

Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg

Faste avtaler med frivillige aktører kan gi ansatte mer tid til å dekke pasientens ulike behov for sosiale aktiviteter

Forfattere

Stine Hauvik
Høgskolelektor
Høgskolen i Molde, avdeling Kristiansund

Karina Molvik Eckhoff
Avdelingssykepleier
Kristiansund kommune

Sykehjem

Brukermedvirkning

Livskvalitet

Sykepleien 2017 105(64620)(e-64620)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64620>

Hovedbudskap

Innen aktiv omsorg er det viktig med brukermedvirkning for å heve livskvaliteten hos pasienter på sykehjem. Frivillighet, planlegging og en fast struktur gir ansatte forutsigbarhet i en travel hverdag. De får dermed bedre mulighet til å dekke alle behovene til pasienten – både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige.

De fleste kommuner opererer med begrepet «helhetlig omsorg». I begrepet ligger føringer som forteller oss at det ikke er nok å yte hjelp til å dekke pasientens basale og fysiske behov (1). Pasienten skal også ha bistand til å delta aktivt i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter med utgangspunkt i egne interesser (2). På denne måten ønsker man å fremme helse gjennom å heve livskvaliteten til hver enkelt bruker.

Cirka 80 til 85 prosent av beboere ved norske sykehjem har demens. Innenfor demensomsorgen er både rutiner og forutsigbarhet viktig. Faste rutiner på avdelingen gir forutsigbarhet, som hjelper personer med en demensdiagnose til å føle trygghet, og som gir gjenkjenning til tross for forvirringen som ofte følger med et økende hukommelsestap (3).

Nye situasjoner kan være forvirrende for personer med en demensdiagnose, samtidig som følelsen av hverdagslige og kjente situasjoner gir trygghet (4). Hvis pasientene på sykehjem får mulighet til å videreføre sine interesser og daglige aktiviteter selv om de er pasienter, vil det hjelpe med å skape en forutsigbar og kjent hverdag. Samtidig vil vante aktiviteter bidra til å heve livskvaliteten og skape mening i hverdagen til pasienten.

Livet på sykehjem

Et døgn på sykehjem er lagt opp etter en døgnrytmeplan og er dermed svært rutinepreget. Måltider er planlagt til faste klokkeslett, og beboerne etablerer ganske raskt egne rutiner for blant annet når de foretrekker å stå opp eller legge seg for natten. Et problem er at hviletiden, altså tiden mellom måltidene, ofte blir lang og med lite innhold.

De ansatte er pålagt andre arbeidsoppgaver, og lav bemanning gjør at det ofte ikke er tid til aktiviteter sammen med pasientene. Erfaringsmessig er ikke daglige aktiviteter spesifisert på døgnrytmeplanen som en arbeidsoppgave for ansatte på sykehjem. Det blir derfor ofte opp til hver enkelt ansatt å prioritere aktiviteter i hverdagen til pasientene.

Samtidig som det er lovpålagt å sørge for at hver enkelt pasient oppnår god livskvalitet og en meningsfylt hverdag (5), vil daglige aktiviteter i tillegg ha en klar terapeutisk virkning for en spesiell gruppe pasienter (3).

Bakgrunn for prosjektet

Vi startet prosjektet «Aktiv omsorg i årshjul – frivillighet satt i system» i 2015 i Kristiansund kommune på bakgrunn av behovet for et overordnet system innenfor aktiviteter i sykehjem. Hensikten med studien var å skape et overordnet system for aktiviteter i sykehjem ved hjelp av frivillighet. Årshjul er et verktøy for å strukturere faste avtaler eller hendelser som skal skje i løpet av ett år – hvert år.

Gjennom å analysere tidligere aktivitetstiltak og se på hvordan disse ble drevet, ble det tydelig at det gikk bort for mye tid til å organisere hver enkelt aktivitet hver gang noe skulle gjennomføres. En ansatt kalte det «å finne opp kruttet på nytt, hver gang noe skal skje».

Det var dessuten tydelig at de ikke prioriterte å gjennomføre aktivitetene i en travel hverdag når de hadde såpass mange andre arbeidsoppgaver i tillegg: «Hvis valget står mellom omsorgsoppgaver og aktiviteter, er det aktivitetene som først må vike.» Mange ansatte uttalte at de ikke «skjønner poenget» med utstrakt aktivisering, og at «det tar for mye tid som kunne vært brukt på andre ting».

Prosjektet var imidlertid ønsket av ledelsen og størsteparten av de ansatte. De anerkjente et behov for å øke og omorganisere aktiv omsorg ved sykehjemmet, noe som forankret prosjektet. Underveis i prosjektet brukte vi William Demings PDSA-sirkel (Plan, Do, Study, Act) til å systematisere og gjennomføre ønsket kvalitetsforbedring innenfor aktiv omsorg (6).

Mål med prosjektet

Ansatte ved norske sykehjem blir stadig nedbemannet i takt med at arbeidsmengden øker (6, 7).

Sosialtjenestelovens hovedformål er blant annet å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (8).

Dersom brukeren etter en individuell behovsgjennomgang etter sosialtjenesteloven § 3 har rett til sosiale tiltak, har kommunene plikt til å tilby dette. Ansatte går derfor på akkord med seg selv når de stadig må velge hvilke behov som skal prioriteres.

På grunn av tidligere erfaringer fra sykehjem vet vi at det er vanskelig å finne tid i hverdagen til planlegging og store aktiviteter. Vi ønsker derfor å fokusere på aktiviteter som pasienten selv velger, som gir mange inntrykk og opplevelser, tar liten tid å arrangere og involverer frivillige utenfor sykehjemmet (10).



«Vi ønsker å skape en hverdag der brukermedvirkning skal være en rettesnor.»

Målet med prosjektet var å gi en varig, variert, forutsigbar og strukturert mulighet for pasientene ved sykehjemmet til å delta i ønskete, meningsfylte aktiviteter som de mestrer, og som ikke kulminerer i en enkelthendelse.

Prosjektets overordnede mål var å skape en hverdag der man som ansatt ikke må velge, men gis mulighet til å dekke alle pasientens behov, både de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Vi ønsker å skape en hverdag der brukermedvirkning skal være en rettesnor. Videre håper vi å bidra til å fremme bedre helse, mer velvære og bedre livskvalitet ved hjelp av frivillig innsats.

Kartlegging av behov

Det var svært viktig å kartlegge behovene siden brukermedvirkning bidrar til å avgjøre hvilke aktiviteter det skal satses på, og hvilke aktiviteter det ikke er like stort behov for.

Vi laget en enkel spørreundersøkelse basert på de fem kategoriene for aktiv omsorg til «Idébanken for aktiv omsorg» (11). De fem kategoriene var følgende:

- fysisk aktivitet
- grønn omsorg
- sosiale og kulturelle aktiviteter
- velvære og åndelige behov
- mat og måltider

Vi inkluderte pasientene med individuelle samtaler. Spørreundersøkelsen ble lagt ut på Facebook samt delt ut i papirformat til ansatte og pårørende i avdelingene. Spørreundersøkelsen dannet også bakgrunnen for samtaler med pasientene om tanker og ønsker rundt temaet «aktiv omsorg».

Ingen pasienter ble utelatt fra kartleggingen da vi anså at fordelene for pasientene var større enn eventuelle ulemper. Vi kontaktet Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men de vurderte prosjektet som ikke-søknadspliktig.

Rom for egne ønsker

Gjennom samtaler med pasientene endret vi ordlyden i spørreskjemaet og tilpasset det til pasienter med kognitiv svikt. Vi brukte tid under samtalene for å sikre at både pasienten og den som stilte spørsmålene, forsto hverandre og hva som ble sagt, blant annet med tanke på pasienter med hørselsutfordringer, kognitiv svikt eller liknende.

I samtalene fokuserte vi på pasientens egne ønsker. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål til pasientens svar.

Innledningsvis ble deltakerne bedt om å krysse av for hvorvidt de var ansatt, pårørende eller «annet» for at vi skulle kunne se om det var signifikante forskjeller i svarene. Deretter spurte vi om hva deltakerne la i begrepet «aktiv omsorg». Svaralternativene var basert på de fem kategoriene idébanken opererer med. I tillegg inkluderte vi en sjettede kategori kalt «annet», med mulighet for å utdype.

Nesten alle krysset av

Nesten alle deltakerne krysset av for alle fem kategoriene, med unntak av noen få som ikke inkluderte «grønn omsorg» og «velvære og åndelige behov». En ansatt kommenterte at aktiv omsorg også burde omfatte «muligheten til å bidra i egne, daglige gjøremål», og at «ansatte burde arbeide mer med hendene på ryggen».

På spørsmålet om kommunen når målet med økt aktiv omsorg i dagens praksis, svarte kun én ansatt «ja», mens resten svarte «nei».

Neste spørsmål omhandlet innenfor hvilke områder deltakerne mente det var rom for forbedring. Igjen var svaralternativene basert på idébankens kategorier, med mulighet for å utdype. De aller fleste krysset igjen av for alle de fem idébankkategoriene, med unntak av et par ansatte.

De mente at det ikke var nødvendig med forbedring innenfor grønn omsorg, mens noen pårørende var fornøyde med sykehjemmets oppmerksomhet på velvære. I «annet»-kategorien hadde imidlertid én ansatt kommentert at «pasientenes åndelige behov ofte ikke ble møtt».

Ønsker og savn

De ansatte ønsket at pasientene skulle få et bedre tilbud om fysiske aktiviteter «innomhus», et utvidet kulturtilbud, tydeligere markering av årstider og mer oppmerksomhet på måltider. Alle ønsket dessuten at de hadde mer tid å bruke på hver enkelt pasient. Pårørende ønsket mulighet til utflukter ut av sykehjemmet, hagestell og kontakt med dyr.

Pasientene ble spurt om hva de savnet på sykehjemmet med tanke på aktiviteter. Vi samtalte om forskjellige typer aktiviteter som matchet interessene pasientene hadde, enten før vedkommende ble pasient på sykehjemmet, eller interesser vedkommende har i dag.



«Alle kunne tenkt seg mer sang og musikk på sykehjemmet, og flere savnet å kunne gå ut og danse.»

Mange som ønsket seg kontakt med dyr, poengterte at den var begrenset til kjæledyr i form av hund og katt: «[latter] Nei, vi kan da ikke ha rennende høner og slike ting her.»

Temaer som gikk igjen, var at de alle kunne tenkt seg mer sang og musikk på sykehjemmet, og flere savnet å kunne gå ut og danse, eller som en mann sa: «Jeg skulle gjerne kunnet tatt meg en svingom igjen.»

Ulike meninger

Alle pasientene satte stor pris på at noen hadde tid til «å sette seg ned for en prat». De fleste fortalte at de savnet å komme seg ut i naturen og ut på byen, men at de nå var «for dårlige til beins til å drive å renne i skog og mark, og på fjellet», og «for gamle til å gå på kino og i operaen og slike ting».

Pasientene var delt i spørsmålet om fysisk aktivitet. Flere fortalte at de forsøkte å røre seg litt hver dag. Noen ønsket seg litt aktivitet som samtidig var gøy, mens noen rynket på nesen av spørsmålet: «Man kan få lov å slappe av når man har blitt så gammel som meg nå», sa en dame mens hun lo. På spørsmål om det kunne være fint med besøk fra barnehage og barneskole, svarte samtlige pasienter et entusiastisk «ja!».

Husets damer var stort sett godt fornøyde med at sykehjemmet tilbyr frisør og fotpleie «innomhus», og følte ikke at de manglet noe på velværefronten. Alle pasientene skrøt av «matstellet» ved avdelingen og syntes det var svært «gøyalt med slik utenlandskmat», som både pasienter og pårørende fikk smake da sykehjemmets fremmedspråklige ansatte arrangerte «internasjonal kafé» med matretter fra sine hjemland.

Kartleggingen viste tydelig at pasientene savnet aktiviteter innenfor alle de fem hovedområdene til idébanken: aktiviteter som i stor grad er både alders- og kjønnsnøytrale.

Tilrettelegger tilbud

Alle pasientene som er innlagt på sykehjemmet, har diagnoser som gjør hverdagen vanskelig på forskjellig vis. De aller fleste pasientene har ett eller flere fysiske problemer. I tillegg har mange variert grad av kognitiv svikt. Til tross for sviktende helse har alle beboerne mange ressurser og er kontaktsøkende og glade i å omgås andre mennesker.

Samtidig skal det også være rom for de pasientene som av varierte grunner liker å trekke seg tilbake av og til. Noen pasienter er glade i gruppeaktiviteter. Andre ønsker av forskjellige grunner å ha kontakt med få personer om gangen i roligere omgivelser, for eksempel på grunn av hørselsvansker eller liknende.

Sykehjemmet tilrettelegger for besøksvenner og dem som ønsker å tilbringe tid ute i friluft, for eksempel med elektrisk rullestol. Flere pasienter med kognitiv svikt, men som fysisk sett er ved god helse, har stor glede av å delta i avdelingens «hverdagslige sysler».

Siden mange av pasientene på sykehjemmet hadde fysiske eller kognitive utfordringer, ble en stor grad av årshjulets aktiviteter lagt til sykehjemmet, der pasienten føler seg trygg og fellesarealene er tilrettelagt. Tanken var at ingen fysiske eller kognitive utfordringer skulle utelukke en ønsket aktivitet, men heller stimulere fantasien for å komme på alternative løsninger i stedet for de vanlige, tradisjonelle aktivitetene.

Ønsket mer aktivitet

I kartleggingsamtalene med pasientene fokuserte vi på realistiske ønsker basert på pasientenes ressurser. Siden mening, men også mestring er med på å heve livskvaliteten, må aktivitetene tilpasses for å gi mestringsfølelse heller enn en følelse av hjelpeløshet.



«Den ansatte oppholder seg sammen med pasientene, legger sammen tøy, vannet blomster, baker, spiller brettspill, leser avisen og samtaler.»

For å sikre at pasientene ble møtt i ønsket om mer aktivitet, gjorde sykehjemmet noen endringer i døgnrutineplanen. Hver vakt fritas en ansatt i et gitt tidsrom fra vanlige omsorgsoppgaver, med ansvar for å skape trivsel og sørge for tilstedeværelse på stuen. Sykehjemmet arrangerer vante, hverdagslige aktiviteter som føles trygge for pasientene.

Den ansatte oppholder seg sammen med pasientene, legger sammen tøy, vanner blomster, baker, spiller brettspill, leser avisen og samtaler. Slike aktiviteter fremmer mestring og trygghet hos pasienter med demens (3, 4).

Pasienter med en moderat til alvorlig grad av demenssykdom kan fortsatt føle mening og mestring i å kunne utføre sine vante gjøremål. Og selv om en pasientene ikke har noen erindring om at de har deltatt i aktiviteten, kan de kjenne lenge på følelsen av å være glad og fornøyd (3, 12).

Samarbeidspartnere

Etter at vi hadde kartlagt behov, ønsker og pasientenes ressurser, var det viktig å skaffe oss oversikt over aktuelle samarbeidspartnere i kommunen og omegn. Vi benyttet kommunens liste over frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner i det videre arbeidet.

Basert på kartleggings skjemaet og samtaler med pasientene kontaktet den prosjektansvarlige flere forskjellige frivillige organisasjoner eller foreninger og utdanningsinstitusjoner som kunne bidra med ønskete aktiviteter, som for eksempel rullerende kunstutstilling, danse- og sangstunder, hobbystunder med barnehagebarn og bakestunder.

Først tenkte vi at forespørsler til eventuelle samarbeidsaktører burde være åpent formulert, slik at vi ikke bandt aktørene til vårt forslag, men åpnet for at de selv kunne foreslå hva de ønsket å delta med. Vi lærte imidlertid at vi ikke fikk noen respons ved å sende ut åpne forespørsler der vi ikke spesifiserte hva vi var ute etter.

Derfor tok vi kontakt per telefon og beskrev behovet for aktiv omsorg, samtidig som vi spesifiserte hva den aktuelle aktøren kunne bidra med, og hvorfor vi kontaktet dem. Vi ivaretok «åpenheten» ved å invitere til åpne dialogmøter om deltakelsen og holde små evalueringssamtaler med aktørene etter at aktivitetene var gjennomført.

Evaluering

Vi evaluerte prosjektet fortløpende ved hjelp av prosjektmøter (13, 14) og faste refleksjonsgrupper i avdelingen. Pasientens stemmer ble hørt blant annet gjennom en «verdighetskafé», som prosjektansvarlig arrangerte som en fast samtalearena der pasienter, pårørende, ansatte, studenter med flere kunne delta.

Verdighetskafeen oppfattes som et «internt brukerråd» – en uhøytidelig og avslappet måte for ansatte å skaffe seg verdifull informasjon på. Verdighetskafeen avdekket hva pasientene var opptatte av eller syntes var bra eller dårlig. Kaféen sørger kontinuerlig for oppmerksomhet på pasientens egen stemme. Gjennom kaféen respekterer vi individualitet, og pasienten har selv- og medbestemmelsesrett i alt vi foretar.

Vi brukte pasientenes ytringer i det videre utviklingsarbeidet. En eldre herremann fortalte om hvordan endringer i arbeidslisten påvirket «miljøet på stua»: «De [ansatte] fikk bedre tid til oss gamle [pasientene] ... nå er det alltid noen her på stua nå. Ikke så mange som sitter og nikker og sover bare lenger [latter].»


Med kaféen fikk dessuten pasientene en mulighet til å møtes på tvers av avdelingene. Pasienten var i sentrum og ble hørt som en «person, ikke som en pasient». Verdighetskafeen har vist seg ikke bare å være en arena for meningsutveksling for våre pasienter, men også et bidrag til en mer aktiv og innholdsrik, verdig hverdag.

Det ligger mye verdighet i en god samtale, og det er viktig for verdigheten at noen lytter aktivt og interessert, og at pasientenes meninger blir hørt på en positiv måte.

Avslutning

Ingen bestrider at aktiv omsorg er svært viktig med rett til å leve et liv med mening, selv for dem som er pasient på en institusjon. Samtidig er det en kjensgjerning at norske sykehjem ofte har problemer med å oppfylle denne «menneskeretten». Tidsklemmen omfavner oss alle, og alle ansatte i helsesektoren må føle på det å måtte velge.

Vi ønsket å skape et system – et årshjul med faste avtaler med frivillige aktører for å frigjøre tid for de ansatte. Samtidig skulle aktivitetene være tuftet utelukkende på brukermedvirkning – på pasientens egne ønsker og meninger. Målet var et selvstendig, bærende prosjekt der frivillige skulle inn på faste intervaller og med faste avtaler for å gi kommunens eldre en mulighet til å bedre sin helse og livskvalitet ved utstrakt bruk av aktiv omsorg.



«Aktivitetene skulle være tuftet utelukkende på brukermedvirkning – på pasientens egne ønsker og meninger.»

Alle frivillige og ansatte i prosjektet så tydelig at den sosiale aktiviteten gledet de eldre på sykehjemmet. Utfordringene lå i å kartlegge hvilke områder vi burde fokusere på samt finne frivillige som var villige til å forplikte seg til å skape de varige rammene som et fast årshjul gir. I tillegg var brukermedvirkning en rød tråd gjennom hele prosjektet.

For å oppfylle kravet om en aktiv hverdag med mening var det avgjørende at de eldre selv fikk være med på å bestemme hvilke aktiviteter sykehjemmet, ved hjelp av de frivillige, skulle satse på.

Referanser

1. Rannestad T, Haugan G. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. s. 15–26.
2. Diesen A, Jørgensen ACH. Aktiv omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2007.
3. Rokstad AMM. Mental aktivitet. I: Karoliussen M, Smebye KL, red. Eldre, aldring og sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1997.
4. Tretteteig S, Thorsen K. Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv. En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2011;2(7):39–61.
5. St.meld. 25. (2005–2006). «Mestring, muligheter og mening». Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/> (nedlastet 10.12.2015).
6. Andreassen LE. Sykehjem: Hva er riktig bemanning? Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/04/hva-er-riktig-bemanning> (nedlastet 18.12.2017).
7. Haukelien H. Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene. Telemarksforskning; 2004. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/290113085_Kvinnelig_bemanning_Om_vilkarene_for_fagutovelse_og_kvalitet_i_pleie_og_omsorgsyrkene (nedlastet 18.12.2017).

8. Lov 18.12.2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131> (nedlastet 18.12.2017).
9. Deming WE. Out of crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study; 1986.
10. Disch PG, Lorentzen G. Aktiv omsorg. Aktiv omsorg – prioritering, kompetanse og kompetansebehov nr. 6. (rapportserie). Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2012.
11. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Idébank aktiv omsorg. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingscenter.no/forsideidebank.255107.no.html> (nedlastet 20.01.2016).
12. Bragstad L, Kirkevold M. Individualisert musikk for personer med demens. Sykepleien Forskning 2010;5(2):110–18. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens> (nedlastet 21.12.2017).
13. Krogstrup HK. Kampen om evidens – resultatmåling, effektevaluering og evidens. København: Hans Reitzels forlag; 2011.
14. Sverdrup S. Evaluering – faser, design og gjennomføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.