

Brukerveiledning til kartleggings skjemaet «Samhandlingsobservasjon» (SO)

Skjemaets hensikt

Skjemaet er tenkt brukt til å kartlegge spesifikk atferd / samhandlingssituasjoner mellom personen med demens og helsearbeider. Hensikten er at helsearbeider systematiserer sine observasjoner, beskriver det som skjer (fakta), unngår tolkning, for slik å få et klarere bilde av det som reelt skjer, før, under og etter samhandlingen. Skjemaet kan brukes enten personen bor i eget hjem, oppholder seg på dagsenter eller er innlagt i institusjon (se kap. 3–7, 11, 14, 24 og 37).

Brukerveiledning

1. En av personalet (primærkontakt eller annen) tar ansvaret for å hjelpe personen med demens i aktuell situasjon (f.eks. morgenstell, toalettbesøk, under måltidet) over en gitt tidsperiode. Tilstreb at samme person utfører kartleggingsarbeidet i hele perioden. Den som utfører observasjonene/kartleggingen, skal også holde skjemaet à jour.
2. Fyll først ut skjemaet med pasientens navn, perioden det gjelder for og hva slags atferd/samhandlingssituasjon som skal kartlegges/observeres.
3. Kolonne en og to: Fyll ut dato og klokkeslett for kartleggingen.
4. Kolonne tre: Fyll ut registreringstidsrommets varighet.
5. Kolonne fire: Beskriv så konsist og detaljert som mulig (unngå tolkning) hva som skjer før, under og umiddelbart etter episoden/samhandlingen.
6. Kolonne fem: Beskriv så konsist og detaljert som mulig (unngå tolkning) hvilke tiltak som ble gjennomført, og hvordan disse virket.
7. Kolonne seks: I denne kolonnen, skriver du ned dine tanker/refleksjoner rundt situasjonen/samhandlingen og hvorfor du tror resultatet ble slik det ble (altså en foreløpig vurdering av ev. årsakssammenhenger). Prøv å se situasjonen fra alle sider.

Første gang skjemaet brukes gjennomføres samhandlingssituasjonen (stell, måltid etc.) slik du har pleid å gjøre tidligere. Forsøk å være bevisst på hva du egentlig gjør i minste detalj, f.eks.: Kunne jeg ha gjort noe annerledes ...? Kunne jeg ha oppført meg annerledes ...? Snakker jeg høyt, lavt, for fort? Fikk den andre tid til å våkne før jeg begynte ...? Når vi skriver, blir vi lettere mer bevisst på egen væremåte, noe som kan medføre nye tanker og refleksjoner. Neste gang du skal bistå samme person i samme situasjon, ta frem skjemaet og les igjennom hvordan din tilnæringsmåte var sist. Tenk igjennom på forhånd om du kan gjøre noe annerledes denne gangen. Prøv ut, skriv på nytt ned eksakt hva du gjør, resultatet og dine egne refleksjoner etterpå. Når kartleggingsperioden er over, vil du forhåpentlig ha kommet frem til en tilnæringsmåte som ikke bare fungerer bedre for personen med demens, men også for deg som hjelper.

Skriv endelig resultat inn i tiltaksplanen.

Hvis en type/form for atferd fra hjelpers side fører til katastrofereaksjon hos den andre, kan det være smart å notere dette til slutt i tiltaksplanen.

Skjema for samhandlingsobservasjon (SO)

Pasientens navn: Hans Hansen

Skjemaet skal føres i perioden: uke 5, 2015

Beskriv atferd som ønskes kartlagt: Personen er vanskelig å få opp under morgenstell og lagt om kvelden. Det ender ofte med verbal utagering og slåing. Han vil hverken bli vasket eller påkledd.

Dato:	Kl.:	Varighet:	Hva skjedde før, under og umiddelbart etter episoden. Hvem var involvert?	Eventuelle tiltak iverksatt og effekt:	Helsearbeiderens egne refleksjoner av ev. årsaker:	Sign.
20.1.2015	07.45	30 min	<p>H.H. sover når jeg kommer inn om morgenen.</p> <p>Jeg trekker fra gardinene mens jeg snakker høyt. (Han hører dårlig.) Jeg forklarer hva som skal skje mens jeg beveger meg mot ham. Jeg tar av dynen og vipper bena ut av sengen. Han blir sint, banner og slår etter meg. Jeg kommer unna, henter hjelp. Den ene av oss steller H.H., mens den andre avleder og forsøker å roe ned. Vi må i perioder holde hendene hans, ellers så slår han. H.H. prøver å slå stadig vekk og banner, og innimellom spytter han. Vi gjør stellet så raskt som mulig. Han roer seg raskt etterpå.</p>	<p>Jeg hentet hjelp, for jeg var redd for å gjøre det alene. Vi forsøkte å roe han ned, men det hjalp ikke. Vi utførte derfor stellet så raskt som mulig for å få det overstått. En stund etterpå virket det som om han hadde glemt det. Virket lett og glad under frokosten og spiste godt.</p>	<p>Har etterpå tenkt at jeg burde ha vekket han langsommere, slik at han fikk mulighet til å forstå hva som skulle skje. Har skjønt at det å være to gjorde han muligens enda mer forvirret. Vi var nok mer opptatt av å utføre arbeidet og bli ferdig enn hvordan det ble gjort, og hvordan HH opplevde situasjonen!</p>	K.S.

Skjemaet er utviklet av Engedal og Haugen (2004), med endringer/tillegg gjort av forfatter.

Brukerveiledning til kartleggings skjemaet «Legemiddelobservasjon» (LO)

Legemiddelbehandling er siste utvei når det forekommer katastrofereaksjoner/utfordrende atferd i samhandling med personer med demens. Det forutsettes at andre miljø-/tillitsskapende tiltak er testet før legemiddelbehandling prøves, og at skjemaet SO i en slik prosess er brukt for å optimalisere samhandlingen. Det forutsettes også at man kan utelukke at atferden ikke er et utslag av delirium (se kap. 3, 4, 5, 6, 7, 11, 14, 24 og 37).

OBS: I alt kartleggingsarbeid må det tilstrebes å beskrive det som faktisk observeres, og ikke det man tror man ser – dvs. unngå tolkning! Det kan bli katastrofalt for personen med demens hvis legen mottar personalets «ønskede» bevisste og/eller ubevisste tolkninger i stedet for objektive fakta/data når legemiddelbehandling skal forordnes.

Mål med bruk av skjemaet

Skjemaet er tenkt som et hjelpemiddel for helsearbeideren til å systematisere observasjoner vedrørende legemiddelbehandling, spesielt i forhold til utfordrende atferd hos personer med demenssykdom. Skjemaet kan også brukes ved observasjon av annen legemiddelbehandling.

1. Målet er å få flest mulig systematiske og objektive fakta/observasjoner, over tid.
2. Observasjonene skal kunne si om ønsket effekt av legemiddelet er oppnådd eller ikke, og om ev. bivirkninger av legemiddelet har forekommet.
3. En annen effekt er at helsearbeider kan oppdage ev. en eller flere utløsende årsaker til atferden, slik at andre tiltak enn legemidler, ev. annet legemiddel, kan benyttes.
4. Skjemaet har også en pedagogisk effekt ved at den som fører skjemaet, nærmest automatisk tilegner seg ny kunnskap om det aktuelle legemiddelets virkninger/bivirkninger.

Brukerveiledning

1. Én person på hver vakt skal ha ansvaret for å observere pasienten og føre sine objektive observasjoner inn i skjemaet.
2. Skjemaet skal fylles ut med pasientens navn, aktuelt legemiddel som ønskes observert, effekt av, tidspunkt for medisiner og ev. tilleggsmedisiner. I tillegg skal opplysninger om bivirkninger og ønsket effekt stå beskrevet. Påfør også tidsperioden for føring av skjemaet.
3. Selve føringen av skjemaet gjøres slik:
4. I kolonne én fra venstre skrives signatur og dato for observasjonene.
5. Kolonne to skal være en beskrivelse av den atferden som det er ønskelig å medisinere imot. Eks.: under morgenstell, spytter, slår og banner ...
6. I kolonne tre føres ev. utløsende årsak til atferden. Hensikten med denne rubrikken er å få helsearbeideren til å reflektere over hva som skjer – som en hjelp til å se helheten i situasjonen. Ligger årsaken i miljøet rundt personen, kan det være smerter eller har det noe med hjelperens tilnæringsmåte å gjøre?
7. I kolonne fire dokumenteres den reaksjonen som vi ser ved bruk av legemiddelet, og ikke det vi ønsker å se! Det vil si fakta og ikke tolkninger! NB Ved enkelte legemidler kan det ta tid før man ser ønsket effekt, vær tålmodig.
8. Skjemaet gis til legen etter at kartleggingsperioden er over.
9. Skriv norsk, dvs. unngå faguttrykk som ikke alle i pleiergruppen forstår, ev. forklar dem. Vær mer opptatt av innholdet enn formen når du skriver, men forsøk å skrive så kort og konsist som mulig.

Skjema for legemiddelobservasjon (LO)

Pasientens navn: herr Hans Hansen

Legemiddel som ønskes testet: Buronil, 25 mg x 3

Tidspunkt for medisingiving: kl. 8 .. X .., kl. 13 .. X .., kl. 17 ..X, kl. 21. .. X.

Ev. tilleggsmedisin (navn + mengde + tid): 2.3.2015: Vival 5 mg, kl. 24.

Observer bivirkninger: lavt BT, diaré, kvalme, munntørrehet, svimmel, svette, tretthet, slapp, uro, ekstrapyramidale bivirkninger

Observer ønsket effekt: roligere, mindre desorientert. Mindre «masing» om å ville hjem. Virker mer fornøyd.

Føres i tidsperioden: tirsdag, 2.3.2015, t.o.m. 10.3.2015

Dato Signatur	Beskrivelse av atferd som gjør det ønskelig å bruke legemidler	Ev. utløsende årsak??? Smerter? I miljøet rundt? Samhandlings- prosessen? Etc.	Resultatet? Effekt av legemiddelet? Ev. bivirkninger?
Dagvakt 2.3.2015 K.S.	Vandring, uro og verbal uro om å gå ut startet ca. kl. 12. Rolig på morgenen. Spiste ikke middag – ville hjem!	Ingen påviselig ytre årsak. Kontaktsøkende? Understimulert? Ingen organisert aktivitet i avdelingen etter frokost.	Ingen påviselig forandring etter at medisiner har startet.
Kveldsvakt 2.3.2015 L.N.	Fikk legemidler kl. 13. Går stadig ut! Bli sint når stoppes. Vandrer inne/ tidkrevende. Nektet å ta tablett kl. 17. Spiste lite.	Det er ingen aktivitet utover måltider og stell. Pasienten hadde heller ikke besøk, og ingen har tid til å aktivisere han.	Virker sliten, matt og fjern i blikket, men fortsatt stresset. Langsommere gange. Ikke middagsøvn. Lagt kl. 21.
Nattevakt 2.3.2015 K.H.	Våken ved vaktskifte kl. 23. Totalt forvirret. Sliten. Forstyrret medpasienter. Fikk ev. medisin (Vival) kl. 24.	Trett etter gårldagens medisin/ hendelser? Uvant med medisin? Kroppsforandringer – angst?	Sovnet ved 1-tiden i natt. Vi satt hos ham til han sovnet. Sov resten av natten.
Dagvakt 3.3.2015 Å.M.N.	Sto opp kl. 10. Irritabel/desorientert, men roligere. Motorisk urolig etter middag.	Trett etter gårldagen? Trengte søvn → vandret senere. Ingen aktivitet, ikke noe samvær!	Virker roligere i dag, men er fortsatt matt i blikket. Når han sitter, lett for å sovne.
Kveldsvakt			
Nattevakt			

Skjemaet er utviklet av forfatter.