

ASUME

Volunteering in Dementia



sammenligning

I Storbritannia er politikk knyttet til demensomsorg delegert ut til hvert enkelt land. Derfor er det forskjeller i demenspolitikken i England og Skottland der ASUME UK studien fant sted. Likevel er tilnærmingen til demensomsorgen i begge land basert på et nasjonalt politisk rammeverk.

I England har de den nasjonale strategien Living well with Dementia (Department of Health, 2009) som ble fulgt opp av to "Prime Minister's Challenges" i henholdsvis 2012 og 2015. Dette bidro til å understøtte målsetninger for demensomsorgen. I Skottland er politikken basert på en serie med tre nasjonale strategier, publisert i 2010, 2013 og 2017 (Scottish Government 2010, 2013, 2017). Det er likheter i leveransen av helsetjenester gjennom UK National Health Service ved at de tilbyr gratis helsetjenester ved behov i begge land. Likevel er det vesentlige forskjeller mellom de to landene når det kommer til hovedfokuset i studiene knyttet til ASUME, nemlig sosialomsorg tilbudt i individets hjem og lokalsamfunn.

I Skottland har de nasjonale strategiene gitt en ramme for tjenesteytelser, men utgjør også mål for forbedring av helsetjenestene. Hovedpunktet i tidligere strategier var tidlig diagnostisering og som følge så man en prosentvis økning av andelen diagnostiserte personer med demens i Skottland. Andre prioriterte aspekt i den seneste strategien inkluderte akutt sykehusinnleggelse og omsorg ved livets slutt (Scottish Government 2017). Strategien promoterer en "åtte-søylet" modell til samfunnet som anerkjenner kompleksiteten hva angår behov for personer med demens utover i sykdomsforløpet

(Alzheimer Scotland 2019). Strategiene presenterer en flaggskipspolitikk som innebærer at alle personer med demensdiagnose skal tilbys minst et år med oppfølging etter diagnostisering. Målet med dette er at flest mulig skal få bli boende hjemme så lenge som mulig.

Som i Storbritannia er demensomsorgen i Norge også styrt av nasjonale politiske rammer. Dette er gitt i form av to «Demensplaner» i 2008 og i 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008; 2016). I den første planen var det fokus på offentlige helsetjenester, og da med spesielt fokus på spesialiseringen av dag-aktiviteter for mennesker med demens. Dette ble sett på som en viktig del av de tjenestene som støttet opp under hjemmeboende slik at de kunne bo hjemme lenger. Fra den første planen ble publisert i 2008 har andel personer med demens som har tatt i bruk slike tjenester økt til det dobbelte (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Den andre planen gir støtte til videre bruk av disse tjenestene. En annen konsekvens av den første planen har vært en økt annerkjennelse i kommunene av viktigheten av å gi støtte til familier berørt av demens. Dette har resultert i at nesten 80% av kommunene har et demensteam eller koordinatore som følger opp mennesker etter at de har fått en diagnose.

Demensplanen 2020 har videreført mange av de mål som ble satt i den første planen, men har nå endret fokus noe og rettet det mer mot kommune og lokalsamfunn. Målet er å muliggjøre egenstøtte og ansvar i lokalsamfunn for individet og kommunen. Målsetningen er at personer med demens skal kunne fortsette å leve meningsfulle liv med støtte i lokalsamfunnet i stedet for å måtte institusjonaliseres. Kommunale tjenester tilbyr mange muligheter for frivillige til å involvere seg i demensomsorg.

Demensplanene, strategiene og utfordringene som kommer fram i alle de tre landene understreker viktigheten av at det er støtte lokalt i nærmiljøet for de som har demens. De understreker også den viktige rollen en rekke organisasjoner har gjennom å gi hjelp og støtte på tvers av helse- og sosial omsorg. Med et sterkere fokus på lokalsamfunn og lokalt felleskap vil det være større sannsynlighet for at organisasjoner som tredjepart vil jobbe sammen med det offentlige for å hjelpe de med demens, og frivillige i disse organisasjonene vil spille en viktig rolle.

Demensplanene, strategiene og utfordringene som kommer fram i alle de tre landene understreker viktigheten av at det er støtte lokalt i nærmiljøet for de som har demens. De understreker også den viktige rollen en rekke organisasjoner har gjennom å gi hjelp og støtte på tvers av helse- og sosial omsorg.

Innsikt fra den tverrkulturelle kommunikasjon

Denne tabellen presenterer interessante tema fra ASUME i både Storbritannia og Norge. Sammenligningen mellom de to studiene er forsiktig gjennomført som følge av ulik responsrate (studien i Storbritannia involverte 70 intervjuer til eksempel). Vi håper dette kan danne grunnlaget for relevante emner fremtidig forskning.

ASUME	Similarities	Differences
Rekruttere	Frivillige er ofte eldre, pensjonerte kvinner. Personlig erfaring med demens var et viktig fellestrekk hos de frivillige.	Kulturelle forskjeller i forståelsen av altruisme og hvordan dette er innrammet.
Ivareta	Generelt positive erfaringer med kursing. Frivillige så deres rolle som langsiktig og planla ikke å frasi seg sin rolle i fremtiden.	Frivillige i Norge var veldig positive hva det gjelder sin organisasjon. Frivillige i Storbritannia var noe mer kritiske med tanke på støtte fra sin organisasjon.
Forstå	Sorg var en fellesnevner for de frivillige.	Ingen fremtredende fokus på omsorgspersoner i Norge, men dette var vanlig i Storbritannia.
Motivere	Sosial kontakt og samhandling var dominerende motivatorer for frivillig innsats.	Frivillige i Storbritannia forventet ofte mer støtte, mens frivillige i Norge uttrykte mer personlig ansvar i møte med utfordringer.
Omgivelser	De frivillige omtalte varierte kontekster for den frivillige aktiviteten, både i hjemmet og i lokalsamfunnet.	Den norske konteksten og betydningen av omsorgsboliger – Helsetun – fører til en mer aktiv forståelse av frivillig interaksjon og aktivitet.

Helsetunet er et vanlig navn for dagsenter i Norge, og det var ofte på et slikt sted aktivitetsvennene gjennomførte sin frivillige aktivitet. Navnet relateres til eldre norske grupperinger av hus, utformet som et tun, et sosialt område der mennesker møttes og var i kontakt med hverandre. Oversettelsen er i seg selv linket til ideen om aktiviteter som kan foregå i hjemmet og i "tunet", som regel i ulik form for fysisk aktivitet. Dette innebærer at settingen i seg selv omhandler aktivitet fremfor passivitet der omsorg mottas. Dette er interessant sett i lys av at de frivillige omtalte betydning av aktiviteter som krever en aktiv rolle og bevegelse. ASUME UK studien viste at de frivillige arbeidet i ulike kontekster. Mens enkelte var involvert i fysisk aktivitet slik som gåturer og dans, var det også eksempler på mer passiv interaksjon, spesielt i de tilfeller der personen med demens var institusjonalisert.

Altruistiske forklaringer ble presentert av de frivillige fra både Storbritannia og Norge, men likevel ulikt i de to landene. I ASUME UK studien refererte mange av de frivillige til seg selv som "omsorgspersoner". De forklarte også deler av sin motivasjon med altruisme da de ønsket å gi noe tilbake. I Norge er de frivillige mer forsiktige i omtalen av egen altruisme knyttet til frivillig deltakelse. De norske frivillige beskrev mer av egen trivsel og glede knyttet til frivillig deltakelse som aktivitetsvenn. Dette kan være kulturelt betinget og bør videre utforskes nærmere med mer data i fremtiden for å bedre forstå konseptet altruisme i de to landene.

Den norske konteksten og betydningen av omsorgsboliger - Helsetun - fører til en mer aktiv forståelse av frivillig interaksjon og aktivitet.

Sosial kontakt og samhandling var dominerende motivatorer for frivillig innsats.

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Høgskulen
på Vestlandet

UNIVERSITY of
STIRLING



For more information
visit www.asume.co.uk or
contact Dr Vikki McCall,
Principal Investigator of the project
vikki.mccall@stir.ac.uk /
[@vikki_mccall](https://twitter.com/vikki_mccall)