

Aktivitetsavtal för äldre personer med minnessjukdom som bor på serviceboende

Anna Itkonen

Examensarbete

Ergoterapi

2015

Anna Itkonen

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	
Författare:	Anna Itkonen
Arbetets namn:	Aktivitetsavtal för äldre personer med minnessjukdom som bor på äldreboende
Handledare (Arcada):	Heidi Peri
Uppdragsgivare:	Heseva-koti
<p>Att upprätthålla funktionsförmågan när man blir äldre är viktigt ifall man vill leva ett självständigt liv. För att hjälpa sina klienter att leva ett självständigare liv och upprätthålla rörelseförmågan har hemvården utarbetat konceptet aktivitetsavtal. Aktivitetsavtalet är alltså ett färdigt utarbetat koncept som redan används inom hemvården och som serviceboendet Heseva-koti vill börja ta ibruk som en del av vardagen. Syftet med arbetet är att kartlägga och anpassa användbarheten av ett aktivitetsavtal för äldre med minnesstörningar som bor på ett serviceboende. Det jag skall göra är att ta reda på bakgrunden för aktivitetsavtalet och sedan göra en version av den för Heseva-koti som de kan använda som en del av sin vardag. Som metod använder jag en processinriktad metod med en spiralmodell, som gör det möjligt för mig att arbeta ganska fritt under processen. Som datainsamlingsmetoder använder jag frågeformulär, intervju, processdagbok och färdiga material. Resultaten visar att aktivitetsavtalet i sig själv inte förbättrar någons funktionsförmåga, det krävs engagemang och vilja att upprätthålla funktionsförmågan både av klienten och personalen. Vid lyckade fall har aktivitetsavtalet ändå medfört så pass stora förbättringar i klientens funktionsförmåga att hembesökens mängd har kunna minskas. Aktivitetsavtalet som koncept måste framföras för personalen på rätt sätt för att inte kännas som extra arbete. Den gemensamma åsikten bland de intervjuade är att ändå att eftersom det finns personal på plats dygnet runt borde aktivitetsavtalet vara lätt att få som en del av det vardagliga arbetet.</p>	
Nyckelord:	Aktivitetsavtal, äldre, minnessjukdom, Heseva-koti
Sidantal:	39 + bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	
Author:	Anna Itkonen
Title:	Activity agreement for elderly people with memory disorder living in a nursing home
Supervisor (Arcada):	Heidi Peri
Commissioned by:	Heseva-koti
<p>Maintaining functional ability in old age is important if one wants to live an independent life. To help its clients to live an independent life and maintain mobility, homecare has developed the concept activity agreement. Activity agreement is a ready prepared concept already used in homecare and now the nursing home Heseva-koti want to begin to use it as a part of their everyday life. The aim of the study is to map and adjust the usability of an activity agreement for elderly people suffering from memory disorders living in a nursing home. My task is to learn about the background of the activity agreement and then make a version of it for Heseva-koti to use as a part of their everyday life. As the method I use a process-oriented approach with a spiral model, which makes it possible for me to work quite freely during the process. As data collection methods I use questionnaires, interviews, process diary and ready materials. The results show that the activity agreement itself doesn't improve anyone's functional ability, it requires dedication and commitment from both the client and the staff to maintain functional ability. With successful cases the activity agreement have yet resulted in such major improvements in the client's functional ability that the amount homecare visits has been reduced. The introduction of the activity agreement for the staff has to be done in a right way in order not to make it feel like extra work. The joint opinion among the interviewees is anyway that since there is staff hand around the clock, activity agreement should be easy to get as a part of their everyday work.</p>	
Keywords:	Activity agreement, elderly, memory disorder, Heseva-koti
Number of pages:	39 + appendices
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Anna Itkonen
Työn nimi:	Liikkumissopimus palvelutalossa asuville muistisairaille ikääntyneille ihmisille
Työn ohjaaja (Arcada):	Heidi Peri
Toimeksiantaja:	Heseva-koti
<p>Vanhetessa toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää jos haluaa elää itsenäisesti. Oma-toimisen elämisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen tueksi kotihoito on kehittänyt asiakkailleen liikkumissopimuksen. Liikkumissopimus on valmis malli jota on käytetty kotihoidossa ja jota Heseva-koti haluaisi ottaa käyttöön osaksi arkeaan. Työn tarkoituksena on kartoittaa ja sopeuttaa liikkumissopimuksen käytettävyyttä palvelutalossa asuville ikääntyneille. Minun tehtäväni on hakea tietoa liikkumissopimuksen taustasta ja muokata siitä versio joka sopii Heseva-kodin arkeen. Metodina käytän prosessisuuntautunutta metodia spiraalilla mallilla, joka avulla voin tyskennellä melko vapaasti prosessin aikana. Tiedonkeruunmenetelminä käytän kyselylomakkeita, haastatteluja, prosessipäiväkirjaa ja valmiita materiaaleja. Tulokset osoittavat, että liikkumissopimus itsessään ei paranna kenenkään toimintakykyä, siihen vaaditaan sitoutumista ja halua sekä asiakkaan että henkilökunnan puolelta. Onnistuneissa tapauksissa liikkumissopimuksen sisältämät harjoitteet on kuitenkin parantanut asiakkaan toimintakykyä niin paljon, että kotikäyntien määrää on voitu vähentää. Liikkumissopimus on henkilökunnalle tuotava esille oikealla tavalla jottei se tuntuisi ylimääräiseltä työltä. Kaikki haastateltavat ovat kumminkin sitä mieltä, että liikkumissopimus tulisi olla helppo saada osaksi arkea Heseva-kodissa kodissa sillä sielä on henkilökuntaa paikalla vuorokauden ympäri.</p>	
Avainsanat:	Liikkumissopimus, ikääntyneet, muistihäiriö, Heseva-koti
Sivumäärä:	39 + liitteet
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

FÖRORD	6
1 INLEDNING	7
2 BAKGRUND	8
2.1 Aktivitetsavtal	8
2.2 Att bo på serviceboende	11
2.3 Äldre och aktiviteter	13
2.4 Minnessjukdomar	14
3 TEORETISK REFERENS RAM	17
4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	19
5 METOD	19
5.1 Etik	22
6 GENOMFÖRANDE	23
6.1 Första fasen	23
6.1.1 <i>Varför ett aktivitetsavtal?</i>	23
6.1.2 <i>Hur kan aktivitetsavtalet fås som en del av vardagen?</i>	24
6.2 Andra fasen	25
6.2.1 <i>Hur är avtalet strukturerat?</i>	25
6.2.2 <i>Hur har aktivitetsavtalet tagits emot av personalen?</i>	27
6.2.3 <i>Positiva och negativa sidor med avtalet?</i>	28
6.2.4 <i>Praktiskt tips för genomförandet</i>	29
6.3 Tredje fasen	30
6.3.1 <i>Hur skall avtalet struktureras för att möta serviceboendets strukturer?</i>	30
6.3.2 <i>I vilket skede skall avtalet göras med klienten?</i>	32
6.3.3 <i>Vad krävs av personalen för att aktivitetsavtalet skall kunna tas i bruk?</i>	32
7 KARTLÄGGNING OCH ANPASSNING AV AKTIVITETSAVTALET	33
8 DISKUSSION	35
KÄLLOR	39
BILAGA 1. Intervju: fas 1	41
BILAGA 2. Intervju: fas 2	42
BILAGA 3. intervju: fas 3	43
BILAGA 4. Modell för aktivitetsavtalet	44

FÖRORD

Jag vill tack alla som medverkat i mitt examensarbete. Ett stort tack till Heseva-kotis ergoterapeut Venla Puhakainen som gav mig iden till arbetet och också till den övriga personalen för ett gott och enkelt samarbete. Tack Heidi Peri för all handledning och stöd du gett mig under processens gång. Tack åt alla intervjuade som medverkade i att jag fick den kunskapen om ämnet så att arbetet kunde genomföras. Till slut vill jag ännu tacka familj och vänner för tålamod och stöd.

1 INLEDNING

Det finns många faktorer som påverkar äldres aktivitetsförmåga. Att själv engagera sig i någon aktivitet och kontinuerligt och målmedvetet upprätthålla sin aktivitetsförmåga är en viktig faktor. Förmågan att kunna röra på sig i olika miljöer är mycket viktig eftersom den medför självständighet. Detta är viktigt för att den äldre själv skall kunna bestämma vad hon/han vill göra då miljön inte sätter gränser för aktiviteten. I fall aktivitets- eller rörelseförmågan är nedsatt kan de äldre uppleva att aktiviteter som hon/han förr har klarat av att göra inte längre lyckas och personen kan i sådana fall till och med undvika sådana aktiviteter. Detta examensarbete berör konceptet Liikkumissopimus, som jag i mitt arbete kommer att kalla för aktivitetsavtal. Grunder för aktivitetsavtalet är att hitta sådana aktiviteter i den äldres vardag som personen klarar av att göra, vill göra eller måste göra i vissa situationer. (aka.fi, 2009)

Eftersom det till hälsovården nuförtiden hör den fysiska, psykiska och sociala hälsan och inte bara omvårdnad av den sjukdomen som personen har, är temat för examensarbetet ett aktuellt ämne inom äldrevården. Desto bättre fysisk funktionsförmåga klienterna har desto mera självständiga kan de vara. Ökad självständighet kan också öka det psykiska välmående genom att ge känslan av att klara sig, när man känner att man klarar sig på egen hand vågar man också vara mera aktiv vilket igen ökar den fysiska funktionsförmågan. När man mår psykiskt bra har man också lättare att upprätthålla ett socialt liv. Alla dessa områden går alltså hand i hand och är också alla sådana som går att använda som en del av aktivitetsavtalet. Dessutom blir arbetet för vårdarna mindre fysiskt tungt ifall klienterna har bättre fysisk och psykisk funktionsförmåga.

Även om ergoterapeuten eventuellt inte alltid är den som är med klienten då hennes/hans aktivitetsavtal skall utföras, kommer ergoterapeuten roll att vara viktig speciellt då man gör upp själva avtalet. Aktivitetsavtalet handlar om att hitta sådana saker som klienten är intresserad av och använda dem för att förbättra eller upprätthålla funktionsförmågan. Eftersom man i ergoterapin försöker hitta meningsfulla aktiviteter är det bra att använda deras kunskaper för att faktiskt hitta sådana aktiviteter som klienterna verkligen motiveras och uppmuntras av.

Idén att kartlägga och anpassa det redan befintliga aktivitetsavtalet kom från Heseva-koti då jag var där på praktik. Jag frågade dem ifall de hade behov av något och då sa min handledare att de hade haft i tankarna att ta i bruk aktivitetsavtalet men att det för tillfället inte fanns tillräckligt med tid för att gå djupare in i vad aktivitetsavtalet egentligen innebär och hur det kunde användas på Heseva-koti. Eftersom jag själv är intresserad av hur mycket man med hjälp av egen aktivitet och vardagliga sysslor kan upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga, bestämde vi att detta kunde vara ett lämpligt ämne för mitt examensarbete.

2 BAKGRUND

I detta kapitel kommer jag att beskriva mina huvudbegrepp som är aktivitetsavtal, att bo på serviceboende, äldre och aktiviteter och minnessjukdomar. Minnessjukdomar blir i detta arbete ett av de centrala begreppen eftersom de flesta klienter på Heseva-koti har någon minnessjukdom. De andra begreppen valde jag eftersom de spelar viktiga roller i mitt arbete och jag tyckte att jag med hjälp av dem kan få en djupare och bredare kunskap om ämnet. Begreppen hjälper också läsaren att få en bakgrundsförståelse för ämnet.

Databaser jag sökt i: Academic Search Elite (EBSCO), ScienceDirect, (OTseeker- Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence)

Sökord: elderly people, activities, ADL performance, nursing home, ADL, elderly, importance of, physical function, living in.

2.1 Aktivitetsavtal

Aktivitetsavtal är ett koncept som ursprungligen har utarbetats för hemvårdens klienter och som nu även har börjat användas i serviceboenden. Med detta avtal försöker man stöda äldre personers vardagsaktivitet under hembesöken. I avtalet inkluderar man sådana delar av personens vardag som klienten under vårdarens och klientens samtal lyfter fram att vara viktigt att klara av självständigt, det kan handla om allt från den personliga hygien till vardagssysslorna. Man försöker få de äldre att göra så mycket som möjligt

självständigt med så lite hjälp som möjligt, så att aktivitetsförmågan upprätthålls så länge som möjligt. (hel.fi 2010)

Aktivitetsavtalet har utvecklats av ett multiprofessionellt team. I detta team har varit med fysioterapeuter, ergoterapeuter, vårdare, hemvårdens fömän, hemvårdens handledare och även idrottsverket har varit med under utvecklingsprocessen. Orsaken till att aktivitetsavtalet utvecklades var att man började se hur viktigt det är för den äldre att stöda deras aktivitetsförmåga för att de skall kunna klara sig självständigt hemma. Målet med aktivitetsavtalet är att hjälpa äldre personer att tolka och uttrycka behov och resurser som de har för att klara av vardagen. Man fokuserar på sådana äldre personer som är i farozonen för att bli utslagna ur samhället eftersom de inte kan ta del av aktiviteter på grund av försämrad aktivitetsförmåga. Begränsningar i aktivitetsförmågan leder till mindre självständighet och delaktighet. Eftersom passivitet när det gäller äldre och försämring av aktivitetsförmåga är något som till en stor del kan förebyggas vill man fokusera på detta. Tillräcklig fysisk styrka är en möjliggörande faktor när man talar om att klara av aktiviteter i det dagliga livet. Av vårdpersonalen krävs det förståelse och vilja att ändra sina nuvarande rutinerna. Det krävs också ändamålsenligt planerande för att stöda de äldres vardagsaktivitet och i dess uppföljning. (Nummijoki 2009, s. 87-131)

När man mäter aktivitetsförmågan, som bas för aktivitetsavtalet, handlar det inte bara om att göra olika tester, utan man utgår långt ifrån hur personen själv upplever sin aktivitetsförmåga. Den egna uppfattningen om aktivitetsförmågan är central ifall man vill förbättra eller upprätthålla aktivitetsförmågan, det krävs att klienten har vilja och motivation för att man skall få positiva resultat. Fritt formulerade intervjuer och observation är bra sätt att få en bild av klientens uppfattning och den egentliga aktivitetsförmågan. Eftersom resurserna en person har är positiva och hjälper den äldre att klara av vardagen är målet att först hitta dem och sedan fundera på hur man kan stöda personen med de problemområden hon/han har. Eftersom aktivitetsförmågan är ett så brett begrepp kräver mätningen av den förutom oftast multiprofessionellt samarbete även att de närstående är med. (Nummijoki 2009, s. 87-131)

Det fanns länge en kultur inom hemvården där vårdaren gjorde allt för klienten och på så sätt mekaniskt bara utförde de grundbehoven som en människa har, man glömde bort

att utförandet kanske gav tillfredställelse åt vårdaren men inte alltid var det bästa för klienten själv. Med en sådan kultur händer det lätt att den äldre börjar uppfatta sig själv som en passiv aktör under hembesöken och sakta men säkert försämras aktivitetsförmågan tills man är helt beroende av att andra människor tar hand om en. Då märkte man att hemvårdens tjänster inte endast kan fokusera på att sköta om grundbehoven för de äldre klienterna eftersom deras aktivitetsförmåga hela tiden blir sämre. Därför ville man utveckla ett omfattande koncept som inkluderar klientens aktivitetsförmåga och livskvalitet. Med aktivitetsavtalet försöker man alltså stöda aktivitetsförmågan genom att låta klienten göra självständigt sådant som hon/han klarar av utan hjälp och bara stöda där det faktiskt behövs. På det sättet försöker man förstärka den äldres självförtroende, till att klara av saker på egen hand, och uppmuntra till självständighet. (Nummijoki 2009, s. 87- 131)

Då man började utveckla aktivitetsavtalet delade man in de olika utvecklings stegen i sju olika delar. De representerar sådana tankar som utvecklarna av aktivitetsavtalet har haft under bearbetningen. Nedan presenterar jag dessa sju steg.

1. Behovet av något nytt. Personalen började studera vad som förorsakar störningar och missförstånd i hemvården och ifrågasatte att stöd för aktivitets- och rörlighetsförmågan inte finns som en del av hemvårdens tjänst.
2. Analys, historia och nuläget. Man märkte att hemvårdens arbetare och klienter inte vet vilka tjänster som hör till att stöda aktivitets- och rörlighetsförmågan eller hur man får dessa tjänster att passa in i vardagen. Klienterna vet heller inte vad de betalar för eller vad deras egna ansvar eller andel är när det gäller hembesöken.
3. Att söka efter en ny riktning och drivkraft. Att stöda de äldres aktivitets- och rörelseförmåga stör planerandet av hemvårdens arbete när arbetarna istället för att planera bara borde låta klienterna utföra så mycket som möjligt självständigt.
4. Utformning av ett nytt tillvägagångssätt. Då utvecklades ett utbildningsprogram för hemvårdens pilotområden för att stöda de äldres aktivitets- och rörelseförmåga, man gjorde grova fältförsök som blev grunden för aktivitetsavtalet.
5. Bearbetning av den nya modellen. Det gjordes förbättringar på basen av piloteringen och man började ta i bruk aktivitetsavtalet på hembesöken.
6. Utvärdering av den nya modellen, vidareutveckling och reflektion i team möten.

7. Fastställande av den nya utbildnings- och aktivitetsmodellen för hela hemvården.

Tillslut hade man en modell där klienten får kunskap om vilka tjänster hemvården erbjuder för att stöda den äldres aktivitets- och rörelseförmåga, fördelen med dessa interventioner och kostnaden för detta. Under piloteringen kom man till de slutsatser att uppstigning från en stol och att plocka upp ett föremål från golvet är bra mätinstrument för att få en tillräckligt bra grund av hurdan personens aktivitets- och rörlighetsförmåga är för att kunna ha som bas för aktivitetsavtalet. När hela teamet vet vad som hör till klienternas aktivitetsavtal och förutsätter detta av sina klienter är aktivitetsavtalet en konkret metod för att förstärka eller upprätthålla de äldres aktivitets- och rörlighetsförmåga. När alla är medvetna om detta har klienterna också lättare att förstå att detta nu är en del av hemvården och att detta främjar deras egen hälsa och ger möjlighet till ett självständigt liv hemma. En annan fördel med aktivitetsavtalet är att man i och med denna bedömer klientens aktivitetsförmåga med jämna mellanrum vilket gör att klienternas vårdplan med jämna mellanrum uppdateras och klienterna har en mera realistisk bild av sina veckliga förmågor. (Nummijoki 2009, s. 87- 131)

Äldre personer är oftast inte villiga att ändra sin livsstil och vanor och därför är det viktigt att de rekommenderade åtgärderna som görs skulle basera sig på personens tidigare vanor och färdigheter hon/han lärt sig tidigare i livet. För att avtalen skall kunna genomföras och för att man i slutet skall kunna bedöma ifall aktivitetsavtal är ett fungerande koncept måste vårdarna vara aktiva och motiverade att utföra sina egna klienters avtal. Avtalen måste bli som en del av de dagliga rutinerna för vårdarna och inte kännas som ett extra jobb för att det skall fungera. (Luukinen et al. 2006, s. 203-204)

2.2 Att bo på serviceboende

Stöd- och serviceboende erbjuds för äldre som inte mera klarar av att bo självständig hemma, både privat och kommunalt. De kommunala boendena kan antingen erbjudas som grupp- eller serviceboenden eller som servicehem där man äger en egen lägenhet och man står själv för alla kostnader. När man bor på serviceboende kan boendemiljön variera mycket beroende på vilket ställe man bor, men målet är att miljön skall vara så hemlik som möjligt för att stöda de äldre. Förutom grundvård hör det till service-

boendenas tjänster att erbjuda alla måltider, medicinering, kläder och att personalen sköter om de äldres hygien. Boendena brukar bestå av olika grupper som de bosatta är jämt fördelade i. På de flesta serviceboenden har man egna rum och det är också det man strävar till, men på vissa ställen bor en del också i två personers rum. (suomi.fi 2012)

Förlusten av förmågan att självständigt klara av ADL färdigheter är det den främsta orsaken till institutionalisering bland äldre (Bürge et al. 2013). Därför skulle det vara speciellt viktigt för äldre som flyttar till serviceboenden att redan i ett tidigt skede kunna, tillsammans med personalen gå igenom vad personen klarar av själv, tycker om att göra eller eventuellt skulle villat träna upp. På detta sätt kunde personens ADL förmåga upprätthållas så länge som möjligt och personalen skulle inte behöva göra sådana ADL rutiner för personen som hon/han klarar av på egen hand. Upprätthållandet av ADL förmågan behöver inte alltid vara i form av endast fysisk träning. I studien som Bürge et al. gjorde visades det på att det för äldre är mycket viktigt att upprätthålla sociala kontakter eftersom det har ett positivt samband med upprätthållandet av ADL förmågan (Bürge et al. 2013, s. 254).

När personer flyttar till serviceboenden är det inte helt ovanligt att de känner sig ensamma eller till och med isolerade. I en studie som gjordes i Sverige där man intervjuat äldre som bor på serviceboende kom det fram att eftersom många har problem med minnet så känns det svårt för dem att ta kontakt och upprätthålla sociala kontakter vilket leder till ensamhet och isolering (Melin-Johansson 2014, s. 37). Detta visar på att aktivitetsavtal inte endast behöver inkludera fysisk träning eller mekanisk träning av ADL förmågor, utan att avtalet även kan och skall innehålla sådant som minskar ensamhet bland äldre.

Mängden aktivitetsutförande är en annan sak som oftast minskar bland de äldre då de flyttar till ett serviceboende. Ifall man minskar på mängden fysiska aktiviteter då man blir äldre försämras även aktivitetsförmågan snabbt och risken för att dö tidigare är större. Därför är det viktigt att äldre på serviceboenden ges en möjlighet att röra på sig under dagen så att aktivitetsförmågan skulle upprätthållas. Den minskade mängden aktivitetsutförande kan bland annat leda till följande symptom: undernäring, inkontinens, sår, immobilisering, intellektuella störningar, försämrad syn och hörsel och har man

dessutom en minnesstörning är risken för att insjukna i depression ganska hög. Alla dessa symptom kommer att ha en inverkan på personens aktivitetsförmåga. (Larsson & Rundgren 1997, s. 77)

Heseva-koti är ett serviceboende för äldre med 101 platser. På Heseva-koti finns det åtta grupphem som alla är menade för personer med minnessjukdom och för personer som behöver extra assistans för att klara av vardagen. Personal finns på plats dygnet runt och de ansvarar för klienternas fysiska, psykiska och sociala välmående och erbjuder främjande rehabilitering både individuellt och i form av grupp terapi. Rummen är antingen en- eller tvåmans rum och innehåller badrum, ett litet kök och ett motoriskt nattduksbord. Klienterna har också nöd telefon och säkerhetsarmband till förfogande. (gaius-saatio.fi)

2.3 Äldre och aktiviteter

När man blir äldre är det viktigt att ha möjligheten till att vara aktiv, att ha någon hobby och att man upprätthåller sociala kontakter. Ifall en person har dessa delar av sitt liv tillfredsställda och dessutom känner att hon/han är till nytta för någon annan och har en livsglädje är det också mycket sannolikt att den personen känner samhörighet med sin omgivning. Även om livskvaliteten är beroende av ens egen uppfattning av sin livssituation korrelerar den kända upplevelsen av samhörighet och livskvalitet starkt med varandra. (1177.se 2013)

När man talar om hälsovården nuförtiden talar man inte bara om sjukdom i förhållande till medicinering utan till hälsovården hör också den fysiska, psykiska och sociala hälsan som påverkar personens förmåga att klara av vardagen. Det handlar alltså om att upprätthålla aktivitetsförmågan för att upprätthålla autonomin. Med en god aktivitetsförmåga menar man att personen har en sådan aktivitetsförmåga som tillfredsställer henne/honom och att hon/han klarar av sådana saker i vardagen som hon/han upplever meningsfulla och vill klarar av på egen hand. En försämrad aktivitetsförmåga medför ett starkare behov av stöd och oförmåga av att klara av vardagliga aktiviteter vilket kan leda till en känsla av hjälplöshet och en känsla av att man inte är nödvändig. (Nummijoki 2009, s. 87- 131)

Aktivitetsförmågan kan delas in i fysiska, psykiska, sociala och spirituella förmågor. För att förstå helheten av de äldres liv är det viktigt att ta i beaktande det levda livet och omgivningen, därför kan man säga att aktivitetsförmågan bestäms på basen av erfarenheter och omgivningen. När en äldre behöver fysiskt stöd handlar det oftast om att hon/han inte längre klarar av ADL aktiviteter på grund av försämrad syn, hörsel, balans osv. Den psykiska hjälpen behövs oftast då den äldre inte längre förstår hur hon/han skall göra sådana ADL aktiviteter som hon/han tidigare klarat av att göra, medan det sociala stödet behövs då den äldre inte får gjort sådana aktiviteter som krävs i det dagliga livet. (Nummijoki 2009, s. 87- 131)

När man talar om aktivitetsförmåga är rörelseförmågan ett centralt begrepp. Rörelseförmågan är en förutsättning för att kunna leva ett självständigt liv och för att klara av ADL aktiviteter. Att klara av ADL aktiviteter är en förutsättning för att klara sig självständigt hemma. (Nummijoki 2009, s. 87- 131) Lika viktig som rörelseförmågan är muskelstyrkan och balansen. Försämrad muskelstyrka och balans leder till att man lättare faller. När man känner sig säkrare med att röra på sig hjälper det också till att ta del av sociala aktiviteter/situationer. (Nummijoki 2009, s. 87- 131)

I en studie som gjordes av Vermeulen et al. visar man på att äldre personer som minskar på sin fysiska aktivitets nivå har en större risk för att bli beroende av andra när det gäller ADL färdigheter och har svårare att klara av vardagen (Vermeulen et al. 2012, s. 551). Detta tyder på att det är mycket viktigt för alla som arbetar med äldre att förstå hur viktig det är för äldre personer att röra på sig och att man inte skulle göra sådant för dem som de själva klarar av. För att få detta att lyckas måste aktivitetsavtalet presenteras för vårdarna på ett sätt som gör att de inte känner att detta är ett extra arbete, utan något som i längden kommer att ha en stor betydelse för deras och klienternas välmående.

2.4 Minnessjukdomar

Minnesstörning är ofta det första tecknet på att någonting är på tok och då lönar det sig att fokusera på det. Det kan i bästa fall vara något övergående men också vara första symptomen till demens. Orsaker till en övergående minnesstörning kan till exempel vara epilepsi, en mild hjärnskada eller en störning i hjärnans blodcirkulation. En lokal skada i hjärnan och dess uppbyggnad som har att göra med inlärning, att komma ihåg

eller att återkalla minnen är en vanlig orsak till att man insjuknar i en minnessjukdom. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, s. 48) Till de vanligaste minnessjukdomarna hör: alzheimer, vaskulärdemens (blodkärlsdemens), frontallobsdemens (pannlobsdemens) och Lewy body demens (Lewy kropps demens) (demensförbundet.se 2013).

Demens är ett samlingsnamn för många minnessjukdomar. Dessa sjukdomar orsakas av att delar av hjärnan skadats vilket leder till flera kognitiva försämringar hos den insjuknade personen. Det handlar om framåtskridande sjukdomar i hjärnans aktivitet som antingen kan vara övergående eller permanent. Klientens förmåga att ta hand om sig själv försämras så att hon/han tillslut blir beroende av andra då det gäller att klara av vardagen. Symptomen på demens är minnesstörningar, svårigheter att lära sig nya saker och svårigheter att återkalla sådant som man under sitt liv har lärt sig. Dessutom förknippas demens med svårigheter i åtminstone en av dessa: dysfasi (språklig störning), apraksi (svårigheter med att utföra frivilliga rörelser), agnosi (störning i uppfattningsförmågan) eller störningar i förmågan att själv kunna styra sina aktiviteter, som till exempel planering eller systematisering. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, s. 54-55) Beteendestörningar är också mycket vanliga i de flesta minnesstörningar. När sjukdomen progredierat tillräckligt långt förlorar personen sjukdomskänslan, vilket leder till att man blir mer och mer beroende av andra människor att ta hand om sig. (muistiliitto.fi 2013)

Minnessjukdomar påverkar minnet och förmågan att klara av fysiska aktiviteter i dagliga livet på grund av att den intellektuella förmågan försämras. Förutom att demens påverkar personens minne, tänkande, lärande, kommunikation, bedömningsförmåga, kontroll av känslor, motivation och uppfattningsförmåga har den också en inverkan på personens rörlighet. De kan till exempel uppleva smärta och begränsningar i rörligheten på grund av artrit, osteoporos eller cirkulations sjukdomar, andfåddhet och energibrist på grund av hjärt- och lungsjukdomar och svårigheter som har att göra med en försämrad syn. Alla dessa påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter. Rörligheten är något som mycket snabbt försämras om man blir till exempel sittande i rullstol eller sängliggande en längre tid, även för mycket medicinering kan ha samma inverkan på rörligheten. Personer som upprätthåller en del av sin rörlighet kommer att åtminstone delvis kunna vara längre självständiga och ha känslan av att klara sig på egen hand. Ak-

tiviteter ger också personen en chans att ge utlopp för överlopps energi och kan på detta sett minska på frustration och aggressivitet. Förutom att motion förstärker musklerna, förbättrar rörligheten och bidrar till självständighet har det också visat sig att den ökande muskelstyrkan har förbättrat inkontinensproblem. (Oddy 1998, s. 1-8)

Förmågan att prestera lika bra som förut är en vanlig förlust bland personer som insjuknat i en minnessjukdom. Ifall personen inte får tillräckligt med stimulering från miljön, har svårt med sociala situationer eller känner sig socialt isolerad kommer detta att ha en betydande påverkan på personens prestationsförmåga. Också ifall den minnessjuka har för mycket eller för lite att göra kommer det att ha en stor inverkan. För att undvika obekväma situationer är det vanligt att den minnessjuka lämnar bort till exempel hobbyer hon/han tidigare tyckt om att göra och på det sättet känner sig isolerad och ensam. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, s. 52)

Depression och apati som har att göra med minnessjukdom leder ofta till minskad fysisk aktivitet vilket leder till att muskelmassan minskar och att det allmänna tillståndet försämras, därför är det viktigt att komma ihåg att aktivitets- och rörelseförmågan kan stödas även hos personer med långt gången demens. Därför är det viktigt då man arbetar med personer med minnessjukdomar att man fokuserar på att upprätthålla sådana förmågor som personen har kvar både gällande aktivitets- och rörelseförmågan, speciellt viktigt är det att se till att personen får röra på sig tillräckligt. (Nummijoki 2009, s. 87-131)

Att upprätthålla ADL förmågan för personer med alzheimersjukdom är en avgörande faktor när det gäller klienternas och deras vårdares livskvalitet. Den fysiska träningen leder till bättre rörlighet, mindre depression och bättre fysisk hälsa. Ett träningsprogram är också därför fungerande för alzheimersjuk klienter. De kan spendera långa tider på ett boende och det är då lättare för personalen att utföra programmet än om klienterna skulle bo hemma. Studien som gjordes av Rolland et al. visar på att klienter med alzheimersjukdom är en fungerande målgrupp för individuella träningsprogram eftersom en förbättrad aktivitetsförmåga för personer som bor på servicehem också hade en positiv inverkan på de centrala problem man har med alzheimersjuk klienter, som till exempel beteendestörningar och depression. (Rolland et al. 2007, s. 163-164)

3 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram har jag valt att använda CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement). Denna referensram fokuserar på aktivitetsutförande som ett resultat av interaktionen mellan de tre centrala begreppen i modellen som är person, aktivitet och miljö. När dessa tre komponenter bildar ett harmoniskt förhållande med varandra (är i balans) anses man ha aktivitetsbalans. Finns det en störning/begränsning i någon av komponenterna kommer det att leda till störningar i aktivitetsutförandet vilket leder till obalans i aktivitetsutförandet. Förutom aktivitetsutförande fokuserar modellen på delaktighet (engagement), alltså det att man överhuvudtaget har aktiviteter i sin vardag och på det sättet är delaktig i något. (vula.uct.ac.za 2011)

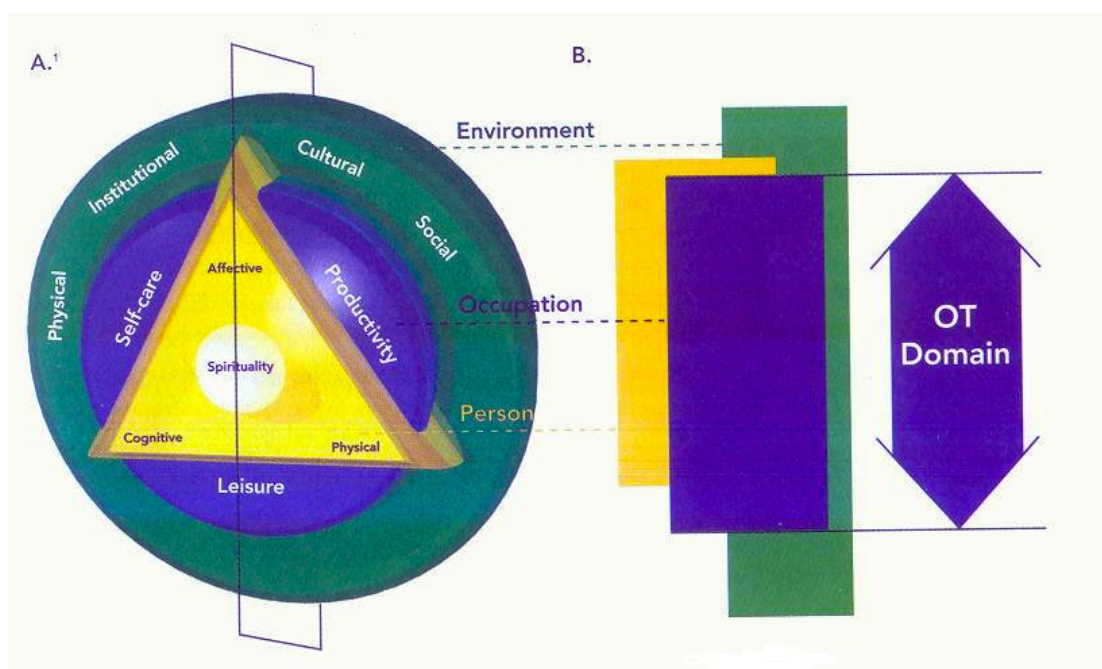


Bild: CMOP-E modellen, vula.uct.ac.za, 2011

Personen avbildas med hjälp av triangeln i mitten av modellen och anses ha tre utförandekomponenter som är kognitiva, affektiva och fysiska. Kärnan i personen är spiritualitet. Spiritualiteten kan för någon vara något religiöst, men främst handlar handlar spiritualiteten om vad som gör en person till en person, det vill säga självet. I denna modell bäddas personen in i miljön, miljön ses som något som där personen existerar och där aktiviteterna sker. Alla lever i sin egna unika miljö och den påverkar personen och aktiviteterna på olika sätt. Miljö delas in i fysisk, institutionell, kulturell och social miljö och

det är utgående från dessa olika miljöer som en person får sina aktivitetsmöjligheter. Aktiviteten är som en bro som binder ihop personen med miljön vilket betyder att personer agerar i en viss miljö genom sina aktiviteter. Till aktivitetsområdena räknas egenvård, produktivitet och fritid. Enligt cmop-e är aktiviteterna det som låter en person samverka med miljön och på det sättet vara delaktig. (Townsend & Polatajko 2007, s. 23) I mitt examensarbete blir detta en passande modell eftersom den kommer att fokusera på personers aktivitetsutförande.

När man inriktar sig på aktivitet är möjliggörande av något kärnan i ergoterapi. Ergoterapeutens roll är att genom aktivitet försöka möjliggöra förändringar i en persons vardag som har att göra med personens individuella önskemål och hennes/hans sociala kontakter. (Townsend & Polatajko 2007, s. 109)

Möjliggörande kan indelas i fyra delområden: oeffektivt möjliggörande, saknad möjliggörande, minimalt möjliggörande och effektivt möjliggörande. Om möjliggörande är oeffektivt kan det leda till nackdelar som kommer att påverka personen psykologiskt, fysiskt, kognitivt eller spirituellt. Detta kan ske i mitt arbete ifall de övningar som skall utföras inte till exempel övervakas tillräckligt väl och personen skadar sig eller upplever att hon/han inte klarar av övningarna och därför beslutar att i fortsättningen inte vill göra dem. Saknad möjliggörande betyder att en person har brist på möjliggörande eller på de resurser som skulle krävas för en viss aktivitet. Detta kan ske ifall de bosatta inte till exempel får hjälp när de behöver eller om de inte blir påmind om sina aktiviteter ifall de glömt. Minimalt möjliggörande kan uppstå trots goda avsikter. Detta kan till exempel hända ifall terapeuten inte själv inser olika sätt att möjliggöra möjligheter och därför inte kan ge sin klient alternativa sätt att utföra aktiviteter som klienten skulle vilja göra. Det kunde i detta arbete handla om att sköterskorna inte helt förstått hur något skall göras eller vad som skall göras. Den viktigaste faktorn när det gäller effektivt möjliggörande är att fokusera på aktivitet så att den stöder möjliggörande. För att möjliggörande skall vara effektivt i detta arbete måste alla på Heseva-koti göra sin andel så att de bosatta skulle få den maximala nyttan av sitt aktivitetsavtal. (Townsend & Polatajko 2007, s. 128-132)

Eftersom jag hellst ville göra ett arbete med en produkt, frågade jag först min handledare då jag var på praktik på Heseva-koti ifall de hade ett behov av någonting. Då kom de fram att de haft i tankarna att i något skede börja använda aktivitetsavtalet som en del av sin vardag, men eftersom hon för tillfället inte har tillräckligt med tid för att sätta sig in i aktivitetsavtalet djupare hade tanken skjutits framåt. Då var första tanken att jag skulle kartlägga och anpassa aktivitetsavtalet för Heseva-koti och sedan göra en pilotering av det anpassade avtalet med några utvalda klienter. När jag jobbat en tid med arbetet blev det tydligt att arbetet skulle ha blivit för stort och tagit för länge tid ifall piloteringen skulle ha varit som en del av arbetet så därför föll den delen bort från det slutliga syftet.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syfte: att kartlägga och anpassa användbarheten av ett aktivitetsavtal för äldre med minnesstörningar som bor på ett serviceboende.

Frågeställningar:

1. Hur skall avtalet struktureras för att möta serviceboendets strukturer?
2. I vilket skede skall avtalet göras med klienten?
3. Vad krävs av personalen för att aktivitetsavtalet skall kunna tas i bruk?

5 METOD

För att kunna göra ett projektinriktat arbete krävs det att man har en mångdimensionell syn på den information man får, olika arbetsmetoder och regler för att hantera kunskapen. Målet med ett sådant arbete är produktion av ny kunskap, som till exempel kan leda till utveckling av något. Det projektinriktade arbetet har sju steg: idé fasen, planfasen, förstadiet, bearbetningsfasen, kontrollfasen, avslutande fasen och den färdiga produkten (Salonen 2013, s. 11). I mitt arbete kommer utvecklingen att vara att jag anpassar aktivitetsavtalet så att det passar in i Heseva-kotis vardag. När man gör ett produktutvecklingsarbete brukar man använda en spiral modell för att samla in kunskap istället för en linjär modell. Den spirala modellen kännetecknas av att utvecklingen sker i en kontinuerlig cykel (spiral) vilket betyder att man kan hoppa mellan stegen och backa i de olika

stegen ifall det behövs. (Salonen 2013, s. 15-16) För mitt arbete blir denna spirala modell mycket lämplig eftersom jag måste kunna ha frihet att hoppa mellan stegen i processen för att tillslut ha en färdig produkt.

Insamlingen av data skiljer sig inte mycket oberoende om man gör en litteraturstudie eller ett projektarbete, men användningen av data är annorlunda. Som datainsamlingsmetoder kan man i ett projektarbete använda bland annat intervju, processdagbok och färdiga material. (Salonen 2013, s. 12) De datainsamlingsmetoder som jag kommer att använda är: frågeformulär, intervju, processdagbok och färdiga material och dokumenteringar av vad som gjorts tidigare. Under idé fasen skickar jag ut ett frågeformulär åt förmanen, avdelningssköterna, ergoterapeuten och aktivitetsledaren på Heseva-koti för att kartlägga behovet av aktivitetsavtalet. Jag kommer att intervjua personal från hemvården som har använt aktivitetsavtalet med klienter och personer som varit med och utveckla aktivitetsavtalet. Som dokumentation kommer jag att använda mig av en processdagbok, i den dokumenterar jag allt jag gjort, när jag gjort vad, vad och hur jag kommer att göra för att komma vidare och tankar som kommer upp under processen. Utgående från färdiga material och dokumenteringar får jag reda på hur aktivitetsavtal har genomförts på andra ställen, vad som har fungera och vad som inte har fungera. När jag samlat in all material kommer jag att försöka göra en anpassning av aktivitetsavtalet så att det på bästa möjliga sätt skulle passa på Heseva-koti.

Ett produktutvecklingsarbete kan delas in i aktörer, utvecklingsmetoder, informations-sökningsmetoder, dokumentation och analys. Aktörerna är de personer som har en central roll under arbetets skeden. Utvecklingsmetoder, informationssökning, dokumentation och analysen skall bilda helheten i ett produktutvecklingsarbete. (Salonen 2013, s.21) I mitt arbete kommer aktörerna att vara personal på Heseva-koti och de personerna, det vill säga utvecklare och användare av aktivitetsavtalet, jag kommer att intervjua eller vara i kontakt med under arbetsprocessen för att komma till en slutprodukt.

I dokumentationen är utgångspunkten att all material man samlat in är lika viktig och det är också viktigt att man har tillräckligt med material för att kunna analysera och bedöma det. All material som man får skall man också sammanfatta och dokumentera.

(Salonen 2013, s. 23-24) För att dokumentera mina intervjuer kommer jag att spela in dem så att jag senare skall kunna lyssna på dem och inte missar något viktigt.

Analysen eller bearbetningen av materialet behöver inte presenteras lika noggrant i ett projektinriktat arbete som i en litteraturstudie, men den måste vara tillräckligt klar för att kunna användas och bedömas. Kriteriet är att en utomstående både skall kunna bedöma produkten som en helhet och göra samma sak på nytt med hjälp av beskrivningarna i analysen. (Salonen 2013, s. 24-25)

Idé fasen innefattar kartläggning av utvecklingsbehovet, ett preliminärt utvecklingsarbete, att man bekantar sig med miljön där man gör arbetet och att man engagerar dem som skall vara med under projektet (Salonen 2013, s. 17). Under idé fasen diskuterar jag med min handledare på Heseva-koti om idén till arbetet eftersom de där har ett intresse för piloteringen. Under denna fas gör jag en utredning med hjälp av ett frågeformulär som jag skickar via mejl åt Heseva-kotis direktör, alla ansvariga avdelningsskötare, ergoterapeuten och aktivitetsledaren för att deras röst och önskemål också skall kunna tas i beaktande i planeringen och genomförandet.

Under planfasen gör man en skriftlig utvecklingsplan. Planen skall bland annat innehålla mål, metod, datainsamling, dokumentation och tidsplan. (Salonen 2013, s. 17) Under planfasen kommer jag att börja ta reda på vem som använt aktivitetsavtalet och var det är använt, detta för att veta vem jag skall intervjua.

Under förstadiet förflyttar man sig till fältet där arbetet skall göras. Man går igenom planen och organiserar tillsammans med samarbetsparterna arbetet. Före detta skede skall man ha alla lov för arbetet klara. (Salonen 2013, s. 17) Förstadiet i mitt arbete kommer att innehålla ett möte på Heseva-koti där frågeställning och avgränsning för arbetet fastslås. Resten av denna fas kommer att innehålla intervjuerna av alla som skall intervjuas för att få fram varifrån idén kommer från början, grundtanken bakom avtalet, uppbygganden av konceptet, användbarheten, utvecklingsförslag och positiva och negativa sidor med avtalet.

Bearbetningsfasen är den viktigaste fasen efter planfasen. Det är under denna fas man arbetar för att komma fram till sina mål och alla som är med i projektet har nu en egen

roll. (Salonen 2013, s. 18) Under bearbetningsfasen kommer jag att gå igenom alla intervjuer och sammanställa svaren. Under denna fas kommer jag också att själv fundera på anpassningsmöjligheter och försöka hitta stöd för dessa i litteraturen.

Under kontrollfasen bedömer man resultaten. Kontrollfasen behöver inte alltid nödvändigtvis vara i slutet av processen utan man kan under hela arbets gång göra bedömning. (Salonen 2013, s. 18) När jag har samlat all information jag kan få, kommer jag i denna fas att göra mina egna utvecklingsförslag och också göra ett förslag på hur konceptet kunde anpassas på Heseva-koti. Jag kommer också här att göra ett förslag på hurudan piloteringen möjligtvis kunde se ut.

Tillslut har man en färdig produkt som kan vara till exempel en modell, en bok, en broschyr mm. (Salonen 2013, s. 18) I detta fall kommer produkten att vara i formen av en anpassad version av det ursprungliga aktivitetsavtalet som går att använda på Heseva-koti.

5.1 Etik

Då man gör ett arbete där en del av informationssöningen går ut på intervju och frågeformulär är det viktigt att tänka på de etiska aspekterna. När det gäller kvalitativa intervjuer är anonymitet ett centralt begrepp. Att vara anonym i en intervju betyder att man inte lägger ut personens namn eller andra tecken genom vilka man kan känna igen den intervjuade. Före man gör en intervju är det också viktigt att informera den intervjuade om bland annat syftet med arbetet, åt vem arbetet är, att deltagandet är frivilligt och om anonymitet. (Trost 2010, s. 61, 125-126)

I mitt arbete är anonymiteten en central del. För att garantera att de intervjuade var anonyma har jag inte i mitt arbete tagit upp namn eller arbetsplats, i rapporteringen av intervjuerna har svarena från olika personer satts ihop för att det inte skall vara möjligt att veta vem som sagt vad. De intervjuade var också informerade om vad arbetet skall gå ut på, de visste ungefär vad jag var intresserad av att få mera kunskap om och att vara med som intervjuad var frivilligt.

6 GENOMFÖRANDE

I detta kapitel presenteras en sammanställning av de resultat som jag fått från de tre olika intervjuerna jag gjort. Den första fasens intervju gjorde jag under min praktik på Heseva-koti för att kartlägga behovet av aktivitetsavtalet och för att få reda på vad personalen tänkte om aktivitetsavtalet. I den andra fasen intervjuade jag användare och utvecklare av aktivitetsavtalet för att få en djupare förståelse av aktivitetsavtalet. Till den tredje fasen hade jag redan mycket kunskap om aktivitetsavtalet och kunde på basen av det igen intervju personal på Heseva-koti.

6.1 Första fasen

Iden till examensarbetet fick jag av min fälthandledare under min yrkespraktik II. De hade på Heseva-koti ett intresse för att börja använda aktivitetsavtalet som en del av deras vardag, men hade inte tillräckligt med tid för att intervju och ta reda på vad som varit bra, vad som varit mindre bra med aktivitetsavtalet och i vilken form den kunde tas i bruk på Heseva-koti. Redan under min praktik gjorde jag en utredning med hjälp av ett frågeformulär som jag skickade via mejl åt Heseva-kotis direktör, alla ansvariga avdelningsvårdare, ergoterapeuten och aktivitetsledaren för att deras röst och önskemål också skulle kunna tas i beaktande i planeringen och genomförandet. I frågeformulären hade jag tillsammans med min handledare utarbetat sex frågor. I denna första fas har jag satt ihop svaren och bildat huvudfrågor av dessa sex frågor. (Bilaga 1)

6.1.1 Varför ett aktivitetsavtal?

Aktivitetsavtalet skulle kunna få vårdpersonalen att förstå hur viktig det är att bland annat klienternas fysiska resurser skulle upprätthållas längre. Detta kräver förstås också lust och vilja av klienterna. Att göra ett avtal och att hitta meningsfulla aktiviteter kan vara svårt med en person med minnessjukdom, men när det gäller minnessjuka klienter kan inte de anhörigas kunskap om klienten betonas för mycket. Det är viktigt att komma ihåg att ett avtalet i sig själv inte förbättrar någons aktivitetsförmåga men dess innehåll kan tillföra kvalitet i livet för klienterna ifall givna instruktioner följs systematiskt. Det kräver också att hela personalen förbinder sig till att utföra klienternas aktivitetsavtal.

Då finns det också möjlighet till bättre livskvalitet för de bosatta. Aktivitetsavtalet kan hjälpa personalen att uppfatta hur man med hjälp av små vardagsaktiviteter kan få en stor förändring i någons aktivitetsförmåga.

6.1.2 Hur kan aktivitetsavtalet fås som en del av vardagen?

Eftersom man inte vill att personalen skall känna att detta är ett extra jobb kunde avtalet göras i samband med vårddiskussionen, då man också går igenom vårdplanen och rehabiliteringsplanen. Under vårddiskussionen är också klientens ansvariga vårdare med och oftast också någon anhörig som har den mest kunskapen om klienten i fråga. Huvudansvaret för att den enskilda klientens aktivitetsavtal blir gjord skulle ligga på den ansvariga vårdaren, men i praktiken har hela personalen ansvar för att allas aktivitetsavtal blir gjorda. Genom att göra aktivitetsavtalet som en del av vårdplanen borde det vara lättare att få den som en del av vardagen för personalen och genom detta försöker man också undvika risken att personalen uppfattar detta som besvärligt och tidskrävande. Efter att vårddiskussionen har hållits och man tillsammans med klienten har kommit fram till ett avtal som känns motiverande skall avtalets innehåll dokumenteras så att den är synlig för hela personalen. När övningarna och deras utförande är registrerat är det lätt för vem som helst av vårdpersonalen att utföra övningarna med klienten. Det är lättare för vårdpersonalen att veta vad de skall göra när det finns klara tillvägagångssätt. Samtidigt som avtalet görs skall man också sätta upp konkreta mål. När det finns ett klart mål finns det alltid en möjlighet till förbättring, utan mål är det svårt för vårdpersonalen att systematiskt försöka arbeta med något konkret. Med klara och tydliga mål är det också lättare under uppföljningen att se var man för tillfället ligger. För att undvika att personalen känner att de misslyckats med utförandet av avtalen är det viktigt att inte sätta upp för ambitiösa mål.

När aktivitetsavtalet tas i bruk skall en pilotering göras, detta kunde till exempel vara vara klienterna på en stor avdelning, utvalda klienter med samma eller liknande problematik eller med klienter som redan från tidigare har aktiva anhöriga. Anhörigas engagemang och insats kommer att vara mycket viktig även om det i vissa klinikers fall kan vara svårt att få dem med.

6.2 Andra fasen

Under den andra fasen började jag med att skicka ut ett mejl åt sju olika personer. Dessa personer var sådana som antingen hade varit med och grunda aktivitetsavtalet, utvecklat det, utbildat personal för användningen av avtalet eller använt aktivitetsavtalet i sitt jobb. Orsaken till att jag ville göra en intervju var att jag ville få sådan kunskap och information om avtalet och jag ville höra om sådana erfarenheter och åsikter som inte finns skrivet. Jag skickade ut två sorters mejl. Båda mejlerna innehöll en förklaring på vad examensarbetet gått ut på och till vad den skall användas till, dessutom innehöll båda mejlen fyra frågor: varför och hur avtalet är gjort, ifall den baserar sig på någon teori och vad som varit bra eller dåligt i avtalet. Dessa frågor valde jag för att få bredare syn på aktivitetsavtalet. Mejlet som bara innehöll dessa fyra frågor skickade jag ut åt tre personer och åt de fyra andra skickade jag desutom en förfrågan ifall jag kunde komma och intervjua dem för mera information. Tre av dessa fyra svarade att intervju passade dem. Av de som blev intervjuade hade en varit med och grunda avtalet, en hade varit med och utvecklat avtalet och skola sköterskor för att använda avtalet i praktiken och den tredje var en som hade använt avtalet med en klient på ett äldreboende. Jag valde att göra en kvalitativ intervju eftersom utmärkande för den är att man ställer enkla och raka frågor medan svaren är innehållsrika, efter att intervjuerna är gjorda har man mycket material (Trost 2010, s. 25). Huvudfrågorna och svaren på dem presenterar jag i den andra fasen. (Bilaga 2)

6.2.1 Hur är avtalet strukturerat?

Aktivitetsavtalet är utvecklat av en mångprofessionell grupp för att få en så bred syn på människan som en aktiv och görande varelse. I denna grupp har arbetat fysioterapeuter, ergoterapeuter, vårdare, hemvårdens förmän, hemvårdens handledare och personal från idrottsverket.

När man gör ett aktivitetsavtal åt en klient är det viktigt att inkludera sådana saker som faktiskt intresserar personer och motiverar henne/honom. Ifall man gör ett avtal som innehåller sådant som inte intresserar och motiverar klienten händer det lätt att man låter bli eller inte vill utföra avtalet. Det är bra att komma ihåg att en stor del av klienterna är sådana som det är svårt att komma fram till vad de är intresserade av, eftersom de har

någon minnesstörning, därför är det viktigt att komma ihåg att aktivitetsavtal görs just för att hitta sådant som klienten är intresserad och motiverad av. Man måste hitta det som klienten själv är färdig att binda sig till. Avtalet skall inte innehålla sådant som klienten inte upplever vara meningsfullt. För att allt detta skall lyckas betyder det att intervjun måste vara lyckad så att man faktiskt får fram vad som motiverar klienten. Att intervjua är inte lätt och det är något som man bara lär sig genom att intervjua. Det har funnits många avtal där det märkts tydligt att intervjuaren inte fått fram vad klienten anser meningsfullt vilket har lett till att intervjuaren har hittat på något för att fylla en viss fråga vilket sedan leder till att avtalet blivit ogjort. För några klienter har man kunnat förklara att till exempel smärtan beror på att man sitter så mycket vilket sedan har motiverat personen till att röra på sig, men sådant kan vara svårt att få och fungera med en minnessjuk person.

Grunden för ett lyckat aktivitetsavtal är intresse och motivation från klientens sida. Det viktigaste för personalen att komma ihåg när man strukturerar aktivitetsavtalet är att det handlar om klienternas välmående. Man måste vara genuint intresserad av klienternas välmående, ha förståelse och komma ihåg att klienterna är individer och alltid tro på att en klient som är i hur dåligt skick som helst kan åstadkomma en förbättring i aktivitetsförmågan eller upprätthålla den nuvarande aktivitetsförmågan och på det sättet få en förbättring i livskvaliteten. Alla på Heseva-koti måste förbinda sig till att utföra aktivitetsavtalet och eftersom personalen är på plats dygnet runt borde det vara lättare att genomföra än i hemvården. Det är viktigt att informera anhöriga om att deras insats är mycket viktig i genomförandet och under intervjun, eftersom de har all information om klientens tidigare liv, intressen osv.

Idealsituationen för att ett aktivitetsavtal skall lyckas är att anhöriga skulle vara med till 100 %. Ett av målen med aktivitetsavtalet är också att involvera alla naturliga aktörer i klientens vardag (till exempel familj och vänner) men det är ganska sällan som detta förverkligas. Många anhöriga besöker sina anhöriga flera gånger om veckan och vet inte ens om att hon/han har ett aktivitetsavtal därför skulle det vara bra att anhöriga skulle vara med när man gör avtalet. Speciellt när det handlar om minnessjuka personer kan det vara att just anhöriga är de ända som kan berätta om klientens intressen och tidigare liv eftersom personen inte mera är kapabel att berätta om sådant.

Dokumentationen av vad som egentligen gjorts tillsammans med klienten sker sedan i det programet som finns på olika enheter. För att faktiskt kunna följa med den enskilda klientens utveckling borde man efter varje gång man gjort något tillsammans med en klient dokumentera det. Uppföljningstiden varierar beroende på individ och ifall avtalet är gjort för att förbättra eller för att upprätthålla aktivitetsförmågan, men det lönar sig inte att ha jätte långa perioder mellan uppföljningarna redan 3 månader är en lång tid. Ifall avtalet är gjort för att förbättra aktivitetsförmågan kan uppföljningstiden vara ca 1,5-2 månader men ifall avtalet är gjort för att upprätthålla aktivitetsförmågan kan det räcka med att uppföljningen görs med 2-3 månaders mellanrum.

6.2.2 Hur har aktivitetsavtalet tagits emot av personalen?

Eftersom det är personalen som har ansvaret för att klienternas aktivitetsavtal blir gjorda och för att alla personer är olika görs även de givna instruktionerna på varierande sätt och också i varierande mängd. Att givna instruktioner blir gjorda beror mycket på vårdarens egen motivation och ifall hon/han upplever att avtalet kan vara till nytta. När man har bråttom har det visat sig att det nästan alltid är aktivitetsavtalet man lämnar bort först.

När man presenterar aktivitetsavtalet för personalen är det viktigt att göra det på rätt sätt för att undvika att de känner att detta blir som ett extra jobb för dem i den redan hektiska vardagen. När aktivitetsavtalet först presenterades för vårdare kände de just att detta var ett extra och ansvarsfullt arbete som inte rymms in i dagens rutiner, igen kommer det ett till papper som skall fyllas i. När man under skolningarna gick igenom vad det egentligen betyder att stöda aktivitetsförmågan (att hålla ögonen öppna då man är tillsammans med klienten, att hjälpa då det på riktigt behövs, inte i onödan göra för saker klienten och att vara med klienten som ett stöd) märkte skötarna att de redan gör en hel del av detta fast det inte hade något skilt namn för det. Det är bra att komma ihåg att det i början kan ta lite längre tid tills man blir van vid det och det blir en del av de vardagliga rutinerna men ifall man får det och fungera och klientens aktivitetsförmåga förbättras/upprätthålls kan arbetet bli mindre fysiskt ansträngande och själva vårdarbetet för snabbas.

Det är också viktigt att föra fram åt skötarna att det bland dem finns massor med kunskande eftersom ett problem varit att det inte finns tillräckligt med tillit till det egna görande, de är ofta försiktiga med att göra beslut och kräver en del stöd. Skötarna fick en skolning där man gick igenom vad aktivitetsavtalet innebär och dit skulle de hämta egna exempel på klienter som man sedan tillsammans i grupp under skolningen ”löste”. Under skolningen var det antingen en fysioterapeut eller ergoterapeut tillsammans med en vårdare som föreläste. Det upplevdes vara bra att ha en vårdare med för att det gav skötarna tillit till att det inte alltid behöver vara med en terapeut för att öva sådant som finns i avtalen. Under skolningen är det bra att påminna skötarna om att de kan hjälpa av varandra eller fysioterapeut/ergoterapeut för gradering av målsättningarna då de första målen är uppnådda eftersom det är ganska vanligt att man slutar öva när målen är uppnådda vilket leder till att aktivitetsförmågan igen småningom försämras.

6.2.3 Positiva och negativa sidor med avtalet?

Det har funnits många exempel där det har skett en väsentlig förbättring i klientens aktivitetsförmåga, men det är viktigt att komma ihåg att själva aktivitetsavtalet inte förbättrar på aktivitetsförmågan, för att det skall ske en förbättring krävs det att det finns ett engagerat och motiverat team som stöder klienten. Trots många lyckanden med aktivitetsavtal finns det tyvärr en del exempel där man gjort ett aktivitetsavtal men ingen har sedan följt instruktionerna eller satt upp nya mål och då är det vanligt att avtalet glöms fort.

En sak som varit bra och fungerande har varit att aktivitetsavtalet har ökat medvetande om hur man kan bedöma klientens aktivitetsförmåga och den har gett verktyg till olika sorters bedömning. I bedömningen ingår att klienten skall plocka upp ett föremål från golvet och uppstigning från en stol. Aktivitetsavtalet har också öppna ögonen för aktivitetsförmågan, det vill säga att vårdarbetet inte endast består av att besöka klienten för att sköta om hennes/hans grundbehov, utan det handlar också om att förbättra och upprätthålla klienternas aktivitetsförmåga. Det har även väckt uppmärksamhet till hur stor inverkan görandet har på klientens aktivitetsförmåga och vårdarna har lärt sig att observera var klienten på riktigt behöver stöd och vad hon/han klarar av på egen hand. I hemvården har man med vissa klienter till och med kunnat minska på hembesökens mängd då klientens aktivitetsförmåga förbättrats så mycket att hon/han till exempel

vågat gå i duschen på egen hand, då har även klientens uppfattning om sig själv ändrats från att ha varit patient till att vara aktör.

Delar av avtalet som fortfarande kräver utveckling är frågeformulären eftersom den inte uppmuntrar till diskussion. Att intervjua lär man sig genom att intervjua, ifall intervjuaren inte kommer på tilläggsfrågor och/eller inte kan föra diskussionen djupare hjälper frågeformulären inte alls till detta. Till exempel om klienten säger att inget intresserar henne/honom och intervjuaren inte kan fråga följdfrågor blir det svårt att sätta upp mål då man inte har någon grund för klientens intressen. Det är också viktigt att komma ihåg att påminna skötarna om att fråga efter hjälp. Ifall vårdaren inte har förmåga att analysera och gradera aktiviteter när man skall utöva aktivitetsförmågan händer det lätt att avtalet blir ogjort. I hemvården har det också varit svårt när personalen ofta byts och det eventuellt inte finns tillräckligt många som kan utöva aktivitetsavtal, men eftersom personalen finns på plats på Heseva-kotidygnet runt borde görandet av avtalen och kunskapen om dem vara lättare bland personalen. Att sätta upp mål är en annan del som har visa sig vara svårt, vad skall man sen göra när man har satt upp målet? hur skall man träna för att uppnå målen? Detta är exempel på frågor som man fortfarande kämpar med.

6.2.4 Praktiskt tips för genomförandet

Måltider där klienterna och skötarna har ätit tillsammans har visat sig vara fungerande med minnessjuka för att uppmuntra dem att äta självständigt. När de ser en annan person göra det väcker det minnen till hur man äter och ofta har klienten kunnat äta självständigt tillsammans med vårdaren. När man börjar fundera på aktivitetsavtal för klienterna behöver man nödvändigtvis inte i allas fall börja med en intervju, skötarna känner klienterna väldigt bra och kan våga lita på sin kunskap om klienterna i grunden för avtalen. Ifall man utgår från frågeformuläret behöver man inte fråga sådana saker som är självklara för vårdpersonalen.

När man utbildar skötarna har det upplevts som bra att inte ha en vanlig föreläsning, utan den kunde utgå ifrån skötarnas egna case och att man tillsammans kunde försöka lösa dem. Före själva skolningen kunde man reda ut, genom till exempel ett frågeformulär, vad skötarna redan kan och vad de skulle vilja veta mera om och använda det som

bas för skolningen. Under hemvårdens skolningstillfällen har näringens betydelse på kliente varit ett populärt samtalsämne.

Ett annat exempel som fungerat bra när man övat aktivitetsförmågan med klienter med minnessjukdom är att titta på gamla fotografier av någon viss aktivitet, vilket har kunna väcka minnen hos klienten vad hon/han förr ansett vara meningsfullt. Genom att titta på dessa foton har man sedan kunna komma fram till vad hon/han har för intressen och på basen av det hitta meningsfulla aktiviteter att ha som en del av aktivitetsavtalet. Det är viktigt att komma ihåg att alla klienter borde ha åtminstone en meningsfull aktivitet per dag.

6.3 Tredje fasen

Den tredje fasen var en gruppintervju på Heseva-koti med tre av deras avdelningsskötare. Inför denna fas gick jag igenom mina tidigare intervjufrågor och svar. Jag funderade över vad jag egentligen hade fått för svar och hur jag kunde använda den informationen när nästa intervju skulle göras. De slutliga intervjufrågorna hade sin grund i frågorna som fanns i fas två, det vill säga intervjuerna med grundare och användare av aktivitetsavtalet, och samtidigt försökte jag vinkla dem så att de skulle svara på mina frågeställningar för hela arbetet (Bilaga 3). När frågorna var klara skickade jag mejl åt avdelningsskötarna på Heseva-koti och frågade ifall de kunde ställa upp på en intervju. Tre av avdelningsskötarna gick med på intervju och eftersom de önskade att det skulle varn grupp intervju blev det en gruppintervju istället för enskilda intervjuer, som jag från början hade tänkt att det skulle vara. Jag valde att endast skicka ut mejl åt avdelningsskötarna och inte hela personalen eftersom avdelningsskötarna blivit intervjuade tidigare angående arbetet och därför redan har en inblick på vad det är jag gör och de har den bredaste kunskapen angående hela huset.

6.3.1 Hur skall avtalet struktureras för att möta serviceboendets strukturer?

När en ny klient kommer till avdelningen hålls alltd en vårddiskussion där förmannen, ansvariga vårdaren, ibland ergoterapeuten, anhöriga och klienten är med. På detta möte skulle också aktivitetsavtalet göras. De flesta klienterna som bor på Heseva-koti har en

minnessjukdom som är långt progredierad och då är den anhörigas roll i målformuleringen jätte viktig, eftersom det oftast är hon/han som har kunskapen om klienten, känner till hennes/hans historia bättre än någon annan och vet vad hon/han har haft som intresse och upplevt viktigt. Då man börjar formulera aktivitetsavtalet för klienten är det viktigt att ta i beaktande klientens historia eftersom till exempel en person som hela sitt liv varit mycket passiv högst antagligen kommer att vara mindre motiverad till ett aktivitetsavtal än en person som varit aktiv hela sitt liv. Tanken är också att försöka få den anhöriga att utföra avtalet tillsammans med klienten. Ibland upplever de anhöriga att de inte riktigt vet vad de skall göra tillsammans med sin närstående och då kunde aktivitetsavtalet öppna upp nya dörrar för ett gemensamt görande.

I struktureringen av avtalen är det också viktigt att ta i beaktande sådant som eventuellt kan vara ett hinder när det gäller utförandet. När det gäller den fysiska miljön borde det inte finnas några hinder. Även om det på vissa avdelningar kan vara svårt att utföra allt som finns i avtalen borde det inte finnas några hinder som inte går att åtgärda, man kan alltid till exempel gå i trapporna. Hinder som har att göra med den psykiska miljön kan för vissa klienter bli ett problem. Ibland uppstår det diskriminerande tal som bland annat kränkande tal, trakasserier och även mobbning bland de som bor på serviceboende. Vissa klienter reagerar mycket starkt på andra klienters dåliga humör och negativa kommentarer. I sådana fall kommer vikten av den ansvariga vårdarens kännedom om klienten fram, man kan be om råd och hjälp av henne/honom för att få reda på vad som påverkar klientens känslomässiga tillstånd. Det är också upp till personalen att minimera mobbningsituationer och försöka hitta på lösningar så att även den som eventuellt blir mobbad får möjlighet till att utföra sitt aktivitetsavtal.

När man funderar på ett aktivitetsavtal är det viktigt att redan före avtalet är gjort bestämma sig för ifall avtalet skall koncentrera sig på att upprätthålla eller förbättra klientens aktivitetsförmåga. På Heseva-koti skulle aktivitetsavtalen huvudsakligen koncentrera sig på aktiviteter som upprätthåller den aktivitetsförmåga som klienterna har, ifall en klient till exempel har fallit och skadat sig kunde man inkludera rehabilitering för den klienten tills aktivitetsförmågan är som den var innan olyckan. På ett längre sikt kunde man tänka sig att klienternas aktivitetsförmåga skulle upprätthållas så att de så länge som möjligt kunde stödas med hjälp av en vårdare, det vill säga att aktivitets- och rörelseförmågan skulle upprätthållas längre.

När man arbetar med minnessjuka klienter är det viktigt att aktiviteterna upprepas regelbundet dagligen för att förmågan att klara av aktiviteterna upprätthålls. Eftersom vårdplanen på Heseva-koti följs upp med x-3 månaders mellanrum skulle även aktivitetsavtalet i princip följas upp med samma mellanrum, men uppföljningstiden är förstås individuell och beroende på klienten.

6.3.2 I vilket skede skall avtalet göras med klienten?

Idealsituationen skulle vara att personalen börjar observera den nya klienten så fort hon/han kommer till avdelningen och lägger märke till sådant som man kunde inkludera i aktivitetsavtalet och efter det skulle man hålla vårdmötet med den anhöriga. Under vårdmötet skulle den ansvariga vårdaren berätta om sina observationer och den anhöriga skulle berätta om klienten, hennes/hans historia, intressen mm. Även om klientens minnessjukdom har progredierat så långt att hon/han inte mera har kapacitet att berätta om sig själv och sitt förflutna är det viktigt att klienten ifall möjligt är med under vårddiskussionen. Detta för att alla klienter trots minnessjukdom har självbestämmanderätt och det är inte meningen att avtalet är ett avtal mellan personalen och anhöriga utan klientens röst skall också höras och komma fram. Aktivitetsavtalet skall bli som en del av vårdplanen för varje klient, ifall det blir som en skild del är risken stor för att det lätt glöms bort.

6.3.3 Vad krävs av personalen för att aktivitetsavtalet skall kunna tas i bruk?

För att få aktivitetsavtalen som en del av vardagen krävs motivation och engagemang av personalen, men det finns på Heseva-koti. Det är viktigt att köra in konceptet med aktivitetsavtalet på rätt sätt så att personalen blir inspirerad och så att det inte känns som ett extra jobb för skötarna. Inspiration är också något som spids då alla arbetar konsekvent. Att poängtera att mycket redan görs utan ett avtal blir viktigt för att motivera personalen till att detta inte är något helt nytt och extra som tar bor från vardagens andra sysslor. Tid för att utföra aktiviteterna som finns i avtalet finns också, för personalen finns det för tillfället utsatt 2x20 min/vecka som de skall använda för att utföra rehabiliterings- och stimulansprogram för klienterna och för dem kunde denna tid användas för att

utföra aktivitetsavtalet. Eventuellt blir inte alla gånger dokumenterade men huvudsaken är att aktivitetsavtalen blir gjorda. Detta skall bli en rutin och en del av vardagen för personalen.

Även om alla i personalen har ansvar för att allas aktivitetsavtal blir utförda ligger huvudansvaret för att den enskilda klientens aktivitetsavtal blir gjort är hos den ansvariga vårdaren för varje klient. Den ansvariga vårdarens expertis om klienten är bra att använda då man vill få mera kunskap om bland annat klientens intressen, det är ändå hon/han som känner klienten bäst.

Vårdpersonal som kan göra arbete som upprätthåller aktivitetsförmågan och är individuellt trivs bättre på sitt arbete och byter mer sällan arbetsplats. När arbetet inte bara handlar om att ta hand om klienternas grundbehov blir arbetet inte heller som på ett löpande band, utan får mera innehåll, vårdpersonalen ser den egna arbetsinsatsen, lär känna klienterna bättre och får en bättre kontakt med dem. Ifall klienternas aktivitetsförmåga upprätthålls så att de räcker med stöd från en vårdare blir arbetet också fysiskt lättare. När alla har förbundit sig till att följa anvisningarna kan även samarbete och teamarbete mellan vårdarna förbättras.

7 KARTLÄGGNING OCH ANPASSNING AV AKTIVITETSAVTALET

För att aktivitetsavtalet skall bli som en del av vardagen för både klienterna och personalen krävs det motivation och vilja att göra en förändring av alla. Alla har en egen roll och alla måste förbinda sig till att utöva aktivitetsavtalet för att det skall vara till någon nytta för klienterna. För att motivera personalen kan det vara bra att någon, från till exempel hemvården, kommer och berättar lyckanden man har kunnat åstadkomma med aktivitetsavtalet. För tillfället är det utsatt 2x20 min/vecka för varje klient att få stimulerande aktiviteter och denna tid kunde användas till att utföra aktivitetsavtalet.

Då klienten kommer till avdelningen skulle idealsituationen vara att alla skötaren på avdelningen och resten av personalen som vistas på avdelningen skulle observera den nya klienten så mycket som möjligt och försöka få en bild av klientens intressen, historia,

vanor mm. Observationen är viktig med tanke på vårddiskussionen och till den skulle personalen samla alla observationer om klienten åt den ansvariga skötaren.

Under vårddiskussionen är avdelningsskötaren, klientens ansvariga skötare, anhöriga, klienten själv och ergoterapeuten med, eventuellt också fysioterapeut vid behov. Där skulle avdelningsskötaren berätta om aktivitetsavtalet, vad det innebär, hurudan nytta klienten kan ha av den och hur de anhöriga kunde vara en del av det. Klienten själv får under vårddiskussionen berätta om sig själv, sina intressen, ifall det är något hon/han skulle vilja träna på mm. Klienten måste också under vårddiskussionen bestämma ifall hon/han vill ha ett aktivitetsavtal. Ifall klienten har en så grav minnesstörning att hon/han inte längre kan berätta om sitt liv och sig själv blir det den anhörigas uppgift att berätta om klientens historia. Den ansvariga skötarens uppgift under vårddiskussionen är att föra fram personalens observationer angående klienten och komma med förslag på vad aktivitetsavtalet kunde innehålla. Ergoterapeuten och fysioterapeuten skall berätta om vilka vilka möjligheter de har att erbjuda och ifall de kunde vara till nytta för klienten skall det bli som en del av klientens aktivitetsavtal. I slutet av vårddiskussionen görs aktivitetsavtalet, det skall dokumenteras tydligt åt klienten så att vem som hellst i personalen kan utföra avtalet.

Huvudansvaret för själva utförandet av aktivitetsavtalet är hos den ansvariga skötaren. Det är också hon/han som har den bredaste kunskapen om klienten, vad som motiverar henne/honom, vad som påverkar klientens känsloliv mm. Ifall man stöter på problem med att till exempel motivera klienten är det alltså bra att komma ihåg att man kan be råd och tips av den ansvariga skötaren. Även om huvudansvaret för att klientens aktivitetsavtal blir gjort hör det ändå till hela personalens ansvar att utföra aktivitetsavtalen med de klienter de vårdar. Idealsituationen skulle vara att anhöriga under sina besök skulle utföra aktivitetsavtalet tillsammans med klienten. Förutom att det underlättar personalen kan detta samtidigt vara något som motiverar anhöriga att besöka oftare, eftersom det kommer fram att anhöriga inte riktigt vet vad de skall göra eller tala om under sina besök. Till ergoterapeutens och fysioterapeutens uppgift hör att ta med klienten till sådana grupper som skulle vara passande för klienten med tanke på hennes/hans aktivitetsavtal. Till deras uppgift hör också att presentera olika hjälpmedel som underlättar klientens vardag. Även om klientens uppgift är att utföra avtalet och hon/han har förbundit sig till det är det viktigt att komma ihåg att eftersom de flesta klienter på

Heseva-koti har grav minnessjukdom, ligger motiveringen och ansvaret för att aktivitetsavtalen blir utförda på personalen. Alltid då någon gjort någonting med en klient är det viktigt att dokumentera vad man gjort och hur det har gått, detta för att underlätta uppföljningen.

Eftersom aktivitetsavtalen i huvudsak skall koncentrera sig på upprätthållande av funktionsförmågan på Heseva-koti, borde uppföljningen ske med 2-3 månaders mellanrum. Under uppföljningen skulle det vara bra ifall ansvariga skötaren, anhöriga och klienten själv skulle vara med, ifall klienten har varit med ergoterapeuten eller fysioterapeuten skulle även de vara med. Före uppföljningen skulle den ansvariga skötaren ha gått igenom vad som dokumenterats angående klientens aktivitetsavtal och även höra med övriga personalen hur det har gått, ifall något skall ändras/tränas mera på, är något mål uppnått mm. Under uppföljningen skulle då den ansvariga skötaren, på samma sätt som under vårddiskussionen, komma fram den informationen och också egna erfarenheter. Klienten och den anhöriga skulle på samma sätt komma med sina upplevelser och det är viktigt att klienten har en röst i detta eftersom det handlar om människor och inte objekt. Under uppföljningen skall man koncentrera sig på var vi är nu, vart vill vi komma och vad skall vi göra för att komma dit. På basen av detta skall man sedan komma överens om hur man skall gå vidare med aktivitetsavtalet, skall det sättas upp nya mål eller skall det fortsätta som hittills. Efter uppföljningen börjar igen en ny 2-3 månaders period då man utför aktivitetsavtalet. På basen av den kunskapen som jag fått har jag sedan gjort ett förslag på hur man kunde strukturera aktivitetsavtalet på Heseva-koti (Bilaga 4).

8 DISKUSSION

Att göra detta arbetet har varit en lång process. Före jag började skriva hade jag redan bestämt att jag inte ville göra en litteraturstudie utan ett processinriktat arbete. Det har varit ett intressant och ett nytt sätt för mig att arbeta på. Eftersom det processinriktade arbetet inte har en linjär struktur, utan är som en spiral, får och måste man hoppa mellan de olika stegen fram och tillbaka. Denna frihet har på sitt sätt varit krävande, eftersom ifall man inte dokumenterar alla steg noggrant glömmar man lätt och råddar ihop olika steg, men samtidigt har det också varit givande och intressant. Denna metod har också krävt att jag själv hela tiden har en bild av hur jag kommer att gå vidare och vilka mel-

lansteg jag måste göra för att komma till nästa steg. Men i och med att jag använt denna metod har jag också lärt mig ett helt nytt sätt att arbeta på och även märkt att detta är en metod jag gärna skulle använda på nytt.

Att dela in metoden i sju olika steg (idefas, planfas, förstadie, bearbetnings fas, kontroll fas, avslutande fas, färdiga produkten) har hjälpt mig jätte mycket att ge struktur på arbetet. Med hjälp av dessa steg har jag med denna metod, som annars kräver att man hoppar mellan stegen, hela tiden haft kontroll över i vilket skede av arbetet jag är och på så sätt kunna jobba vidare. De sju stegen var mycket klart och tydligt beskrivna i litteraturen vilket också underlättade mig.

Som datainsamlingsmetoder använde jag frågeformulär, intervju, processdagbok och färdiga material. Dessa olika metoder har både varit krävande men också gett variation i genomförandet. Med frågeformulärena, som jag skickade via mejl åt avdelningssköterna på Heseva-koti under praktiken, var jag lite förvånad över att inte alla svarade på. Eftersom aktivitetsavtalet är något som de vill börja ta i bruk antog jag att alla skulle ha svarat. De flesta svarade ändå och även om svaren var ganska långt sådana som jag hade förväntat mig tycker jag att jag fick en bra bas för att söka rätt teoretisk kunskap och gå och göra själva intervjuerna.

Intervjuerna blev ganska annorlunda än vad jag hade tänkt mig från början. En del av de sju som jag mejlade svarade de aldrig och tillslut intervjuade jag i andra fasen bara tre personer. Det visade sig ändå att dessa tre personer gav en bred syn på aktivitetsavtalet eftersom de alla arbetat med det på olika sätt. Att få ihop intervjuerna var inte heller så lätt som jag hade tänkt, att hitta en tid som passade tog ganska länge och därför tog också den delen av arbetet en längre tid än förväntat. Intervjuerna var ändå roliga att göra och det var intressant att tala med någon som på riktigt använt aktivitetsavtalet på sitt arbete istället för att bara läsa om det. I den tredje fasens intervjuer, då jag intervjuade avdelningsskötare på Heseva-koti, hade jag tänkt mig att jag skulle ha intervjuat alla avdelningsskötare skilt men det blev sedan en gruppintervju eftersom de önskade det. På den intervjun var bara tre avdelningsskötare på plats, en som arbetat där en längre tid och kände bra till husets vanor och rutiner och två som ganska just börjat där.

Processdagboken har för mig varit det ända som hållit arbetet under kontroll, utan den skulle alla steg och hopp mellan stegen blivit för råddiga. I början var det svårt att faktiskt skriva ner allt jag gjorde och jag tänkte att jag nog kommer ihåg, men snabbt märktes det att för att senare komma ihåg också de små steg jag gjort måste de dokumenteras och snabbt blev jag sen vid det. De färdiga materialen har också varit till stöd speciellt i början då jag ville veta vad aktivitetsavtalet påriktigt handlar om, men eftersom det inte finns så mycket skrivet om aktivitetsavtalet var den informationen egentligen endast nödvändig i början.

Det som förvånade mig när jag hade gjort alla intervjuer och började fundera på hur aktivitetsavtalet skulle anpassas för att passa Heseva-koti var att det ursprungliga aktivitetsavtalet inte egentligen behöver anpassa så mycket. Det största jobbet handlade om att kartlägga användbarheten och efter det var anpassningen av aktivitetsavtalet ganska lätt och klart. Under intervjuerna i andra fasen var alla som jag intervjuade av den åsikten att aktivitetsavtalet skulle vara lättare att ta i bruk på ett serviceboende än i hemvården eftersom personalen på Heseva-koti är på plats dygnet runt, där är jag av samma åsikt. I tredje fasens intervju kom det fram att varje klient skall få stimulerande aktiviteter 2x20 minuter per vecka och denna tid hade de tänkt att skulle användas för aktivitetsavtalet. Med tanke på att det finns personal i huset dygnet runt tycker jag att 2x20 minuter per vecka låter mycket lite. För att upprätthålla funktionsförmågan borde aktiviteterna upprepas dagligen, speciellt då det handlar om personer med minnessjukdom skulle dagligen upprepning av aktiviteterna vara mycket viktigt för att automatisera rörelserna.

Dokumentation av aktivitetsavtalets genomförande var en annan sak som blev i mitt minne. Det som kom tydligt fram under andra fasens intervjuer var hur viktigt det är att dokumentera allt man gör med en klient för att sedan under uppföljningen kunna anpassa eller sätta upp nya mål. Under tredje fasens intervju sade avdelningssköterna att allt eventuellt inte dokumenteras. Att dokumentationen är klar och tydlig efter varje gång man genomför något med en klient är enligt mig mycket viktigt eftersom det är det enda sättet som man faktiskt vet att aktivitetsavtalen är gjorda. Ifall en anhörig har utfört aktivitetsavtalet med klienten tycket jag att det också borde dokumenteras så att man kan

vara säker på att alla klienter med ett aktivitetsavtal har haft möjlighet till att upprätthålla/förbättra sin funkitonsförmåga.

Jag hade inte tänkt att jag vill göra ett arbete som fokuserar på äldre, eftersom det är ett område som jag högst antagligen inte kommer att vilja jobba med. Men eftersom aktivitetsavtalet enligt mig är en fantastisk uppfinning och i lyckade fall kan ha en jätte stor betydelse på personens hälsa, var det ingen skillnad vilken målgrupp det handlade om. Att kunna göra en positiv förändring i någons funktionsförmåga genom att använda sig själv som verktyg och på så sätt förbättra hälsan är något som intresserar mig.

KÄLLOR

- 1177 *Vårdguiden*. 2013, publicerat 31.10.2013. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Tema/Senior/Att-bli-aldre/Vad-ar-aldrande/> Hämtad 5.2.2014
- Bürge, Elisabeth; von Gunten, Armin & Berchtold, André. 2013, Factors favoring a degeneration or an improvement in activities of daily living (ADL) performance among nursing home (NH) residents: a survival analysis, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, nr. 56, s. 250-257.
- Demensförbundet. 2013, publicerat 16.12.2013. Tillgänglig: http://www.demensforbundet.se/se/om_demens/demenssjukdomar Hämtad 8.2.2014
- Engström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha. 2009, Luopaava kotihoito uusien toimintamalleja vanhustyöhön. I: Nummijoki, Jaana. *Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen*, PS-Kustannus, s. 87-134
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit. 2003, *Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja dementia*, Borgå: WS Bookwell Oy, 210 s.
- Gaius-säätiö. Tillgänglig: <http://www.gaius-saatio.fi/?p=heseva-koti> hämtad 31.3.2014
- Helsingin kaupunki Sociaali- ja terveysvirasto. 2010, publicerat 30.11.2010. Tillgänglig: <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/uutiset/vuoden+saavutus+2010> Hämtad 8.2.2014
- Larsson, Mayethel & Rundgren, Åke. 1997, *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*, Lund, Studentlitteratur, 314 s.
- Luukinen, Heikki; Lehtola, Sari; Jokelainen, Jari; Väänänen-Sainio, Rauni; Lotvonen, Sinikka & Koistinen, Pentti. 2006, Prevention of disability by exercise among the elderly: a population-based, randomized, controlled trial, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, nr. 24, s. 199-205.
- Melin-Johansson, Christina; Eriksson, Ulrika; Segerbäck, Inger & Boström, Sara. 2014, Reflections of older people living in nursing homes, *Nursing older people*, volym 26, nr. 1, s. 33-39.
- Morey, Miriam; Sloane, Richard; Pieper, Carl F.; Petterson, Matthew J.; Pearson, Megan P.; Ekelund, Carola C.; Crowley, Gail M.; Demark-Wahnefried, Wendy; Snyder, Denise C.; Clipper, Elisabeth C. & Cohen, Harvey J. 2008, Effect of physical activity guidelines on physical function in older adults, *J Am Geriatr Soc*, nr. 56, s. 1873-1878.

- Muistiliitto Alzheimer Centralförbundet*. 2013, publicerat 16.8.2013. Tillgänglig: <http://www.muistiliitto.fi/se/muistiliitto/var-d-och-rehabilitering/> hämtad 15.2.2014
- Occupationa focused conceptual frameworks*. 2001, publicerat 2011. Tillgänglig: https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/lecture8.htm Hämtad 12.9.2014
- Oddy, Rosmary. 1998, *Promoting Mobility For People With Dementia A problem-solving approach*, London: Age Concern England, 134 s.
- Rolland, Yves; Pillard, Fabien; Klapouszczak, Adrian; Reynish, Emma; Thomas, David; Andrieu, Sandrine; Rivière, Daniel & Vellas, Bruno. 2007, Exercise program for nursing home residents with alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial, *J Am Geriatr Soc*, nr. 55, s. 158-165.
- Salonen, Kari. 2013, *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön opas opiskelijoille, opettajille ja tki-henkilöstölle*, Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 41 s.
- suomen akatemian work –tutkimusohjelman ja verven yhteisseminaari*. 2009, publicerad 28.8.2009. Tillgänglig: <http://www2.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/WORK/20090828%20Esitys%20Oulu%20Nummijoki%20.pdf> Hämtad 15.2.2014
- Suomi.fi en adress för medborgartjänster*. 2012, publicerad 12.6.2012. Tillgänglig: http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/ikaantynville/asumiseni/kodin_ulkopuolisessa_hoidossa/asuminen_vanhainkodissa_tai_sairaalassa/index.html hämtad 31.3.2014
- Townsend, Elisabeth A. & Polatajko, Helene J. 2007, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation*, Ottawa: CAOT Publications ACE, 418 s.
- Trost, Jan. 2010, *Kvalitativa intervjuer*, 4 uppl., Lund, Studentlitteratur AB, 165 s.
- Vermeulen, Joan; Spreuwenberg, Marieke D; Daniëls, Ramon; Neyens, Jacques CL, Van Rossum, Erik & De Witte Luc P. 2012, Does a falling level of activity predict disability development in community-dwelling elderly people?, *Clinical Rehabilitation*, nr. 27, s. 546-554.

BILAGA 1. Frågeformulär: fas 1

1. Upplever du att ett aktivitetsavtal skulle förbättra klienternas livskvalitet?
2. Upplever du att personalen skulle ha nytta av aktivitetsavtalet?
3. I vilket skede skulle aktivitetsavtalet göras och vart skulle det dokumenteras?
4. Vem skulle vara ansvarig för att givna instruktioner görs och hur kunde man göra samarbete med de anhöriga?
5. Hur kunde aktivitetsavtalet piloteras? Ex. Ett grupphem, utvalda klienter
6. Kan aktivitetsavtalet medföra nackdelar som påverkar klientens, anhörigas eller personalens vardag?

BILAGA 2. Intervju: fas 2

1. Ett hurudant mångprofessionellt team har varit med och grunda aktivitetsavtalet?
2. Blir givna instruktioner gjorda på riktigt och finns det tid för dem?
3. Kan man märka förbättringar i klienternas funktionsförmåga?
4. Vad har varit bra/fungerande?
5. Vad har varit krävande/kräver utveckling?
6. Påverkar klientens miljö (fysiska, psyksiska, sociala, kulturella) på genomförandet av aktivitetsavtalet?
7. Hur kan man motivera en klient som inte är motiverad?
8. Har det varit svårt att få personalen med?
 - Hur kan man marknadsföra aktivitetsavtalet så att det inte känns som ett extra arbete?
9. Har vårdarna tillräckligt med kunskap för att genomföra givna instruktioner eller anpassa dem enligt klientens funktionsförmåga?
 - Behöver de skild utbildning?
 - I så fall: hurudan?
10. Påverkar anhörigas aktivitet på genomförandet eller klienternas funktionsförmåga?
 - Kan anhöriga vara ett hinder för genomförandet?
 - Är det lätt att få med anhöriga?
11. Vart dokumenteras aktivitetsavtalet?
12. Eftersom detta handlar om ett serviceboende med minnessjuka klienter, vad borde man speciellt ta i beaktande för att få aktivitetsavtalet som en del av vardagen?
13. Hur ofta förs uppföljning?
 - Finns det en optimal uppföljningstid?
14. Har du några konkreta tips att ge angående genomförandet?

BILAGA 3. Intervju: fas 3

1. Givna instruktioner blir gjorda i varierande grad, då det är bråttom glöms det lätt och det beror mycket på motivationen. Trot ni att givna instruktioner följs?
 - Finns det för tillfället tid för dem? Eller är det något som borde ändras för att det skulle hittas tid?
2. Behöver personalen stöd för att utföra givna instruktioner?
3. På vems ansvar blir det att den enskilda klientens aktivitetsavtal utförs?
4. Tycker ni att aktivitetsavtalet på Heseva-koti skall koncentrera sig på att upprätthålla eller förbättra funktionsförmågan?
5. Hurudan förväntningar har ni angående aktiitetsavtalets inverkan på klienternas funktionsförmåga?
6. Tror ni att upprätthållande/förbättrande av klienternas funktionsförmåga har en inverkan på personalens välmående? Hur?
7. Att sätta upp mål har ibland varit svårt. Vad tycker ni att är viktigt attkomma ihåg då man sätter upp mål med en person med minnesstörning?
 - Är dt bra ifall anhöriga är med?
8. Behövs det skild intervju? Eller känner personalen klienterna så bra att det inte är nödvändigt att ha en ingende intervju?
 - Vem skall intervjuja så att man får fram det man vill ha ur intervjun?
9. Tror ni att personalen är motiverade till aktivitetsavtalen?
 - Hur kunde de motiveras och stödas?
10. Behövs anhörigas engagemang för genomförande?
 - Finns det motiverade anhöriga, vilken är deras roll?
11. På vems ansvar blir dokumenteringen? Skall dokumenteringen göras efter varje gång?
12. Vad tycker ni att är en passlig uppföljningstid?
13. Finns det något i Heseva-kotis miljö (fysiska, psykiska, sociala, kulturella) som kan vara ett hinder för genomförandet?

BILAGA 4. Modell för aktivitetsavtalet

	Klienten kommer till avdelningen	Vårddiskussion	Utförande	Uppföljning (efter 2-3 mån)
Avdelningssötare		<ul style="list-style-type: none"> - Berättar om vården - Berättar om akt. avtalet 	<ul style="list-style-type: none"> -stöda personalen genom att årdna handledningstillfällen med ergo- eller fysioterapeut, föreläsningar 	
Ansvarig skötare	<ul style="list-style-type: none"> - Observation - intervjuar anhörig eller annan som känner klienten 	<ul style="list-style-type: none"> -Sammlar observationer -Framför observationer 	<ul style="list-style-type: none"> -Huvudansvaret - I personalen den största kunskapen om klienten = ger råd och tips om bl.a. känslor, vad motiverar osv. -Utförande helst dagligen 	<ul style="list-style-type: none"> -Samlar, berättar om observationer -Går igenom dokumentation -Vad är nuläget, nya mål, hur uppnå ouppnådda mål, interventioner - Kontakta fysio- eller ergo-terapeut vid behov av anpassning/gradering av avtalet

		<p>om klienten</p> <p>-Framför önskemål</p> <p>-Vad villig att förbinda sig till</p> <p>- Möjlighet till att träffar fys- io- eller er- goterapeut, vårdare</p>	<p>tivitetsavtalet under besöken</p>	<p>upplevelser i utförandet</p>
Personal	-Observation		<p>-Utför, hellst dagligen, ak- tivitetsavtalet</p> <p>-Dokumenterar</p> <p>-Observerar</p> <p>- Kontaktar fys- io- eller ergo- terapeut vid be- hov</p>	<p>-Hur har det gått</p> <p>-Hur långt kommit, vad svårt/lätt</p> <p>- +/-</p>
Klient		<p>- Berättar om sig själv (intressen, vanor, hur det är att komma på avdelning mm.)</p>	<p>-Utför ak- tivitetsavtalet</p> <p>-Kommer med önskemål</p> <p>-Vad känns bra/dåligt</p>	<p>-Klientens egna uppfattning om sitt görande</p> <p>-Önskemål</p> <p>-Finns det något klienten vill klara av</p>

<p>go/fysio/aktivitetsledare</p>	<p>vation</p>	<p>om möjligheter/ -nyttan av ergo/fysio -Har klienten behov? - Ativitetsanalys, gradering, hjälpmedel</p>	<p>-Individuella -tillfällen</p>	<p>per/individuella tillfällen -Har/hur har de stött klientens mål -Behövs det i fortsättningen</p>
		<p>Avtalet görs, dokumenteras åt klienten = alla i personalen kan utföra</p>	<p>Alltid dokumentation för att uppföljningen skall vara lättare</p>	<p>Nya mål? Nya interventioner? Har klienten haft nytta? Finns det motivation? Vad kunde göras för att öka motivation?</p>