sammen regningen for transporttjenesten, maten som spises, lønn til to personale i fire dager pr uke, og komme fram til en høy sum, men ingen kan si om det manglende tilbudet hadde ført til uheldige konsekvenser som tidligere institusjonalisering og utslitte og syke pårørende. På direkte spørsmål til hjemmetjenesten avkrefte den viktige hypotesen at et kvalitativt godt tilbud til noen, fører til et dårligere tilbud for andre. Særlig med tanke på den åpne døra og tiltaket mimrekafe har beboerne i bokollektivet, pasientene i sykehjemmet, hjemmeboende med hjelpebehov og befolkningen ellers fått et bedre tilbud.

Sammendrag, spørsmål 5:

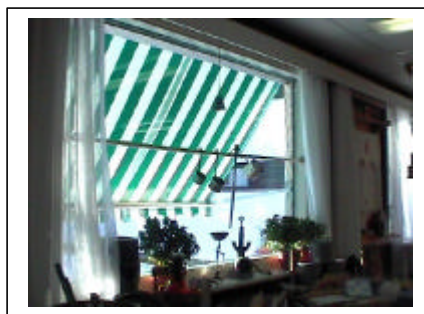
De ansatte i erindringssentret er tilsatt ut fra kompetanse. I kompetanse inngår både faglig og etisk kunnskap, egnethet og erfaring. Daglig leder, som er hjelpepleier, har fått mulighet til å ta videreutdanning relevant for stillingen. At de ansatte har deler av sin stilling tilknyttet andre avdelinger på sykehjemmet kan bidra positivt til at tenkning og arbeidsmåter knyttet til erindringsarbeidet internaliseres. Videre bidrar daglig leder med minnegrupper på avdelingen, hvor hun kommer med minnekurven sin og samler grupper av beboere til erindringsstund.

Prosjektet har ført til at erindring og bruk av minner som verdi nå bygges inn i verdigrunnlaget for Gimle sykehjem

Frivillige og faglig personale deler dagene i erindringssentret og trekker veksler på hverandres kompetanse til berikelse for alle. Frivillige, som er rekruttert blant annet fra frivillige organisasjoner kan bidra til å knytte bånd mellom institusjonen og andre deler av samfunnet, og være positive informasjonskanaler. ”*Jeg blir jo så mye friskere av å være her*” sier en ivrig

kaffeselger på mimrekafeen. Viktig er å betenke taushetsplikt i forhold til den enkelte bruker, det er arbeidsmåter, atmosfære og positive samværsformer som bør formidles og komme almenheten til gode.

Som for demensteamet: den enkle og informative brosjyren om erindringsstret må også komme almenheten i hende, her bør leder av dagsentret ta ansvar.



Hva er lurt å gjøre / oppsummering

Til slutt noen sammenfattende tanker til andre som brenner for ideer de tror på, eller er villige til å gå løs på viktige utviklingsarbeider

Lag en grundig prosjektplan for gjennomføring av arbeidet hvor flere står bak i et forpliktende samarbeide. Ledelsen må være med, og de økonomiske konsekvenser ved videre drift må være avklart. Hvordan arbeidet kan drives og videreutvikles etter at planen er gjennomført, og prosjektet er avsluttet, må inngå i planen.

Dette prosjektet føyer seg inn i rekken av flere andre som bekrefter at det lønner seg å gi støtte og økonomi til engasjerte og dyktige ansatte som ønsker å ta den ekstra utfordringen det er å gjennomføre et viktig utviklingsarbeid.

For de som skal gjennomføre arbeidet er det viktig å få flest mulig av staben med i arbeidet ut fra det omvendte prinsipp ”de som er med er ikke i mot”. At mange er involvert letter også spredning av informasjonen. I Vestre Totens prosjekt burde kanskje flere på ”grasrotplan” vært involvert. Dette blir delvis rettet opp ved at ansatte i erindringsstret også arbeider i avdelingen. En styrke for gjennomføringen var sikkert at institusjonsleder også var prosjektleder, og at personer med beslutningsansvar satt i styringsgruppa. Det arbeides nå med å få prinsippet om å bygge pleie og omsorg på erfaringer fra levd liv og erindringsarbeid inn i som et viktig moment i institusjonens verdigrunnlag.

Dette kan på sikt føre til at ideologien som prosjektet bygger på blir internalisert i hele institusjonen. Gjennom prosjektperioden har prosjektleder utarbeidet et enkelt og etterspurt undervisningsopplegg i erindringsarbeid som bidrar til å formidle erfaringer og resultater fra

prosjektet. Det samme kan sies om "Min historie", som er en guide for datasamling hos gamle mennesker med mentalsvikt, se referanseliste.

Og til de som tror på erindringsarbeid, men ikke kan kombinere det med dagsenterdrift eller erindringscenter: Lag små minnehager eller minnekroker, ha en minnekurv. Samle noen gode minner for dem du har ansvaret for eller samhandler med. Bilder, gjenstander, kjennskap til familiens navn,- det finnes så mange nøkler til den gamles levde liv. Ta dem i bruk som innledning til den gode samtalen.

De som har vært delaktige i dette prosjektet bekrefter at et godt prosjekt er en virksom arbeidsmetode for å nå ønskede mål. Prosjektmålene er nådd, og daglig drift synes så langt å være etablert.

Vestre Toten har fått to nye viktige ledd i sin omsorgskjede.

Gratulerer og lykke til med videreutvikling av begge tiltakene!

Nyttige referanser til de som vil gå i gang

Aldersdemens / erindringsarbeide

Demens. Tidsskrift utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

I denne forbindelse nevnes spesielt Vol .5/nr 2 2001, tema dagsenter,møteplass med mange utfordringer

Engedal, Knut (red) (1997) Er det demens? Utredning av demenssykdommer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Sande INFO-banken 1997

Engedal, Knut (2000) Urunde hjul. Sande. INFO-banken 2000

Heap, Ken (2000) Snakk med meg! Å samtale med eldre. Oslo, Kommuneforlaget

Heap, Ken (1996) Samtalen i eldreomsorgen. Oslo, Kommuneforlaget

Kval, Liv Karin. Sluttrapport, prosjekt demensteam 2000, Vestre Toten
Upublisert, fås ved henvendelse til Gimle Sykehjem

Kval, Liv Karin. Min historie, pasientopplysninger
Upublisert, fås ved henvendelse til Gimle Sykehjem

Kval, Liv Karin. Erindringsarbeid. Vestre Toten kommunes erindringscenter, sept 2000
Upublisert, fås ved henvendelse til Gimle Sykehjem

Norberg, Astrid med flere (1994) Att vara dement. Stockholm, Bonniers forlag

Rokstad, Anne Marie Mork med flere (1996) Kommunikasjon på kollisjonskurs
Sande, INFO-banken

Swane, Christine (1996) Hverdagen med demens. København. Munksgaard

Swane, Christine (1998) Havestuen . Danmark. Dafolo

Wogn- Henriksen, Kjersti (1997) ”Siden blir det vel verre....?” Sande, INFO-banken

Prosjekt - utviklingsarbeid

Bakketeig, Leiv S og Per Magnus (2000) Prosjektarbeid i helsefagene. Oslo, Gyldendal akademisk

Mæland, JG (1990) Evaluering av helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Hva, hvorfor og hvordan. Universitetet i Bergen, Hemli-Rapport:2

Thyness, Paul (1987) Prosjektundervisning. Oslo, TANO

Westhagen H (1995) Prosjektarbeid. Utviklings- og endringskompetanse Oslo, Universitetsforlaget.