



Håndbok

SAMTALE
VERKTØY
○○○
DEMENS

VERKTØY FOR SAMTALE MED
PERSONER MED DEMENS

○○○○○○○○○○
○○ DEMENSPLAN
○○○○○○○○○○ 2020

© Aldring og helse, 2020

1. utgave / 1. opplag 2020
ISBN 978-82-8061-510-7 (trykt)
ISBN 978-82-8061-511-4 (PDF)

Layout dansk versjon: Lea Rathnov/Hofdamerne
Layout/trykk norsk versjon: www.bk.no



Dette heftet tar utgangspunkt i *Manual. Samtalehjulet – version demens. Verktøy til samtale med mennesker med demens*. Materialet er oversatt til norsk og tilpasset norske forhold med tillatelse fra Nasjonalt Videnscenter for Demens, Danmark, 2019. (© 2019 Nasjonalt Videnscenter for Demens)

Håndbok. Samtaleverktøy – demens. Verktøy for samtale med personer med demens er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Heftet er oversatt til norsk av Semantix Translations og bearbeidet til norske forhold av fagpersoner i Aldring og helse.

Det må ikke kopieres fra dette heftet i strid med åndsverksloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansetjeneste

Alle henvendelser om heftet kan rettes til:

Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Innhold

1	Forord	4
2	Bakgrunn	4
	2.1 Målgruppen	5
	2.2 Plikten til å gi råd og informere	6
	2.3 Tidlig innsats ved demens	6
3	Samtalehjulet som modell	8
	3.1 Modellens referanseramme	8
	3.2 Modellens temaer og bruk av ICF	10
	3.3 Samtalekort	12
	3.4 Pilot – Brief Code Set ved demens	12
4	Samtalens hensikt og mål	13
	4.1 Samtalens hensikt	13
	4.2 Samtalens mål	13
5	Inspirasjon til samtalen i praksis	14
	5.1 Trinn 1 – Forberedelse av samtalen	14
	5.2 Trinn 2 – Introduksjon og etablering av en trygg relasjon og kontakt	15
	5.3 Trinn 3 – Identifisering av personens ønsker, ressurser og behov	15
	5.4 Trinn 4 – Prioritering og vurdering	17
	5.5 Trinn 5 – Avrunding og oppfølging	18
	5.6 Bruk av samtalehjulet i gruppesamtaler	18
6	Kompetanse	19
7	Andre verktøy: Min livssituasjon og betydning	21
8	Litteratur og nettsadresser	22

Samtalehjulet

1 Forord

I *verktøykassen* finner du *Samtalehjulet – demens*. Verktøyet kan brukes til samtale med personer med mild til moderat demens og deres pårørende. Det er utviklet med utgangspunkt i eksisterende evidensbaserte verktøy, DAISY – Rådgivningsmodellen (Sundhedsstyrelsen, 2010) og Esbjergmodellen (Esbjerg Kommune, 2013), samt Tom Kitwoods teorier om personsentrert omsorg (Kitwood, 1999).

Nationalt Videnscenter for Demens i Danmark har utviklet *Samtalehjulet – demens* i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet og Esbjerg Kommunes Sundhedsafdeling, som velvillig har delt sin faglige ekspertise og erfaringer og aktivt har bidratt til utvikling av verktøyet. Verktøyet ble pilotutprøvd i 2018 i samarbeid med demensspesialister fra kommunene Esbjerg, Næstved og Haderslev.

Denne håndboken inneholder en veiledning til helse- og omsorgspersonell om hvordan *Samtalehjulet – demens* kan brukes i praksis. Veiledningen bygger på erfaringene fra pilotutprøvingen. Med håndboken følger også platen *Samtalehjulet*, et sett med samtalekort, platen *Betydning* samt en veiledning med oversikt over samtalekort og tilhørende ICF-koder.

2 Bakgrunn

Utviklingen på demensområdet med sikrere diagnostikk og forbedrede muligheter for medisinsk behandling gjør at flere får stilt en demensdiagnose i en tidlig fase av sykdommen. Denne utviklingen stiller krav om og gjør det mulig for helse- og omsorgspersonell å bruke mer ressursfokuserede tilnærminger til både personen med demens og de pårørende. I den tidlige fasen i et demensforløp skal det derfor i høyere grad legges vekt på rådgivning, helsefremmende tiltak, opplæring av pasient eller bruker samt forebyggende og rehabiliterende innsats.

2.1 Målgruppen

Personer som får stilt en demensdiagnose tidlig, har større behov for en samtalepartner som kan følge dem gjennom sykdomsforløpet, sammenliknet med når diagnosen stilles senere. De trenger også veiledning, kunnskap og informasjon om spesielle aktiviteter og offentlige tjenester som tilbys til personer med demens etter hvert som sykdommen utvikler seg (Cheston & Bender, 2003).

I den tidlige fasen kan personer med demens ofte fortsatt uttrykke håp, ønsker og forventninger for fremtiden, og de har mulighet for å ta stilling til fremtiden. De kan lære å bruke sine egne ressurser bedre i hverdagen og lære seg kompensierende strategier. Slik blir de bedre rustet til å takle konsekvensene av sykdommen og holde seg så aktive og deltakende som mulig.

Personer med mild til moderat demens kan gi pålitelig og relevant informasjon om egen situasjon, og de kan ha innsikt i egen sykdom og beskrive problemene de har med hukommelsen. Samtidig kan de ha problemer med å beskrive de praktiske konsekvensene og vanskene i hverdagen. Helse- og omsorgspersonell må derfor ta høyde for dette i samtalen med personen med demens, for eksempel ved å benytte bilder eller tegninger.

Også de pårørende har behov for rådgivning og informasjon, noe de fleste kommuner i dag allerede tilbyr via hukommelsesteam eller koordinator. Fordelen med å gi råd til pårørende tidlig i sykdomsforløpet, er at de lettere håndterer konsekvensene av sykdommen. De kan i større grad lære å tilpasse fysiske omgivelser, krav og forventninger til det som personen faktisk makter, når den nødvendige tilpasningen av hverdagen starter tidlig i sykdomsforløpet.

Når det gjelder sykdomsinnsikt, så har mennesker med mild til moderat demens kanskje bare delvis innsikt i sykdommen de har, og konsekvensene som den fører med seg. Det skyldes at de kognitive evnene som personen trenger for å ha innsikt i situasjonen, er svekket. Det kan gjøre samtale og rådgivning om sykdommen vanskeligere. Men som Tom Kitwood har påpekt: Husk at bak forandringen er personen fortsatt til stede – en person som prøver å forstå forandringene og takle de problemene som oppstår i hverdagen, og som også har håp og ønsker for fremtiden. Derfor bør personer med mild til moderat demens tilbys samtale om den endrede livssituasjonen, akkurat som andre personer med kronisk sykdom. Samtalen bør tilbys av helse- og omsorgspersonell som kan ta høyde for personens eventuelle svekkede innsikt i egen sykdom.

2.2 Plikten til å informere

Den som yter helse- og omsorgstjenester, har plikt til å gi informasjon til pasienter og brukere, og til en viss grad til pårørende, innenfor eget fagområde og kompetansenivå. I helseinstitusjoner skal informasjon gis av den som helseinstitusjonen utpeker. Tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for at pasienter og brukere skal kunne ivareta sine interesser og rettigheter, som for eksempel retten til å samtykke og medvirke til tjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999).

Helse- og omsorgspersonellets plikt til å gi informasjon følger av helsepersonelloven § 10. Hvilken informasjon pasienter, brukere og nærmeste pårørende har krav på, er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Her heter det blant annet at pasienter skal informeres om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og at brukere skal gis den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og egne rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999).

Helse- og omsorgspersonell skal så langt som mulig sikre at pasienten eller brukeren har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen. Informasjonen må derfor tilpasses personens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helse- og omsorgspersonellet må også ta hensyn til personens uttrykte ønsker eller signaler om ikke å få all informasjon, eventuelt om å få informasjonen over lengre tid (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999).

2.3 Tidlig innsats ved demens

Den proaktive, tidlige innsatsen ved demens kan med fordel ta utgangspunkt i begreper hentet fra teori om helsepedagogikk samt helsefremmende tiltak, forebygging og rehabilitering, for her er brukermedvirkning, mestring og samarbeid i fokus.

Helsefremmende tiltak ved demens er de kommunale nasjonale tiltakene som søker å skape rammer og muligheter for at de nødvendige menneskelige ressursene kan mobiliseres hos personen med demens og de pårørende. Helsefremmende tiltak handler derfor om å styrke personens muligheter til å mestre hverdagen og den nye livssituasjonen med demenssykdom. Ved å legge vekt på de menneskelige verdiene og ressursene til å mestre livet, oppleves livet som forståelig, håndterbart og meningsfylt. Det medfører at mennesket har en opplevelse av sammenheng. Innenfor denne rammen tilbyr mange kommuner opplæring i form av pasient- eller brukerskole og pårørendeskoler med en problemløsende og/eller psykoedukativ tilnærming (Jensen & Johnsen, 2000; Sundhedsstyrelsen, 2005).

Forebygging ved demens handler om innsats for å identifisere risikofaktorer og risikoatferd så tidlig som mulig. Hensikten er å begrense følgetilstander, å forebygge komplikasjoner og tilbakefall, samt å oppnå størst mulig sykdomsmestring og livskvalitet. Forebygging inneholder elementer av helsefremmende tiltak og rehabilitering. Det legges vekt på at valgmuligheter og ansvarlighet forblir hos personen med demens og dennes pårørende, samt at helse- og omsorgspersonell viser empati, gir tilbakemeldinger og stiller positive forventninger til personen med demens (= håp).

Kommunene skal ha tilbud om habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Målet med slike tjenester er at den enkelte skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Dette innebærer at de kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal dekke sosiale, psykososiale så vel som medisinske behov. Dersom den enkelte har behov for et tilbud som er mer spesialisert enn det kommunen kan tilby, skal personen henvises videre til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Rehabilitering er en målbevisst og tidsavgrenset samarbeidsprosess mellom en person, helse- og omsorgspersonell og eventuelt de pårørende. Formålet er at personen som har eller står i risiko for å få betydelige begrensninger i sine fysiske, kognitive og/eller sosiale funksjoner, skal oppnå og oppleve å ha et så selvstendig og meningsfylt liv som mulig. Rehabiliteringen bygger på den samlede livssituasjonen og beslutningene til pasienten, og består av en koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert tilnærming. Rehabilitering er en tverrfaglig innsats som omfatter trening og vedlikehold av både funksjonsevne (aktivitet og deltakelse) og kroppens funksjoner (Marselisborgcenteret, 2004).

Rehabilitering ved demens er ennå ikke klart definert i litteraturen eller i praksis. I praksis har mange kommuner i dag en særlig tilrettelagt (rehabiliterings)innsats, som hovedsakelig retter seg mot personer med mild til moderat demens. Det kan for eksempel dreie seg om fysisk trening og mosjon, ADL-trening i hjemmet, mestringskurs og tiltak for par eller pårørende, demensvennlige aktiviteter og samvær og så videre.

Målet for en slik rehabiliterende innsats er at personen opprettholder eller lærer å kompensere for svekkede aktiviteter i hverdagen, fortsetter å delta i fellesskap med andre og føler seg trygg og inkludert. På den måten vil personen oppleve at han eller hun har et selvstendig og meningsfylt liv. Denne innsatsen kan på sikt bidra til å forsinke sykdomsforløpet og forebygge senfølger i form av inaktivitet, uhensiktsmessig atferd og isolasjon.

Det er sentralt i rehabiliteringsinnsatsen for personer med demens at omgivelsene tilpasses i harmoni med personlige faktorer og funksjonsevnen. I motsetning til andre behandlingsformer som fokuserer på at personen skal kunne innfri kravene fra omgivelsene, så handler rehabilitering ved demens mye mer om å tilpasse omgivelsene til personens funksjonsevne, slik at vedkommende kan føle seg inkludert og trygg og få dekket behovene for aktivitet. Siden demens er en sykdom som utvikler seg, må det dessuten foretas løpende oppfølging og revurdering for hver fase i sykdommen, og det må ved forverring settes nye mål (Kallehauge, Andersen & Jensen, 2012).

Til slutt må vi i samarbeid med personen med demens også ta høyde for behovet for kompensierende støtte og hjelp til kommunikasjonen om personens ønsker og behov. I denne sammenhengen kan vi benytte Samtalehjulet – demens, som kompenserer for kognitive funksjonstap.

3 Samtalehjulet som modell

I dette avsnittet beskrives modellen og det faglige fundamentet for samtalekortene, og i tillegg defineres begrepene som brukes.

3.1 Modellens referanseramme

Samtalehjulet – demens bygger på en helhetsorientert og personsentrert tilnærming. Personens liv, personlige verdier, interesser og ønsker står i sentrum og er utgangspunkt for samtalen.

Systematikken i Samtalehjulet – demens bidrar til å sikre en helhetsorientert prosess der personen trekkes inn (= åpen samtale) når vi avdekker behov, ønsker og ressurser hos personer med demens og deres pårørende.

Samtalehjulets referanseramme er ICF – WHO's internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse og en tilhørende modell som forklarer sammenhengen mellom disse.

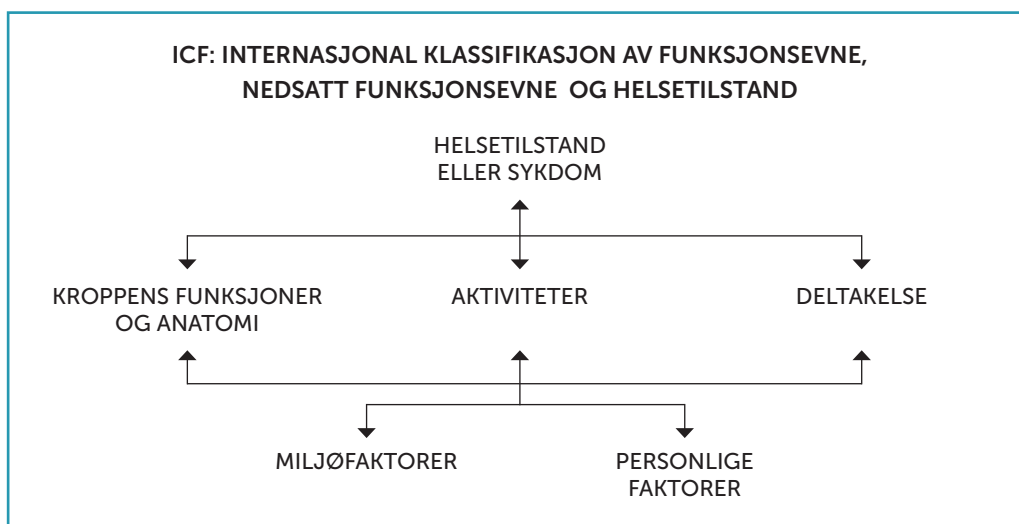
Modellens fundament

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er utarbeidet av WHO i 2001 og oversatt til norsk i 2003 (WHO, 2003). Det overordnede målet for klassifikasjonen er å tilby et felles, standardisert språk og en tilsvarende begrepsramme for å beskrive helse og helse-relaterte forhold. Det ICF-baserte redskapet kan brukes på tvers av faggrupper og institusjoner/sektorer for å beskrive funksjonsevnen og rehabiliteringsbehovet til pasienter og brukere.

ICF-klassifikasjonen består av to deler, som omhandler henholdsvis funksjon (eller funksjonshemming) og kontekstuelle faktorer. Funksjonsevnen inneholder komponentene kropp, aktivitet og deltakelse, og de kontekstuelle faktorene inneholder komponentene miljøfaktorer og personlige faktorer.

Klassifikasjonen er strukturert som et hierarkisk system der hver komponent inneholder en rekke kapitler (domener) med emner som er spesifisert i underliggende kategorier, totalt ca. 1 460 koder.

Figur: ICFs forståelse av helse og funksjonsevne



Ifølge ICFs forståelse av helse og funksjonsevne består den menneskelige funksjonsevnen av tre komponenter: kroppens funksjoner, aktivitet og deltakelse. De tre komponentene påvirkes dels av helsetilstand eller sykdom, og dels av nedsatt funksjonsevne. Kropp, aktivitet og deltakelse påvirker dessuten hverandre både positivt og negativt, og de påvirkes også av miljøfaktorene og av de personlige faktorene.

En positiv eller negativ påvirkning på én faktor kan ha både positiv og negativ innflytelse på de andre faktorene. For eksempel kan det å være i stand til å overholde avtaler være en forutsetning for å delta i samvær med andre, for eksempel dans eller kortspill, som igjen bidrar til å opprettholde fysiske og psykiske funksjoner. En personlig faktor kan være om personen har erfaring med bruk av offentlig transport eller er vant til å kjøre privatbil. En miljøfaktor kan være om det er mulighet for offentlig transport til og fra aktiviteten eller ikke.

Samtalehjulet kan både brukes som utgangspunkt for å drive med helsefremmende rådgivning, pasient- og brukerrettet forebygging og rehabilitering for målgruppen.

3.2 Modellens temaer og bruk av ICF

Selve *Samtalehjulet* er bygget opp med utgangspunkt i komponentene i ICF-modellen, men i en forenklet versjon med ett sentrum og fire temaer:

- » Personlige faktorer = Hvem jeg er – mine verdier (sentrum)
- » Kroppens funksjoner = Kroppen og hjernen min
- » Aktiviteter = Mine aktiviteter i hverdagen
- » Deltakelse = Mitt forhold til andre
- » Omgivelser= Mine omgivelser og muligheter for støtte og kontakt



Definisjoner

«Hvem jeg er – mine verdier» (de personlige faktorene) omhandler de viktigste faktorene i personens livshistorie, identitet, de personlige verdiene, den høyere meningen med livet, gleder og sorger, håp og ønsker, mestringsevne, personlighet og så videre. ICF-klassifikasjonen har ikke med de personlige faktorene. Derfor er samtalehjulet her inspirert av den danske *Esbjerg-modellens* samtaleredskap (hjul og samtalekort), Tom Kitwoods personsentrerte tilnærming og verdiskjemaet fra DAISY (modellens sentrum) (Sundhedsstyrelsen, 2010; Esbjerg Kommune, 2013; Kitwood, 1999).

«Kroppen og hjernen min» omhandler personens fysiske og psykiske (kognitive) funksjoner som er nødvendige for å utføre aktiviteter og delta i samvær med andre. Kroppens fysiske og psykiske funksjoner påvirkes av den generelle helse-tilstanden, av sykdom eller funksjonshemning og av personlige faktorer og forhold i omgivelsene.

«Mine aktiviteter i hverdagen» omhandler personens evne til å utføre og delta i aktiviteter i hverdagen, både i og utenfor hjemmet. Aktiviteter omfatter både daglige gjøremål og interessebetonte og kulturelle aktiviteter. Personens aktiviteter i hverdagen er påvirket av kroppen og hjernens aktuelle tilstand, av personlige faktorer og av forhold i omgivelsene.

«Mitt forhold til andre» omhandler personens evne til å delta i sosialt samspill, å engasjere seg i relasjoner og samspill med andre og å forstå sosiale spilleregler. Den sosiale deltakelsen påvirkes også av tilstanden til kroppen og hjernen, av personlige faktorer og av forhold i omgivelsene.

«Mine omgivelser» beskriver faktorer og betingelser som kommer utenfra, og som påvirker personen. Det kan være familiemessige og vennskapelige forhold til andre mennesker, personens økonomiske forhold, forholdet til det offentlige hjelpesystemet og muligheter for sosiale og helsemessige ytelser. Det kan også være muligheter og begrensninger i de fysiske rammene i og utenfor hjemmet.

3.3 Samtalekort

Hensikten med samtalekortene er å støtte personer med mild til moderat demens slik at de kan holde fokus i samtalen og kompensere for svekket kognisjon. Det gjelder for eksempel hukommelse, språk, konsentrasjon og abstrakt tenkning.

Samtalekortene bygger på et lite kjernesett av ICF-faktorer (= Pilot – Brief Core Set ved demens). Det er valgt ut i alt 40 faktorer i en norsk kontekst. Hver av de 40 utvalgte ICF-kodene er representert av et samtalekort.

Det har imidlertid vært nødvendig å fordele enkelte ICF-koder på flere samtalekort, for eksempel «Å ivareta egen helse». Enkelte andre samtalekort dekker flere koder, for eksempel avførings- og vannlatingsfunksjoner. De seks samtalekortene til hjulets sentrum har kun tekst. Disse kortene omhandler personlige faktorer. Derfor er det i alt (43 + 6 =) 49 samtalekort.

3.4 Pilot – Brief Code Set ved demens

De 40 ICF-faktorene er valgt fordi de anses å være de viktigste ved lett til moderat demens. En gruppe erfarne spesialister på demens har gjort utvalget ut fra et kjernesett bestående av de 100 mest typiske ICF-faktorene ved demens (Comprehensive Core Set) (Scherer et al., 2012).

Den medfølgende *Veiledning til samtalekort* viser en oversikt over samtalekortene, definisjoner av de 40 ICF-kodene og oppmerksomhetspunkter. Veiledningen kan brukes som oppslagsverk. Du kan laste ned veiledningen med samtalekortene på www.aldringoghelse.no.

4 Samtalens hensikt og mål

Dette avsnittet beskriver samtalens hensikt og mål når samtalehjulet anvendes av deg som er helse- og omsorgspersonell.

4.1 Samtalens hensikt

Samtalehjulet – demens kan brukes av helsepersonell til samtaler med personer med mild til moderat demens og deres pårørende.

Hensikten med samtalen kan for eksempel være å:

- » gi personen med demens en stemme og sette vedkommendes situasjon i fokus
- » lære personen med demens og dennes livsverden å kjenne, og innlede og bygge opp en trygg og tillitsfull kontakt
- » avdekke personens verdier, ressurser, interesser og ønsker, samt funksjonstap forårsaket av demens
- » avdekke personens og familiens behov for kunnskap, råd og støtte til et aktivt liv med demens
- » følge opp situasjonen til personen etter hvert som sykdommen utvikler seg (oppfølging og revurdering)

4.2 Samtalens mål

Målene med samtalen kan være at:

- » personen med demens og de pårørende føler seg involvert og oppnår trygghet i relasjonen til helse- og omsorgspersonell
- » du hjelper personen med demens å holde fokus i samtalen
- » du støtter personen med demens i å formulere sine egne verdier og ønsker for framtiden
- » den pårørende oppnår større forståelse for den nærstående med demens
- » du støtter ressursene hos personen med demens og de pårørende, slik at de kan mestre den aktuelle situasjonen på en bedre måte
- » du lar behovene og perspektivene til personen med demens og de pårørende være utgangspunkt for påfølgende rådgivning og samarbeid

5 Inspirasjon til samtalen i praksis

I det følgende får du inspirasjon til hvordan du i praksis kan gjennomføre en samtale om personens liv og situasjon ved bruk av samtalehjulet og samtalekortene.

Av hensyn til oversikten har vi delt samtalen inn i følgende fem trinn:

- 1 Forberedelse av samtalen
- 2 Introduksjon til det som skal skje, og etablering av en trygg relasjon og kontakt
- 3 Identifisering av personens ønsker, ressurser og behov
- 4 Prioritering og vurdering (person, pårørende og faglig vurdering)
- 5 Avrunding og avtale om oppfølging

5.1 Trinn 1 – Forberedelse av samtalen

Før du møter personen med demens, skal du ta stilling til om samtalen skal gjennomføres med:

- » personen med demens uten pårørende
- » personen med demens og pårørende sammen (personen med demens i fokus)
- » de to partene hver for seg først og deretter sammen (den pårørende kan få i oppgave å forberede seg til samtalen ut fra egne behov mens du snakker med personen med demens alene)

Valget avhenger av graden av sykdomsinnsikt, men også av andre faktorer, som at personen med demens er samtykkekompetent og samtykker til at pårørende deltar. Du må også treffe noen valg om hvordan du vil bruke verktøyet i den konkrete situasjonen:

- » Bruk din eventuelle forhåndskjennskap til personen til å bestemme når, hvordan og hvor mange kort du introduserer. Sjekk også om personen har hørselstap eller andre funksjonstap som du må ta hensyn til. Verktøyet kan for eksempel ikke brukes hvis personen er svaksynt.
- » Sorter på forhånd ut samtalekort som ikke er relevante. Vær oppmerksom på at denne sorteringen skal skje ut fra personens behov og ikke ut fra dine egne. Se også avsnitt 6 Kompetanse.
- » Vurder om personen er motivert for denne typen samtale, og hvordan du vil introdusere personen til samtalen.

- » Avhengig av din kompetanse kan det hende du bare vil spørre personen om enkelte felt i samtalehjulet. Hvis du er fysioterapeut, kan det for eksempel være feltet «Kroppen og hjernen min» og «Mine aktiviteter». Noen ganger gjennomfører helse- og omsorgspersonell med forskjellig fagbakgrunn samtaler med samme person, for eksempel en sykepleier og en fysioterapeut. Da må du velge bort de feltene som den andre spør om, slik at personen med demens ikke opplever gjentakelse. Det viktige er at det du spør om eller åpner opp for, også er noe du følger opp eller gir videre til andre, hvis personen ønsker det. Se også trinn 5 i samtalen, side 18.
- » Den kompetansen og erfaringen du har med prosessen i en målrettet samtale, påvirker også hvordan du bruker kortene i en åpen samtale. Eksempler på dette kan være om du velger å vise alle kortene på en systematisk måte, eller om du velger å legge kortene på bordet etter hvert som personen forteller om situasjonen sin.

5.2 Trinn 2 – Introduksjon og etablering av en trygg relasjon og kontakt

- » Fortell personen at samtalen handler om å lære ham eller henne å kjenne og å finne ut hvilke ressurser, ønsker og behov vedkommende har.
- » La personen få vite det hvis samtalen eventuelt også har et annet formål.
- » Lag en avtale på forhånd om når og hvordan personen med demens og den pårørende får svar på de spørsmålene de måtte ha.
- » Gjør personen oppmerksom på det hvis du fremdeles øver deg på bruken av verktøyet.

5.3 Trinn 3 – Identifisering av personens ønsker, ressurser og behov

Skap kontakt – innled med en åpen samtale:

- » Oppfordre personen til å fortelle litt om seg selv. Vis interesse for personens livshistorie (de personlige faktorene).
- » La personen fortelle om sine ønsker og behov. Her kommer dere til det som han eller hun umiddelbart har på hjertet, og det som er viktig å holde fast ved.
- » Snakk med personen om hvordan det er å leve med sykdommen/helse-tilstanden i hverdagen. Søk etter det som betyr noe for personen.
- » Avdekk både det som er enkelt (ressurser), og det som er vanskelig (problemer/begrensninger).

Det kan være en fordel å innføre samtalehjulet tidlig i samtalen hvis personen har problemer med å uttrykke seg eller har mange ting på hjertet.

Alternativ: Hvis du ønsker å bli kjent med personen uten å forstyrre prosessen med å etablere kontakt og trygghet, kan du velge å gjennomføre den første samtalen uten samtalekortene. Da avtaler du et nytt besøk der samtalen gjentas ved hjelp av samtalekortene.

Konkretiser:

- » Introduser samtalehjulet og feltene på det. Fortell at platen inneholder viktige temaer knyttet til personens samlede livssituasjon og sykdom.
- » Fortell at temaene dekker alt det som kan være vanskelig, og det som oppleves som verdifullt i hverdagen med demenssykdommen. Spør personen om det er ett spesielt felt som han eller hun synes at dere skal snakke om først.
- » Du kan ta i bruk samtalekortene ved for eksempel å legge kortene innenfor det tilhørende feltet på bordet og spørre hvilke områder som fungerer bra for personen.

Alternativ: Du kan avgrense personens valgmulighet ved å legge opp to eller fire kort om gangen.

Spør hva kortet får ham/henne til å tenke på (assosiere), om det er en situasjon han/hun kjenner, og hvordan det viser seg i hans/hennes liv, for eksempel: Hva tenker du på når du ser på dette kortet? Er det noe du kan kjenne igjen fra din egen hverdag? Kan du fortelle hvilke aktiviteter som gjør deg glad? Hva gjør du for å støtte hukommelsen?

MERK! Det er ikke relevant å la personen beskrive nøyaktig hva han/hun ser/leser på samtalekortet.

Hvis personen har problemer med å assosiere ved hjelp av tegningene, kan du prøve å bruke teksten på baksiden av kortene.

Etter hvert som dere kommer dere gjennom alle feltene på platen, lar du de samtalekortene som personen opplever å bli utfordret av (begrensninger), bli liggende på den ene siden av bordet. Samtalekortene som beskriver områder som fungerer bra (ressurser), skal ligge på motsatt side.

- » Det er viktig å spørre om interesse- og lystbetonte aktiviteter hvis personen ikke selv nevner dette. Det kan for eksempel være under feltet «Samvær med andre». Det er ofte her motivasjonen til personen finnes.
- » Snakk også med personen om behov for kunnskap, råd og erfaringsutveksling med likestilte.

Det er ikke sikkert at det er nødvendig å vise alle samtalekortene i løpet av samtalen. Det avhenger for eksempel av hensikten med samtalen. Det kan også være nødvendig å fullføre samtalen over flere besøk, hvis personen har vansker med å konsentrere seg i lengre tid.

Hvis du kommer i en situasjon der et samtalekort ikke er dekkende for det personen ønsker, kan dere sammen skrive det manglende temaet på en post-it-lapp.

5.4 Trinn 4 – Prioritering og vurdering

Oppsummer:

- » En pårørende eller medhjelper deltar så langt som mulig i denne delen av samtalen.
- » Med utgangspunkt i komponentene i samtalehjulet oppsummerer du hva dere har snakket om. Du oppsummerer hva personen har fortalt om seg selv, og hvor han eller hun føler seg utfordret med tanke på å kunne opprettholde aktiviteter som vedkommende kan stå i fare for å «miste før tiden». Du oppsummerer også hva du oppfatter at personen har av ønsker og håp, og hvilke ressurser du har lagt merke til både personlig og i det sosiale nettverket.
- » Ved oppsummeringen brukes samtalekortene til å støtte personen i å holde fokus samt hente fram igjen og holde fast på det dere har snakket om tidligere.

Referat og dokumentasjon:

- » Ta et bilde av samtalehjulet og de samtalekortene som er plassert på bordet etter oppsummeringen.

Prioritering og betydning:

- » Hvis personen har mange utfordringer, må du hjelpe vedkommende å vekte og prioritere dem. På denne måten kan personen og den pårørende selv få en oversikt over situasjonen sin, og hvor de er motivert for å endre på hverdagen. Bruk hjelpeverktøyet «Betydning» (se side 21).
- » På dette tidspunkt foretar du også en faglig vurdering for deg selv av personens situasjon med tanke på kompleksiteten i funksjonshemningen og graden av mestringsevne hos personen og den pårørende – for å få en oversikt over behovet for rådgivning og eventuelt innsatsnivå.

5.5 Trinn 5 – Avrunding og oppfølging

Samtalen avrundes:

- » Til slutt avrunder du samtalen sammen med personen (og den pårørende). Nå søker dere å avklare om personen og den pårørende mener at de selv kan håndtere egen situasjon, eller om de trenger støtte og hjelp, eventuelt fra kommunen.
- » Du kan/bør gi personen informasjon om relevante muligheter for hjelp og støtte. Det vil si hjelp i kommunal regi, i familienettverk og/eller tilbud for frivillige.
- » Hvis samtalen har vist at personen og/eller den pårørende har behov for øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, bør du informere om tilgjengelige tilbud og/eller henvise dem til riktig kontaktinstans i kommunen, for eksempel kommunens servicekontor.

Avtale om oppfølging.

- » Det er viktig at du foreslår en oppfølgende samtale innen en til tre måneder hvis personen og eventuelt pårørende ikke ønsker hjelp fra kommunen i dag.

5.6 Bruk av samtalehjulet i gruppesamtaler

Samtalehjulet og samtalekortene kan også brukes i grupper, som for eksempel på brukerskoler for personer med demens eller mestringskurs for par der en har demens, og i samtalegrupper for personer med demens.

Se www.aldringoghelse.no.

Samtalehjulet og samtalekortene kan være en hjelp når du vil sette i gang erfaringsutveksling eller opprettholde temaet for dialog og samtale.

6 Kompetanse

Erfaring har vist at når du som helse- og omsorgspersonell benytter Samtaleverktøy – demens, bør du ha:

- » kjennskap til og forståelse for teorien som anvendes, slik at du forstår hensikten, kan benytte verktøyet på en hensiktsmessig måte og kan vurdere personens situasjon ut fra det personen forteller og ut fra ICFs helhetsforståelse
- » kunnskap om ICF-kodene som brukes, slik at du kan stille utdypende spørsmål til det personen forteller om sin egen situasjon – ICF følges dermed ikke systematisk, men brukes der hvor det gir mening for personen, for å dekke et tema fullstendig
- » tid til å øve og lære deg å bruke samtalekortene på en måte som fremmer samtalen (minimum 5–10 samtaler)
- » mulighet til å starte samtalen på en måte som du selv er komfortabel med, for eksempel ved å velge bort noen kort

Det er nødvendig å:

- » være klar over hva du selv er flink til, for eksempel prosessorientert eller systematisk spørreteknikk
- » være god til å formidle, for eksempel hva hensikten med verktøyet er
- » ha situasjonsforståelse, for eksempel for når det er relevant å bruke verktøyet
- » ha øye for egen blindsoner og hvorfor du velger bort kort – velger du bort samtalekort med et vanskelig tema av hensyn til personen, eller fordi du selv synes det er vanskelig å snakke om temaet?
- » ha en kreativ tilnærming til verktøyets bruksmuligheter
- » ha en anerkjennende og relasjonell tilnærming til samarbeid og kommunikasjon med personen med demens (se neste faktaboks)

Du skal først og fremst:

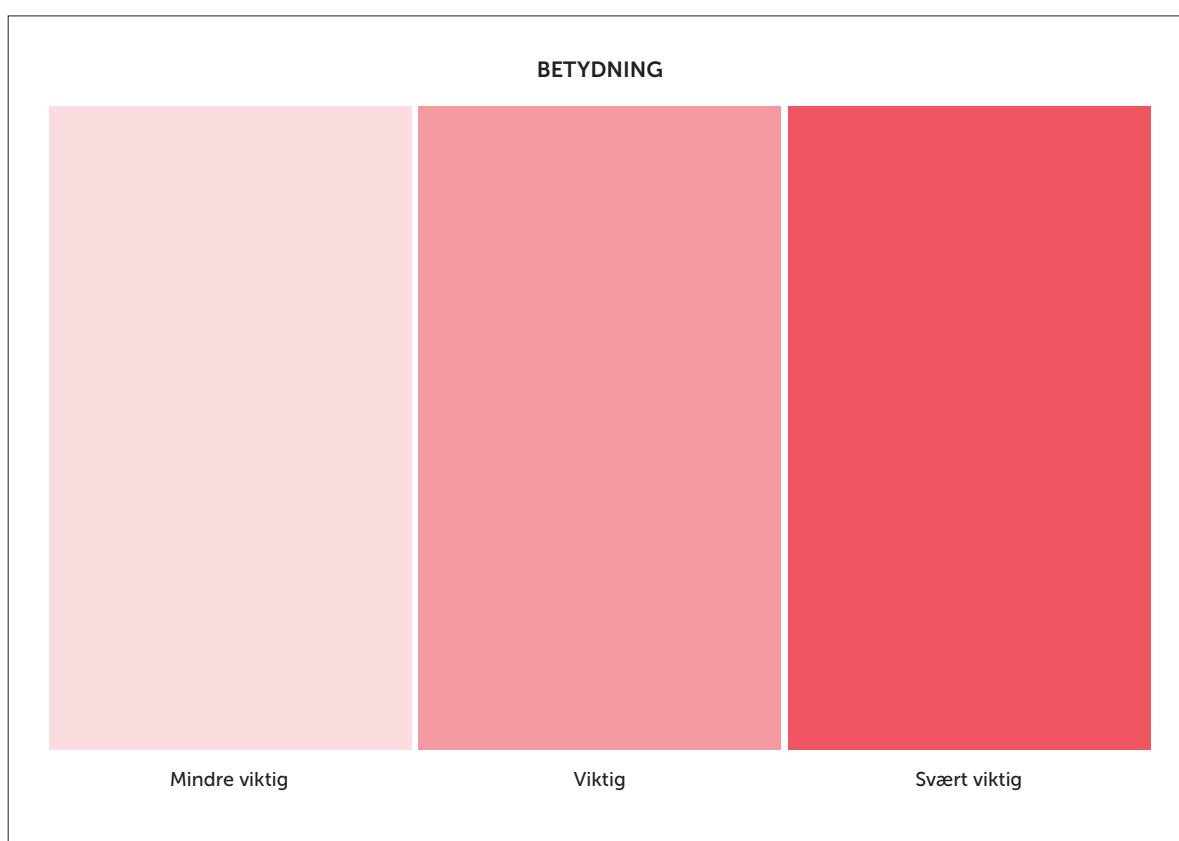
1. være profesjonell, men også vennlig uten å bli privat
2. gi mulighet for gjensidighet, for eksempel ved å akseptere å lære noe nytt som personen med demens er god til
3. være nærværende
4. bruke aktiv lytting: lytte til personen ved å følge personen oppmerksomt og oppriktig i det han/hun sier og gjør, også med kroppsspråket ditt
5. benytte deg av empowerment, som betyr
 - a. å tilføre energi og håp om et godt liv med demens
 - b. å hente inspirasjon og ideer fra personen med demens
 - c. å vise tro på at det nytter å gjøre en aktiv innsats
 - d. at livet med demens også kan innebære nye positive mål og ny mening
6. være en katalysator for problemløsning og gi støtte uten å overta problemene
7. legge vekt på suksesser og de gode øyeblikkene
8. være åpen for samtale om smerten, sorgen og andre vanskelige følelser når personen med demens selv tar initiativ til dette
9. hjelpe personen å finne en mening til tross for sykdommen, og ikke bidra til å fokusere på årsaker, men heller på å finne ny mening, nye sammenhenger og verdier

7 Andre verktøy: Min livssituasjon og betydning

Platen Betydning kan brukes til å hjelpe personen med demens med å bestemme betydningen av de enkelte samtalekortene (dvs. de underliggende ressursene og utfordringene).

For hvert samtalekort som ligger på bordet etter oppsummeringen (trinn 3 i samtalen), skal personen bestemme betydningen ved å legge kortene i de tre kategoriene: svært viktig, viktig og mindre viktig. Både personen og eventuelt den pårørende tar stilling til betydningen av de enkelte samtalekortene.

Grunnen til dette er at personen med demens kan oppfatte en gitt utfordring som mindre viktig, mens den pårørende derimot opplever at problemet må løses her og nå for at hverdagen skal fungere.



8 Litteratur

Cheston R. & Bender M. (2003). Understanding dementia – the man with the worried eyes. London: Jessica Kingsley pub.

Esbjerg Kommune. (2013). Model for koordination med borgeren i centrum – en Esbjerg-model. Hentet fra : <https://dinsundhed.esbjergkommune.dk/om-sundhed/projekter/patientuddannelse-paa-tvaers-af-diagnoser.aspx> (hentet den 10.01.2020)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jensen T.K. & Johnsen, T.J. (2000). Sundhedsfremme i teori og praksis. Aarhus: Philosophia

Kallehauge J.G, Andersen M.S. & Jensen L. (2012). Rehabilitering ved demenssygdom. København: Munksgaard

Kitwood T. (1999). Revurdering af demens – personen kommer i første række. København: Munksgaard

Marselisborgcenteret. (2004). Definitioner af rehabilitering. Hentet fra <http://www.marselisborgcenteret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering/>

Pasient- og brukerrethetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerretheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Scherer M.J., Federici S., Tiberio L., Pigliautile M., Corradi F. & Meloni F. (2012). ICF Core set for matching older adults with dementia and technology. Ageing International, 37, 414-440

Sundhedsstyrelsen. (2010). Rådgivningsmodellen - En vejledning om støtte til nydiagnosticerede demente og deres pårørende. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/raadgivningsmodellen> (hentet 10.01.2020)

Sundhedsstyrelsen. (2005). Terminologi – Forebyggelse, Sundhedsfremme og Folkesundhed. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2005/Terminologi---Forebyggelse-sundhedsfremme-og-folkesundhed> (hentet 10.01.2020)

WHO (2003). ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>

Nettadresser

Værktøjskasse til rådgivning, undervisning og støtte af personer med demens og pårørende: <http://www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejskassen/>

www.aldringoghelse.no

DEMENSPLAN
2020



 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

 **Helsedirektoratet**

 **NATIONALT
VIDENSCENTER
FOR DEMENS**