

Prosjektrapport

Kompetanseutvikling i kommunikasjon og samarbeid
med personer med demens som bor hjemme og deres
pårørende i Hjemmesykepleien i Hommelvik



Et samarbeidsprosjekt mellom
Hjemmesykepleien og Høgskolen i Sør-Trøndelag

2007



MALVIK KOMMUNE



Høgskolen i Sør-Trøndelag

Per Ivar Hagen

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	3
1.1 Hommelvik hjemmesykepleie	3
1.2 Bakgrunn for prosjektet.....	3
1.3 utfordringer og målsetting	4
1.4 Organisering	4
1.5 Oversikt over samlingene.....	5
2. Teori	5
2.1 Demensomsorg	5
2.2 Kommunikasjon i demensomsorgen.....	6
2.3 Individuelt tilpasset omsorg.....	8
3. METODE	9
3.1 Kunnskapssyn.....	9
3.2 Metodevalg	9
4. PRESENTASJON AV PROSJEKTET	10
4.1 Første samling: Utvikle felles forståelse for prosjektet og beskrivelser av arbeidsoppgaver i hverdagen	10
4.2 Andre samling: Prioritering av opplevde utfordringer i yrkesutøvelsen og bevisstgjøring av kunnskap om brukeren	12
4.3 Tredje samling: Kommunikasjon med demenssyke og bevisstgjøring av kunnskap om brukerne.....	13
4.4 Fjerde samling: Beskrivelse av dilemma i møte med brukere og pårørende. Evaluering og planlegging av høstens samlinger.	15
4.5 Femte samling: Bevisstgjøring av samtaleferdigheter ved bruk av rollespill og video-opptak.....	16
4.6 Sjette og sjuende samling: Bruk av rollespill og video-opptak i bevisstgjøring av hvordan forholde seg til dilemmaer i yrkesutøvelsen	17
4.7 Åttende samling: Kompetanseføring til resten av personalet ved hjemmesykepleien og evaluering	18
4.8. Niende samling: Bevisstgjøring av etiske dilemmaer i møte med brukere og pårørende i praksis.....	20
5. Diskusjon, evaluering av prosjektet og veien videre	21
Litteraturliste.....	25
Vedlegg.....	28
Vedlegg:1	28
Vedlegg:2	29
Vedlegg:3	30
Vedlegg:4	31
Vedlegg:5	32

1. INNLEDNING

1.1 Hommelvik hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien i Hommelvik er organisert under Vikhamar bo- og servicesenter (Hobos), som består av avdelingen: Hjemmesykepleie og avdelingen: Aktivitet og rehabilitering. Hjemmesykepleiens viktigste oppgave er å yte nødvendig helsehjelp etter Lov om helsetjeneste i kommunen (1982). Største delen av brukerne er eldre som trenger hjelp til medikamenthåndtering, sårskift, stell og pleie. Halvparten av brukerne er over 85 år. De fleste kan bo hjemme med store fysiske behov. Når hukommelsen svikter, blir det straks større utfordringer å kunne gi brukeren tjenester som skal til for at vedkommende kan fungere i eget hjem.

Brukergruppen har etter hvert blitt mer sammensatt. Hjemmesykepleien rapporterer at den yter større innsats mot ressurskrevende brukere. Det er brukergrupper som oftere setter større krav til hjelperne i forhold til brukervedvirkning, informasjonsutveksling, rettigheter osv. Med sikte på planlegging/gjennomføring av gode tjenester er det viktig for hjemmesykepleien å tenke helhetlig både overfor brukerne og internt i virksomheten. Utfordringen er å bygge opp kompetanse innad i personalgruppen. Det gjelder motivasjon til å delta i endringsprosesser og ressurser til å gjennomføre kompetanseutvikling.

Avdelingen har 21.6 årsverk fordelt på 37 personer. Tolv personer er sykepleiere/vernepleiere, 22 personer er hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 3 er ufaglærte. Stillingsstørrelsen varierer fra 10 til 100 %. Tjenesten utøves døgnkontinuerlig og de ansatte går turnus hver 4dje.helg. Det er i tillegg 6 helgestillinger. Med så mange ansatte og flere i små stillingsstørrelser er det en stor utfordring å gjennomføre god kunnskapsformidling til alle og tilhørighet til jobben.

Hjemmesykepleien har organisert tjenesten slik at ansatte og brukerne er delt i 3 grupper og praktiserer gruppesykepleie med en sykepleier som gruppeleder. Fravær i hjemmesykepleien forutsetter innleie av vikar. Brukerne og deres pårørende opplever å måtte forholde seg til mange ansatte.

Det opplyses at hjemmesykepleiens tjeneste har et godt og nært samarbeid med Avdeling for aktivitet og rehabilitering. Hjemmesykepleien samarbeider med fysioterapeut, ergoterapeut og psykiatrisk sykepleier. Iflg avdelingsleder innebærer erfaringer fra 3 års samlokalisering gode betingelser for utvikling av samarbeid og deling av kunnskap og erfaring til beste for brukerne. Som følge av god dekning av sykepleiere/vernepleiere og stabile hjelpepleiere/omsorgsarbeidere angis arbeidsstokken å være en fin og sammensatt gruppe.

1.2 Bakgrunn for prosjektet

Foranlediget av ønske om kompetanseheving innen demensomsorgen i kommunens bo- og servicentre og sykehjem, kontaktet Malvik kommune høsten 2006 Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling helse- og sosialfag, om bistand. Grunnen var at kommunen erfarte at det å sende personalet på kurs ga mindre utbytte og ønsket i stedet intern opplæring og kompetanseutvikling. At Høgskolen i Sør-Trøndelag ble kontaktet, var ikke tilfeldig. Det hadde sammenheng med positive erfaringer fra et lignende kompetanseutviklingsprosjekt blant ansatte ved to avdelinger ved kommunens

sykehjem, der høgskolelektorene Randi Granbo, Program for fysioterapi og Bjørg Østnor, leder for videreutdanningen i aldring og eldreomsorg, var veiledere.

Malvik kommune søkte Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og fikk innvilget midler til å sette i gang 3 nye utviklingsgrupper, denne gang med tanke på kompetansoppbygging for demensrammede; en gruppe ved Hommelvik bo- og servicesenter, en gruppe ved Vikhammer bo- og servicesenter og en gruppe ved Malvik sykehjem (skjermet avdeling). Malvik kommune ønsket veiledere fra HiST og 3 veiledere med veiledningskompetanse ble engasjert.

1.3 utfordringer og målsetting med prosjektet

Ledelsen ved Hjemmesykepleien utarbeidet følgende tittel til prosjektet: "Demens – kunnskap og kommunikasjon" og beskrev målsettingen med prosjektet på følgende måte:

Hovedmål:

En trygg og harmonisk bruker

Delmål:

- mer kunnskap om demens
- godt samarbeid med pårørende
- ha respekt for brukeren
- ha respekt for medarbeiderne

Hovedmål:

En trivelig og interessant arbeidsplass

Delmål:

- god kommunikasjon mellom medarbeiderne
- medarbeider som legger vekt på kunnskapsformidling
- ha respekt for hverandre sin kunnskap og erfaring
- en bedriftskultur som legger vekt på positiv og helhetlig tenkning rundt brukerne av tjenesten

Målsettingen med prosjektet var således to-delt. Ledelsen ønsket å utvikle ansattes kompetanse overfor brukere med demens og deres pårørende samt tilrettelegge for et godt og faglig utviklende arbeidsmiljø. Denne målsettingen la klare føringer på hva prosjektet skulle resultere i.

For å gi prosjektgruppen mulighet til å få et nærmere forhold til målsettingen utarbeidet ledelsen og prosjektgruppen i fellesskap (2.samling) følgende 3 hovedprioriterte arbeidsoppgaver som det skulle jobbes med i prosjektperioden:

- 1) Sette brukeren i sentrum, legge til rette for at vedkommende kan bo hjemme lengst mulig
- 2) Utvide samarbeidet med pårørende
- 3) Dokumentasjon. Kunnskapsutvikling. Formidle samhandling i personalgruppen.

1.4 Organisering av prosjektet

Veilederne ble tildelt ansvar for hver av sine veiledningsgrupper. Anne Grethe Aune, høgskolelærer/sykepleier, Avdeling for sykepleie, hadde veiledningsansvaret for Vikhammer bo- og servicenter, Ann Oddrun Medby, høgskolelektor/sykepleier,

Avdeling for sykepleie, var tilknyttet Malvik sykehjem (skjermet avdeling). Per Ivar Hagen, høgskolelektor/sosionom, Avdeling helse- og sosialfag, Program ergoterapi, hadde veiledningsansvaret for Hommelvik bo- og servicenter. Ledelsen ved hver av enhetene avgjorde hvem skulle være med i veiledningsgruppene. Prosjektansvarlige Bjørg Østnor (høgskolelektor/helsesøster), leder for videreutdanning for aldring og eldreomsorg, Avdeling helse- og sosialfag, hadde hovedansvaret for den kollegabaserte veiledningen. Hver av veilederne gjennomførte mellom samlingene planleggingsmøter med ledelsen ved den enkelte enhet. Det ble arrangerte 9 samlinger (3 timer per samling) i løpet av veiledningsperioden som startet i januar- og ble avsluttet i desember 2007.

1.5 Oversikt over samlingene

Prosjektansvarlige, veilederne for utviklingsgruppene, og ledelsen ved de aktuelle avdelingene i Malvik kommune samt kommunens prosjektleder hadde innledende møte 25.01.2007 og oppsummeringsmøte 05.12.2007. Det er i tillegg planlagt et oppfølgingsmøte medio mai 2008

Utviklingsgruppen ved Hjemmesykepleien i Hommelvik besto av 4 sykepleiere, 1 vernepleier, 3 hjelpepleiere, 2 omsorgsarbeidere. Blant deltagerne deltok også avdelingsleder og assisterende avdelingsleder.

Oversikt over samlingene for utviklingsgruppen ved hjemmesykepleien i Hommelvik ble som følger:

1.samling	Felles forståelse for prosjektet, beskrivelse av arbeidsoppgaver	21.03
2.samling	Prioritering av utfordringer, bevisstgjøring av kunnskapsbehov	18.04
3.samling	Om Kommunikasjon, bruk av kartleggingskjema av brukere	16.05
4.samling	Dilemmaer i møte med brukere og pårørende	13.06
5.samling	Rollespill og video-opptak, utvikling av samtaleferdigheter	05.09
6.samling	Marte-meo metoden, veiledning basert på video-opptak	10.10
7.samling	Marte-meo metoden, veiledning basert på video-opptak	31.10
8.samling	Kompetanseoverføring til resten av personalet ved Hjem.sykepl.	28.11
9.samling	Etikk og etiske dilemmaer, oppsummering	12.12

2. Teori

2.1 Demensomsorg

Omsorgen til personer med demens har fått økt oppmerksomhet i de senere år. I Norge er temaet diskutert dels som følge av ideologiske endringer og nye helse reformer og negativ fokusering på manglende tilbud og dårlig kvalitet på helse- og sosialtjenesten (Ingebretsen, 2002). Pårørende er ofte den som blir pålagt omfattende omsorgsoppgaver (Rambøl, 2006).

Sosial - og helsedepartementet slår fast at omsorgen for aldersdemente vil bli en av de største utfordringene i eldreomsorgen i åra framover fordi forekomsten av demenssyke øker med alderen og den relative andel av eldre i befolkningen øker (St.meld.nr.26). I Stortingsmeldingen om verdier i den norske helsetjenesten fremgår det at kartlegging, behandling, omsorg av personer med demens langt fra er

tilfredsstillende. Det er et godt stykke fram før en kan si at den norske helse- og sosialtjenesten imøtekommer den enkeltes behov (St.meld.nr.26).

For å sikre kvalitet i pleie og omsorgstjenestene har Sosial- og Helsedepartementet spesifisert kravene i egen forskrift (I-13/97). Den angir kommunenes plikt å etablere prosedyrer for å sikre "grunnleggende behov og respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel". Det innebærer spesifiserte behov relatert til både fysiske, sosiale og psykiske forhold.

Stortingsmelding nr.25 (2005-2006) oppgir at personer med demens er den største diagnosegruppen blant brukere av de kommunale omsorgstjenester i Norge, og at kompetanseheving er en av de viktigste strategier for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet i framtidens omsorgsutfordringer. Sosial- og helsedirektoratet utformet derfor i 2007 en helhetlig plan for å styrke demensomsorgen (IS-1486). Denne planen skal ha et rullerende fireårig handlingsprogram som årlig vi bli oppdatert i tillegg til å utvikle strategier og tiltak i et langsiktig perspektiv (2030 og 2050).

Det oppgis i handlingsplanen (IS-1486) at minst halvparten, ca. 30 000 personer, av alle personer med demens bor i eget hjem. Fram til 2020 vil antallet øke til ca. 40 000. Da målet er at alle skal gis mulighet for å bo hjemme skal det legges til rette for individuelt tilpassete omsorgstjenester.

I følge Nordisk database om demensomsorgen (Johansson et al., 2006), har forskning og utviklingsarbeid innen de nordiske land fokusert ensidig på den offentlige omsorgen. Pårørendes rolle og funksjon har ikke fått samme oppmerksomhet. Pårørende er ofte tilvist en birolle i forskning og studier. I de senere år er imidlertid flere undersøkelser gjennomført som viser hvordan pårørende møter den demenssyke, særskilt ved atferdsproblemer og uro. I et slikt perspektiv handler pårørendearbeidet om tre forhold: 1) pårørendes plass i demensomsorgen, 2) pårørendes opplevelser, 3) i hvilken grad pårørende sett fra samfunnets side sees på som samarbeidspartner eller klient.

Utfordringen i demensomsorgen er å finne fram til hjelpeformer som imøtekommer også pårørendes behov. Bowers (1987) beskriver fire kategorier pårørendeomsorg til personer med kognitiv funksjonssvikt: 1) hva blir gjort før problemene blir for vanskelige, 2) hva blir gjort for å unngå utvikling av problemer, eksempelvis bruk av medisiner og øke sikkerheten i hjemmet, 3) rådgivning/veiledning i hvordan tilrettelegge omsorgen, 4) bistand, pleie, omsorg og hjelp til dagliglivets aktiviteter.

Slik beskrevet overfor, er det knyttet store utfordringer til demensomsorgen i tida framover. Det gjelder tiltak som bidrar til å øke kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudene. For de som arbeider innen omsorgen innebærer dette et særskilt behov for økt kompetanse og informasjon som kan redusere belastninger og usikkerhet hos pårørende.

2.2 Kommunikasjon i demensomsorgen

En av betingelsene for å fremme kvalitet i møte med personer som har demens og deres pårørende er hvordan demens oppfattes. Tom Kitwood (1998), en av de fremste pionerer innen demensforskningen, peker på betydningen av hvordan

omgivelsene betrakter personer som har diagnosen. Han beskriver to ulike prinsipielle syn. Det ene synet er å oppfatte *personen* med demens. Den andre måten er å oppfatte en *dement* person. Han begrunner dette i lys av Martin Bubers filosofi (1964). Møte mellom to personer utvikles først når det er basert på et Jeg-Du forhold, der en ser på personen som et subjekt, og ikke i et Jeg-Det forhold, der en oppfatter den andre som et objekt - kun en diagnose. Det er derfor grunn til å peke på betydningen av å møte den andre som "person med demens" i stedet for å objektivisere pasienten med demens - som "demenspasienter".

Hvilken tilnæringsmåte personalet har overfor personen med demens, er ikke uvesentlig. Møtet kan utvikle seg til noe positivt eller negativt. Det gjelder når fagutøver føler å bli bekreftet/ikke bekreftet som den "gode omsorgsgiver" en ønsker å være (Edeberg et al., 1999). I forskningslitteraturen finnes flere studier som dokumenterer faktorer som samlet gir "positive" respektive "negative" møter basert på tilbakemeldinger så vel fra fagpersonell og brukere (Edeberg, 2002). De negative faktorene er; brysk tonefall/væremåte, fokus på oppgave, avventer ikke respons, oppmerksomhet mot andre, invadere den demensrammede som gjør motstand, uklarhet i kommunikasjonen. De positive faktorene er; mykt tonefall og trygg væremåte, fokus på oppgave og person, sensitivitet overfor den andres opplevelse, positiv øye- og kroppskontakt, personen med demens søker kontakt. Oppsummeringsmessig kan en si at utfordringen hos personalet blir bevisstgjøring av eget fagansvar i å tilrettelegge for god kvalitet i daglige møter med brukerne og deres pårørende.

Det er først og fremst de kommunikasjonsmessige problem som bidrar til ekstra påkjenning i omsorgen av personer med demens. Hallberg & Norberg (1995) undersøkte hvordan personalet oppfattet brukerne de dro omsorg for, og hva de syntes var særskilt vanskelig. Personalet ga uttrykk for et sterkt ønske om å hjelpe den demenssyke og lindre vedkommendes lidelse, men visste samtidig ikke alltid hvordan de skulle gjøre dette. Berg (1998) hevder i sin analyse at personalet opplevde usikkerhet i det ansvaret å være alene med brukeren, at de var "i deres hender" på godt og vondt samtidig at de ikke følte de utførte arbeidet i samsvar med god omsorgskvalitet. For å "løse" dilemmaet fant personalet etter hvert fram til mer eller mindre løse kunnskapsbiter om personen. Det var først og fremst kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser, personens tidligere livshistorie, informasjon om erfaringer og hendelser i løpet av omsorgstiden, som skapte mening og sammenheng om personen og begrunnet de handlingsvalg de gjorde.

Personalet i demensomsorgen har også store utfordringer i forhold til å ivareta pårørende behov. Reidun Ingebretsen fremstiller dette tydelig i omtalen av undersøkelsen "Å ha det godt i hverdagen – en basis for samarbeid mellom pårørende og ansatte i omsorgen for personer med demens" (2006). I undersøkelsen peker hun på den konfliktfylte situasjonen som kan oppstå: på den ene siden å ivareta hensynet til den enkelte bruker spesielt eller til alle brukere like mye. Personalet og pårørende kan reagere forskjellig på denne situasjonen. Pårørende kan mene at grunnleggende behov ikke er ivaretatt, mens personalet kan oppfatte at pårørende ikke greier å forholde seg til den demensrammede på en god måte. Undersøkelsen konkluderer med at gapet mellom idealer og realiteter kan oppleves tungt for begge parter, og at det er behov for mer personell i omsorgen, men også for opplæring og styrking av kompetansen.

2.3 Individuelt tilpasset omsorg

Slik beskrevet ovenfor, er det stort behov for særskilte støttesystem for gjennomføring av god kvalitet i demensomsorgen. Edeberg & Hallberg (2001) foretok en litteraturstudie for å identifisere hvilke intervensjoner som påvirker uønsket atferd hos demenssyke. I følge deres analyse av tilgjengelige undersøkelser fant de to ulike typer intervensjoner. Den ene var rettet mot omsorgsmottakerne – brukerne. Den andre fokuserte omsorgsgiverne – personalet. Intervensjonene rettet mot personalet besto av ulike utdannings- og treningsprogram. De mest effektive intervensjoner var først og fremst de individuelt orienterte. De var tilpassete omsorgsgivernes situasjon og baserte seg på kunnskap om den enkelte individ.

Å sørge for virkningsfulle veiledningsopplegg for personalet er vesentlig. Anna – Karin Edeberg (2002) redegjør i sin bok for flere typer intervensjonsstudier som fokuserer på veiledning av personalet og individuell tilpasset omsorg. Det refereres til studier som kombinerer intervensjoner med fokus på de oppgaver som gjennomføres i omsorgen (saksaspektet) så vel til følelsesmessige forhold i møte med brukerne/pårørende og hvordan oppgavene blir gjennomført (relasjonsaspektet). Resultatene fremhever betydningen av å gi støtte til personalet både mht. saks- og relasjonsaspektet. Hos personalet ga dette seg utslag i bedre arbeidstilfredsstillelse, mindre utbrenthet og påkjenning i arbeidssituasjonen og økt kreativitet i de daglige gjøremål. For brukerne rapporteres bedre samspill med personalet, reduksjon av omsorgssituasjoner preget av konflikter og økning av positive møter mellom personalet og omsorgsmottagerne.

Flere undersøkelser støtter opp under positive konsekvenser ved økt innsikt og forståelse for hvordan omsorgen oppleves sett fra den demensrammedes perspektiv (Stang, 1998). Når personalet opplever de mestrer situasjonen bedre og dette merkes på brukerne, gir dette muligheter nødvendig organisasjonsmessige endringer og utvikling av et godt arbeidsmiljø.

Marte Meo metoden er en av flere metoder som kan vise seg å ha stor nytteverdi i demensomsorgen. Metoden er opprinnelig knyttet til barn og samspillvansker mellom barn og foreldre (Arts, 2000). Fokuset er utviklingsstøttende kommunikasjon. Oppmerksomheten er ikke rettet mot feil, men hva er bra i kommunikasjonen. Målet med metoden er å utvikle bevissthet på hva skjer i spillet og gi tilbakemelding og utvikle det som fungerer - ut fra bestemte prinsipper. Det opplyses fra de som benytter metoden at den i tillegg til at den bidrar til økt bevissthet hos personalet i brukerarbeidet også bidrar til større åpenhet i arbeidsmiljøet da den gir klima og rom for refleksjon over egen praksis (Trondheim kommune).

Økt kompetanse hos personalet medfører således flere fordeler. Det gjelder ikke bare overfor brukerne og arbeidsmiljøet, men også for pårørende og bidrar til å forebygge sykehjemsinnleggelse (Mittelman et al.1996, Brodaty et al.,1996). Det foreligger etter hvert ulike undervisnings- og informasjonsopplegg til forbedring av pårørendes ferdigheter i håndteringen av omsorgen (Hotvedt 1999, Ingebretsen 1995, Nygård & Hagfors 1994, Nasjonalforeningen 2000, Cars & Zander, 2002). Kartlegging utført av Hagen (2007) viser at kompetanse hos pårørende er den faktoren som har størst virkning på håndteringen av omsorgen til hjemmeboende personer med demens. Å sørge for opplæring av avlastere til pårørende viser seg å ha stor betydning (Bjørge,

2004). Opplæring og veiledning bidrar til økt innsikt og forståelse i møte med den demensrammede og pårørende.

3.0 METODE

3.1 Kunnskapssyn

I likhet med tidligere samarbeidsprosjekt mellom Malvik sykehjem og Høgskolen i Sør-Trøndelag (Østnor & Granbo, 2006) bygger også dette prosjektet på samme grunnlag med hensyn til hvordan utvikle kompetanse hos helsepersonell i praksis.

Det stilles i dag økende krav til helsepersonellets yrkesutøvelse. En av de store utfordringer er å holde seg à jour med forventningene i en travel hverdag og i organisasjoner som er i endring. Tradisjonelle kurs har vært og er fortsatt en viktig inspirasjonskilde til kunnskapsutvikling. Imidlertid viser forskning at kortere kurs med fokus på forelesninger i liten grad fører til endring i praksis. Kurs som involverer deltagerne i større grad medvirker til endringer. (Jamtvedt et. al., 2003). Arbeidssituasjoner som tilrettelegges for denne type utviklingsarbeid basert på nært samarbeid mellom ansatte og ledelsen viser seg å ha stor betydning for å skape betingelser for endring (Bury & Mead, 1998).

Hvilket kunnskapssyn som legges til grunn for kunnskapsutviklingen er ikke uvesentlig. I tillegg til den mer teoretiske kunnskapen har også helsearbeideren med seg en erfaringsbasert kunnskap som kan være vanskelig å verbalisere. Når brukeren eller pasientens problem blir diskutert, skjer dette ideelt i en prosess der kunnskapen utvikles i en veksling mellom handling og refleksjon over handlingen (Schøn, 2001). I dette prosjektet er det derfor lagt til grunn et kunnskapssyn som bygger på slike forhold (Higgs & Jones, 2000). Utvikling av kompetanse hos helsepersonellet inneholder på denne måten både teoretiske, praktisk/yrkesspesifikke og personlige elementer (Østnor & Granbo, 2006).

Målet med prosjektet ved Hjemmesykepleien i Hommelvik var å tilrettelegge for kunnskapsutvikling med sikte på å gi demensrammede og pårørende en forbedret tjeneste. Utviklingsarbeidet skjedde på praksisstedet i nært samarbeid med deltagerne i deres konkrete arbeidssituasjon. Utgangspunktet for diskusjoner og refleksjoner var eksempler og erfaringer fra det praktiske arbeidet.

3.2 Metodevalg

Tilnæringsmåten i prosjektet var deltagelse og veksling mellom aksjon og refleksjon og mellom teori og praksis. Målet var kunnskapsutvikling hos personalet og forbedring av tjenesten til de demensrammede og deres pårørende. Ved å tilrettelegge for refleksjon over handlinger var ønske å utvikle faglig bevissthet i samhandlingen med brukerne både hos den enkelte helsearbeider og i gruppen som helhet.

Metodene i prosjektet var inspirert av aksjonsorientert forskning, veiledning basert på PBL, reflekterende prosesser. Aksjonsorientert forskning (Aadland, 1997) fremhever betydningen av deltagelse fra aktørene i kunnskapsutviklingen og endringsarbeidet. Kartlegging, handling og evaluering har nær sammenheng. Det betyr at innhold og metoder bestemmes ut fra evalueringer som skjer underveis. En slik prosessorientert

tilnærming er spesielt egnet for felles læring og utvikling av praktisk kunnskap (Østnor & Granbo, 2006). PBL (problembasert læring) (Bjørke G.,2006) fremhever betydningen av aktive læringsformer. Reflekterende prosesser (Andersen, 2005) har fokus på hvordan situasjoner kan oppfattes og forstås. Det sentrale er gjennom åpne spørsmål å få fram forskjeller som gjøre at situasjoner kan gi ny innsikt og grunnlag for endret handling. Det innebærer å tilrettelegge for at deltagerne får tilbakemelding på situasjoner de ønsker å få respons på og at de ut fra denne tilbakemeldingen reflekterer over hvordan de kan/bør gjøre neste gang for å oppnå en ønsket virkning.

For å synliggjøre deltagerens kunnskap og viktige bidrag i utviklingsprosessen ble PLA-teknikker (Participatory Learning and Action) benyttet eksempelvis collage, tegninger (Aune et al., 2001). Slike teknikker viser seg i praksis å åpne opp for samhandling og stor grad av deltagelse.

Diverse skjema ble benyttet (vedlegg 3,4,5). Skjema 3 ("Eva-skjemaet") var ment å synliggjøre ulike aspekter i samhandlingen med den demensrammede, skape utvidet forståelse av livssituasjon og livsbetingelser. Skjemaet er inspirert og fritt bearbeidet ut fra VSR-tankegangen (verdsetting av sosiale roller) og viktigheten å se personen i en livshistorisk sammenheng. Verdsetting av sosiale roller (Kristiansen, 1993) understreker betydningen av å betrakte den enkelte ut fra egne forutsetninger og hva som ansees å være gyldig standard uavhengig av funksjonshemming, men avhengig av blant annet alder, kjønn, bosted. Å forstå den enkelte ut fra en livshistorisk sammenheng handler om å kjenne til hvem personen er, ikke bare funksjonsmessig forhold, men først og fremst hvem vedkommende er mht. familie, tidligere arbeid, interesser, sosiale relasjoner. Spesielt i forhold til demensrammede er det essensielt å kjenne til slike livshistorier i forståelse av personens identitet og hvordan ta hensyn til slike forhold i det praktiske arbeidet (Swane et al., 2007). Skjema 4 ("Ebba-skjemaet") har som hensikt å kartlegge viktighetsområder til den enkelte. I utgangspunktet er skjemaet benyttet som en kartleggingsmetode for å belyse hvordan eldre takler omstilling og kriser, og hva som skjer med selvbilde under omstillingen (Bredland E.B. et al., 2002). For personalet vil skjemaet gi utvidet oversikt over hvilke ressurser personen med demens har og hvordan den individuelle omsorgen kan legges opp. Skjema 5 ("Tiller skjemaet") angir elementer som legges til grunn for refleksjon over hva personalet gjør og hvorfor i ulike situasjoner og hva en har lært og kan benytte videre (Tiller, 1999).

4. PRESENTASJON AV PROSJEKTET

4.1 Første samling (21.03): Utvikle felles forståelse for prosjektet og beskrivelser av arbeidsoppgaver i hverdagen

Mål

- Felles forståelse av prosjektets bakgrunn og mål
- Bli kjent med hverandre
- Felles forståelse av arbeidsoppgaver i hverdagen

Gjennomføring

Avdelingsleder la fram mål for prosjektet, kriterier for utvalg av deltakere i prosjektet, foreløpig møtedatoer.

Prosjektveileder orienterte om bakgrunnen for prosjektet, forventninger til aktiv medvirkning blant deltakerne, hva det betyr å utvide egen kompetanse. Prosjektleder gjennomgikk sentrale bestemmelser i kvalitetsforskriftene i pleie- og omsorgstjenesten (rundskriv 1-13/97), blant annet hvilke krav som stilles for å ivareta grunnleggende behov hos brukerne.

Deltagerne intervjuet hverandre (en de kjente lite fra før av) om utdanning og praksis, erfaringer med prosjektarbeid og forventninger til dette prosjektet spesielt, personlige kjennetegn og egenskaper. De presenterte deretter hverandre i plenum.

Deltagerne ble oppdelt i to grupper. Oppgaven var å illustrere ved tegning eller collage hva kjennetegner en hverdag i hjemmesykepleien. I tillegg fikk alle i hver gruppe i oppgave å finne fram til 3 ting de var gode på (gule lapper) og 3 ting (røde lapper) de så som utfordring. I pausen valgte gruppene en fra hver gruppe i samarbeid med prosjektleder å identifisere hvilke kategorier de gule og røde lappene hørte til ved å plassere disse på en flippover under hver av kategoriene (fiolette). Til arbeidet med collage sørget prosjektveileder og avdelingsleder for stort ark til hver gruppe, saks, limtuber, fagtidsskrift og ukeblader. Gruppene fikk utdelt flippover, fargelapper, tusjpenner.

Samlingen ble avsluttet med å lage forslag til punkter i kontrakt.

Resultat

Selv om deltagerne på forhånd var kjent med prosjektet var det nyttig å diskutere hva det innebærer. Å formulere egen forståelse av hovedmålene; hva ligger i begrepet "en trygg og harmonisk bruker" og "en trivelig og interessant arbeidsplass" og hvordan oppnå dette gjennom ulike delmål, gjorde flere mer bevisst på egne og andres forventninger.

Deltagerne fortalte de kjente hverandre mer eller mindre godt fra før. Da oppfordringen var å intervju og presentere den de kjente minst, pekte flere på det positive ved denne øvelsen. For det første fordi de ble kjent med hverandre på en mer personlig måte og fordi øvelsen bidro til å aktivisere alle. Dette skapte en trygg og munter stemning i gruppa.

Collagen (vedlegg 1,2) illustrerte ved bilder og tegninger sentrale kjennetegn i det arbeidet deltagerne utførte på en vanlig hverdag. Begge gruppene trakk fram et mangfold av arbeidsoppgaver. Det gjaldt fra brukerrelaterte oppgaver; utdeling av medisiner, sprøytesetting, pleie/stell, ernæring, samtaler til faglige/sosiale møter og logistikkrelaterte oppgaver; utføre oppgaver til rett tid, transport til brukerne, ha orden på nøkler, huske/gi beskjeder.

Hva deltagerne var gode på og hva de så som utfordringer fremkom på flippoveren. Disse oppgavene ble samlet opp i ulike kategorier. Flere av kategoriene ble gruppert både som styrke og svakhet. Deltagerne diskuterte dette i noen grad. Det ble reist

spørsmål om dette hadde sammenheng med vansker å definere hvilket ambisjonsnivå eller standard hjemmesykepleien skal måles etter. For flere var spørsmålet: hva er godt nok?

Punkter i arbeidskontrakt ble drøftet, eksempelvis hvordan arbeidsmåtene på samlingen skulle være, taushetsplikt mv.

Planlegging neste samling

Deltagerne var på første samling blitt bedre kjent i tillegg til å bli mer klar over hensikten med prosjektet, hvilke oppgaver de har til daglig og hvordan jobbe sammen i prosjektperioden.

Tidsrammen gjorde at ferdigstilling av arbeidskontrakt og prioritering av utfordringer ble utsatt til neste samling.

Under diskusjonen undret flere seg over personalets kunnskap om brukeren – om brukeren var godt nok kjent blant personalet?

Som forberedelse til neste samling gjennomgikk prosjektveileder et kartleggings skjema av bruker. Dette kartleggings skjemaet (vedlegg 3) er formet som en sirkel med bruker i sentrum og sektorer som angir sentrale kjennetegn ved vedkommendes livssituasjon. Hver enkelt ble oppfordret til neste gang å beskrive en bruker ved å benytte skjemaet.

4.2 Andre samling (18.04): Prioritering av opplevde utfordringer i yrkesutøvelsen og bevisstgjøring av kunnskap om brukeren

Mål

- Avslutte ferdigstilling av arbeidskontrakt
- Prioritere utfordringer i yrkesutøvelsen
- Øke bevissthet om hvem brukeren er.

Gjennomføring

Samlingen startet med å slutføre samarbeidskontrakten.

Deltagerne ble delt opp i to grupper. De fikk i oppdrag å sette opp hva de så som største utfordringer i sitt arbeide. Hver enkelt fikk noen minutter å tenke over to sentrale utfordringer. Ut fra disse forslagene diskuterte gruppen seg fram til de viktigste utfordringene.

Den enkelte la fram beskrivelse av en utvalgt bruker ved hjelp av kartleggings skjemaet (vedlegg 3) utlevert på forrige samling.

Resultat

I samarbeidskontrakten ble det fremhevet aktiv og forpliktende deltagelse, respekt og lydhørhet overfor andres meninger, hva andre kan tilføre av positive ressurser til gruppa, taushetsplikt om personlige forhold. Utover dette mente deltagerne seg forpliktet til å formidle erfaringer og kunnskap til øvrige medarbeidere innen hjemmesykepleien.

Gruppene var samstemte i prioritering av 3 viktigste utviklingsområder: 1. Sette brukeren i sentrum, legge til rette for at vedkommende kan bo hjemme lengst mulig 2) Samarbeid med pårørende 3) Dokumentasjon. Kunnskapsutvikling. Formidle samhandling.

Deltagerne så flere utfordringer i kompetanseoppbygging generelt og kvalitetssikre eget arbeid og forbedre kommunikasjonen overfor brukere, pårørende, andre yrkesgrupper. Flere av utfordringene ble oppfattet både noe de var gode på, men kunne utvikles videre. Dette gjaldt blant annet i omsorg og samarbeid med brukere og pårørende. Likevel kunne omsorgen og samarbeidet vært bedre ved å inkludere pårørende og videreutvikle egne kommunikasjonsferdigheter. Et annet område var å organisere gode rutiner i arbeidet og sørge for å ta vare på arbeidsmiljøet. Fra flere ble det hevdet at arbeidsmiljøet var godt allerede, men kunne forbedres ved å justere rutiner og gi hverandre tilbakemeldinger.

Når det gjaldt prioritering av utfordringer i det brukerorienterte arbeidet, mente begge gruppene at de hadde for liten kunnskap om brukernes livshistorie og ressurser, og etterlyste bedre kartlegging av brukerne. Flere hevdet at de i sin praksis prioriterte i stor grad tiltak ut fra praktiske hjelpebehov. De var mindre bevisste på hvordan kommunisere med brukerne, også finne fram til samtaleemner som kunne fremme aktivitet og engasjement.

Bruk av kartleggings skjemaet bekreftet tidligere antagelse om at personalet har begrenset kunnskap om brukeren. Flere fortalte at det var først og fremst opplysninger hva lå til grunn for den hjelp de ga til brukeren de kjente til og mindre hvem brukeren var, sentrale opplysninger om livshistorie og tidligere interesser og aktiviteter. Flere pekte på det positive i denne øvelsen og ønsket å arbeide videre med dette på neste samling.

Planlegging neste samling

Gruppen ønsket å utvikle mer kunnskap om kommunikasjon med brukere som har demens og deres pårørende og erfaringer i arbeidet med kartlegging av brukere.

På grunn av tidsknappheter fikk alle ikke anledning å legge fram beskrivelser av sine brukere, så deltagerne ble enige om å fortsette med resterende brukerbeskrivelser neste gang.

4.3 Tredje samling (16.05): Kommunikasjon med demenssyke og bevisstgjøring av kunnskap om brukerne

Mål

- Gi utvidet forståelse for tilrettelegging av god kommunikasjon med personer med demens og deres pårørende
- Bevisstgjøring av ressurser hos bruker

Gjennomføring

Prosjektveileder gjennomførte forelesning om kommunikasjonsmessige aspekter ved demens og pårørende. Med utgangspunkt i anbefalt litteratur ble sentrale

forestillinger om demens og omtale av viktige forhold å tenke over i møte med demenssyke og deres pårørende, problematisert og diskutert.

Deltagerne fortsatte med beskrivelser av sine brukereksempler med utgangspunkt i kartleggingsredskapet.

Prosjektveileder introduserte et kartleggingsskjema (vedlegg 4) om viktighetsområder til bruker. Dette skjemaet er benyttet i kartlegging av pasienter innen rehabilitering. Skjemaet angir hvilke områder er viktige for den enkelte bruker og graden av viktighet. Instrumentet er ment å indikere ressursprofiler hos brukerne.

Deltagerne ble oppfordret til å lage ressursprofiler blant egne brukere.

Resultater

Diskusjonen om de kommunikasjonsmessige aspekter dreide seg mer om å ta brukernes perspektiv. Det ble pekt på viktigheten av medisinsk kunnskap om demens og demensutvikling, men at det lett danner seg myter om at en lite kan gjøre overfor de som blir rammet av demens. Sentralt i denne sammenheng var understreking av store individuelle forskjeller og at det i stor grad handler både om holdninger og handlinger om å forstå og bli forstått både for den som gir hjelp og den som mottar hjelpen. Gjennom eksempler ble vist hvordan håndtere kognitive, følelsesmessige, atferdsmessige forstyrrelser og hvilken måte ord og kroppsspråk kan bidra å skape trygghet og tillit i samarbeidet. I brukereksemplene oppdaget flere av deltagerne hvor lett det var å fokusere på den praktiske hjelpen og glemme hvem personen var. Dette førte lett til misforståelser i kommunikasjonen. Noen ble overrasket over hva andre visste om brukeren og det de ikke hadde kjennskap til selv og undret seg over hvorfor dette ikke hadde kommet fram tidligere. Erfaringsutvekslingen og diskusjonen mellom deltagerne understreket viktigheten av å dele kunnskap med hverandre. Konsekvensen er utvidet forståelse for samarbeid mellom personalet og hvordan gjennom systematisk arbeid kan finne mer ut om ressurser både hos bruker og pårørende.

En av deltagerne fortalte om den "nye forståelsen" av demens hadde medført – basert på forrige samling. I diskusjon med primærlegen ble en bruker med oppgitt diagnose demens analysert nærmere. Analysen resulterte i at det sannsynligvis ikke var demens personen hadde, men at andre grunner lå til grunn for vedkommendes oppførsel. Det ble reist spørsmål omkring fenomenet feil-diagnostisering av demens og hvilke følger det kan få i å håndtere brukere. I dette tilfelle hadde oppdagelsen ført til økt innsikt og endret holdning overfor bruker.

Ved å benytte ressurskjemaet oppdaget deltagerne pånytt at de manglet oversikt over viktighetsområder til bruker. Av 10 skjema var 3 skjema ufullstendig utfyllt. Det manglet opplysninger blant annet om familie, interesser, tidligere arbeid, venner. Derimot visste deltagerne en del om hvilken betydning hjemmet og familien hadde.

Planlegging neste samling

Deltagerne hadde oppdaget manglende kunnskap om brukerne og viktigheten av å dele erfaringer med hverandre.

Det var ønskelig å arbeide videre hvordan takle dilemmaer i møte med ulike brukere.

Prosjektveileder oppfordret deltagerne å tenke over type dilemma til neste gang (Vedlegg 5).

4.4 Fjerde samling (13.06): Beskrivelse av dilemma i møte med brukere og pårørende. Evaluering og planlegging av høstens samlinger.

Mål

- Beskrive type dilemma i møte med brukere og pårørende
- Evaluering av vårens program og planlegging av høstens program

Gjennomføring

Prosjektveileder orientert om bruken av refleksjonsskjemaet (Vedlegg 5) og hva det innebærer å reflektere og analysere dilemmaer i praksis.

Deltagerne ble oppfordret til å benytte skjemaet i refleksjonen over dilemma de hadde forberedt.

Hver deltager fylte ut skjemaet før de presenterte det og fikk tilbakemelding i plenum.

Resultat

Refleksjonsskjemaet ga godt grunnlag for utveksling av tanker og refleksjoner. Ulike dilemmaer ble lagt fram. Eksempler i forhold til pleie og stell; var brukere som opplevdes som masete og uvillig til å delta, avviste hjelp til bading, nektet bruk av medisiner. Eksempelet relatert til samarbeide bruker-pårørende dreide seg om handlinger som lett kunne bli oppfattet å være i strid med faglig-etiske prinsipper. Grunnene til dette ble diskutert, og hva en kunne gjøre for å unngå slike situasjoner. Noen hevdet det hadde nær sammenheng med tidspress. Selv om en skulle ønske å gjøre mer, var det ikke alltid en fikk anledning til det. Andre mente det hadde sammenheng med personalets forskjellige evne til håndtere usikkerhet og uvilje hos brukerne. Det skulle vise seg at en bruker, som alle kjente, oppførte seg forskjellig overfor ulike hjelpere. Noen ganger ble oppgaver gjennomført med humor, mens andre ganger var det ikke mulig å få brukeren med på hva var bestemt. Diskusjonen fokuserte hva det var i hjelpers væremåte som førte til vellykket resultat. Ulike forslag ble lagt fram: å være tydelig og bestemt, lære av hverandre, legge til rette for utveksling av erfaringer med pårørende, prioritere på møter veiledning i måter å forholde seg til "vanskelige" brukere, prøve ut forskjellige fremgangsmåter, samle erfaringer, sørge for bedre dokumentasjon i journaler og rapporter.

Planlegging neste samling/høstens samlinger

Utfordringen var fokus på samhandlingsprosesser med brukere og pårørende ut fra beskrivelse av dilemmaer i praksis. Temaet neste gang ble derfor å tilrettelegge for øvelser slik at deltagerne fikk anledning å reflektere over erfaringer hvordan samhandlingsprosessene oppleves for deltagere, brukere, pårørende og hva de kan gjøre i ord og handling. Deltagerne ble forespeilet bruk av video-opptak av rollespill.

Av høstens temaer var det ønskelig å lære mer om metoder (Marte Meo metoden) for å bedre samhandlingsferdigheter, sette større fokus på fagetiske problemstillinger og videreformidle erfaringer av prosjektarbeidet til resten av personalet ved hjemmesykepleien i Hommelvik. Det ble gjort avtale om video-opptak av rollespill og video-opptak av en vanlig situasjon hjemme hos en bruker. Rollespillene var tenkt å bli analysert ut fra Marte Meo metodens prinsipper. Prosjektveileder hadde avklart

med etisk komite ved UNIT (Arild Hals) om at opptak av bruker var etisk forsvarlig når samtykke var innhentet og opptaket skulle ble brukt i undervisningsøyemed.

4.5 Femte samling (05.09): Bevisstgjøring av samtaleferdigheter ved bruk av rollespill og video-opptak

Mål

- Øke bevisstheten om egne samtaleferdigheter i møte med brukere og pårørende
- Innføring i å gjøre bruk av rollespill og video-opptak

Gjennomføring

Innledningsvis orienterte prosjektveileder om mål, begrunnelse for rollespill og opplegget for samlingen med video- opptak.

Deltagerne ble invitert til å spille ulike roller i to situasjonsbeskrivelser prosjektveileder hadde laget. I den ene situasjonsbeskrivelsen handlet det om hjemmesykepleiers ansvar å gi medisiner til en kvinnelig bruker som ikke ville ta denne. Den andre situasjonsbeskrivelsen var å hjelpe en mannlig bruker med bading, noe han ikke ville ta i mot fordi han mente en besøkende nevø kunne hjelpe ham med det. Deltagerne ble enige seg i mellom hvem skulle spille de ulike rollene. Hvordan de utformet rollen var opp til den enkelte. Rolle innehaverne i hver situasjonsbeskrivelse fikk vite egen rolle uten kjennskap til den andre rollen. Det ble foretatt to opptak av hver situasjonsbeskrivelse. Øvrige hadde til oppgave å komme med kommentarer og innspill mellom opptakene med sikte på forbedringer. Arrangementet var lagt opp etter ide om reflekterende team. Rolle innehaverne tok i mot kommentarer fra de øvrige deltagerne uten anledning å forsvare seg eller komme med utdypinger. Ut fra kommentarene spilte gruppen situasjonen pånytt. Det ble deretter åpnet for synspunkter.

Det ble foretatt to opptak av hver av de nevnte situasjonsbeskrivelsene. Første gangen slik rolledeltagerne valgte å gjøre det i samsvar med instruksjonen. Andre gangen justeringer ut fra tilbakemeldingene fra de øvrige deltagerne.

Resultater

Å spille de ulike rollene ga deltagerne større bevissthet på hva skjer i samspillet. Erfaringene ved opplevelsen satte økt fokus på hva var vanskelig og hvordan respondere på det som skjedde. Eksempel på brukererfaringer var den som nevnte opplevelsen av sterk motstand når noen av en eller annen grunn tvinger en til å gjøre noe en selv ikke ønsker. I rollen som hjemmesykepleier var utfordringen hvordan stille spørsmål og oppmuntre bruker til å skjønne hvorfor helsehjelpen var nødvendig. I forhold til pårørende var dilemmaet å vite hva var sant i det bruker sa hva pårørende hjalp til med når hjemmesykepleier ikke hadde kunnskap om hvem pårørende var og hva pårørende bidro med. For pårørende var dilemmaet å fremstille seg selv som en positiv medhjelper uten å avvise bruker i dennes mer eller mindre urealistiske forventninger samtidig støtte hjemmesykepleier i de forslag som kom fram.

Øvrige deltagere pekte på viktigheten av ikke å gå for raskt fram, men møte bruker med respekt og godt humør. I konfliktsituasjoner: prøve å "forhandle" fram løsning med bruker og pårørende uten å tvinge fram den første og tilsynelatende beste løsningen. Eksempel på dette var en bruker som nektet å dusje. Løsningen var å samarbeide med bruker i større grad; dele oppgaven i delmål der bruker først var enig i å bli med på badet, deretter vaske beina i dusjen, tilslutt å dusje med hjelp.

Justering av egne handlinger ga positiv mestring og økt innsikt og bevissthet i møte med brukerne.

Planlegging neste samling

Til neste samling ønsket deltagerne å lære mer om metoder for forbedring av kommunikasjonen med brukere og pårørende.

Prosjektveileder foreslo å invitere vernepleierne Elisabeth Witsø og Ingrid Olsen, Ressurs- senteret for demens i Trondheim, til å undervise/veilede om prinsippene i Marte Meo metoden.

For å illustrere hvordan veilede etter prinsippene i Marte Meo metoden ble det bestemt å benytte utvalgte scener fra deltagernes rollespill og et planlagt video-opptak av bruker i eget hjem.

4.6 Sjette og sjuende samling (10.10 og 31.10): Bruk av rollespill og video-opptak i bevisstgjøring av hvordan forholde seg til dilemmaer i yrkesutøvelsen

Mål

- Bli kjent med prinsippene i Marte Meo metoden
- Veiledning i bruk av elementene i metoden basert på rollespill og video-opptak

Gjennomføring

Innføring i Marte Meo metoden ved vernepleierne Elisabeth Witsø og Ingrid Olsen, Ressurssenteret for demens, Trondheim.

Gjennomgang av video-opptak av deltagernes rollespill og opptak fra en praksissituasjon i hjemmet til en bruker.

Resultat

Følgende elementer i Marte Meo metoden ble omtalt: *Initiativ* (følge opp brukers oppmerksomhet, bekreftelse på initiativ, sette ord på dette), *Bekreftelse* (bekreftelse på følelser, opplevelser), *benevne* (sette ord på hva blir gjort, følelser, hva skjer i omgivelser, skape forutsigbarhet), *dele glede* (benevne gode følelser i samspillet), *turtaking* (skape rytme i kommunikasjonen, overveie spørsmål, avvente svar), *markere overganger* (klar start/avslutning hva gjøres, skape forutsigbarhet, gi opplevelse av mestring), *ledelse* (verbalt og fysisk støtte gjennomføring av gjøremål). Ved å vektlegge slike elementer stimulerte dette - iflg. Wistø & Olsen - god atmosfære på arbeidsplassen og lysten til å stille spørsmål om det som var bra og mindre bra i omsorgen.

Video-opptakene fra rollespillene og eksemplet fra hjemmebesøk fra bruker ble belyst ut fra elementene i metoden. Deltagerne fikk konkret tilbakemelding på hva de kunne forsterke i samspillet med brukerne. I rollespillene uttrykte deltagerne hvor lett det var å gjennomføre "oppgaven som skal gjøres hos bruker" uten i tilstrekkelig grad å lytte til hva som ble sagt eller hva bruker uttrykte gjennom sitt kroppsspråk. Det kunne lett føre til at en selv var så opptatt i det som skulle gjøres at en glemte alternativ måte å tilnærme seg bruker på. Selv om deltagerne tilstrebet å møte bruker med respekt, illustrerte opptakene utfordringene knyttet til å invitere bruker og pårørende i et samarbeid når kunnskap om personens livshistorie og sosiale forhold var begrenset. Video-opptak fra "et morgenstell" viste et vellykket møte med en bruker som i utgangspunktet ofte var vanskelig å samarbeide med.

Deltagerne erfarte det nyttige i å tenke ut fra elementene i Marte Meo metoden. Å bli mer bevisst og konkret på hva en gjør og sier ble fremhevet. Eksempel på dette var å unngå å stille spørsmål som kan være vanskelig for den demensrammede å svare på. Bedre å beskrive hva en gjør og konkretisere dette, også unngå "at nå var du flink", bedre å knytte dette til noe konkret hva personen gjorde.

Planlegging neste samling

- Orienterer personalgruppen ved hjemmesykepleien i Hommelvik om prosjektet og dele erfaringer i lys av hva prosjektgruppen hadde lært.

4.7 Åttende samling (28.11): Kompetanseføring til resten av personalet ved hjemmesykepleien og evaluering

Mål

- Orienterer resten av personalet i hjemmesykepleien i Hommelvik om prosjekterfaringer
- Gjøre kjent prinsippene i Marte Meo-metoden og illustrere prinsippene i et video-opptak av en hjemmeboende bruker
- Oppsummering og evaluering av prosjekterfaringene

Gjennomføring

Avdelingsleder la fram bakgrunn, hovedmål og delmål med prosjektet

Prosjektveileder orienterte om metoder i prosjektarbeidet

Aud Elisabeth Witsø og Ingrid Olsen presenterte Marte Meo metoden og demonstrerte prinsippene i lys av video-opptak av morgenstell til en hjemmeboende bruker.

To av deltagerne oppsummerte sine erfaringer i prosjektet

Personalet besvarte gruppevis utarbeidet evalueringsspørsmål. Det hele ble avsluttet med muntlig evaluering i plenum.

Resultat

Orientering til resten av personalet ved hjemmesykepleien i Hommelvik ble positivt mottatt. Å gi prosjektdeltagerne anledning å formidle erfaringer til medarbeidere ved samme avdeling konkretiserte både for dem og de andre realitetene i prosjektarbeidet.

Økt bevissthet på utvidet forståelse av brukers individualitet og ressurser og hjemmesykepleiers samhandlingsferdigheter med bruker og pårørende ga et godt

innspill til kompetanseheving og utnyttelse av fagkompetansen i personalgruppa. Dette også med tanke på å videreutvikle det gode arbeidsmiljøet.

Bruk av deltagende metoder i prosjektarbeidet gjorde personalgruppen mer bevisst på måter å bringe fram eksisterende fagkompetanse i staben og nødvendigheten av å løfte fram refleksjon over dilemmaer i praksis for å kvalitetssikre yrkesutøvelsen.

Evaluering

I motsetning til deltagerens forventninger om at praksisprosjektet skulle være et "teorikurs" for å gi svar på hvordan opptre "riktig" overfor demente med "to strek under", har praksisprosjektet vært en arena for innføring i sentrale temaer i kommunikasjon, diskusjon, refleksjon over samtaleferdigheter og dilemmaer. Deltagerne er blitt mer klar over seg selv i yrkesutøvelsen og hvordan håndtere og begrunne møter med brukere og pårørende basert på egne erfaringer.

Deltagerne fremhevet det nyttige i å måtte legge fram en bruker hver, hva de gjorde og hva de kunne ha gjort annerledes ut fra innspill fra de andre i gruppa. Konklusjon på dette var at de i for liten grad kjente til brukerne, deres livs- og aktivitetshistorier, og at de ikke fullt ut var i stand til å gi individuell tilpasset hjelp slik de skulle ønske. Det ble også pekt på hvordan hjelpe personer med demens bedre; ta aktivt i bruk skjema, reflektere over fremgangsmåte overfor "vanskelige" brukere i praksis, lære av hverandre, sørge for bedre systematikk i journaler, legge til rette for et arbeidsmiljø som gir rom og aksept på refleksjon og fokus på det positive hos brukere og erfaringer i personalgruppen.

I personalgruppen var det noen som ikke kjente til prosjektet. Av de som var orientert, hadde de merket seg deltagerens positive tilbakemeldinger av nytten ved å forbedre egne samhandlingsferdigheter; utprøving av framgangsmåter ved bruk av rollespill og tilbakemeldinger fra kollegaer, bruk av video-opptak og analyse ved hjelp av elementene i Marthe Meo metoden. Dette hadde medført økt engasjement i yrkesutøvelsen, bedre innsikt i betydningen av individuell tilnærming overfor brukerne og hva dagliglivets aktiviteter har å si for den enkelte bruker.

I spørsmålet hvordan bruke erfaringene videre, pekte flere på aktiv medvirkning og videreformidling av erfaringer fra prosjektdeltagerne. Et av forslagene var å legge til rette for refleksjonsgrupper på tvers i personalstaben. Dette for å belyse brukererfaringer og gi hverandre råd og veiledning i daglige utfordringer.

På spørsmålet om utbytte med en samlet orientering i personalgruppen, var alle enige i at dette var nyttig. Å spre erfaringer til de som ikke deltok var lærerikt. Flere oppdaget at mye av det som ble gjort i det daglige kunne vært bedre og at det var nyttig med diskusjoner og bli kjent med metoder for videreutvikling av egne ferdigheter.

Planlegging neste samling

- Lære mer om etiske problemstillinger i praksis. Selvbestemmelse og brukermedvirkning

4.8. Niende samling (12.12): Bevisstgjøring av etiske dilemmaer i møte med brukere og pårørende i praksis

Mål

- Bli kjent med relevante lovbestemmelser og etiske retningslinjer i praksis
- Diskutere og reflektere over hvordan forholde seg til etiske dilemmaer i lys av faglig skjønn og fortolkning av juridiske og etiske retningslinjer

Gjennomføring

Prosjektveileder orienterte kort om oppstart av prosjektet og erfaringene hittil.

Wenche Malmedal (dr.stud., sykepleier, HiST) berørte noen relevante bestemmelser i gjeldende lovverk (retten til individuell plan, fagutøvers personlige faglige ansvar, arbeidsgivers ansvar å tilrettelegge for faglig oppdatering) og sentrale etiske prinsipper. Det ble deretter diskutert dilemmaer i omsorgen i lys av sentrale lovbestemmelser og etiske utfordringer med henblikk på selvbestemmelse og brukermedvirkning.

Deltagerne fikk utdelt lysark fra Drevlands orientering og hadde tidligere fått oversendt artikkelen "Retten til helsehjelp" fra Wenche Dalhen (2007) og referanse til boka "Perspektiver på selvbestemmelse" (Ellingsen et al., 2005).

Resultat

Wenche Malmedals utgangspunkt var å diskutere hvilke muligheter foreligger for å oppfylle lovens krav i demensomsorgen? Flere momenter ble berørt.

Selv om kommunen har ansvar for å tilrettelegge for nødvendig helsehjelp ut fra tilgjengelige ressurser og faglig ajourføring for ansatte, har den enkelte helsearbeider et personlig ansvar å yte forsvarlig helsehjelp og varsle fra om avvik i helsehjelpen for å sikre kvalitetsforskriftens bestemmelser i pleie- og omsorgstjenesten. I praksis innebærer dette flere dilemmaer der bestemmelsene må fortolkes også i lys av helsearbeiderens etiske retningslinjer. Når det gjelder personer med demens skal demenstilstanden *åpenbart* være slik at vedkommende ikke forstår hva samtykke betyr, før samtykkekompetansen hos demensrammede faller bort. Et viktig element i kravet om faglig forsvarlighet er da at helsearbeideren sørger for et tjenestetilbud som gjør at den demensrammede får mulighet til å ivareta sin bestemmelsesrett. Hvordan skal dette forstås? Det innebærer at omsorgsgiver har et faglig og etisk medansvar å sørge for et omsorgstilbud som er forsvarlig for vedkommende, altså understreking av et aktivt ansvar i utforming av egnet tjenestetilbud i samarbeid med demensrammede og pårørende. Slik det fremgår i artikkelen til Wenche Dalhen, er rettsikkerheten hos personer med demens drøftet ved flere anledninger. Det refereres til rapport fra Kompetansesenteret for demens i 2002, der 44 % av tjenesteyterne i hjemmetjenesten oppga at de hadde benyttet tvangstiltak overfor demente i eget hjem (tilsetting av medisiner i mat og drikke, bruk av sengehest, holding av hender, føtter eller hode under stell, tvangsdusjing eller bading). Wenche Dalhen argumenterer for at lovregulering vil styrke tjenestemottakerens rettsikkerhet, men at andre virkemidler kan være mer hensiktsmessig; kompetanseoppbygging, god og tilstrekkelig organisering av tjenestene samt tilstrekkelig bemanning.

Med utgangspunkt i deltagerens erfaringer ble flere eksempler fra praksis beskrevet, diskutert og reflektert over. Det var rimeligvis vanskelig å gi klare svar. Poenget var å

løfte fram erfaringer: diskutere holdninger, faglig hensyn, hjemmesykepleiers ansvar og under hvilke betingelser hjemmesykepleier bør gripe inn. Et eksempel som ble nevnt, var et tilfelle der pårørende tvang bruker til å dusje mens hjemmesykepleier var tilstede. Hvilket ansvar har hjemmesykepleier i et slikt tilfelle? Eksisterer det en grense for når hjemmesykepleier skal/bør gripe inn? Hvis denne grensen eksisterer, hva og hvordan skal/bør hjemmesykepleier intervensere? Hvis hjemmesykepleier bestemmer seg for å gripe inn, hvordan vil bruker henholdsvis pårørende oppleve dette? Vil de synes det er rimelig når dette skjer i brukers eget hjem og det er nærmeste pårørende som utfører handlingen? I dette tilfelle grep hjemmesykepleier ikke inn. Hun kunne fortelle at bruker og pårørende reagerte sterkt etter at dusjingen var over. Begge gråt og var tydelig berørt over hva som hadde skjedd. I etterkant hadde pårørende og hjemmesykepleier samtale. Å belyse slike situasjoner i fellesskap med kollegaer gir økt innsikt i hvordan hjemmesykepleien forholder seg til regler og normer for virksomheten. Det setter søkelyset mot hendelser som kan oppstå og som nødvendigvis ikke blir kjent av andre i og med at hjemmesykepleier stort sett er alene til brukere i deres hjem. Andre eksempler som ble diskutert var, hva skjer når hjemmesykepleier spør bruker om det ene eller andre og bruker sier nei? Hva og hvordan skal hjemmesykepleier reagere? Aksepteres et nei for et nei eller blir handlingen gjennomført uansett? Hvor går grensen mellom brukermedvirkning og selvbestemmelse? Bør selvbestemmelse ivaretas uavhengig hvor dement personen er? Hvordan bør hjemmesykepleier gå fram for å samarbeide med bruker for å unngå at situasjonen blir for konfliktfylt slik at det er mulig å oppnå enighet? Refleksjonene i etterkant viser hva personalet kan lære av hverandre. Det ble pekt på betydningen av å kjenne til brukers vaner og tidligere levesett, være kreativ i tilnæringsmåte, spørre mindre, bli kjent med og få veiledning i blant annet bruk av Marte Meo metoden.

5.0 Diskusjon, evaluering av prosjektet og veien videre

Målsettingen med prosjektet var to-delt. Hjemmesykepleien ønsket å utvikle ansattes kompetanse overfor brukere med demens og deres pårørende samt tilrettelegge for et godt og faglig utviklende arbeidsmiljø. For å oppnå dette ble deltagelsesorientert tilnærming benyttet ut fra ideer fra aksjonsorientert forskning, pedagogikk og veiledning. Å veksle mellom praksis og teori, aksjon og refleksjon ha vært en bærende ide i endringsarbeidet.

Læring ved deltagelse

Den deltagelsesorienterte tilnærmingen i læringsprosessen stilte forventninger om aktivitet hos deltagerne. Dette innebar en form for læring som ikke alle var like vant med. *"Det tok meg tid å skjønne at dette ikke var et kurs der det var ett svar med to streker under"*, slik en uttrykte det. I og for seg er dette naturlig da fremgangsmåten bryter med tradisjonell læring. Aktivitet i læringsprosessen innebærer at den enkelte, så vel gruppen har et medansvar for læringsutbyttet. Det gjelder ikke bare i forhold til utvidelse av kompetanse overfor demensrammede og deres pårørende, men også egne ferdigheter i å delta. Det dreide det seg om å være villig til utprøve ulike pedagogiske teknikker; lage collage, delta i rollespill og video-opptak, men også å utvikle spørsmål, diskutere og reflektere over erfaringer om opplegg og rutiner i demensomsorgen. Å utvikle egen læringsmåte, både enkeltvis og i gruppen var sentrale forutsetninger for å nå målet med prosjektet. Slik sett kan en si at

endringsarbeid er tidkrevende og læring er å oppdage. En blir mer bevisst eget kunnskapsgrunnlag og egne ferdigheter i å samarbeide (Bjørke, 2006).

Endringer i kommunikasjon og samarbeid

Forventningene til personalet i hjemmesykepleien er å yte faglig, juridisk og etisk forsvarlig helsehjelp. I en travel hverdag er det lett å prioritere gjøremål som går på bekostning av grunnleggende behov hos brukerne. Det kan bety at brukerne ikke får den hjelp og stimulans tjenestetilbudet forutsetter (IS-1486). Om avstanden mellom idealer og realiteter i hjemmesykepleien i Hommelvik er større eller mindre sammenlignet med andre steder, har vi ikke grunnlag å si noe om. Deltagerne ga imidlertid uttrykk for at prosjektet var nyttig ved å bli bevisst utfordringer i omsorgen og hva de kunne bli bedre på. Dessuten fikk de erfaringer ved bruk av øvelser å justere egne holdninger og handlinger.

Det er først og fremst de kommunikasjonsmessige problemene som bidrar til ekstra påkjenning i demensomsorgen (Hallberg & Norberg, 1965). Deltagerne rapporterte det samme i dette prosjektet. De var stort sett alene med brukerne i eget hjem og visste ikke alltid om de håndterte situasjonen slik de burde. En av grunnene til dette var at de av og til ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til brukerens livssituasjon, og at de opplevde tidvis manglende kommunikasjonsferdigheter. I så måte stemmer dette godt overens med inntrykk fra andre undersøkelser (Edeberg et al., 1999; Ingebretsen, 2006).

Kunnskap om brukeren var stort sett knyttet til sykdommen og hvilke oppgaver som skulle utføres i henhold til omsorgsvedtaket. Det er kanskje rimelig ut fra de forventninger som stilles til omsorgstjenesten ut fra tilgjengelige ressurser (Ingebretsen, 2006). Problemet oppstår når tiltaket ikke er like lett å gjennomføre eller andre behov dukker opp. Dette opplevde deltagerne i prosjektet. Det er da grunn til å minne om hva Tom Kitwood (1998) påpeker, viktigheten å betrakte *personen* med demens og ikke oppfatte personen som en *dement* person. Å forholde seg til personen først og fremst er sentralt i tillegg til kunnskap om sykdommen. Det handler ikke bare om holdningsendring, men også om å skaffe seg oversikt over hvem personen er; tidligere livshistorie, vaner og interesser, familieforhold. En slik oversikt ville gi en annen type forståelse og flere knagger å knytte kommunikasjonen til. Personalet vet mer og forholder seg til personen på en bedre måte (Berg, 1988).

En av utfordringene var hvordan skaffe denne oversikten? Å dra veksler på informasjon fra kollegaer viste seg å ha betydning. Noen visste mer om brukerne enn andre og kunne gjensidig orientere hverandre. Det skapte mening og sammenheng og gjorde det lettere å vite hva en skulle gjøre. Slike mer eller mindre uformelle informasjoner er et gode i et arbeidsfellesskap. Det skaper støtte og er hjelpsomt når opplysninger ellers kan være vanskelig å få tak i. Spørsmålet er om det eksisterende rapportsystemet i tilstrekkelig grad registrerer psykososiale forhold? Er dette spesielt viktig å ta hensyn til når personer vanskelig kan gjøre rede for seg? Blir opplysninger fra pårørende innhentet og registrert? Er møtevirksomheten, ledelse og veiledning tilrettelagt slik at informasjonsbehovet blir ivaretatt? Flere av disse spørsmålene ble diskutert og notert av ledelsen for videre oppfølging. Det som kan slås fast er at erfaringene i bruk av ulike skjema (vedlegg 3, 4, 5) viste at deltagerne hadde varierende kunnskap om den enkelte bruker - utover de fysiske og pleiemessige forhold. Dette gjaldt så vel nettverk, tidligere arbeid, aktiviteter og fritidsinteresser.

Gruppen kom fram til at ufullstendige opplysninger ikke var ønskelig. Det var rimelig å tenke seg å utprøve noen av de nevnte skjemaene evt. justere hjemmesykepleiens rapportskjema for bedre kartlegging, der også pårørende ble trukket inn i samarbeidet. Å inkludere pårørende i et utvidet samarbeid korresponderer godt med hva som anbefales innen demensomsorgen i dag (Johannesson et al., 2006). Forskning og studier dokumenterer at pårørende har mye å bidra med både når det gjelder informasjon og oppfølging (Ulstein, 2005; Hagen, 2007) forutsatt at de tas på alvor og får informasjon og opplæring.

I tillegg til å få bedre oversikt over ressurser til den enkelte bruker var det økende bevissthet blant deltagerne å utvikle egne samhandlingsferdigheter. Det ble registrert et sterkt ønske om å yte god hjelp til brukerne, men at dette ikke alltid var like lett. Bruk av ulike øvelser, rollespill og video-opptak, refleksjoner i gruppe, hadde betydning i denne sammenheng. *"Åh, er det slik det oppleves...Jeg kjente hvor sint jeg ble når hjemmesykepleier bryskt sa at nå må du ta medisinen din...når jeg sa at dette ville jeg ikke..."*, slik en fortalte. En annen uttrykte det slik: *"Så flott det du gjorde ..jeg kjenner brukeren godt... men jeg har aldri fått det til slik du gjorde..."*. Det handler om dele erfaringer med hverandre, hjelpe hverandre og få veiledning i hva som fungerer bra. Flere kunne fortelle hva dette har å si for å skape gode møter med brukerne og pårørende og den arbeidstilfredsstillelse det gir. Å realisere kravene om kvalitativt gode møter poengteres i forskningslitteraturen (Edeberg, 2002). De positive faktorene som fremheves er ikke bare hva en sier og når, men hvordan en sier ting; mykt tonefall, trygg væremåte, sensitivitet for den andres opplevelse, positiv øye- og kroppskontakt. En slik tilnærming vil kunne bidra til å minske avstanden mellom økende krav som stilles til omsorgen i dag og vanskeligheter å innfri disse kravene.

Økt fokus på individuell omsorg

Prosjekterfaringene understreket betydningen av å individualisere omsorgen til de demensrammede. Det ble begrunnet ut fra ulikhet blant brukerne med hensyn til funksjon, livshistorie, ressurser, aktivitetsmuligheter, bestemmelsene om kravet til individuelle tjenester i helseovngivningen og kravene i etiske retningslinjer (Malmedal, 2007; Dalhen, 2007).

Slik deltagerne beskrev, var tendensen tidligere å sette fokus på oppgavene i stedet for personrelaterte forhold. Etter prosjektet var det økt bevissthet for en personorientert tilnærming. Flere studier tyder på at dette er en god strategi for individuell tilpasset omsorg (Edeberg, 2002). Personorienterte yrkesutøvere er bedre i stand til å fokusere på person og problem. Vedkommende vil være i stand til å prioritere personrelaterte oppgaver så vel oppgaveorienterte oppgaver (Stang, 1998).

Å bli bevisst brukerperspektivet og hva det innebærer kom fram ved flere anledninger. Diskusjon og refleksjoner over opplevelsene ved video-opptak er gode eksempler på det, likeledes veiledning ut fra prinsippene i Marte Meo metoden. Hva fremmet bedre kommunikasjon mellom bruker og hjelper ble godt illustrert. Gode møter handler om å håndtere situasjoner både i forhold til person og oppgave. Når personalet opplever de mesterer slike situasjoner bedre, gir det positive følger for egen tilfredshet og arbeidsmiljøet (Edeberg, 2002). Slike erfaringer gjør det lettere å utvikle hensiktsmessige endringer til rutiner og opplegg.

Forbedret arbeidsmiljø

Ved prosjektstart ga deltagerne uttrykk for at de hadde et godt arbeidsmiljø, men at det kunne bli enda bedre. Prosessene som var satt i gang, kan tyde på en positiv utvikling. Prosjektgruppen var blitt kjent med hverandre på en annen måte samtidig utviklet bevissthet omkring hvordan kommunisere bedre med brukerne og pårørende. Å ta utgangspunkt i brukerperspektivet hadde utviklet forslag til forbedringer. Dette gjaldt justeringer i eksisterende rapportsystem og veiledning på situasjoner som fungerte bra og mindre bra. Slik sett kan fokusering på forbedringer i brukerarbeidet være argument for utvikling av arbeidsmiljøet. Utfordringen for ledelsen er å tilrettelegge for bruk av erfaringene i prosjektgruppen til kvalitetsforbedringer i virksomheten ved avdelingen.

Veien videre

Evalueringsene tyder på at prosjektets deltagelsesorientert tilnærming har stimulert en bevisstgjøringsprosess hos personalet i kommunikasjonen med demensrammede brukere og deres pårørende og utvikle et godt faglig arbeidsmiljø.

Når det gjelder kommunikasjon med brukerne og deres pårørende, er det pekt på justeringer i forhold til eksisterende rapporteringssystem/møtevirksomhet. Det gjelder før det første hvorvidt systemet fanger opp nødvendige psykososiale forhold som har betydning for omsorgstilbudet til brukerne og om det formidles godt nok til personalet. Det andre er veiledning hvordan kommunisere med demensrammede og pårørende og tilrettelegge et godt omsorgstilbud.

I forhold til arbeidsmiljøet er det viktig å tydeliggjøre at endringsarbeidet på arbeidsplassen er en kontinuerlig prosess som trenger en organisatorisk forankring, eksempelvis å tidfeste møtetidspunkter for erfaringsutveksling og refleksjon hos personalet på like linje med rutinemessig arbeid. I et slikt perspektiv vil ledelsen i samarbeid med personalet kunne videreutvikle organisasjonen i retning av en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig kunnskapsutvikling.

Litteraturliste

- Andersen T. (2005) *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologisk forlag
- Aadland E. (1997) "...Og eg ser på deg.." *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Tano Aschehoug
- Aune L., Foss N., Skåra B.,B. (2001). *Fellesskap for utvikling. PLA – medvirkning i praksis*. Kommuneforlaget
- Berg, A., Hallberg, I.R & Norberg, A. (1998) Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *International Journal of Nursing Studies*, 1998; 35:271-282
- Bjørke G. (2006) *Aktive læringsformer*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bollingmo L., Ellingsen K.E.(red), Selboe A. (2005) *Perspektiver på selvbestemmelse*. Gyldendal Akademisk
- Bowers, B.J. (1987) Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, 9(2):20-31
- Bredland E.B, Linge O.A., Vik K. (2002) *Det handler om verdighet – ideologi og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Brody, H., Gresham, M., Luscombe, G. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training program. *Int. Journal Geriatric Psychiatry Feb*; 12(2):183-92
- Buber, M. (1964) *Jeg og du*. Munksgaard. København
- Buru T., Mead J. (1998) *Evidenced-based Healthcare. A practical Guide for Therapists*. Butterworth-Heinemann Edinburgh
- Cars, J., Zander, B. (2002). *Samvær med dement*. Fagbokforlaget
- Dalhen W. (2007) *Selvbestemmelse I: Selvbesemmelse – egne og andres valg og verdier*. Ellingsen K.E. (red). Universitetsforlaget
- Edberg A.K. (red) (2002) *Att möta personer med demens*. Studentlitteratur. Lund
- Hagen, P.I. (2007) *Å være pårørende til personer i eget hjem*. Rapport. Oslo, Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Hallberg, I.R. (1995) *Klinisk omvårdnadshandledning; Handledning och individualiserad omvårdnad i demensvård* Stockholm: Lieber utbildning

Hallberg, I.R. & Norberg (1990) A. Staffs' interpretation of the experiences patients and their feelings about it. An explorative study. *International Journal of Aging & Human Development*, 1990; 31:295-305

Higgs, J. & Jones, M. (2000) *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Butterworth Heinemann; Edinburgh, Second Edition

Hotvedt, K. (1999). *Pårørendeskolen. Kurs for pårørende til aldersdemente i Oslo. I: Fra fortvilelse til forståelse*, Hotvedt & Smebye, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. INFO-banken

Ingebretsen R. (2002). Når onde dager kommer snikende. *Artikkel i Adresseavisen 11.mars*

Ingebretsen R. (2006) Ansatte i demensomsorgen – på jobb og i relasjoner. *Aldring og livsløp – 3/2006*

Jamtvedt, G., Hagen K.B., Bjørndal, A. (2003) *Kunnskapsbasert praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Kristiansen K. (1994) *Normalisering og verdsettning av sosial rolle*. Kommuneforlaget

Johansson, L., Engh, K., Ulstein, I., Jensen, M., & Ackermann, A. (2006). *Pårørende till personer med demenssjukdom i ett nordisk perspektiv. Arbeidsgruppe for struktur database pårørende/anhörige*. Norge: Nasjonalt kompetansesenter for demens.

Kitwood, T. (1998) *En revurdering av demens; personen kommer i første række*. Fredrikshavn; Dafolo

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lovsamling for helse- og sosialsektoren*. Gyldendal Akademisk

Mittelman, M., Ferris, S.H., Schulman, E., Steinberg, E., & Levin, B. (1996). A Family intervention to delay nursing home placement of patient with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA*. 276(21):1725-31

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2000) *Å leve med demens*. En håndbok for pårørende med arbeidshefte

Nygård, G.V., Grant, M.M., Farrell, B. (1994). *Jeg mister pappa bit for bit: presentil demens på nært hold (videoprogram)*. Sosialdepartementets utviklingsprogram; INFO-banken

Rambøl, I.B. (2006) Den tause tidsklemma. *A-magasinet nr.1, 6.januar 2006*

Schøn, D. (2001) *Den reflekterende praktiker*. Århus: Klim

Sosial- og helsedepartementet (1997) *Kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*, rundskriv I-13/97

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. IS-1486 Rapport

Sosial- og helsepartamentet. Mestring, mulighet, mestring. *St.meld.nr.25 (2005-2006)*

Sosial- og helsedepartementet. Om verdier for den norske helsetenesta. *St.meld.nr.26 (1999-2000)*

Stang, I (1998) *Makt og bemyndigelse – om å ta brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget

Swane E., Blaakilde A. L., Amstrup K. (2007) *Gerontologi i livet som gammel*. Munksgaard Danmark

Tiller T. (1999) *Aksjonslæring: forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Østnor B. & Granbo R. (2007) *Hvordan utnytte tverrfaglig kompetanse for å vedlikeholde/øke beboernes funksjonsnivå og gi mening og innhold i hverdagen til sykehjemsbeboerne? Et samarbeidsprosjekt mellom Malvik sykehjem og Høgskolen i Sør-Trøndelag*. Prosjektrapport

Ulstein, I. (2005). Har kunnskaper betydning for pårørendes opplevelse av stress? *Demens vol. 9 (2)*

Vedlegg

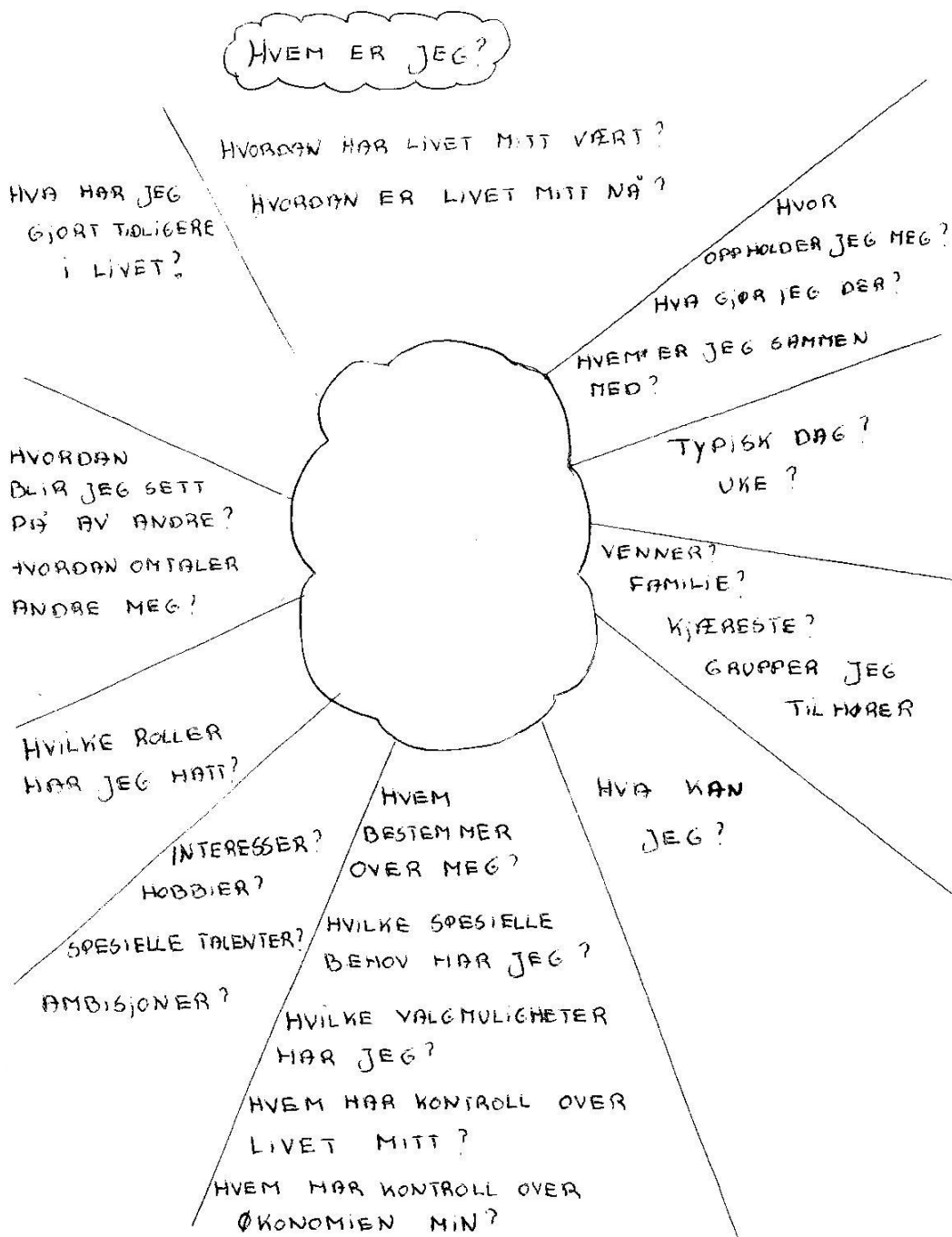
Vedlegg:1



Vedlegg:2



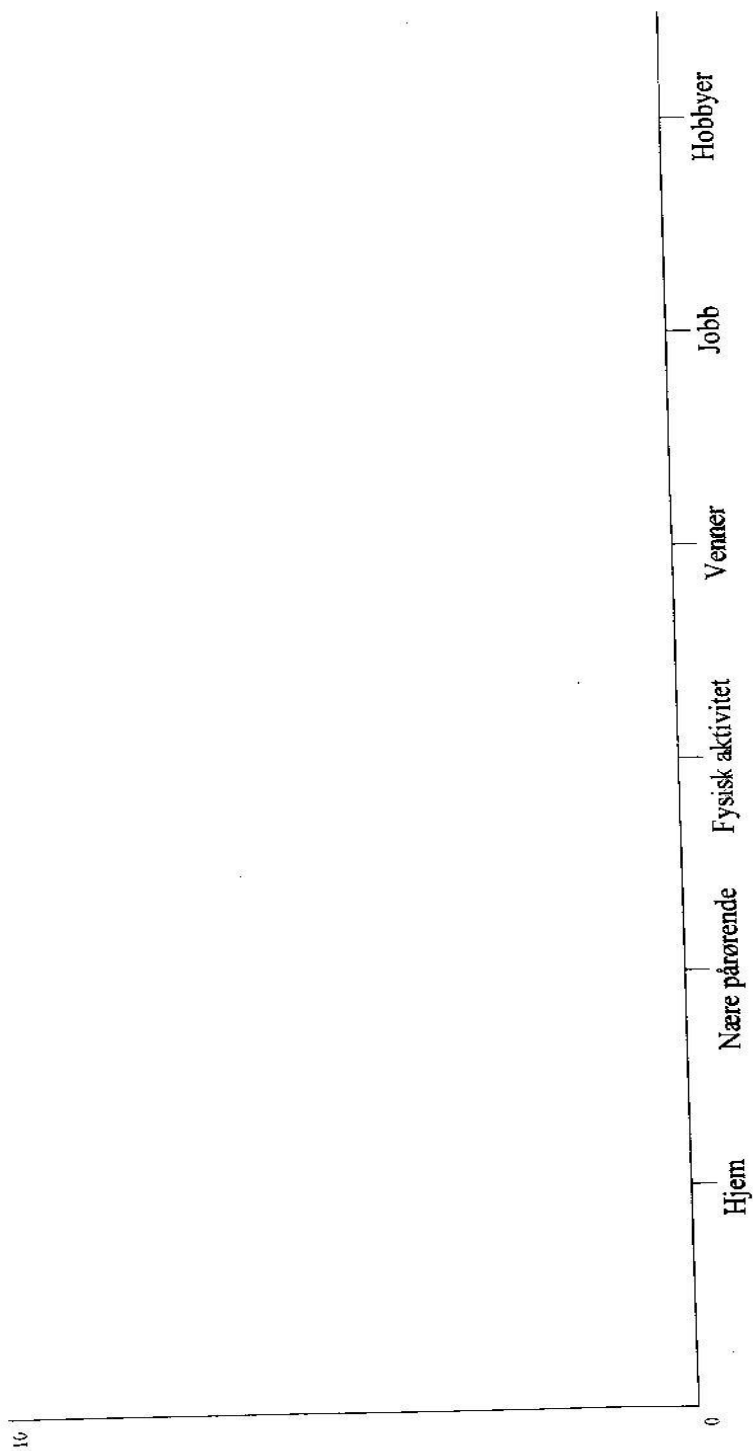
Vedlegg:3



fratt etter
S. VINDAL

Vedlegg:4

Virksomhetsområder
Resursprofil
Kjønn: Alder:



Vedlegg:5

Forslag til refleksjonsskjema.

1)

Tema (og eventuelt dato)	(hva er) Gjort	Lært (av det som er gjort)	Lurt (å gjøre fremover)

Tiller, Tom (2005).

2)

Situasjon	Reaksjon	Refleksjon