

Liv Ødbehr, Morten Heia,
Anne R Haugen og Tone Sandvold

Jo bedre vi er sammen

Ottestadmodellen – bryet verdt?

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 8 – 2008

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatterne er selv ansvarlige for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/>)

Rapport nr. 8 – 2008

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-683-2

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Jo bedre vi er sammen. Ottestadmodellen – bryet verdt?			
Forfattere: Liv Ødbehr, Morten Heia, Anne R Haugen og Tone Sandvold			
Nummer: 8	Utgivelsesår: 2008	Sider: 129	ISBN: 978-82-7671-683-2 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver: Ottestad sykehjem			
Emneord: Pårørendearbeid, brukermedvirkning, demens, informasjon, samarbeid			
<p>Sammendrag: I 2005 ble det tatt i bruk en modell for planlagte samtaler med pårørende ved Ottestad sykehjem. I undersøkelsen evalueres modellens kvalitet i forhold til tre faser: innledningsfasen, samarbeidsfasen og oppfølgingsfasen. Undersøkelsen avdekker sterke og svake sider spesielt i anvendelsen av modellen, samt flere områder som blir gjenstand for videre kvalitetsutvikling.</p> <p>Hensikten med undersøkelsen er å evaluere Ottestadmodellens tre faser for å kunne utvikle den videre, slik at den kan styrke pasientenes mulighet for brukermedvirkning.</p> <p>Undersøkelsen er både kvantitativ og kvalitativ i sin karakter. Det er blitt benyttet spørreskjema i datainnsamlingen rettet mot to ulike grupper av informanter, samt 10 påfølgende dybdeintervju. Informantgruppene er pårørende til pasienter på sykehjem med en demens- diagnose som har deltatt i en eller flere planlagte pårørendesamtaler, samt personalet som har gjennomgått minst en planlagt samtale med pårørende. Spørreskjema er behandlet med dataprogrammet SPSS. Intervjuene er blitt analysert i henhold til Burnard's (1991) innholdsanalyse.</p> <p>Behovet for <i>informasjon</i> hos pårørende blir i vesentlig grad dekket ved hjelp av de planlagte samtalene. Både personalet og pårørende oppfatter modellen som veiledende og støttende. I evalueringen av <i>samarbeidsfasen</i> avdekkes en del utfordringer knyttet til tilsynslegeordningen, pasientenes behov for aktivitet, organiseringen av differensierte sykehjemsplasser i størst grad. Begge grupper betrakter samarbeidet som godt, og at modellen gir muligheter for brukermedvirkning, men at det må arbeides mer med organiseringen av pleien og omsorgen slik at den styrkes. <i>Oppfølgingsfasen</i> ivaretas på en tilfredsstillende måte i henhold til begge grupper av informanter, men varierer mye i prosess og innhold. Modellen som redskap i pårørendearbeidet bedømmes av begge informantgruppene som å være god.</p>			



Høgskolen i Hedmark

Title: Together to the better. The Ottestad Model – worth the trouble?			
Authors: Liv Ødbehr, Morten Heia, Anne R Haugen and Tone Sandvold			
Number: 8	Year: 2008	Pages: 129	ISBN: 978-82-7671-683-2 ISSN: 1501-8563
Financed by: Ottestad sykehjem			
Keywords: Empowerment, information, co-operation, relatives, dementia			
<p>Summary: Ottestad nursing home has for a long time worked to purposefully strengthen the involvement of relatives in the nursing and care of patients with dementia. In 2005 a model was developed for planned conferences with the relatives of patients. This investigation evaluates the quality of the model in 3 phases: the introductory phase, the co-operation phase and the follow-up phase. The investigation also reveals the strengths and weaknesses, especially in the use of the model, plus several areas which are the object of further development.</p> <p>Purpose The purpose of the investigation is to evaluate the Ottestad model's 3 phases so as to develop them further such that it will strengthen the patient's possibilities for more involvement in the decisions about their care. This quality assurance is working towards a goal to be a model for an alternative means for working with relatives of patients.</p> <p>Method This investigation is both quantitative and qualitative in its assessment. Questionnaires have been used to gather data from 2 different target groups, along with 10 in-depth interviews. The first group are the relatives of nursing home patients who have been diagnosed with dementia that have participated in one, or several conferences. The second informant group is personnel who have taken part I at least one planned conference with a patient's relative. The questionnaire was processed using the computer programme SPSS. The interviews have been analysed in conjunction with Burnard (1991) content analysis.</p> <p>Discoveries The relatives need for information, is for a larger degree, covered by the planned conferences. Both the personnel and the relatives experienced the model as guiding and supportive. The evaluation of the co-operative phase reveals some challenges in regard to the main doctor system, the patient's need for activity, and the differentia</p>			

tion of nursing home places. Both groups view the co-operation as working well and feel the model presents possibilities for patient involvement; though feel more work is needed with the organisation of nursing and care so it can be improved. The follow-up phase is delivered in a satisfactory way according to both groups of informants, but varies a lot in process and content. The model for working with relatives is judged by both groups as being good.

TAKK

Arbeidsgruppa for pårønderarbeid ved Ottestad sykehjem retter en takk til daglig leder, Tove Nordli Selnes, som særlig har bidratt til de økonomiske rammene for prosjektet. Takk også til avdelingssykepleierne Marit Nordhagen og Hanne Norum Hollekim, for motivasjon og smidig tilrettelegging i en hektisk hverdag.

En takk til Fylkeslegen i Hedmark for økonomisk støtte.

Takk til Høgskolen i Hedmark, Institutt for Helse og Idrett, for godt samarbeid, faglig veiledning og økonomisk støtte, samt fra Undervisningssykehjemmet. En spesiell takk til Liv Skomakerstuen Ødbehr og Elsy Athlin for faglig veiledning gjennom hele prosjektet.

Takk til alderspsykiatrisk kompetansesenter for hjelp i statistikk-behandlingen.

Sist, men ikke minst, takk til personalet og pårørende som har tatt seg tid til å svare på våre spørsmål i en travel hverdag.

Ottestad sykehjem
Mai 2008

INNHold

1. Innledning	13
Problemstilling	15
2. Teoretisk bakgrunn og kunnskap	17
Den «gryende» begynnelsen	17
Betydningen av god kommunikasjon	18
Viktigheten av god organisering	20
3. Ottestad sykehjem	23
Jo bedre vi er sammen – om Ottestad sykehjem	23
Ottestadmodellen	28
Ottestadmodellens tre faser	31
4. Design og metode	33
Design	33
Utvalg	33
Metode for datainnsamling	34
Analyseprosessen	35
Ethiske betraktninger	37
Økonomiske rammer	37
Validitet og metodekritikk	38

5. Presentasjon av funn	41
Presentasjon av funn fra pårørendeundersøkelsen	41
Pårørendes oppfatning av brukermedvirkning	43
Pårørendes syn på bemanningssituasjonen	44
Pårørendes behov for informasjon	45
Pårørendes oppfatning av samarbeidet	47
Pårørendes syn på at pasienter blir flyttet	50
Pårørendes forhold til tilsynslegeordningen	53
Pårørendes syn på pasientenes aktivitet	55
Oppsummering av hovedpunkter i intervjuene med pårørende	57
Presentasjon av funn fra intervjuene med personalet	58
Personalets syn på brukermedvirkning	60
Personalets syn på bemanningssituasjonen	61
Personalets behov for informasjon	62
Personalets syn på samarbeidet	64
Personalets syn på flytting av pasienter	69
Personalets oppfatning av tilsynslegeordningen	72
Personalets syn på pasientenes aktivitet	73
Personalets syn på egen kunnskap og kompetanse	75
Oppsummering av hovedpunktene i intervjuene med personalet	75
6. Evaluering	77
Endrede forutsetninger for brukermedvirkning	77
Informasjon er alltid viktig	83
Den gode samtalen	86
Jo mer vi er sammen – synet på samarbeidet	88
Prosjektgruppas forslag til forbedringer	92
Prosjektgruppas anbefalinger for det videre arbeidet	94
7. Konklusjon	103
8. Litteraturliste	105
Vedlegg	111

Figurer

Fig. 3:1 Ottestadmodellen for pårønderarbeid og samarbeid.....	30
Fig. 5:1 Alderssammensetning i pårørendegruppen.....	42
Fig. 5:2 Slektsforhold mellom pårørende og pasienten.....	42
Fig. 5:4 Informasjon om pasientens helsetilstand.....	45
Fig. 5:5 Fremmer pårørendesamtalen samarbeidet mellom personalet og pårørende.....	47
Fig. 5:6 Oppfølging av avtaler.....	49
Fig. 5:8 Samtaler med tilsynslege.....	53
Fig. 5:11 Pårørendesamtalen som virkemiddel for å fremme samarbeid.....	66
Fig. 5:12 Flytting av pasienter.....	69
Fig. 5:13 Tilretteleggelse av samtaler med tilsynslegen.....	72

Tabeller

Fig. 5:3 Pårørendes kontakt med pasienten.....	43
Fig. 5:7 Hvordan opplysninger blir brukt.....	52
Fig. 5:9 Fordeling mellom kjønn, alder og fagtilhørighet.....	59
Fig. 5:10 Personalets arbeidserfaring i forhold til stillingsbrøk.....	59

Vedlegg

Vedlegg 1: Ottestadmodellen for pårønderarbeid og samarbeid.....	112
Vedlegg 2: Spørreundersøkelse ved Ottestad sykehjem.....	113
Vedlegg 3: Temaguide for intervju-undersøkelse med pårørende.....	117
Vedlegg 4: Temaguide for intervju med personalet.....	118
Vedlegg 5: Påminnelse.....	119
Vedlegg 6: Spørreskjema til personalet.....	120
Vedlegg 7: Spørreskjema til pårørende.....	124
Vedlegg 8: Aktivitetskalender.....	128
Vedlegg 9: Datatilsynet.....	129

1. INNLEDNING

I de senere årene har det vært et økende fokus på å heve kvaliteten i omsorgen for pasienter i norske sykehjem. Et av satsningsområdene har vært å forbedre kommunikasjon og samarbeid med pårørende til pasientenes beste. Både aktuelt lovverk, som Lov om Helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) og Lov om Pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven, 1999) og offentlige føringer, vektlegger samarbeid og brukermedvirkning sterkere enn tidligere. I Soria Moria-erklæringen (2005) heter det blant annet: «*Samarbeidet med pårørende og frivillige skal styrkes, og eldre skal delta i utformingen av tjenestene*». Regjeringen setter pasienten eller brukeren i sentrum for sin politikk på sosial og helseområdet. Informasjon, medbestemmelse og kvalitetsforbedring er nødvendig for riktig og effektiv behandling, og for brukerens trygghet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Med brukermedvirkning menes brukerens rett til å kunne velge det som er best for seg og sin situasjon. Det innebærer at brukeren inntar en rolle som aktiv deltaker (Kalve, 2007). Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå, både gjennom medvirkning i utformingen av politikken og påvirkning på systemnivå så vel som på individnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I helse og omsorgssektoren har begrepet brukermedvirkning fått en sentral plass. Men det er lite konsekvens i bruken og forståelsen av det. Mange pasienter i institusjoner føler at de ikke blir hørt, og at deres behov ikke alltid er viktigst, selv om virksomheten har brukermedvirkning med i sin målsetting.

En annen problemstilling i forhold til brukermedvirkning finner vi på sykehjemmene. Når nesten 80 % av pasientene i norske sykehjem er personer med demens, blir forventningene om deltagelse en utfordring. Mennesker med demens har sterkt redusert samtykkekompetanse, og i den sammenheng kan pårørende være en ressurs. Men før de pårørende kan samtykke på vegne av pasienten, må de vite hva de skal samtykke i. Et avklart og godt samarbeid mellom primærkontakt, pasient og pårørende blir nødvendig. I lov om pasientrettigheter § 3:2–3:4 og Lov om helsepersonell § 2:10, framgår det klart at helsepersonell har et ansvar for å tilrettelegge for et slikt samarbeid.

En analyse av forsknings- og utviklingsarbeid som er gjennomført de seneste 10–15 årene i de nordiske landene Norge, Sverige og Danmark (Nordisk database om demensomsorg, 2006), viser en utvikling mot et økt samarbeid med de pårørende, selv om den går i litt forskjellig takt. Analysen viser også at det i hovedsak er de positive sidene ved pårørendes rolle som blir løftet frem, selv om vi vet at pårørendearbeid har mange utfordringer også. I regjeringens Demensplan, som er en delplan til Omsorgsplan 2015 og en oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006), fremgår det at samarbeid med pårørende er grunnleggende både for å skape kvalitativt gode tjenestetilbud til den enkelte, og for å avlaste pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Fra å ha hatt en tilbaketrukket rolle i forskning som omhandler demensomsorgen på 1980 tallet, gis nå de pårørende mer oppmerksomhet. Samfunnet betrakter i dag pårørende mer som en samarbeidspartner enn en passiv aktør. Det skyldes økt innsikt om de pårørendes rolle og funksjon i samspillet rundt pasienten (Nordisk database om demensomsorg, 2006).

Brukerundersøkelser rettet mot pårørende viser imidlertid at spørsmål som omhandler brukermedvirkning og tilgang på informasjon, får lavest score i flere kommuner (Kommunenenes sentralforbund, 2006). Ottestad sykehjem har derfor forsøkt å gjøre noe med det. Siden 2002 har personalet ved sykehjemmet bevisst forsøkt å involvere pårørende i arbeidet på en bedre måte. Det er fordi langt de fleste av pasientene ved sykehjemmet har svært sammensatte behov for omsorg og pleie, og trenger all den støtte og hjelp de kan få fra sine nærmeste. Basert på prinsipper for aksjonsforskning og refleksjonsgrupper, har en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe utviklet og systematisert samarbeidet med pårørende med god støtte fra en deltagende ledergruppe. Formaliseringen av arbeidet overfor pårørende i sin helhet, er

samlet inn under begrepet «Ottestadmodellen». Målet har hele tiden vært å kvalitetssikre at pårørendes behov for informasjon, samarbeid og oppfølging blir møtt.

Høsten 2006 ble Høgskolen i Hedmark, Institutt for Helse og Idrett kontaktet av daglig leder, med forespørsel om bistand i forbindelse med å gjennomføre en evaluering av Ottestadmodellen. De ga positiv respons til et slikt samarbeid. Det er å håpe at resultatene av prosjektet kan identifisere potensielle forbedringsområder, og dermed gi føringer for hvor det er mest hensiktsmessig å sette inn innsatsen for å videreutvikle samarbeidet mellom personalet og pårørende. Summen av dette lagspillet vil forhåpentligvis komme pasientene til gode, i form av økt kvalitet på det helsetilbudet de mottar. Med dette som bakgrunn, har prosjektgruppa fokusert rundt to problemstillinger.

Problemstilling

Prosjektgruppa ønsker å få besvart følgende spørsmål:

- Styrker Ottestadmodellen pasientenes mulighet for brukermedvirkning?
- Imøtekommer Ottestadmodellen pårørendes og personalets behov for samarbeid og informasjon?

Undersøkelsen har også som mål å forbedre den kliniske praksisen som sykepleiestudentenes arena for læring.

2. TEORETISK BAKGRUNN OG KUNNSKAP

I det følgende vil noen av de forskningsprosjektene som har hatt innflytelse på utviklingen av Ottestadmodellen bli presentert. Prosjektgruppa har arbeidet systematisk med litteraturstudier i forhold til kvalitetsarbeid overfor pårørende andre steder i landet. Gjennomgangen av forskningslitteraturen om pårørendearbeid og samarbeid i sykehjem kan kategoriseres inn under to hovedtema. Det ene vies kommunikasjonen mellom pasienter og pårørende, dernest kommer selve organiseringen av pasientomsorgen. Denne inndelingen virker derfor hensiktsmessig i det følgende forsøket på å redegjøre for hva som er blitt gjort av forskning og fagutvikling på området.

Den «gryende» begynnelsen

Det har vært forholdsvis sparsomt med fagartikler og fagutviklingsarbeid å støtte seg til gjennom arbeidet med Ottestadmodellen for pårørendearbeid og samarbeid som startet i 2002. Jevnlige søk i databaser og relevant litteratur, både i forbindelse med den kontinuerlige utviklingen av Ottestadmodellen, og i løpet av dette evalueringsprosjektet, viser at interessen for feltet er økende. Søkelyset for fagutviklingsarbeid har først og fremst blitt rettet mot forhold innen spesialisthelsetjenestene, og mot pårørende til hjemmeboende personer med demens (etablering av pårørendeskoler og samtalegrupper). Det er gjennomført færre studier i forhold til sykehjem, og de som finnes har rettet seg inn mot korttidsavdelinger. Samarbeid mellom pårørende

og personalet i sykehjem er i liten grad beskrevet i litteraturen (Bergland, Hestetun, 2003).

Tidlig på 1990-tallet innførte et av sykehjemmene i Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo innkomstamtaler med pårørende til personer med demens. Under samtalene ble det avdekket at de fleste hadde mangelfull kunnskap om demens, til tross for at de gjennom flere år hadde vært i kontakt med lege og hjemmesykepleie. Pårørendes egne opplevelser og følelser ble i liten grad etterspurt og ivaretatt. Dette var bakgrunnen for at Kirkens Bymisjon, i samarbeid med Demensforeningen i Oslo, opprettet et kurstilbud for pårørende til personer med demens i 1992. Kurset fikk navnet Pårørendeskolen (Borg og Hotvedt, 2007). Evalueringen av Pårørendeskolen som pågikk fra 1992–1994, viste imidlertid at pårørende som hadde gjennomgått kurset sent i sykdomsutviklingen, ønsket at de kunne fått tilbudet mye tidligere (Borg og Hotvedt, 2007). Evalueringen fra Kirkens Bymisjon har vært av betydning for arbeidet ved Ottestad sykehjem og bidratt til inspirasjon og vilje til kvalitetsforbedringsarbeid overfor pårørendegruppen.

I samarbeid med relevante fag og kompetansemiljøer skal Sosial- og helsedirektoratet legge til rette for å utvikle pårørendeskoler i alle landets kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Etablering av pårørendeskoler kan sies å ha vunnet frem, og i skrivende stund starter et tverrkommunalt tilbud til pårørende i kommunene Stange, Hamar og Løten.

Betydningen av god kommunikasjon

Økern alders og sykehjem startet i 1998 et prosjekt som innebar oppstart og drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens og store atferdsavvik. I rapporten (Selnes, 2003) beskrives det hvordan tilbudet ble bygd opp, og de erfaringene de høstet i forhold til etablering og drift av en slik avdeling. Som en del av dette prosjektet gjennomførte de en mindre pårørendeundersøkelse, hvor pårørende ble invitert til å uttale seg om hvordan de opplevde avdelingen. Pårørende erfarte at selv om personalet hadde gode rutiner for å informere, dukket det opp situasjoner hvor pårørende ikke fikk den informasjonen de ønsket. Oppsummerende ga nok pårørende uttrykk for at de var fornøyde med tilbudet til beboerne ved den forsterkede

skjermede enheten, og at de følte seg ivaretatt som pårørende, selv om informasjonsutvekslingen i noen tilfeller kunne vært bedre (Selnes, 2003). Det sier noe om at pårørende ofte er positive og tolerante overfor personalets mangelfulle informasjon. Funnene samstemmer med studien til Egeland og Gjerberg (1996) hvor det viste seg at pårørende selv måtte være aktive for å få informasjon, og at dette ikke var enkelt. De var avhengige av at noen tok seg tid til å snakke med dem (Egeland og Gjerberg, 1996). I en hektisk hverdag kan det være svært vanskelig, noe som også er erfaringen ved Ottestad sykehjem.

I mai 2001 fikk en tredjedel av medlemmene i Nasjonalforeningen for folkehelsen tilsendt et spørreskjema som tok for seg ulike forhold ved det å være pårørende til pasienter med demens på norske sykehjem. Undersøkelsen avdekket pårørendes oppfatninger av ulike situasjoner, og hvilke konsekvenser det fikk for deres liv. Funnene i den landsdekkende undersøkelsen som ble presentert i rapporten «Kvalitet i sykehjem, slik pårørende ser det» (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2002), viste blant annet at kun 55 prosent oppga at de hadde en fast kontaktperson, og 40 prosent opplevde at sykehjemmet generelt ikke var opptatt av å gi lik form for informasjon til pårørende. Det framgikk også at i overkant av halvparten av de pårørende ikke fikk informasjon om pasientens helsetilstand. Det ble opplevd som et savn. Flere resultater avdekket at små oversiktlige avdelinger, med faste kontaktpersoner bedret kvaliteten på tjenestene. Det viste seg at de små enhetene også bidro til bedre informasjon og medvirkning fra de pårørende. I undersøkelsen kom det fram at det var stort behov for flere systematiserte informasjonsrutiner og samarbeidsmodeller (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2002). Samtlige av disse kvalitetsarbeidene løfter fram pårørendes informasjonsbehov, og hvor vanskelig det kan være å møte det uten plan og struktur i arbeidet.

I en artikkel av Bergland, Kristiansen, Løvstad og Mæland (2004), presenteres en studie i en korttidsavdeling hvor det ble utarbeidet et sett med hjelpemidler. Med slike hjelpemidler mente de retningslinjer for innkomstsamtalen og nettverksmøter, samt en informasjonsbrosjyre om avdelingen og en sjekklister for personalet. I etterkant av prosjektet erfarte de at dokumentene som ble utarbeidet, var gode hjelpemidler i forberedelsene til møter med pårørende, både for nyansatte og pleiere med lang erfaring. Det hadde

ført til en bevisstgjøring i forhold til hvordan avdelingen ønsket å fremstå i det første møtet med pasient og pårørende. Videre fant de at retningslinjene for nettverksmøtet hadde ført til god struktur, og det sikret at alle temaer ble diskutert. Samlet sett oppfattet de at arbeidet munnet ut i en enhetlig framføring, og et mer profesjonelt inntrykk overfor pårørende. Funnene har vært med på å styrke de grunnleggende antakelsene vedrørende pårørendes betydning ved Ottestad sykehjem, da arbeidet med å utvikle modellen for pårørendearbeid og samarbeid startet.

I arbeidet med Ottestadmodellen har innspillene vært verdifulle i prosessen underveis. De har pekt på hvor viktig og hvor vanskelig kommunikasjon er i samhandling mellom personalet og pårørende.

Viktigheten av god organisering

Organiseringen av arbeidet overfor pårørende viser seg å være av stor betydning for kvaliteten. Mange sykehjem har arbeidet for å skape gode rammer og muligheter for å drive et målrettet pårørendearbeid. I det følgende vises det til noen prosjekter som har hatt betydning for utviklingen av Ottestadmodellen.

Ved Fyllingsdalen sykehjem i Bergen, laget personalet et nytt system for pårørendearbeidet ved sykehjemmet. Grunnen til kvalitetsarbeidet var at pårørende tilkjennega at de følte seg dårlig informert om forhold rundt pasienten. I perioden 2001–2004 arbeidet en prosjektgruppe med å kartlegge pårørendes behov for kommunikasjon og samhandling med personalet. Prosjektet førte til utvikling av anvendelig verktøy for å bedre kommunikasjonen mellom pleiere og pårørende før innleggelse, ved innkomst og under selve oppholdet på avdelingen. Resultatet ble at pårørende følte seg bedre ivarettatt, og pleierne opplevde at kvaliteten på pasientomsorgen ble bedret. Selv om personalressursene forble uendret, mente de at den gode organiseringen av arbeidet var med på å forbedre samarbeidet (Tingvatn, 2004).

I pårørendeprojektet «Å ha det godt i hverdagen», ledet av Geria (Oslo kommunes ressursenter for demens og alderpsykiatri) var hovedmålsettingen å utvikle samarbeidet mellom pårørende til personer med demens og

ansatte ved sykehjem og boenheter. Hensikten med studien var å undersøke personalets oppfatning av samarbeidet med pårørende. En av konklusjonene i undersøkelsen var at på samme måte som ansatte bør lære om pårørendes situasjon, kan det være nyttig at pårørende også får kjennskap til personalets arbeidssituasjon. En slik innsikt kan underlette samarbeidet og forbedre kvaliteten i pleien og omsorgen. Et annet funn var at det ikke alltid er praktisk mulig å tilpasse hjelpen til den enkelte beboers behov (Ingebretsen, Lyngroth og Tamber, 2006). Resultatene i studien peker på de begrensningene som finnes i den praktiske hverdagen på grunn av tidsnød og dårlig bemanning for å nevne noe. Ingebretsen (2006) tar i en annen artikkel opp samme forhold. Hun påpeker at hensynet til den ene spesielt eller til alle beboerne generelt, er en viktig forskjell i pårørendes og personalets perspektiv. Det er ikke alltid praktisk mulig å tilpasse hjelpen til den enkeltes behov. Tidspresset virker negativt på personalet, og for å styrke kvaliteten i omsorgen, blir det viktig å kunne se ut fra personalets perspektiv. Ingebretsen (2006) tror på en samarbeidsavtale der det avklares og avtales hvordan partene kan samarbeide om en bedre hverdag for personer med demens. På den måten kan det oppstå en slags likevekt mellom personalet og pårørende.

I prosjektet «Lettere sagt enn gjort» (Hotvedt, 2004), var hovedmålet å kartlegge hva som fantes av tiltak for pårørende til personer med demens, og hvilke rutiner som eksisterte for samarbeid mellom sykehjem og pårørende. På bakgrunn av kartleggingen ønsket de å utvikle og utprøve tiltak som skulle ivareta pårørendes behov for informasjon, veiledning og oppfølging. Det var et mål å innarbeide tiltakene som en del av det totale tjenestetilbudet på sykehjemmene, og vurdere effekten av tiltakene ved prosjektslutt. Prosjektet ble oppfattet å være vellykket, i det de fikk gjennomført mange tiltak på kort tid med mange personer involvert. De pårørende var svært fornøyd med tiltakene. Resultatene viste at det var stor interesse, men ikke alltid like lett å sette pårørendearbeid i system i en travel sykehjems hverdag (Hotvedt, 2004).

I et prosjekt som ble omtalt av Bergland, Hestetun og Sellevold (2003) tok forskerne utgangspunkt i å kartlegge vanskelige samtaler og møter mellom personalet og pårørende. Erfaringer fra pårørendeprojektet var at ved å fokusere på et tema over tid ble det etablert en faglig refleksjon som i seg selv var viktig, og som kunne føre til endring. Prosessen har også vist seg å

være bevisstgjørende i forhold til kvaliteten på avdelingens tilbud. De konkluderte med at fagutviklingsprosjekter er prosesser som bidrar til å utvikle kvaliteten på sykehjemmets tilbud. Visse forutsetninger for å lykkes må likevel være tilstede, og må vurderes på forhånd (Bergland et al., 2003).

Fagutvikling krever tid og tålmodighet, og er på mange måter et møysommelig arbeid. Innspillene ovenfor stemmer godt overens med arbeidsgruppas erfaringer i arbeidet med å forbedre kommunikasjonen og samarbeidet med pårørende på Ottestad sykehjem. De har vært med på å styrke troen på at mer systematisk tilnærming til arbeidet overfor pårørende vinner fram.

3. OTTESTAD SYKEHJEM

Jo bedre vi er sammen – om Ottestad sykehjem

Ottestad sykehjem ble åpnet 1999, og er et sykehjem med små enheter fordelt på to avdelinger, henholdsvis avdeling 1 og 2. Det bor til sammen 48 pasienter på sykehjemmet, hvorav alle har enerom. Avdeling 1 er inndelt med 12 langtidsplasser og 8 plasser for pasienter med demens ledsaget av angst og depresjon, samt en skjermet enhet med 8 plasser for pasienter med utfordrende atferdsproblematikk som følge av sin demenssykdom. Avdeling 2 har 19 langtidsplasser og 1 korttidsplass, hvor 3 pasienter ruller med tre ukers opphold. Det er ingen plass spesielt beregnet på palliativ/terminal behandling. Likevel vil det til tider ligge inne pasienter med slike behov, på samme måte som det også er pasienter med rehabiliteringsbehov. I tillegg til det nevnte, kan enkelte pasienter ha større omsorgsbehov ut fra en psykiatrisk diagnose, eller utagering i forbindelse med demens.

Service og støttefunksjoner består av vaskeri/renhold, aktivitør, frisør, merkantil og vaktmestertjeneste. Fysio og ergoterapeut tilkalles etter behov, og legetjenester ytes en dag i uken for hver avdeling fra kommunens helse- og rehabiliteringsavdeling. Hver avdeling har en avdelingssykepleier, som sammen med sykehjemets daglig leder utgjør sykehjemets lederteam. Virksomhetsleder gir pr 23.04.07, følgende oversikt over stillinger for ulike grupper på sykehjemmet. Sykepleier 12,31 stillinger (fordelt på 17 perso-

ner). Hjelpepleier/omsorgsarbeidere: 22,42 stillinger (fordelt på 53 personer). Assistent i hjelpepleierstilling: 1,32 stillinger (fordelt på to personer). Annet personell: 8 stillinger (fordelt på 12 personer).

Differensierte sykehjemsplasser

Stange kommune har planlagt og iverksatt en tiltakskjede for personer med demens, basert på prinsipper for funksjonsinndeling og som Tiltaksrådet i kommunen tildeler etter bestemte kriterier. Parallelt med dette arbeidet har Ottestad sykehjem gjennomført en kartlegging av sine pasienters funksjonsnivå og behov. Ved sykehjemmet tilstrebes prinsippet om differensierte sykehjemsplasser. Dette innebærer at pasientene må flytte til en annen enhet ved en av Stange kommunes institusjoner ved endret omsorgsbehov.

Differensierte sykehjemsplasser betyr at pasienter med like behov for bistand, bor sammen. I prosjektet «Tiltakskjede for personer med demens» i Horten kommune beskrives differensierte sykehjemsplasser på følgende måte: «ulike skjermede enheter for personer med demens som er satt i drift, differensierte etter bestemte kriterier for inntak og opphold. Gruppene er satt sammen etter funksjonsnivå» (www.aldringoghelse.no). I skrivende stund er det bare to enheter ved avdeling 1 som er tilrettelagt for personer med demens, og som har fått egne inntakskriterier for opphold. Det er enhet Vest som er tilrettelagt for personer med demens med angst og depresjon som følgetilstand. Skjermet enhet i underetasjen, med direkte tilgang til sansehagen, er miljøterapeutisk tilrettelagt for 8 personer med utfordrende atferdsproblematikk som følge av sin demenslidelse. I de somatiske enhetene avdeling 1 og 2 er ikke antall pasienter med demens eksakt tallfestet, fordi mange av pasientene ikke er nærmere utredet. Man må anta at en stor del av pasientene har en demenssykdom.

«Og bedre skal det bli...»

Det finnes flere ulike former for demens. Prosjektgruppen har i denne sammenheng valgt å ikke vektlegge disse, men referere til en forklaring på hva sykdommen egentlig innebærer for pasienten. Med demens menes en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person (Engedal og Haugen, 2004). Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i

psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen, 2004). Det er dette som skaper behovet for brukermedvirkning basert på pårørendes engasjement.

Primærkontaktsystemet

Ottestad sykehjem har innført primærkontaktsystem hvor alle pasientene har en primærkontakt. I tillegg har de en ansvarlig sykepleier. Det er laget en oversikt over primærkontaktens ansvarsområde, som spenner fra å ivareta den daglige pleie til å ordne med praktiske forhold, tilrettelegge for aktiviteter og å ivareta kontakten med de pårørende. Det er primærkontakten i samarbeid med pasientansvarlig sykepleier som har ansvar for gjennomføring av pårørendesamtalene.

Legetimer ved sykehjemmet

Avdeling 1 har 7 timer tilsynslege pr uke, og avdeling 2 har 6,5 timer. Tiden inkluderer telefonkonsultasjoner og evt. forberedelser. Sammenlikner vi timeantallet med legeföreningens anbefalte normer, ligger sykehjemmet under anbefalingen. Den norske legeförening (2007) har skrevet et notat over lokale bemanningsnormer i sykehjem i en kommentar til veileder fra Sosial- og helsedirektoratet, hvor de sier at:

Det er bred enighet om at det er behov for å styrke legetjenesten i sykehjem. Sykehjemspasienter er blant de sykeste og svakeste i landet, og har omfattende behov for medisinsk hjelp. Flere rapporter har vist at legedekningen ved norske sykehjem er underdimensjonert, og at kvaliteten på sykehjemstjenestene ikke er god nok. Statens helsestilsyn, og andre, har gjentatte ganger pekt på behovet for å styrke legedekningen ved sykehjemmene.

Ved Ottestad sykehjem ser personalet fram til denne styrkingen. Det vil gi et bredere tilbud til pasienter og personalet ved sykehjemmet samt gi bedre mulighet for fagutvikling og samarbeid med andre helseinstanser.

Aktivitetsnivået i sykehjemmet

Pasientene i sykehjemmet har høyst forskjellige forutsetninger for aktivitet. Noen er oppegående ved egen hjelp, mens andre er sengeliggende det meste av tiden. Alderen kan variere fra midten av 60-årene til slutten av 90-årene. De har ulik bakgrunn og interesser, og det er opp til 30 års aldersforskjell. I den senere tiden har det vært et fokus på pasientenes aktivitetsnivå i norske sykehjem og Østby (2006) skriver det slik: *«Manglende aktivitetstilbud gjør at de gamle går en skrøpelig hverdag i møte, med veldig triste levekår. Mange blir bare stuet på et rom foran en tv, uten at de selv ønsker det.»* Her gis det en kort redegjørelse for hvilke tilbud som finns for pasienter og pårørende.

På sykehjemmet er det 1 aktivitør i 60 % stilling, men ingen egen arbeidsstue. Det er ingen egen ergoterapeut eller fysioterapeut tilknyttet avdelingene, men slike tjenester deles med kommunens øvrige beboere. Ergoterapeuten og fysioterapeuten kan komme inn etter avtale i enkeltsituasjoner for å skaffe hjelpemidler, eller sette i gang trening av kortere varighet som pleiepersonalet mange ganger må følge opp.

Sykehjemmet har frisør en dag pr. uke. Fotpleier har tilholdssted i nabo-huset (Bo- og servicesenter) hvor det kan bestilles time for pasientene. En avdeling har også avtale med fotpleier som kommer jevnlig til avdelingen. Pleiepersonalet har sanggruppe med tilbud til alle pasientene i vestibylen en gang i uka. Post 1 har høsten 2007 satt i gang trim på en fløy en annen dag i uka. I tillegg til dette er det en person som arbeider i vernet arbeidsplass, og som hjelper til med å fyre på peisen når det er sanggruppe og henter pasientene dit. Videre tar hun gjerne pasienter med til ulike arrangement på Bo- og servicesenteret eller andre steder. Hun setter ofte på musikk for pasientene i vestibylen og samtaler og aktiviserer dem.

Den Norske kirke tilbyr jevnlig formiddagsandakter ved sykehjemmet. Prestene kan ellers tilkalles ved behov. En lokal Pinsemenighet kommer og synger hver 3. fredag. Røde Kors har kiosktrolle hver onsdag kveld. De tilbyr ukentlige besøk for å ta med pasienter på tur, eller avlaste i avdelingen under f.eks. personalmøter. Høsten 2007 kom det i gang en venneforening. Den var ikke i virksomhet da våre intervjuer i forbindelse med Ottestadmodellen fant sted. De vil i første omgang satse på å arrangere fire fester i året for

pasientene. Det er mange aktiviteter som er verdifulle ved sykehjemmet, og det er et mål at pasientene skal trives sammen i de åpne rommene. Bjørg Balteskard (2006) skriver i en artikkel:

Skal sykehjemmenes fellesrom gjøres til meningsfulle steder å være, må det skapes meningsfulle måter å være sammen på. En forbindelse mellom personene som bor sammen må etableres dersom sykehjemmet som sosialt sted skal få en mening. Å dele noe felles betyr en aktiv deltakelse om noe av betydning for de som deltar. Skal dette skje må en først skape en felles forståelse av hvem som er samlet nettopp her.

Oppfatningen av hva som er meningsfulle fellesrom vil selvsagt variere. Ettersom de fleste av pasientene lider av en eller annen form for kognitiv svikt, er det også en utfordring å skape en felles forståelse. Likevel er tilbudet for pasientene variert og rikholdig på mange måter. Sykehjemmet har avtaler om klessalg i vestibylen noen ganger i året. Om våren er det salg av blomster til verandakassene på sykehjemmet, og årlig grillfest hvor pårørende inviteres. Innimellom kommer det besøk fra lokale barnehager, barne og ungdomsskole og kulturskolen som underholder pasientene. Alle planlagte arrangementer og aktiviteter forekommer i den månedlige aktivitetskalenderen som er tilgjengelig på avdelingens oppslagstavler (Vedlegg 8).

Ottestad sykehjem er åpen for at pårørende skal kunne komme på besøk. På enhetene for pasienter med demens, blir de oppfordret til å bruke pasientens rom for at de andre pasientene ikke skal uroes i de tilfellene det er veldig mange besøkende ved sykehjemmet. Ellers kan dagligstuer og vestibyle benyttes. Pårørende står også fritt til å ta sine pasienter hjem på besøk. Ved bursdagsfeiringer kan de låne møterom med «hybelkjøkken» i underetasjen hvis de ordner i stand selv.

I tilknytning til skjermet enhet i underetasjen, arbeides det med å få til en sansehage. Mye av dette arbeidet ble utført sommeren 2007, etter at intervjuene våre startet. Personalet regner med å kunne ta denne mer i bruk fra sommeren 2008. Ved innkomst av nye pasienter, oppfordrer vi pårørende om å fylle ut et «bakgrunnsopplysnings skjema» som vi kan bruke blant annet til å finne ut hvilke aktiviteter pasienten har vært opptatt av tidligere.

Ottestadmodellen

«Hva skal vi snakke med de pårørende om», var ett av spørsmålene da personalet ved den skjermede enheten ved Ottestad sykehjem var samlet til fagdag våren 2002. Målet for dagen var å finne ut hvordan de best kunne tilrettelegge samarbeidet med pårørende på enheten. Her følger en presentasjon av prosessen som personalet gjennomgikk i arbeidet med å utvikle Ottestadmodellen for pårørendearbeid og samarbeid slik den er i dag.

Ettersom personalet la svært så forskjellig innhold i begrepet brukermedvirkning, var det nødvendig å bruke en del tid på å enes om innhold og betydning for å danne en felles forståelse. I den sammenheng var litteraturen (Rønning og Solheim, 1998; Hauglum, 2001; Brekkhus, 2002) oppklarende. Med brukermedvirkning menes den innflytelse brukeren har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der han selv er berørt. Brukermedvirkning forutsetter at man ikke lenger skal betrakte den hjelpetrequende som en ensidig mottaker av tjenester. Brukeren skal innta en rolle som aktiv deltaker i sin egen behandlingsprosess (Sigstad, 2004).

Personalet valgte å anlegge et brukerperspektiv i tilretteleggingen av samarbeidet med pårørende. Litteratur om brukermedvirkning, samtykkekompetanse, lovverk og pårørendesamarbeid ble prioritert, og sendt på «rundgang». Personalet underviste hverandre om eksisterende lovverk, med hovedvekt på brukermedvirkning, helsepersonells informasjonsplikt og samtykkekompetanse, i forhold til personer med demens. Sykehjemmet fikk også besøk av virksomhetsleder for serviceinformasjon og forvaltning i Stange kommune Erik Slettner. I kraft av å fungere som juridisk rådgiver for kommuneansatte, underviste han personalet om lovverk, lov om pasientrettigheter og samtykkekompetanse.

Fagdagen ble startskuddet for en økt fokusering på demensomsorg og pårørendesamarbeid som et virkemiddel for brukermedvirkning. Etter hvert utviklet det seg videre til et fagutviklingsprosjekt, der målet var å formulere og ta i bruk en mal for en planlagt pårørendesamtale på enheten. I 2005 da lederteamet bestemte at modellen skulle tas i bruk på hele sykehjemmet ble det på nytt oppnevnt en tverrfaglig arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å videreutvikle den første malen. De fikk også mandat til å systematisere

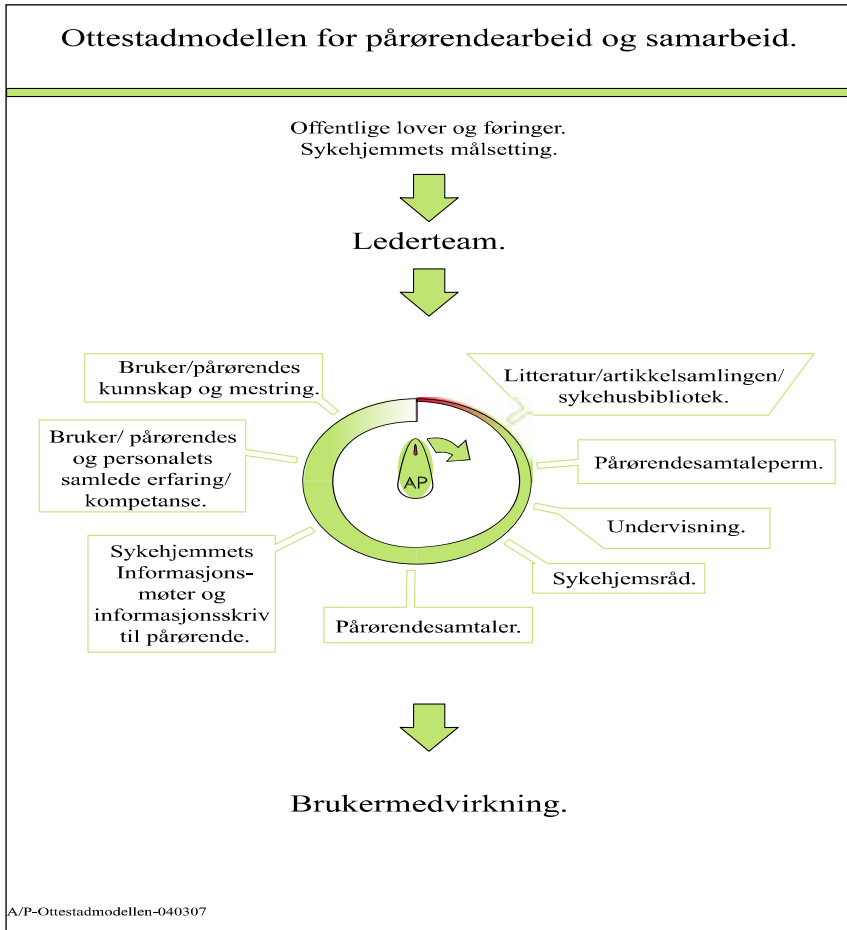
pårørendearbeidet på de øvrige avdelingene på sykehjemmet. Ettersom det fortsatt var et ønske om endring av eksisterende praksis, valgte arbeidsgruppen å bruke prinsipper for aksjonsforskning og refleksjonsgrupper i sitt arbeid, noe man hadde hatt gode erfaringer med på den skjermede enheten. Aksjonsforskning kan grovt sett kjennetegnes ved at forskeren (her: arbeidsgruppen) deltar i løsningen av praktiske problemer i samarbeid med andre (Stabell og Nässelquist, 1999). Her blir betegnelsen refleksjonsgruppe definert som en: *«Tverrfaglig pleiegruppe med veileder, som regelmessig kommer sammen for å dele og grunne på sine praksiserfaringer for derigjennom å øke sin kompetanse i kommunikasjon og samhandling med andre»* (Gundersen et al., 2003).

Den første informasjonen til pårørende som ble utarbeidet har blitt kontinuerlig revidert. Egne temasider til bruk for personalet både før, under og etter samtaler med pårørende har blitt utarbeidet. Det er også laget en artikkelsamling om pårørendearbeid på sykehjemsbiblioteket, tilgjengelig for både personalet og pårørende. I arbeidet med å utvikle malen for innholdet i pårørendesamtalen var Edgrens (2001) bok til stor hjelp. Boka ga gode innspill både for innhold og planlegging av en pårørendesamtale. Hodtvedt og Smebyes bok (1999) ga arbeidsgruppa nyttige erfaringer fra et prosjekt hvor etablering og innhold i en pårørendeskole var hovedfokus. Ikke minst ga den et perspektiv på pårørendes forskjellige behov for informasjon og samarbeid. I tillegg ble alderspsykiatriens-ABC (Solheim, Winge, Wogn-Henriksen, 1996–1997), et studieopplegg i alderspsykiatri samarbeid og omsorg for pårørende, brukt i utformingen av samtaleveilederen.

Ottestadmodellen slik den har utviklet seg fram til i dag, henvender seg både til pårørende til pasienter som har en demenslidelse, samt til de som er klare og orienterte. Der hvor pasienten selv ikke lenger kan ivareta egne behov, blir det ekstra viktig å innlemme pårørende som en ressurs (Østby, 2006). I den sammenheng blir kommunikasjon og organisering helt sentralt. Det er verdt å nevne at brukermedvirkning ble styrket også på systemnivå. Parallelt med utformingen av en samtaleveileder, valgte lederne ved sykehjemmet å oppnevne et sykehjemsråd for å sikre ivaretagelsen av samarbeidet mellom pasient, pårørende og de ansatte. Sykehjemsrådet er et rådgivende organ for daglig leder som skal sikre pasienten medbestemmelse og mulighet til å uttale seg ved endringer i boformen og kvaliteten på den. Rådet består av

9 medlemmer hvorav 1 er representant fra eldrerådet i kommunen. Rådet består videre av to ansatte, samt 5 pårørenderepresentanter i forhold til de inneliggende pasientene. Pasientene er også blitt forespurt om å delta, men har takket nei på grunn av sviktende helse.

Presentasjon av Ottestadmodellen slik den er i dag.



Ordforklaring: AP= Arbeidsgruppe for pårørendearbeid

Fig. 3:1 Ottestadmodellen for pårørendearbeid og samarbeid

Ottestadmodellens tre faser

I begrepet pårørendesamarbeid blir selve innholdet i den mellommenneskelige relasjonen vektlagt. Etter en lovende utprøvsperiode og positive tilbakemeldinger fra både pårørende og personale ved den skjermede enheten, valgte daglig leder å innføre planlagte pårørendesamtaler for hele sykehjemmet i januar 2005. De planlagte samtalene ble bestanddelene i det som nå kalles Ottestadmodellen (Vedlegg 2). De tre hovedfasene betegnes som innledningsfasen, samarbeidsfasen og oppfølgingsfasen. I dette ligger også føringer for hvem som skal gjøre hva, og til hvilken tid på de forskjellige enhetene. Det innebærer også informasjon om praktiske gjøremål og innkallingsbrev til de pårørende.

Innledningsfasen kjennetegnes ved at den skal dekke pårørendes informasjonsbehov straks etter at pasienten har kommet til sykehjemmet. Det tilstrebes at en planlagt pårørendesamtale foretas innen 4 uker etter innkomst. Samtalen karakteriseres av å være praktisk rettet i forhold til pasientens grunnleggende behov, samt at den gir opplysninger om sykehjemmet og en rekke praktiske og økonomiske forhold rundt innleggelsen. Personalet har sjekklister som kvalitetssikrer at informasjonen som blir gitt er dekkende. Selve samtalen foregår mellom ansvarlig sykepleier, primærkontakt og pårørende på vegne av pasienten.

Samarbeidsfasen er den dynamiske fasen i modellen. Pasientens primærkontakt, pasientansvarlig sykepleier og pårørende gjennomgår ulike tema som berører pasienten så lenge institusjonsoppholdet varer. Samtalen skal gjennomføres i løpet av det første året som pasienten er på sykehjemmet. Tema som tiltaksplan vil bli berørt samt kommunikasjonsformer med pårørende. De blir bedt om å orientere om pasientens interesser, for de pasientene som ikke greier dette selv. Pårørende oppmuntres til å delta når det gjelder omsorgen av sine nærmeste.

Siste fase i modellen er oppfølgingsfasen som preges av en gjensidig dialog mellom pårørende og personalet, for å sikre god kvalitet i pleien til pasienten. Forhold som ikke fungerer tas opp til vurdering. Personalet og pårørende blir i mange tilfeller godt kjent etter en tid, og oppfølgingen blir mindre formell og bærer preg av en gjensidig tillit og kontakt. Daglig leder ved

sykehjemmet inviterer også til et informasjonsmøte med alle pårørende på sykehjemmet to ganger i året. Det avsettes da en kveld hvor pårørende kan spørre om ting de lurer på. Ofte er det et spesielt tema som er utgangspunkt for møtet. Et slikt tema kan være pårørendes medbestemmelsesrett eller gjeldende retningslinjer og lovverk som pårørende kan ha nytte av å være oppmerksomme på.

4. DESIGN OG METODE

For å få svar på forskningsspørsmålene, har prosjektgruppa valgt en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode. I det følgende presenteres begrunnelse for metodevalg, beslutninger og overveielser underveis i arbeidsprosessen.

Design

Undersøkelsen har karakter av å ha et beskrivende og utforskende design. Prosjektgruppa har valgt å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode, først og fremst for å få fram mest mulig kunnskap i evalueringen av Ottestadmodellen, dernest å få et riktig utvalg av informanter til intervjuundersøkelsen. Spørreundersøkelsen har også vært retningsgivende og en hjelp til å finne riktige tema og fokuseringsområder i intervjuene. Informasjonen som kom fram under intervjuene, vil derfor tillegges størst vekt i behandlingen av data.

Utvalg

Utvalget i spørreundersøkelsen er to ulike grupper av informanter. Den ene gruppen er pårørende til pasienter som bor på sykehjemmet. Alle pårørende som er blitt inkludert i undersøkelsen, har deltatt i minst en samtale med primærkontakten og ansvarlig sykepleier for pasienten de er pårørende

til. For noen av pasientene innebærer det at det er flere enn en person som står oppgitt som nærmeste pårørende, og som i tillegg er aktive medhjelpere i det sosiale nettverket. Denne gruppen av informanter er 50 i antallet. Prosjektgruppa fikk returnert spørreskjema fra 33 stykker. Her viser det seg at det er flere pårørende rundt samme pasient som har valgt å returnere ett skjema sammen.

Den andre gruppen av informanter er fast ansatte, som har gjennomført minst en samtale i Ottestadmodellens pårørendearbeid med pårørende til sin primærpasient. Antall personalet som er inkludert i undersøkelsen er 30 stykker. Prosjektgruppa fikk returnert spørreskjema fra 26 personer i personalgruppa. Det var ønskelig at utvalget av informanter til intervju-undersøkelsen var så bredt som mulig. Med det menes at utvalget av informanter til intervju-undersøkelsen baserte seg på hvor fornøyde de oppga å være i forhold til informasjon, samarbeid og oppfølging i spørreundersøkelsen. Prosjektgruppa valgte ut informanter fra spørreundersøkelsen med størst mulig sprik i opplysningene.

Metode for datainnsamling

Samtlige i utvalget fikk tilsendt spørreskjema utformet med ordinalskala, og med spørsmål om de ville delta i kvalitetsarbeidet ved Ottestad sykehjem. Hensikten med spørsmålene var å reflektere synspunkter i forhold til Ottestadmodellen, slik den er utformet og organisert. Informantene ble informert om at utfylt spørreskjema, var å regne som informert samtykke i å delta i undersøkelsen. Alt datamateriale er blitt behandlet konfidensielt. Hvert skjema er blitt kodet med nummer, slik at hver enhet aidentifiseres. Lister med navn og adresser er blitt holdt atskilt fra koderegisteret (Spørreskjema pårørende, vedlegg 7 og Spørreskjema personalet, vedlegg 6).

Alle informantene fikk forespørsel om de kunne bli kontaktet i etterkant av spørreundersøkelsen, med en henvendelse om å delta i en oppfølgende intervju-undersøkelse. Informantene fikk gi sitt tilsagn til om båndspiller kunne benyttes under intervjuet. Hensikten med intervju-undersøkelsen var å utdype visse punkter i spørreundersøkelsen, for å få ytterligere informasjon om pårørendesamarbeidet. Prosjektgruppen gjennomførte

til sammen 10 intervjuer hvorav 5 informanter fra hver gruppe. Hvert intervju er blitt behandlet konfidensielt. Intervjuene er blitt gjennomført med hjelp av en tematisert guide (Vedlegg 3 og 4), som ble noe endret underveis. Hensikten med det var å få mest mulig informasjon. Det ble gjennomført pilotstudie ved ett av sykehjemmene i nær tilknytning til Ottestad sykehjem, for å teste ut både spørreskjema og den tematiserte intervjuguiden i forkant av undersøkelsen.

Transkribering

Hvert intervju er blitt skrevet ut ordrett. Pauser ble markert, samt kremte-lyder og gjentakelser. Transkriberingen ble gjennomført i forlengelsen av hvert intervju. Etter transkriberingen er kassetene blitt ødelagt, slik at ingen opplysninger kan spores tilbake til informantene.

Analyseprosessen

Innsamlede data fra spørreskjemaene er blitt behandlet ut fra deskriptiv statistikk og behandlet med analyseprogrammet telleform. Resultatene fra spørreundersøkelsen er blitt bearbeidet med hjelp av statistikkprogrammet SPSS, og presenteres i kapittel 5 i form av krysstabeller og grafer. Prosjektgruppen fikk god hjelp av Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet til en del av dette arbeidet. Hvert av de returnerte spørreskjemaene er blitt gjennomgått av prosjektgruppen i fellesskap. Hensikten var å finne aktuelle tema til intervju-undersøkelsen.

Intervju-undersøkelsen

Intervjuene blir først lest igjennom i sin helhet for å få en forståelse av sammenhengen i dem. Som analyseverktøy ble artikkelen til Burnard (1991) brukt. I artikkelen beskrives 14 ulike steg til innholdsanalyse. Prosjektgruppen valgte å forholde seg til de 7 første i analysearbeidet. De presenteres her:

1. Det første steget består i å lese det transkriberte intervjuet i sin helhet. Underveis skrives det ned hovedtema og notater, stikkord og tanker om mulige kategorier. Hensikten er å få fram ideer og teorier i det initiale arbeidet med analysen.
2. Steg to preges av at forskeren søker å fordype seg i intervjuet. Her forsøker en å finne generelle tema, og leve seg inn i informantens måte å forstå verden på.
3. Steg tre innebærer en åpen koding hvor det lages hovedoverskrifter. Lange setninger omskrives til kortere med samme innhold.
4. Steg fire karakteriseres av at listen med kategorier grupperes sammen med hovedkategorier og underkategorier, slik at det blir færre kategorier å forholde seg til.
5. I steg fem gjennomgås kategoriseringsarbeidet på nytt og justeres ved behov.
6. I steg seks inviteres to kollegaer for å diskutere kategoriene med forskeren, og gjennomgå dem ytterligere en gang til. Prosjektgruppas medlemmer ble brukt til dette arbeidet, ved at tre av gruppemedlemmene analyserte alle intervjuene hver for seg. Gruppen kom så sammen og arbeidet med hvert intervju for å komme til en felles forståelse av kategoriene i det enkelte intervju.
7. I steg 7 leses intervjuet igjen for å skape enighet og sikkerhet om at alle hovedkategorier og underkategorier som er tatt med dekker innholdet i intervjuet.

Analysearbeidet ble gjennomført som beskrevet ovenfor for hvert intervju. Prosjektgruppen fant 8 hovedtema for pårørende og 9 hovedtema for personalet i dette arbeidet. Funnene presenteres under kapittel 5.

Etiske betraktninger

Deltakelse i undersøkelsen har hele tiden vært frivillig, og informantene har når som helst kunnet trekke seg fra undersøkelsen. Data er blitt behandlet konfidensielt og det er innhentet informert samtykke fra samtlige. Omsorgen og behandlingen av pasientene, har ikke på noe tidspunkt blitt påvirket av at pårørende har takket nei til å delta i undersøkelsen. Likeledes har ikke ledernes forhold til de ansatte blitt påvirket av at noen i personalgruppa har avstått fra å delta i undersøkelsen.

Ut fra prosjektgruppens kjennskap, har det ikke oppstått noen situasjoner i forbindelse med intervjuene, hvor informantene har opplevd følelsesmessige vanskeligheter i etterkant av intervju-undersøkelsen. Det har derfor ikke vært aktuelt med oppfølgende samtaler med informantene. Det ble også tidlig rettet en henvendelse til Datatilsynet (Vedlegg 9). I den forbindelse har det ikke vært tilbakemelding om hindre for at undersøkelsen kunne fortsette.

Undersøkelsens nytteverdi kan ses på som en mulighet til å forbedre samarbeidet mellom personalet og pårørende ved sykehjemmet. Arbeidet er banebrytende i Norge, ved at det parallelt foregår forskning og undersøkelser som har fokus på brukermedvirkning. Undersøkelsen er også i forkant av den store utfordringen som kommunene vil stå overfor med en økende andel eldre i befolkningen, samt en økende tendens til forekomsten av demens hos denne gruppen St.meld. nr. 25 (2005–2006).

Økonomiske rammer

Søknad fra daglig leder vedrørende finansieringen av studien, ble sendt til Høgskolen i Hedmark, avdeling Helse og Idrett med tilsagn om 50 000,- kroner for 2007. Ottestad sykehjem fikk tilsagn om 50 000,- kroner fra Fylkeslegen til prosjektet for året 2006, og søkte om en tilsvarende sum for året 2007. Pengene har gått til lønn og personalytelser. Budsjettet for prosjektet har gått i balanse.

Validitet og metodekritikk

Validering i forhold til undersøkelsen teoretiske forankring
Prosjektgruppa har gjennom systematiske litteratursøk forsøkt å finne liknende studier, forskningsartikler og kvalitetsarbeider i resten av landet. Med søk i databaser som SweMed og helsebiblioteket har det framkommet en del interessant litteratur. Prosjektgruppa har også studert interesseorganisasjonene som; Nasjonalforeningen for demens, Geria, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og Helse, Helsebiblioteket, Demensforbundet i Sverige, Alzheimerforeningen i Danmark, for å nevne noen. Ettersom undersøkelsen har som siktemål å evaluere eksisterende modell ut fra norske forhold, har prosjektgruppa valgt å benytte seg av resultater fra studier innenfor norden. Den teoretiske referansen kunne tenkes å ha et videre perspektiv, dersom undersøkelsen hadde hatt et større omfang, og et annet design.

Validering av hensikten med undersøkelsen og strategien som er blitt brukt

Undersøkelsen har hele veien pekt på styrker og svakheter ved Ottestadmodellen slik den har blitt utviklet siden 2005. Metoden for evalueringsarbeidet har vist seg å være svært egnet, selv om arbeidsmengden hele veien har vært stor, fordi arbeidsgruppas deltakere har hatt annet arbeid ved side av prosjektarbeidet. I etterkant synes det klart at det ville vært en fordel om prosjektgruppa hadde arbeidet mer konsentrert for å få ferdig arbeidet med undersøkelsen innenfor en kortere tidsramme. Det må likevel sies at det har vært av avgjørende betydning å få hjelp underveis fra Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet til bearbeiding av data, ettersom ingen av prosjektgruppas medlemmer hadde forkurs i anvendelsen av SPSS.

Hensikten med undersøkelsen har i ettertid vist seg å svare til forventningene. Det er framkommet flere områder som etter hvert vil bli gjenstand for oppfølging og endring, slik at kompetansen i personalgruppen kan øke, og at kvaliteten kan forbedres.

Pragmatisk validitet

Resultatene fra undersøkelsen har vist seg å være overførbare til praksis, takket være at deltakerne i undersøkelsen til daglig arbeider i praksis, eller har svært nær tilknytning til praksis. Samtlige områder som er blitt anbefalt å forbedre, er realistiske og konkrete. Modellen vil i etterkant av undersøkelsen tilpasses resultatene i undersøkelsen, og utprøves på nytt.

5. PRESENTASJON AV FUNN

Funnene i undersøkelsen presenteres hver for seg for pårørende og personalet. Prosjektgruppen har valgt å vise til funnene fra spørreundersøkelsen og intervjuene samlet, for å skape størst mulig oversikt. Hver av presentasjonene fra de to informantgruppene avsluttes med et sammendrag.

Presentasjon av funn fra pårørendeundersøkelsen

I det følgende presenteres funn ut fra 8 hovedkategorier som var fremtredende i intervju-undersøkelsen. Hver hovedkategori bærer preg av å peke på det som ble oppfattet som positive erfaringer, negative erfaringer og forslag til forbedringer. De viktigste områdene som pårørende uttalte seg om er samlet under følgende kategorier: brukermedvirkning, bemanningssituasjonen, informasjon, samarbeid, flytting, tilsynslegeordningen og aktivitetene. Ved noen av presentasjonene blir resultatene fra spørreundersøkelsen trukket fram for å underbygge og bekrefte svarene i intervju-undersøkelsen. I det følgende vises det til bakgrunnsopplysninger om pårørendegruppen i undersøkelsen.

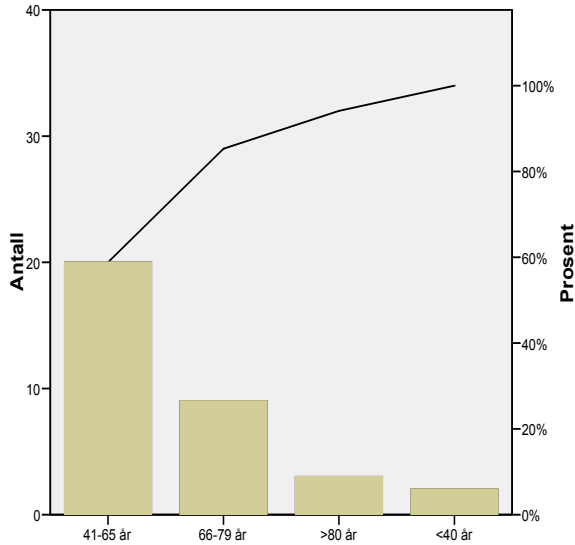


Fig. 5:1 Alderssammensetning i pårørendegruppen

Alderssammensetningen i pårørendegruppen var som forventet. Det er flest i gruppen mellom 41 og 65 år. Flere av disse er yrkesaktive, har familie og yter stor innsats som pårørende. Det framgår også at den største andelen av pårørende, er barn til pasientene på sykehjemmet.

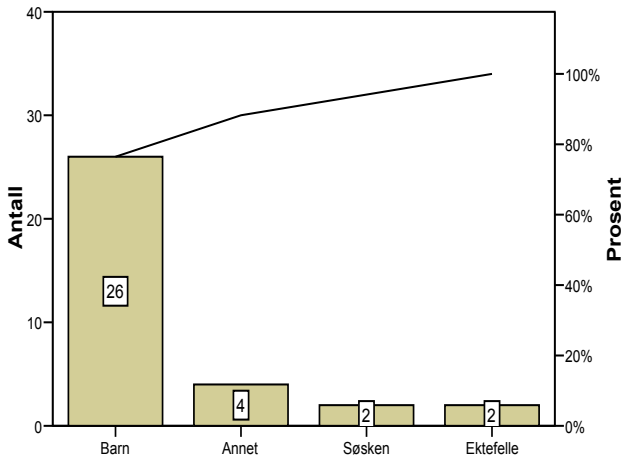


Fig. 5:2 Slektsforhold mellom pårørende og pasienten

Prosjektgruppa fant det betydningsfullt å se på hyppigheten på kontakten mellom pårørende og pasientene, i forhold til de tema som berører samarbeid. Det kom tydelig fram at svært få hadde daglig kontakt. Nesten halvparten av de pårørende hadde direkte kontakt med sine nærmeste eller telefonkontakt en gang i løpet av uka. I tabellen vises pårørendes kontakt med pasienten i form av direkte kontakt, sammenliknet med telefonkontakt. Her presentert med hyppigheten ut fra hver kategori.

	Direkte kontakt					Total	
	Daglig	2–3x/uke	1x/uke	ca. 1x/mnd	sjeldnere		
Telefon- kontakt	Daglig	0	1	0	0	1	2
	2–3x/uke	0	0	1	0	0	1
	1x/uke	0	0	2	1	0	3
	sjeldnere	2	4	9	3	3	21
	Total	2	5	12	4	4	27

Fig. 5:3 Pårørendes kontakt med pasienten

Pårørendes oppfatning av brukermedvirkning

Det fremgår i intervjuene med pårørende at innholdet i begrepet brukermedvirkning er ukjent for informantene. Enkelte hevdet at brukermedvirkning i første rekke er til for personalet. Samtidig som de «ikke skjønner» hva brukermedvirkning er, opplever likevel pårørende seg som en ressurs for pasienten. Selv om pasienten har flyttet på sykehjem, ytrer flere at de fortsatt liker å være med å hjelpe til, og at de opplever det som positivt å få være med å påvirke. En av informantene ordla seg slik:

Det er jo vi som kjenner pasienten best

Imidlertid tilkjennegir informantene noen hindringer i veien for å kunne påvirke. En slik hindring er fastlagte rutiner. De er det vanskelig å gjøre

noe med. Andre pårørende opplever at beslutningene tas over hodene på dem, og at de ikke har noen reell innflytelse på de avgjørelsene som blir tatt vedrørende pasientenes tilbud. Pasientene må selv få bestemme om de vil være med på en aktivitet eller ikke.

Pårørende viser at de bryr seg, og at de fortsatt har forventninger om å kunne medvirke, selv når pasienten har flyttet på sykehjem. Flere av informantene etterlyser likevel tydeligere signaler fra personalet om på hvilken måte de kan være med å hjelpe til. Noen pårørende tar til orde for selv å få bestemme hvem som skal være pasientens kontaktperson. Uttalelsen kan tyde på at det er temaer som må klargjøres ytterligere i innkomstsamtalene.

Du får vel aldri veta hva som forventes av meg... som pårørende.
Asså – forventes det noe ta meg? I det hele tatt ? Eller har je på en måte parkert a mor her og...?

Pårørendes forslag til forbedringer

Brukermedvirkning krever at det er tilstrekkelig bemanning og tid til å møtes. Det må finnes gode og hensiktsmessige arenaer for dialog mellom pasient, pårørende og personalet. Pårørende foreslår forbedringer på alle disse områdene for å styrke forutsetningene for brukermedvirkning. Et annet aspekt er at roller og forventinger må tydeliggjøres bedre. Personalet må også gi klare tilbakemeldinger på hvordan det fungerer. Dersom ikke pasientene har samtykkekompetanse, må det avtales hvem som skal være pasientenes talsmann. Noen pårørende vil selv være med å avgjøre hvem dette skal være.

Pårørendes syn på bemanningssituasjonen

Pårørende i undersøkelsen ga uttrykk for stor respekt for det arbeidet personalet utfører overfor pasientene. De fleste oppfatter personalet som svært arbeidsomme og samvittighetsfulle i det store og hele. I de tilfellene hvor pårørende gir uttrykk for misnøye, skyldes det alt for lite personale og for mange arbeidsoppgaver etter deres oppfatning. Flere beskriver kveld og natt som kritiske tidspunkter for pasientene. Da er bemanningen så liten at pasientene ofte må vente lenge før de får hjelp. En av de pårørende uttaler seg om

personalets mulighet for å følge opp pasientenes interesser:

Trukke dom har ti' tel å følge opp no slikt je altså. Nei. Det trur je itte.

Pårørendes forslag til forbedringer

Pårørende mener at med 1 person til på hver vakt, ville mye kunne endres i pleietilbudet til pasientene.

Pårørendes behov for informasjon

Pårørende poengterer at den informasjonen som blir gitt av personalet, både må være riktig og relevant. I de fleste tilfellene oppfattes det å være slik, men en del pårørende er vant til å skaffe seg generell informasjon selv gjennom tilgang på internett. Av den grunn er ikke all informasjon som personalet gir like viktig. Pårørendesamtalen egner seg best når det er mer omfattende informasjon som skal gis.

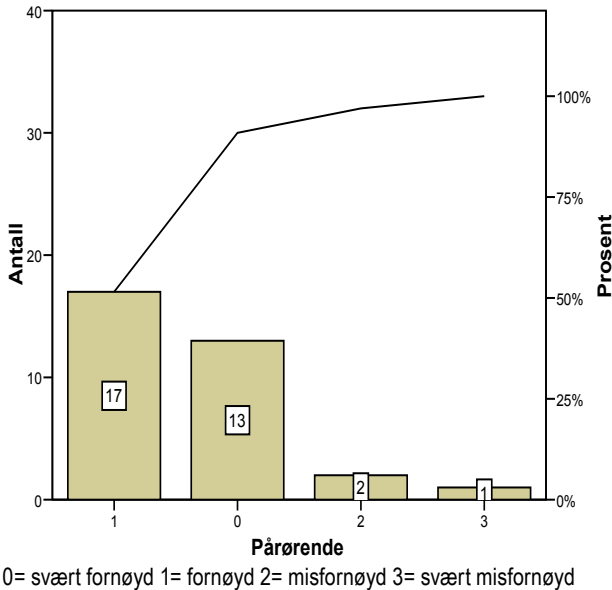


Fig. 5:4 Informasjon om pasientens helsetilstand

Pårørende mener at det viktigste er å få informasjon om pasientens helse-tilstand. Det er ulike meninger om hvordan den tilgodeses. Flere av informantene uttrykker at det er lettere å snakke ansikt til ansikt enn ved bruk av telefonen, og setter derfor pris på samtalen med personalet. Hyppigheten på samtalene ble oppfattet å passe de fleste godt med 1 gang hvert år, og de oppleves av informantene å være svært ryddige i sin karakter.

Det er mye praktisk informasjon som kommer fram på de årlige samtalene, og det er ulik kvalitet fra avdeling til avdeling når det gjelder innholdet på den. Selv om samtalene er strukturert, bør den likevel også bære preg av å være åpen og spontan.

Vi fikk forelagt ei bløtkake med forskjellige soner får jeg si da, og da viste de forskjellige sonene forandringer på pasienten, og det synes jeg var veldig positivt, for da så vi direkte hvordan utviklingen hadde foregått. Så det synes vi var meget bra.

Det hender likevel at informasjon om det som opptar pårørende uteblir, som til eksempel informasjon i sammenheng med flytting av pasientene eller resultater etter et legebesøk. Slik informasjon er for dårlig blir det hevdet av noen. Den uformelle samtalen er også viktig, og personalet må ikke unnlate å fortelle om små og store ting. Disse samtalene bærer preg av å være svært personavhengig.

«Je reagerte vel på det at je først nå får beskjed om at a mor hadde vøri tel legen i mai, eller at hu hadde hatt en kontroll i mai, og at je itte visste om det på forhånd. Da kunne det ha vøri ting je kunne ha spurt etter.»

Andre forhold som informantene løfter fram, er at de gjerne vil vite hva som skjer rent generelt på sykehjemmet. De savner informasjon om de aktiviteter som er aktuelle å delta på. I den sammenheng nevner de også betydningen av å få fortløpende tilbakemeldinger vedrørende omsorgstilbudet når det gjelder tiltak og mål. Ingen opplever at de vil ha mer informasjon om juridiske forhold eller rettigheter som pårørende. Det virker ikke å være aktuelt for noen av informantene.

Pårørendes forslag til forbedringer

Den første planlagte samtalen bør ikke komme innen de to første ukene etter innleggelsen av pasienten på sykehjemmet. Både pårørende og pasient må ha tid til å bli kjent først. Før samtalen kan det være hensiktsmessig å få tilsendt en oversikt over de temaene som skal tas opp på samtalen. På den måten rekker pårørende å forberede seg. Ett annet område hvor pårørende foreslår forandring, er sammensetningen av personalet på innkomstsamtalen. For at tilbudet skal bli best mulig for pasienten, bør tilstedeværelse i tillegg til primærkontakt og ansvarlig sykepleier være: tilsynslege, fysioterapeut og avdelingssykepleier. Det vil kunne gi muligheter for et tverrfaglig tilbud, så tidlig som mulig for pasienten.

Pårørendes oppfatning av samarbeidet

Undersøkelsen viser at langt de fleste pårørende er fornøyde med samarbeidet med personalet, selv om det er 3 i spørreundersøkelsen som tilkjenner at de er misfornøyde. Prosjektgruppa har gjennom intervjuene forsøkt å finne disse områdene hvor det hersker uenighet, og som bør være gjenstand for kvalitetsutviklingsarbeid.

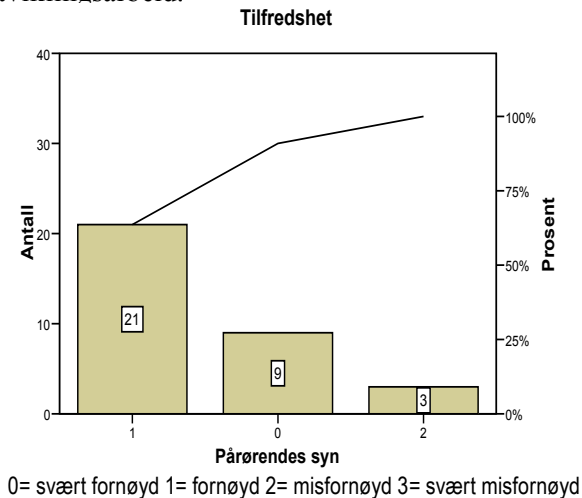


Fig. 5:5 Fremmer pårørendesamtalen samarbeidet mellom personalet og pårørende

Flere av informantene i undersøkelsen har erfaring som pårørende fra andre sykehjem, og fra forskjellige typer avdelinger. De ga klart uttrykk for at det er en fordel med små enheter, fordi pasientene blir sett på en annen måte enn på større avdelinger. Det kan derfor virke som det er lettere å tilrettelegge for samarbeid ved mindre enheter.

Pårørende i intervjuene forventer at personalet forstår pasientene og deres behov, og en av de viktigste oppgavene personalet har, er å skape trygghet for pasientene. Flere berømmer personalet for å klare nettopp dette. Enkelte ganger kolliderer denne forventningen med det pårørende opplever. I følge noen informanter er pleien og omsorgen som personalet yter overfor pasientene av og til for dårlig. En av informantene sa det slik:

Det er ikke godt når det lukter urin inne på rommet

Noen informanter sier de er usikre på hvor mye de kan forlange av personalet, samtidig som de viser forståelse for at pasientenes behov er så forskjellige. Informantene erkjenner også at det er en utfordring for personalet å møte dem ulikt. En informant nevner at personalet er for snille, og at de må kunne sette klarere grenser for pasientene. Uttalelsene ovenfor synliggjør noe av mangfoldet, og det viser at pårørende og personalet vurderer pasientene ulikt. Noen informanter bekrefter det, og tilføyer at pårørendes kjennskap til pasienten ofte står mot personalets kunnskap om pasienten og sykdommen.

Primærkontaktens rolle opptar flere av informantene som har klare synspunkter og krav til hvordan det bør fungere. Et av de viktigste er at primærkontaktene må være lett tilgjengelig. De forventer også at primærkontakten viser genuin interesse for pasientene, og at de må kunne forstå både pasient og pårørende. Kontakt mellom pårørende og primærkontakt må etableres så tidlig som mulig, mener informantene. Helst bør hvem som skal være primærkontakt avklares før pasienten kommer. Samarbeidet med primærkontakt beskrives heller ikke alltid som enkelt. Noen informanter føler seg svært prisgitt sin primærkontakt, og er opptatt av hva de selv kan gjøre, når de ikke liker vedkommende.

En del informanter opplever også at personalet er sårbare for kritikk, og at det ikke er helt enkelt å ta opp negative saker:

Så er spørsmålet...hvis jeg hadde gått tilbake og spurt,...ja...hvem er det som har stelt her i dag, og hvorfor er det sånn og sånn? Hvordan hadde de tatt det tror du? Tror du at det hadde blitt noe kaffe på meg da?

Tillit er grunnlaget for samarbeid

Informantene sier at det er viktig med en god start på samarbeidet, at alle parter må bli sett og ivaretatt. Tillit er grunnleggende for et godt samarbeid, men noen ganger mener pårørende at denne tilliten har blitt svekket på grunn av manglende eller uteblitt informasjon, eller når de har opplevd at informasjon som blir gitt, ikke alltid blir fulgt opp av personalet. Flere pårørende oppgir at de savner tilbakemeldinger fra personalet, og at de noen ganger lurer på om beskjeder som blir gitt videreføres.

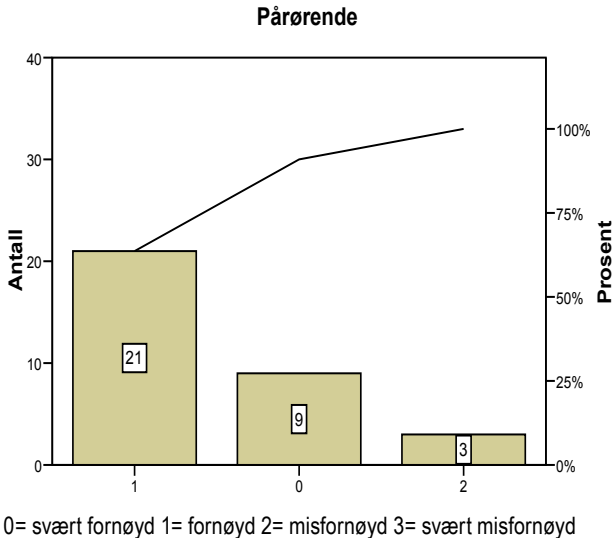


Fig. 5:6 Oppfølging av avtaler

Pårørende viser en svært positiv og tilmøtekommende holdning overfor personalet. Hele 21 stykker har en opplevelse av å være fornøyd når det gjelder oppfølging av avtaler mellom personalet og pårørende. Det er likevel 3 av de pårørende som er misfornøyd. Gjennom undersøkelsen har prosjektgruppa forsøkt å få tak i hva dette skyldes.

Informantene synes at personalet ved Ottestad sykehjem som oftest er blide, selv om ikke alle framstår som like åpne. De gir uttrykk for at samarbeidet med dem som pårørende i hovedsak fungerer bra. Enkelte oppfordrer likevel personalet til å ikke komme med halvsannheter. En av informantene uttrykte det slik:

De må fortelle hvordan virkeligheten er.

Flere av informantene sa de er imponert over at personalet, klarer å skape et hjem for pasientene, og at de opplever det som verdifullt når personalet kan sette seg ned for å prate, selv om de ser at de har det travelt. Det er viktig for informantene å føle at de blir ivaretatt som pårørende. Det gjør godt å merke støtte, og få oppleve at de ikke kjemper en kamp alene. I denne sammenheng fremhever informantene de daglige, uformelle samtalenes betydning. De daglige møtene må ikke undervurderes.

Svarene til informantene viser at mange pårørende er fornøyd med samarbeidet, men at samarbeidet fungerer noe forskjellig. Med det menes at det er personavhengig, og at graden av samarbeid avhenger av hvor mye de selv engasjerer seg.

Pårørendes forslag til forbedringer

Det kom klart fram at pårørende savnet en bedre avklaring av roller og oppgaver. Det er av stor betydning at primærkontakten oppnevnes så tidlig som mulig, og helst før pasienten kommer til institusjonen. Pårørende løftet fram fordelene med små enheter, fordi det er lettere å etablere et godt samarbeid der, da alle kommer nærmere hverandre. Et annet område som bør forbedres, er etter pårørendes mening tidsaspektet. Personalet må få mer tid til å samarbeide med de pårørende, noe som innebærer økt bemanning.

Pårørendes syn på at pasienter blir flyttet

Det er ulike meninger blant informantene om hva de mener om flytting. Noen gir uttrykk for at det er en fordel at personer med noenlunde likt funksjonsnivå bor sammen i tilrettelagte bomiljøer. Konsekvensen av en slik tenkning

er at pasienter med fordel kan flytte når det er behov for det, også personer med demens. I dag opplever flere av de pårørende avdelingenes inndeling av funksjoner som utydelige. De vet ikke alltid hva pasienten flytter til, og de vet heller ikke om hva det nye tilbudet vil innebære. Noen informanter med erfaring som pårørende fra forskjellige avdelinger hevder at små avdelinger er en fordel. Det er lettere å bli sett og hørt, og de mener at det øker mulighetene for brukermedvirkning.

Hyrten og styrten flytting

Informantene hevder at flytterutinene ved sykehjemmet er mangelfulle. Flytting virker lite planlagt, og forhåndsinformasjonen er mangelfull. Informantene opplever også at flytting skjer for fort. Enkelte synes også at det er sårbart for pasientene å flytte, og det fordrer at organiseringen rundt flyttingen må bli bedre. Slike faktorer må nødvendigvis gjøre det vanskelig å medvirke på pasientens vegne.

For jeg fikk bære en telefon om at hu skulle fløtta og – om det var i dag eller i morra det husker jeg nesten ikke. Det var veldig brått. Jeg rakk aldri å komma tel a mor å få prate med henne. Den dagen hu hadde fløtt, så var det liksom bære å finna att hvor er a – åh der sitt a... Jaha – har du skjønt at du har fløtt...?

I forbindelse med flytting til ny avdeling har informanter opplevd at viktig erfaringskunnskap har gått tapt. Det har vært, som noen sier, uheldig både for dem, og for personalet at man må «begynne på nytt igjen». Informantene mener at rutiner burde sikret at personalet i den avdelingen som pasienten flytter fra overlapper litt i den nye, for å lette overgangen for pasienten. At pårørende føler at de må starte helt på nytt igjen med å gjøre personalet kjent med pasienten, gir et inntrykk av at pårørende kan oppleve flytting som slit-somt, og det vitner om at de fortsatt betrakter seg som pasientens talsmann. Enkelte ganger synes pårørende at pasienten hadde det bedre før flyttingen. Noen opplever at pasienten trivdes dårligere etter flyttingen.

Men åssen synes du det er her nå da mor? – Åh skal vi sjå... jeg har fløtt jeg... Jeg gikk på do jeg – og når jeg kom ut att så hadde jeg fløtt, sa a...

På bakgrunn av slike erfaringer er det ikke å undres over at enkelte informanter stiller seg spørrende til hvorfor pasientene flyttes, og at de gjerne vil unngå det. Det er da lett å forstå at de etterspør mer informasjon i forhold til hvilke vurderinger som ligger til grunn. Noen informanter setter andre ord på det:

Pasientens mistriivsel kan gå ut over de pårørende.

Enkelte av informantene legger ikke skjul på at de ikke liker funksjonsinndelingen. De frykter for at pasienten kan bli enda mer uklar ved flytting. Flytting impliserer mange aktører, og informantenes utsagn signaliserer at det er en kilde til mye usikkerhet. Problemområdet er tydeligvis svært sammensatt, og setter delaktighet på prøve. I brukermedvirkningsøyemed er det interessant når pårørende opplever at de ikke har noen opplevelse av brukermedvirkning ved flytting av pasienten. Svarene til informantene avslører også at dette er et område hvor mye er ugjort. Selv om pårørende tilkjenner sitt syn, er det ikke sikkert at det blir tatt hensyn til, noe tabellen nedenfor kan gi et inntrykk av. Oppfølging av avtaler og hvordan opplysninger som gis blir brukt.

	Måten personalet bruker opplysninger som pårørende gir				Total
	0	1	2		
Oppfølging av avtaler	0	4	4	0	8
	1	7	14	0	21
	2	0	1	2	3
	Total	11	19	2	32

0= Svært fornøyd 1= Fornøyd 2= Misfornøyd

Fig. 5:7 Hvordan opplysninger blir brukt

Tabellen viser at majoriteten er fornøyd med personalets evne til å følge opp avtaler og ta hensyn til den informasjonen som pårørende gir. Likevel er noen misfornøyd, spesielt i forhold til det som har med flytteprosedyrer å gjøre.

Pårørendes forslag til forbedringer

Pårørende savner og ber om bedre informasjon om avdelingens funksjonskriterier. Det er av stor betydning at de får bedre informasjon om bakgrunnen for flytting, og hva pasienten flytter til. Personalet bør lage bedre flytterutiner, både ved flytting innad på Ottestad sykehjem og mellom sykehjemmene i kommunen. «Gammelt» personale bør overlappes i ny avdeling for å sikre at ikke viktig erfaringskunnskap går tapt.

Pårørendes forhold til tilsynslegeordningen

I spørreundersøkelsen svarte 4 av de pårørende at de er svært fornøyd med tilretteleggelse av muligheten til å snakke med tilsynslegen. 20 er fornøyd, 5 er misfornøyd og 1 svært misfornøyd. Når det gjelder informasjon om mulighet til å snakke med tilsynslegen, svarer 7 av pårørende at de er svært fornøyd, 18 er fornøyd, 7 misfornøyd og 1 svært misfornøyd. Av personalet er 14 svært fornøyd med tilrettelegging av samtale med tilsynslege, og 12 er fornøyd.

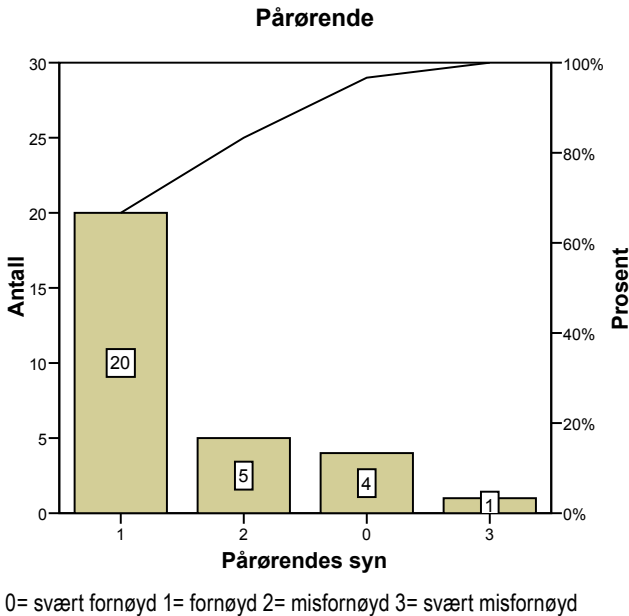


Fig. 5:8 Samtaler med tilsynslege

Prosjektgruppen gikk nærmere inn på forholdet til tilsynslegen i intervjuundersøkelsene. Ingen av de pårørende syntes at legen gjør en dårlig jobb, snarere tvert imot. Tilsynslegen yter stor respekt, og blir betraktet som en svært viktig person i hjelpeapparatet rundt pasienten. Pårørende var enige i at tilsynslegen har alt for liten tid. De ønsker kontakt, men synes tilsynslegen er usynlig og utilgjengelig og vanskelig å få tak i på grunn av den knappe tiden.

Ok, fikk du snakket med tilsynslegen? Nei, det har jeg aldri gjort.

Når det gjelder legens funksjon, syntes de rutine ved terminal pleie bør endres, og at legen i disse situasjonene er for lite synlig. Ett annet område som løftes fram er det tverrfaglige samarbeidet. Pårørende mener at legen bør være med i inntakssamtalen sammen med primærkontakter og annet helsepersonell. Det er spesielt informasjon om pasientenes helse og medisinbruk, som er av betydning i den sammenheng. Videre mener de at det er for lite informasjon om behandlingen av pasienten og om selve sykdommen.

...dette med medisinerings hadde vært veldig interessant å få i fra legen..

Ett forhold som kom opp under bearbeidingen av intervjuene var at pårørende ser på sykehjemmet som en behandlende institusjon. De betrakter legen som den medisinske ansvarlige og den som har ansvar for pasientens ve og vel på sykehjemmet. De synes legen abdiserer fra dette ansvaret, på grunn av tidsmangel og manglende initiativ. De andre profesjonsgruppene er viktige, men legen er i en særstilling.

Pårørendes forslag til forbedring

Pårørende mener at tilsynslegeordningen må endres, slik at tilsynslegen får mer tid på avdelingen. Informantene vektla spesielt behovet for å få mer informasjon fra legen vedrørende medisinerings av pasientene, og endringer i sykdomsutvikling og behandling. Legen bør delta i de organiserte samtalene mellom personalet og pårørende i den utstrekning det er mulig.

Pårørendes syn på pasientenes aktivitet

I løpet av intervju-undersøkelsen kom det tydelig fram at pårørende er svært opptatt av det som omhandler aktivitet. De er selv en pådriver og ressurs i den sammenheng. Noen pårørende følger pasientene på handleturer eller tar dem med hjem, drar på hytteturer og deltar i venneforening eller arrangerer fester. Flere pårørende setter pris på å bli spurt om å delta, selv om det ikke alltid passer. Noen bidrar med underholdning, de prater med pasientene og tar dem med ut i hagen. Flere av de pårørende synes det er fint med røykerommet. Pasientene går ut dit og opplever sosialt samvær etter spasserturen. En pårørende sier:

Har du røkt så lenge så kan du få lov til å dra til det siste, for det er den eneste kosen som er att. For enkelte så er det det. Og det at det er et rom inne her det gjorde jo det at det var veldig allright å komma hit.

De fleste av de intervjuede synes aktivitetstilbudet er i minste laget, både av fysisk og psykisk karakter. Det er likevel ulikt syn på hvilke aktiviteter som er av verdi, og hva som når flest mulig.

...og barnehagen er jo her og sanggrupper og det syns jeg er litt fint, for hvis det bare er prester, frelsesarmeen og alle disse skulle komme her hver uke, og så er det ikke alle som er kristen...

Flere av de pårørende savner muligheter for å dra ut på tur med pasientene og oppleve noe. De synes at fraværet av slike tilbud gjør at tilværelsen innskrenkes veldig mye. Det framgår også tydelig at det er variasjonen av aktiviteter som oppleves meningsfullt. Pårørende betrakter den monotone døgnrytmen som sløvende for pasientene.

...hvis jeg skulle komme med noen ønsker der, så er det jo at man har kommet så langt at man kunne ha hatt tid til å aktivisere henne rent mentalt...(..) Men jeg skjønner jo godt at det jeg vet ikke hva det er kapasitet til når man er underbemannet. Men det er selvfølgelig noe som hadde vært det ideelle – slik jeg ser det.

Pårørendes syn på reminisens

Pårørende ser betydningen av å trekke fram minner fra gamle dager gjennom samtale og bilder. Dette kan gi velvære og stimuli.

...jeg drar fram bildene og så repeterer jeg hvem som er der, og jeg har da opplevd til slutt at jeg både får smil og latter av henne, for da begynner hun, da husker hun, da vet du.

Flere pårørende nevner kaffen som et viktig bindeledd i det sosiale. Det minner om fortiden og livet som pasientene levde før. Det er en gjenkjennelig del, som det er forbundet mye kos ved.

A mor har hatt et hematt hvor døra har sti oppe og kaffikjelen har sti på plata i alle år. Og det føle je at a mor føle på at... at det skulle liksom ha vøri der. For når hu har fræmen så skal hu servere kaffe. Nå har a itte muligheten til det. Men det blir liksom litt mer riktig når, ... og det trur je itte alle tenker over hvor viktig det er... Det er veldig banalt, men ... men den generasjonen trur je er litt sånn.... til og med feieren ble bedt på kaffe.

Det tilrettelegges ikke for aktiviteter

Pårørende savner at det tilrettelegges for muligheter til å drive aktiviteter. De mener det blir for lite aktivitet både fordi de ansatte har det for travelt, og selvsagt at pasientene orker mindre etter hvert på grunn av den naturlige aldringsprosessen. En pårørende sier det slik:

Hun har kommet så langt ned. Så det. Ja... Og da er det litt vanskelig å sysselsette henne. Men hun var jo med her også. Brette kluter og slikt, og det var jo veldig positivt, at hun ble sysselsatt på den måten, men det er jo ikke alle du kan gjøre det med, for hun blir bare dårligere og dårligere.

«Dørstokkmila» kan være litt ekstra lang når en blir eldre. Flere av de pårørende driver et intenst motivasjonsarbeid overfor pasientene for å få dem ut på aktiviteter som de av erfaring vet at oppleves fine.

...a mor er utprega sosial, hu har lyst på å komma ut på ting. Og når den tingen skal skje...så... off, nei.. Så er det mye bedre i sofakroken. (...). For je vet jo at så fort a kjæm ut så er jo ting helt topp. Da lever a på det lenge.

Noen pårørende mener at noen pasienter ikke orker aktiviseres på grunn av for mye medisiner. Andre mener de blir tiltaksløse av for lite mentale stimuli. Intervjuene med pårørende viser at de har forventninger til at personalet tar mer initiativ til aktivitet, men opplever at pasientene blir sittende på stua tiltaksløse og uten stimuli, og ikke kommer seg ut.

Synet på hva som er rett aktivitetsnivå og ikke – er delt. Pårørende synes at det i stor grad er for lite aktivitet generelt, og mener at pasientene orker mer enn det personalet tror. Pårørende opplever resignasjon, fordi de ser at sine nærmeste blir sittende der og svinne hen. Noen pasienter kan kvie seg for å være med på ting, fordi de må ha toalettet innen rekkevidde. Pasientene har mange bekymringer i løpet av dagen, og behov som må tas hensyn til.

På en æ'en sie så...så kjæm jo sånne Røde Kors da, og ska hjelpe tel og ha dom med også...Så vil a jo itte så mye det heller da. For så lyt a på do, og så lyt a det, så da tør a liksom itte være med på det da.

Pårørendes forslag til forbedringer

Det kommer også fram av intervjuene at pårørende savner informasjon om hvilke aktiviteter som er mulige å delta på, og hva de kan hjelpe til med. Informasjonsrutinene bør av den grunn bli bedre. Pårørende synes det blir for mye tid for pasientene foran TV, og oppfordrer personalet til å arbeide mer med å forbedre aktivitetsnivået både fysisk og mentalt for pasientene.

Oppsummering av hovedpunkter i intervjuene med pårørende

Pårørende opplever liten reell påvirkningsmulighet i behandlingen og pleien av pasientene. De er usikre på sin rolle som pårørende, fordi det ikke alltid blir formidlet av personalet hvordan de kan innlemmes i arbeidet rundt pasi-

enten. Mye kan løses ved at kommunikasjonen mellom pårørende og primærkontakten for pasienten blir bedre. Brukermedvirkning vil også kunne ivaretas på en annen måte med økt bemanning. I forhold til personalets evne til å informere pårørende, oppleves den direkte kommunikasjonen bedre enn informasjon som blir gitt over telefon. Selv om informasjonen i de fleste tilfeller blir ansett for å være relevant, savner pårørende likevel informasjon fra et tverrfaglig team rundt pasientene. I den sammenheng nevnes særskilt forholdet til tilsynslegen. Det gis tilbakemelding om at legen har for liten tid, er utilgjengelig og svært distansert i helheten rundt pasienten. Pårørende etterlyser samtaler med legen i avdelingen.

Pårørendes oppfatning av samarbeidet mellom dem og personalet bærer preg av å være godt i hovedsak. Det nevnes likevel områder som bør være gjenstand for forbedringer. Jevnlig tilbakemeldinger til pårørende, at avtaler følges opp av personalet og at personalet tar seg tid til å samhandle med pårørende, er eksempler på slike områder. Her nevner pårørende pasientenes behov for aktivitet. De opplever at det er et forsømt område, og at pasientene blir for passive. Ett annet område som det hersker uenighet om er flytting av pasienter etter at de er kommet til sykehjemmet. Flytting oppleves av pårørende som utilfredsstillende ved at de er lite planlagte, dårlig gjennomførte, og at de skaper for mye uro for pasientene.

Presentasjon av funn fra intervjuene med personalet

Intervju-undersøkelsen med personale avdekket flere områder som ble oppfattet som uklare eller som det burde arbeides videre med. I det følgende presenteres funnene ut fra 8 hovedkategorier, som har fått benevnelsen: brukermedvirkning, bemanning, informasjon, samarbeid, flytting, tilsynslege, aktivitet, kunnskap og kompetanse. Presentasjonen løfter fram positive forhold først, deretter negative forhold og til slutt en oversikt over forslag til forbedringer. Presentasjonen avsluttes med et sammendrag av funnene.

Innledningsvis gis det en kort framstilling av personalgruppens alder og yrkesbakgrunn til de som har deltatt i undersøkelsen.

Faggruppe		Alder			Total
		<30 år	31–40 år	41–65 år	
Sykepleier	Kvinne	0	3	5	8
	Mann	0	0	1	1
	Total	0	3	6	9
Omsorgsarbeider/ Hjelpepleier	Kvinne	1	1	11	13
	Mann	0	0	0	0
	Total	1	1	11	13
Assistent	Kvinne	0	1	1	2
	Mann	0	0	0	0
	Total	0	1	1	2
Total		1	5	18	24

Fig. 5:9 Fordeling mellom kjønn, alder og fagtilhørighet

Av tabellen går det fram at det kun er en mannlig sykepleier, og i alderen mellom 41 og 65 år. Omsorgsarbeider og hjelpepleiergruppen er desidert størst med 15 kvinner. I forhold til alder hos pleierne ved sykehjemmet, er gruppen 41–65 år størst med hele 19 av 26 stykker.

Tabellen viser at personalgruppen har lang arbeidserfaring. Hele 14 av 26 stykker har arbeidet i over 20 år, og majoriteten av dem har en stillingsbrøk som er over 75 %. Det er bare en ansatt som har mindre enn 5 års erfaring, og som i tillegg arbeider i en liten stillingsbrøk.

		Stillingsbrøk			Total
		<50 %	50–75 %	75–100 %	
Arbeids- erfaring	<5 år	1	1	0	2
	6–10 år	0	2	0	2
	11–20 år	2	3	3	8
	>20 år	2	3	9	14
	Total	5	9	12	26

Fig. 5:10 Personalets arbeidserfaring i forhold til stillingsbrøk

Personalets syn på brukermedvirkning

Det framgår i intervju-undersøkelsen at flere av personalet mener Ottestad-modellen styrker pårørendes mulighet for brukermedvirkning. Noen uttaler at de eldste tar til takke med det de får av hjelp, selv om den ikke er fullgod. Pasienten oppfattes som en passiv mottaker av helsetjenester. Sett i et historisk perspektiv, er denne beskrivelsen av eldre mennesker i institusjon velkjent.

Selv om det er slik, påpeker likevel personalet at det er viktig at pårørende blir tatt med på råd, og at de må få tilkjennegi hva de vil. Til tross for slike invitasjoner til pårørende om å delta på vegne av pasienten, mener flere av de intervjuede at pårørende har liten reell innflytelse. Ett kontroversielt tema som trekkes frem, er pårørendes muligheter til å bli hørt når det oppstår sprik i pårørendes og personalets vurdering av pasientens behov. Et annet og stadig tilbakevendende eksempel som nevnes i denne forbindelse, er pårørendes mulighet til innflytelse i forbindelse med vedtak om flytting.

Brukermedvirkning og engasjement

Noen av informantene fremhever at det er lite klager fra både pasienter og pårørende. En henvendelse til daglig leder bekrefter at sykehjemmet ikke har mottatt noen klager fra pårørende på flere år. I intervjuene tar noen av informantene til orde for at det står bra til på sykehjemmet, mens andre stusser mer over at pårørende ikke klager mer, og hva årsakene til det kan være. Svarene viser at det blant personalet er ulike oppfatninger. Innholdet og kvaliteten på tjenestene vurderes forskjellig. Det er også interessant når noen hevder at pårørende som er mer pågående oppnår større brukermedvirkning. Flere av informantene hevder at små avdelinger har en positiv effekt når det gjelder brukermedvirkning. Det gjør at det er lettere for pårørende å nå personalet. Det er også verdt å merke seg at det er informanter med bred yrkeserfaring fra forskjellige avdelinger og sykehjem som hevder det.

Hindre for brukermedvirkning

Gjennom intervjuene viser personalet at de kjenner til begrepet brukermedvirkning, men at det oppfattes ulikt. Faktisk virker det som om de er mer fortrolig med innholdet i begrepet enn det intervjuene med pårørende viser.

Det er fryktelig skummelt da at de (pårørende) skal begynne å trække på våre enemerke, men vi kan bli bedre på det...

Enkelte konstaterer at brukermedvirkning er på fremmarsj, og vil komme til å øke i fremtiden, og er glad for det.

Dette skulle ha skjedd for tredivet år sida det vet du.

Ett av hindrene som nevnes i intervjuene er for liten bemanning. Det er også knapphet på tid til å sette seg ned å snakke sammen i en travel hverdag. Informantene er nærmest samstemte når de beskriver en svært tilmålt arbeidstid, med lite rom for fleksibilitet, og hvor hovedfokus blir å få dekket pasientenes grunnleggende behov. Personalet sier de forsøker å være imøtekommende i forhold til pasientenes individuelle ønsker og behov, men det er det rutinepregede som får rangen. Personalet oppgir at de jevnlig må ta stilling til slike dilemmaer. Til tross for dette er de opptatt av at det er godt for pårørende å bli sett og hørt.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet etterlyser tydeligere roller. De opplever at det bør bli en klargjøring av hva pårørende kan forvente av dem. De trenger mer tid og bemanning for å kunne ta seg av de pårørende, slik at pårørende får mer innflytelse. En måte å møte dette på er å etablere små, oversiktlige avdelingsmiljøer hvor det er lettere for pårørende å få kontakt.

Personalets syn på bemanningssituasjonen

Personalet ser på seg selv som i en mellomposisjon mellom pasient og pårørende. Det er en utfordrende posisjon, samtidig som det kan være veldig spennende og fint. Problemet som personalet konfronteres med nesten daglig, er at det er for lite folk på jobb. Det forutsettes at de må kunne hjelpe hverandre, for at pasientene skal få den hjelpen de har krav på. Tidspresset gjør at de blir svært lite fleksible, og må støtte seg til rutiner i avdelingen. På den måten blir det lite rom for improvisasjon. Personalet ber ikke om spesielt mye:

...på morgenstellet så er det leid inn en på dag – på morgenstellet så er det leid inn fra klokka åtte til elleve, og det gjør veldig mye. Det er leid inn en person. Men du vet – det er vel ikke alle som er interessert i en sånn kortvakt heller. Du vet det er jo bare tre timer..

Flere opplever at det rutinepregede arbeidet blir et hinder for tilgjengelighet og fleksibilitet. Struktur og rutiner er en hjelp, ellers ville ikke personalet rekke å hjelpe alle pasientene med de grunnleggende behovene. Personalet synes ikke selv at dette er tilfredsstillende, men ser ingen annen mulighet på grunn av stor pleietyngde og bruk av mange vikarer. Ett område som da blir nedprioritert, er turer med pasientene.

Men har vi vært på noen biltur? Nei! Men da er det fordi vi har sett at det har krevd enda mer folk, ikke sant, at en kanskje måtte hatt med to i stedet for en så det har vi rett og slett ikke turt. Det har ikke vært mulig å fått gjort det da. Det går jo på bemanning, eller tid rett og slett.

Personalet opplever stort ansvar knyttet til det å ta pasientene med på tur. Det blir feil å ta med pasientene ut, samtidig som at det også er feil å la dem være hjemme.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet foreslår forsterkning med personalet på formiddag, kvelden og i noen tilfeller natt.

Personalets behov for informasjon

Når det gjelder selve samtalen som er planlagt etter innkomsten, oppfatter personalet at informasjonsmengden er tilpasset situasjonen godt. Det er mye informasjon, men den er relevant. I samtalerne er det viktig å få bakgrunnsopplysninger om pasienten, noe de synes at de oppnår. Informasjon om pasientens vaner er av betydning. Alle må ta ansvar for å skaffe seg den informasjonen. Personalet synes selv at de er blitt flinkere til å informere pasienten nå enn tidligere. Likevel opplever flere av de spurte at det er behov for å gå igjennom Ottestadmodellen i fellesskap på nytt.

...men jeg har tenkt litt på om vi kunne ha jobbet litt mer i personalgruppa med hva som burde prioriteres kanskje på veilederen. Hva som er aller viktigst. Jeg har ikke noen sånn stor formening om hva det er ennå, men når jeg sitter og snakker i den samtalen så skjer det at jeg ikke klarer å komme igjennom alt...

Personalet hevder at det underletter arbeidet, dersom de får opplysninger om pasienten før han eller hun kommer til sykehjemmet. Avdelingsleder informerer pårørende om pårørendesamtalen og primærkontaktene tar deretter kontakt. Det sendes ut et informasjonsskriv til pårørende, men informasjonen i dette skrevet oppfattes som litt tynn. Av og til kan det også være en svikt i innkallingen til samtaler.

Veilederen er et viktig hjelpemiddel, fordi den påminner om ulike forhold. Det kan godt være en annen «veileder» ved den andre planlagte pårørendesamtalen, slik at det ikke blir gjentakelser fra den første. Videre passer personalet på å informere om pårørendeskoler og støttegrupper for de som ønsker det. De har en klar opplevelse av at det er et bredt tilbud til pårørende. Flere av informantene synes at det avsettes for liten tid til å forberede seg forut for den årlige samtalen.

For jeg opplever ofte at det er min jobb som sykepleier å forberede samtalen, og at det blir litt for liten tid til å samarbeide med primærkontakt. Det blir sånn fem minutter før vi skal inn så må vi se litt på hva vi skal snakke om da. Og så blir det med det, så jeg skulle ønske at vi hadde greid å få til litt bedre tid på forhånd jeg...

Personalet opplever ikke at det er riktig, og ønsker andre rutiner i forbindelse med forberedelser.

Personalets forslag til forbedringer

Informantene framstår som fornøyde i forhold til den informasjonen som gis til pårørende. Noen i personalgruppen synes forberedelsestiden før samtalen av og til er for dårlig. De mener at det bør sikres tid til både forberedelse og gjennomføring i arbeidstiden deres. Ingen nevner negative sider ved veilederen som redskap i samtalesituasjonen, tvert imot oppfattes den som relevant og trygghetsskapende.

Personalets syn på samarbeidet

Personalet oppgir i intervjuene at det er viktig at det skapes en trygg atmosfære for pårørende. Til tross for at noen pårørende oppfatter personalet som lite tilgjengelig, sier informantene at det er viktig å se de pårørende, hilse og veksle noen ord. Personalet tilkjenner at de er bevisst sine egne holdninger for å skape tillit og god kommunikasjon. Begge deler er grunnleggende for å tilrettelegge for et godt samarbeid.

For jeg tror dette er en modell som har kommet for å bli. Det tror jeg.. jeg er veldig spent på resultatet nå – hva som skjer av utvikling... men jeg tror at dette er et veldig verdifullt verktøy eller metode/måte å jobbe på...

Et godt samarbeid med pårørende gir også fordeler mener noen av informantene. Enkelte nevner at den uformelle kontakten med de pårørende har blitt bedre etter innføringen av de planlagte pårørendesamtalene. Det oppgis at det er lettere å ta kontakt med de pårørende når man har snakket sammen på forhånd. Noen opplever også at bedre samarbeid har ført til mindre kritikk.

Personalets syn på konflikter og konflikthåndtering

Imidlertid er det noen av de intervjuede som kvier seg for å gå i dialog med de pårørende. Svarene til informantene forteller at personalet forsøker å være imøtekomende i forhold til pasientenes individuelle ønsker og behov, selv om personalets og pårørendes oppfatning av hva som er rett kan være forskjellig. Det er ikke til å unngå at det innimellom oppstår konflikter. I slike situasjoner er det noen som mener at personalet har en meglarrolle. Personalet må kunne takle konflikter. Det kan tyde på at noen også er opptatt av konfliktdemping, når de etterstreber et «føre var» prinsipp:

Personalet bør være et steg foran.

Uttalelsen vitner om en profesjonell innstilling til sin yrkesrolle. Men noen vegrer seg for å snakke med kritiske pårørende. Enkelte ganger opplever personalet at pårørendes frustrasjoner kan ta mer «tilfeldige» veier, og ramme vikarene i stedet for det faste personalet. Dette kan også tyde på at ansvarsforholdene er uklare.

Ansvar og rolleforvirring

Selv om ansvarsforhold skal fremgå i pårørendesamtalepermen, hersker det ulike oppfatninger i forhold til hvem som skal gjøre hva, også mellom profesjonene. Enkelte sykepleiere som er tillagt en sentral og koordinerende rolle i forhold til å tilrettelegge for samarbeid med pårørende, foreslår at noe av planleggingsarbeidet kan «legges på» hjelpepleierne. Dette er for å gjøre det smidigere i en travel hverdag. Noen uttaler også at hjelpepleierne er best til å ta imot pasientene. Uttalelsene røper at innholdet i pårørendesamtalepermen ikke er godt nok kjent for alle, og at det er uklare forventninger om hvem som skal gjøre hva, og for å få til samtalene må personalet utvise stor fleksibilitet. Informantene forteller også at faggruppene utfyller hverandre, men at praksis er noe forskjellig avdelingene i mellom. Flere av informantene sier at det er lite profesjonsstridigheter på sykehjemmet, og at dette underletter samarbeidet. Informantene sier de er klar over at pårørende synes at personalet er for lite tilgjengelig innimellom. Travelhet er i hele tatt en gjenganger i intervjuene med personalet, og oppgis å være roten til mye misnøye. Som en konsekvens nevner flere av informantene at det blir for liten tid til å samarbeide seg imellom. Dette går ut over forberedelsene til samtalene. Følgene av å møte uforberedt til samtalen kan i verste fall påvirke det videre samarbeidet med pårørende. Impulsive utspill og faglig uenighet mellom personalet under samtalene, er eksempler på dårlige erfaringer som kommer frem i intervjuene. Til tross for snevre rammebetingelser, har likevel informantene tiltro til primærkontaktsystemet, som de mener er med på å styrke samarbeidet mellom personalet og pårørende.

Den gode samtalen

Det synes å være bred enighet både hos personalet og pårørende om at pårørendesamtaler er nyttige. Samtlige av respondentene er enten fornøyd eller svært fornøyd med den.

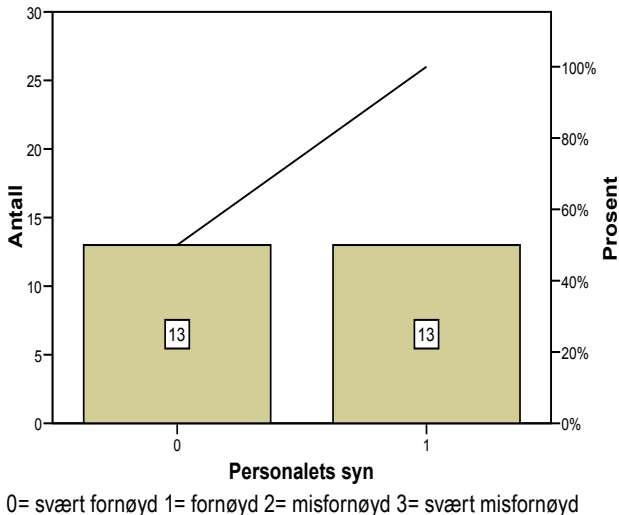


Fig. 5:11 Pårørendesamtalen som virkemiddel for å fremme samarbeid

Personalet føler seg trygge på selve samtalen. De opplever at de ikke kan så mye om lovverket, men pårørende på sin side etterspør det lite. Personalet oppfatter at pårørende ofte er fornøyd med samtalen, og at det må være åpenhet for å gjennomføre en samtale når pårørende selv ber om det. Med det menes at pårørende kan styre hyppigheten av samtalene selv. Personalet synes at det er fint å kunne sitte rolig ned å prate sammen. Gjennom intervjuene framgår det likevel at de fleste synes en gang i året er passe:

Er det passe med en gang i året?

Ja, det er passe. Også like etter at døm kjæm.

Noen mener at det ikke er praktisk gjennomførbart slik det er nå, å ha planlagte samtaler mer enn en gang i året. Det fordrer at det er viktig å være lydhøre for pårørende når de er på besøk og opprettholde den uformelle kontakten i tillegg. En i personalgruppa uttrykte det slik:

Det er mange viktige samtaler i korridorer og!

Det kreves stor fleksibilitet for å få til samtalen noen ganger, andre ganger rekker personalet å forberede seg. Flere opplever av den grunn at selve organiseringen av samtalen av og til er for dårlig.

Innholdet i samtalen

I intervjuer med personalet, kommer det fram at det er sykepleieren som bruker veilederen mest under samtaleene fordi de kjenner den best, og tar mest ansvar for de planlagte samtaleene. De synes ikke det er kunstig å bruke veilederen selv om de etter hvert får større erfaring. Veilederen blir benyttet, men følges ikke slavisk. Hver og en må bruke skjønn i forhold til hva som skal tas med i veilederen, og avtale på forhånd hva de skal snakke om. Veilederen er således med på å disiplinere samtalen. På den måten kan personalet unngå at det oppstår interne uenigheter i samtaleene med pårørende.

En annen fra personalet mener sentrale ting ved samtalen er at pårørende føler seg velkommen, og at det ikke er tidsknapphet. Et annet forhold av betydning, er at personalet er interessert i å høre hva pårørende mener, og at samtalen ikke virker skjematisk. Det er viktig at de pårørende tas med på råd og at ting følges opp. En erfaring som ble løftet fram, er at samtaleene tar lengre tid med ektefellene enn med barna. Om pasientene selv bør være med i samtaleene stiller de seg åpent til. Hovedhensikten med pårørendesamtalen er likevel å etablere tillit:

Jeg i hvert fall syns det har vært det beste med pårørendesamtalen å knytte kontakt rett og slett og bygge tillit....

Tiden som er avsatt og formen på samtalen

Personalet mener at man må ha god tid. Ofte kan en time være for lite, samtidig er det fint å ha avsatt en fast tid. Samtalen gir rom for refleksjon og åpner opp for at det kan komme fram verdifull bakgrunnsinformasjon om pasienten. Ett minus er likevel at personalet ikke alltid har sammenfallende turnus, og noen gjennomfører samtaleene på fritiden.

Det er spesielt bra at vi får avsatt tid til å gjennomføre det(...) Hvis det ikke hadde vært det, så tror jeg det kanskje hadde fløti litt... At det hadde blitt mye mer tilfeldig om vi hadde gjort det eller ikke.

Personalet mener det er lurt å ha tenkt igjennom hva en skal si på forhånd, og at god forberedelse er viktig. De ser behovet for opplæring, og særlig gjelder dette de nyansatte. Det poengteres at rammene rundt samtalen bør være fine – som pene rom og en kopp kaffe:

Jeg syns jo det er viktig at vi klarer å skape, sammen i personalet, skaper en hyggelig stemning i den samtalen som skal være. At vi forbereder godt med gjerne noe kaffe eller, og finner et ordentlig rom.

Det er viktig å kjenne pasienten litt før samtalen og samtalerne er lettere å gjennomføre med større erfaring. Det er en fordel å være to stykker av personalet ved samtalen, men få ønsker å ha med avdelingssykepleier på samtalen. De vil heller henvise til vedkommende i spesielle spørsmål og derved spare lederens tid.

Veilederen eller malen er en god hjelp i arbeidet

Informantene mener det ikke er nødvendig å følge punktene i veilederen skjematisk. Klokketimen som er avsatt til samtalerne går fort og det er nødvendig å prioritere noen punkter på forhånd. Noen av informantene erkjenner at avtaler ikke alltid blir fulgt opp. Det kommer også frem at noen av de intervjuede opplever det som truende når pårørende forventer at de skal dras med inn i behandlingen av pasienten. Grensene for medvirkning og samarbeid endres. Ikke minst utfordrer det oppfatningen av personalets egen tilvante og trygge yrkesrolle. Pårørende oppleves egentlig som mer krevende i dag enn før, og de vil gjerne ha større innsyn. Grensene for medvirkning og samarbeid er i endring.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet mener at roller og ansvarsforhold må tydeliggjøres bedre. De trenger mer tid, både til å planlegge og til å gjennomføre pårørendesamtalerne. I det ligger et ønske om økt bemanning. Personalet trenger også mer kompetanse i forhold til konflikthåndtering, og øvelse i samtaleteknikk. Selve forberedelsen anses å være helt vesentlig for å få mest mulig ut av samtalen, og at personalet framstår som enige og samstemte i sitt syn overfor pårørende.

Personalets syn på flytting av pasienter

I spørreundersøkelsen var det bare 3 av personalet som var svært fornøyd med flytteprosedyrene slik de er i dag. 19 sa at de er fornøyd, og 4 meddelte at de er misfornøyd. Prosjektgruppa ønsket å få utdypende svar i forhold til at pårørende gruppa også tilkjenne ulike meninger om flytteprosedyrene.

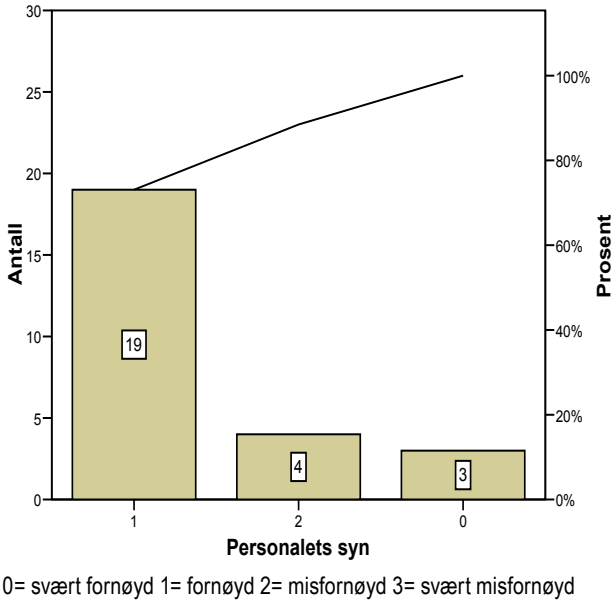


Fig. 5:12 Flytting av pasienter

Informantene i intervju-undersøkelsen oppgir at de får liten tid til å forberede seg på at pasienten må flytte. Noen opplever at mange pårørende har det på samme måten. Flytting skjer for fort.

Det er for mye på sparket flytting.

Enkelte vektlegger at en god flytteprosess krever god planlegging. I følge svarene til informantene, ser ikke dette ut til å være noen selvfølge. Ofte er det mange aktører inne i bildet i forbindelse med flytting, og noen informanter poengterer behovet for god koordinasjon og ledelse. Flere er opptatt

av at det må avklares hvem som gjør hva i forbindelse med flytting. Slik det fungerer i dag, mener informantene at flytting blir for tilfeldig. Enkelte etterlyser skikkelige flytterutiner og prosedyrer. Det kan virke som dagens praksis er noe uryddig og uforutsigbar for pasientene.

For det første så skjer mye flytting fort. Det skal skje helst i løpet av kort tid. Avgjørelsene blir tatt på tirsdager da med inntaksmøte og så skal det helst iverksettes samme uke... Da er det veldig få som får tid til å forberede seg på de da..

Personalet viser i intervju-undersøkelsen en aktiv og reflektert holdning til flytting. De taler pasientenes sak, og vil være med å påvirke til pasientenes beste. Flere oppgir at det ofte er administrative grunner til flytting. Intervjuene avdekker at personalet har ulike synspunkter på avgjørelsene som blir tatt, men når først vedtak er fattet stiller de seg lojalt bak beslutningene. I sine svar viser informantene til at flytting er en del av differensierte sykehjemsplasser, og at det må være slik. Når selve flyttingen skjer, forsøker man å få pasienten til å trives.

Det er organiseringa da – har jeg opplevd mange ganger at det ikke er helt klart hvem som har ansvaret for å ta imot pasienten og at de blir møtt med en kaffekopp eller... bare det møtet. Det er viktig der.

I forbindelse med flytteprosessen foreslår enkelte at det kan være hensiktsmessig å få besøk av det «gamle» personalet, og at det er en fordel at nytt og gammelt personale utveksler kunnskap og erfaringer om pasienten. På den måten risikerer man ikke å miste verdifull erfaringskunnskap. Forslaget virker i pasientens favør, og rimer med informantenes utsagn om at de er opptatt av kontinuitet for pasientene. Informantene sier at pårørende ikke har noen brukermedvirkning ved flytting. Svarene indikerer at også personalet opplever at de har liten innflytelse på flytteprosessene når de først er vedtatt.

Vi bør jo – og det har vi tatt opp og – i allefall interne flyttinger må vi greie å løse smidigere, og være mer forberedt både den som skal flytte og de som tar imot. Og spesielt de som skal ta imot at de har forberedt seg like godt som om det skulle være en helt ny ekstern bruker.

Etiske dilemma i forbindelse med flytting av pasienter

Enkelte av informantene hevder at det er lite motforestillinger hos personalet mot flytting, selv om ikke alle i personalgruppa er enige. Informantene opplever at etiske og moralske dilemmaer oppstår i forbindelse med flytting. Ett som nevnes, er når det foretas flytting av pasienter ved livets slutt.

Noen opplever at flytting medfører ekstrabelastning for personalet. Enkelte kan reagere med frustrasjon når «pleietyngden» øker i sammenheng med flytting. Personalet opplever det også som krevende å bli kjent med nye pårørende. Hver for seg kan det tenkes at slike «merbelastninger» er stressende for personalet i en travel hverdag, og at det verste fall kan skape motstand mot flytting. Hvis dette overføres til pårørende og pasienten er det uheldig.

...men det er det selve møtet som frustrerer meg litt at ting ikke er godt nok forberedt i mottaket.

Informanter opplever også at noen pårørende kan være usikre på konsekvensene ved flytting, og nevner en del negative utslag. Det er et faktum sier noen, at enkelte pasienter mistrives etter flytting. I denne sammenhengen understreker enkelte av informantene betydningen av at pårørende må bli informert, så tidlig som mulig i oppholdet. De må informeres om avdelingens innflyttingskriterier, og om at flytting er en del av den totale vurderingen. Pårørende må få vite at flyttingene ikke er endelig, at omsorgstilbudet blir kontinuerlig vurdert, og at flytting kan skje. Forberedelse er viktig for personalet. Flytting må ikke komme som noen overraskelse på de pårørende.

Personalets forslag til forbedringer

Det bør lages gode rutiner for flytting av pasienter i mellom avdelingene. Det kan gjøres ved at en utvikler bedre informasjonsflyt mellom avdelingene ved flytting. Personalet påpeker også at det bør lages rutiner for overlapping av personell når pasienten flytter til annen avdeling. På den måten kan pasientene føle seg tryggere i den nye avdelingen. Ett aspekt som ble løftet fram var betydningen av en tydelig ledelse, og koordinasjon av aktørene i forbindelse med flytting. Flytting skjer ofte for fort, og pårørende må informeres om flytting tidligere enn i dag. Pårørende bør også trekkes mer inn i flytteprosessen, slik at de får en mulighet til å være med å påvirke.

Personalets oppfatning av tilsynslegeordningen

I spørreundersøkelsen kom det fram at personalet i hovedsak er fornøyd med deres arbeid når det gjelder å tilrettelegge for pårørende slik at de kan få snakke med tilsynslegen.

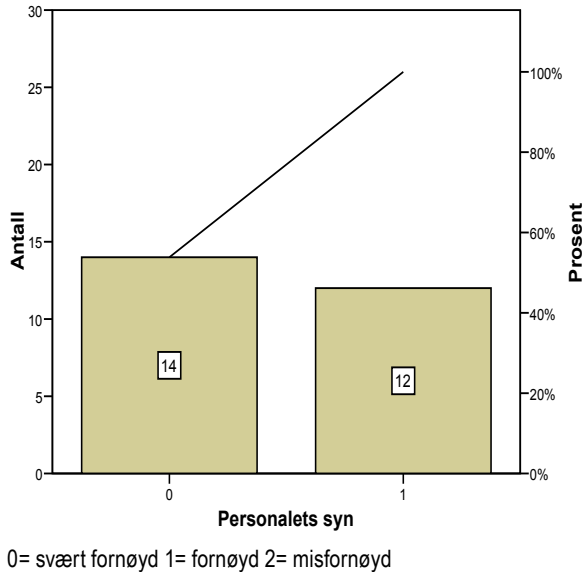


Fig. 5:13 Tilretteleggelse av samtaler med tilsynslegen

Noen i personalgruppen var opptatt av at tilsynslegen er for travel, og betraktes som utilgjengelig. Andre mente at legen ikke var god på pårønderarbeid, eller at det kan avtales tid med legen ved behov. En del personell oppfattet at pårørende ikke vil bry legen og bruke av legens tid, og at de ofte har respekt for personer i ledende stillinger. Personalet hadde erfaring med at ikke mange pårørende bruker tilbudet om å få snakke med legen. Det kom forslag om å invitere pårørende med på årskontrollen, eller innkomstundersøkelsen. Noen informanter mente at de måtte bli flinkere til å tilby samtale med tilsynslegen, men at pårørende ofte tilbys samtale når pasientene ligger i terminalt leie.

Vet du – jeg tror vi er flinkest til å tilby samtale med tilsynslegen når pasienten er så dårlig så vi nesten forventer at han skal dø. Det er da vi er flinkest til å tilby samtale med tilsynslegen..

Noen av informantene mente at pårørende ofte henvises til sykepleieren som svarer på spørsmål. Av den grunn kan det være en mulighet å tilby obligatorisk samtale med legen. Ett argument i den sammenheng, er at pårørende ofte har flere spørsmål enn det personalet kanskje vet om, noe som også tilsier at de bør tilbys legesamtale.

Jeg synes egentlig så burde det være obligatorisk at de hilste på tilsynslegen ved innkomst eller fort etter innkomst, fordi det er mange som ikke vet hvem legen er selv etter mange måneder på sykehjemmet..

Sykepleierne trives de dagene de går sammen med legen. Personalet er fornøyd med legerapporten, og det er et godt samarbeid mellom personalet og legen. Flere synes at legen er flink, andre at legen overlater mye til sykepleierne. Personalet tar selv opp at de ikke informerer pårørende godt nok etter visitt, noe de selv mener er beklagelig.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet mener at de bør bli flinkere til å informere pårørende om resultatene fra legevisitten. Det bør organiseres obligatoriske møter med legen for samtaler. Legen trenger mer tid i institusjonen, for å kunne imøtekomme pårørendes behov.

Personalets syn på pasientenes aktivitet

Personalet ser betydningen av pårørendes kjennskap til pasienten, og at de kan overføre dette til personalet gjennom bakgrunnsopplysningsskjema. En ansatt sier det slik:

der kan jo være pårørende som vet og kæinn mye, og døm sitt inne med mye mer enn øss. For dom har kjint døm (pasienten) i femti år, og je har kjint dom i åtte daer, kanskje bære. (...)

Ved Ottestad sykehjem har det i senere tid vært arbeidet med å få til sansehage i arbeidstid og ved dugnader. Det kommer fram i intervjuene at personalet nå ser fram til å ta denne i bruk. Noe personale setter pris på å aktivisere de eldre. Personalet ser at det bør være individuelle løsninger for pasientene. Det som passer for den ene behøver ikke nødvendigvis passe for den andre. Et ønskemål er å kunne være så fleksibel at flere av pasientenes ønsker ble møtt. En ansatt sier det slik:

En aktivitet for de eldre, det er ratt bære å få vaske seg og få mat det. Det er dom som itte ønske å være med på no særlig mer. Også har en noen andre da. Så at vi prøve å fylle opp der dom ønske det slik. Ja. (...) For det må bli ut fra pasientens ressurser. Litt hva den ønsker og.

Personalet bør tilpasse aktivitetene ut fra pasientens interesser og ressurser, slik en ansatt peker på her:

For tenkj om dom kjem bortåt deg med et strikkesøy, og seie «Nå skar vi strikke sokker!» og så har du æiller strikke før! Og har itte no glede ta å gjøra det. Men tenkj om døm hadde fønni et kryssord åt deg. Kænskje hadde du drevi med det.

Personalet er også inne på at pårørende og personale kan ha ulikt syn på hva som er passende mengde aktivitet. Dette kan føre til ulike forventninger og konflikter. De ansatte mener at noen pasienter aktiviseres for lite, og det blir for mye passiv tid foran TV programmer de kanskje ikke interesserer seg for. De mener at personalet må kunne improvisere og ta med pasientene på noe nytt. Noen mener at personalet ikke tør dra ut med pasientene. Andre igjen hevder at det er på grunn av liten tid og bemanning. En ansatt sier:

Det er for travelt til at du kan komme deg ut – ja. Det er det. For du kæinn itte sette att en aleine. Vi har ingen mulighet til å rese ut om eftan. Det har vi itte. Da må en ta øss være ute her sammen med dom. Kanste dra lenger.

De fleste mener liten bemanning og dårlig tid vanskeliggjør aktivitet.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet ønsker at pårørende kan være med ved ulike former for aktivitet. Det bør også formidles klarere ved å legge fram planer for aktivitetene, og invitere dem til å delta. Personalet mener at en løsning på problemene knyttet til for lite aktivitet, skyldes mangel på personale, og at det kan løses gjennom økte personalressurser.

Personalets syn på egen kunnskap og kompetanse

Personalet tilkjennegir å være svært selvkritiske i sin oppfatning av sin egen kunnskap og kompetanse. Flere nevner behovet for mer kompetanse når det gjelder demens sykdommer, og fagkunnskap generelt. På spørsmål om de er skolert når det gjelder juridiske forhold, svarer de at de mangler vesentlig kunnskap innenfor området. De fleste kjenner til pasientrettighetsloven, men ikke dens innhold i særlig grad. De savner også kunnskap innenfor lovverket som omhandler pasientenes økonomiske forpliktelser og forhold.

Nei, det skorter litt på kompetanse og sånn formell utdanning da – rett og slett. Og mye i forhold til demens opplever jeg at folk ikke kan nok om det. Spesielt demens da for nå er jeg litt fokusert på det. Men det er jo veldig sånn relevant i forhold til flere ting...så fagkunnskap – ja.

Personalets forslag til forbedringer

Personalet ønsker undervisning innenfor temaet som omhandler juridiske forhold, eller at avdelingslederne kan delta ved pårørendesamtaler hvor dette er aktuelle problemstillinger.

Oppsummering av hovedpunktene i intervjuene med personalet

Personalet opplever ikke at pårørende gis muligheter til å medvirke i behandlingen og pleien av sine nærmeste. Det er for liten tid, og for lite rom for fleksibilitet og improvisasjon på grunn av liten bemanning. Pårørende klager sjelden selv om det kunne vært berettiget. Personalet gir på en annen side

uttrykk for usikkerhet når det gjelder den praktiske siden av brukermedvirkning, at pårørende skal overta funksjoner for dem.

Personalet opplever at de får mye informasjon gjennom pårørendesamtalene, og at de selv gir mye informasjon, til tross for at forberedelsene ofte er for dårlig. Veilederen i Ottestadmodellen er en hjelp og støtte i så måte, selv om personalet opplever at de ikke kjenner innholdet godt nok innimellom. I forhold til samarbeidet mellom personalet og pårørende, forsøker personalet å skape tillit og opprettholde en god kommunikasjon. Samarbeidet bedømmes å være godt i de fleste tilfeller.

Det er bred enighet om at flytting skjer for fort. Personalet rekker ikke å administrere det godt nok. Det er også uenighet om verdien av å opprettholde ordningen med differensierte sykehjemsplasser. Personalet opplever etiske dilemma i den sammenheng fra tid til annen. Det er bred enighet om at ordningen bør forbedres ut fra slik den er i dag.

Personalet mener på lik linje med pårørende at tilsynslegen har for liten tid på sykehjemmet. De uttrykker stor respekt for tilsynslegens arbeid, men gir uttrykk for at den normerte tiden er for kort.

Når det gjelder aktivitet, så opplever personalet at de i store trekk greier å gi pasientene et godt tilbud. Noen ganger blir det for lite, noe som tilskrives for liten bemanning.

6. EVALUERING

Prosjektgruppa har tatt utgangspunkt i tre tema for å evaluere modellen opp mot problemstillingen. Temaene er blitt kalt brukermedvirkning, informasjon og samarbeid. Hvert tema avsluttes med prosjektgruppa anbefalinger for det videre arbeidet. Avslutningsvis gir prosjektgruppa noen forslag til områder som bør prioriteres i det videre arbeidet med å utvikle Ottestadmodellen.

Endrede forutsetninger for brukermedvirkning

Å ta utgangspunkt i eiendomsretten til egne problemer kan være en måte å nærme seg spørsmålet om grad av brukermedvirkning. Peyroth (2000) mener denne eiendomsretten kan defineres som det å få kontrollere følgende faktorer:

- Å bestemme om et problem eksisterer
- Å definere hva problemet gjelder
- Å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- Å velge mellom ulike former for hjelp
- Å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

Peyroth (2000) mener videre at jo mer brukerne har innflytelse på de angitte punktene, jo større grad har de av brukermedvirkning. Prosjektgruppa mener denne definisjonen er anvendbar når en skal vurdere hvor mye brukermed-

virkning en person har på et område. De fleste av pasientene på Ottestad sykehjem har en demenslidelse, med sterkt redusert samtykkekompetanse. Legger man Peyroths (2000) definisjon til grunn er det innlysende at pasientene i liten grad kan medvirke på egen hånd. De trenger opplagt noen til å tale sin sak. Graden av medvirkning vil følgelig være avhengig av hvilken bistand de får. Det er i denne sammenheng at pårørende kan bli en ressurs.

Og det er nettopp som ressurs pårørende betrakter seg i denne undersøkelsen. De forventer, riktignok i ulik grad, å få være med å påvirke pasientenes tjenestetilbud selv om pasientene har flyttet til Ottestad sykehjem. Til tross for dette opplever noen pårørende at avgjørelser som angår pasientenes omsorgstilbud fortsatt ligger langt utenfor deres rekkevidde. Heller gir slike utsagn et inntrykk av en avmaktfølelse, enn en opplevelse av å være aktive brukere med reell innflytelse på pasientenes tjenestetilbud, slik pasientrettighetsloven og offentlige føringer legger opp til (Pasientrettighetsloven, 1999). Pårørende opplever likevel at de har mer innflytelse på enkelte områder. Å få påvirke pasientenes aktivitetstilbud synes lettere enn å få påvirke forhold i forbindelse med for eksempel flytting. Både pårørende og personalet har uttalt seg kritisk til hvordan flytting blir gjennomført på sykehjemmet, noe som blir omtalt i et senere avsnitt.

Undersøkelsen viser at de pårørende gjerne vil medvirke, men at personalet, ikke helt greier å tilrettelegge for det. Mangelfull kompetanse om brukermedvirkning og snevre rammebetingelser (tid og bemanning) oppgis som de vanligste hindringene i veien for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Personalet mener det blir mye rutiner for å få en travel hverdag til å henge sammen, noe som mange pårørende opplever som begrensning for medvirkning.

Tatt i betraktning den relativt korte perioden modellen har vært i bruk på hele sykehjemmet (2005–2007), mener prosjektgruppa likevel det er grunnlag for å hevde at Ottestadmodellen hittil har ført til økt delaktighet for pasientene ved sykehjemmet. En oppfølgingsundersøkelse om et par års tid vil antagelig gi et mer utfyllende bilde.

Mer skolering

Dersom Ottestadmodellen skal styrke pasientenes brukermedvirkning ut over det den gjør i dag, mener prosjektgruppa at pårørende må bli satt bedre i stand til å medvirke. Pårørende må læres opp til å bli brukerrepresentanter, og må derfor få tilført kunnskap om brukermedvirkning. Jmfør lov om helsepersonell går det tydelig frem at personalet har et klart ansvar for å tilrettelegge for at pårørende skal få medvirke. Personalet trenger derfor mer skolering.

Prosjektgruppa mener at både personalets og pårørendes forslag til forbedringer som har fremkommet i undersøkelsen gir grunn til optimisme, og at de er i tråd med oppfølging av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2001–2015), og som blir beskrevet avslutningsvis i dette kapitlet.

Avklaring av roller og forventninger

Forventningene om deltagelse må avklares så tidlig som mulig. Selv om dette fremkommer i Ottestadmodellens veileder til en pårørendesamtale må det tydeliggjøres bedre. Det er en utfordring for personalet når enkelte av de pårørende med lang «fartstid», opplever at de ikke vet hva som forventes av dem, eller hva de kan få hjelpe til med. Når personalet på sin side tilegger at «pårørende må hjelpe til mer», viser dette hvilken risiko man løper for å snakke forbi hverandre. Prosjektgruppa mener derfor at både roller og forventninger må klargjøres bedre, slik at pårørende blir satt i stand til å bistå pasientene. Personalet kan ikke forvente at pårørende skal merke tøy, bruke rommet ved besøk, hvis de ikke får tydelig beskjed om det. Pårørende sier gjentatte ganger at de ser på seg selv som en ressurs, likevel er de usikre på rollen sin i forhold til personalet. De vil gjerne hjelpe til, men ikke på bekostning av personalets ønsker og behov. For de fleste ser det ut til å være en litt famlende rolleavklaring den første tiden. Kommunikasjon og informasjon om hva pårørende kan gjøre, og hva personalet naturlig skal gjøre, er av stor betydning. Ansvaret for å ivareta det, ligger i størst grad hos personalet. Ottestadmodellen gir rom for nettopp brukermedvirkning fra pårørendes side i sin utforming. Ettersom det ikke er slik i praksis, kan en antakelse i den sammenheng, være at personalet ikke finner fram til en rimelig avklaring når det gjelder pårørendes engasjement i pleien og omsorgen. Selv om

det må være et skjønsspørsmål i den enkelte situasjon, kan det virke som at personalet oppfatter dette som vanskelig.

Undersøkelsen viser også at pårørende kan ha svært ulike opplevelser og forventninger om deltagelse. Det kan være ulike årsaker til det. Noen av de pårørende er selv gamle og slitne og synes det er godt å få slippe ansvaret. Vanskelige familieforhold kan være en årsak. Prosjektgruppa mener at en rettesnor for personalet kan være at de ikke legger større forventninger til pårørendes deltagelse enn det pårørende ønsker selv.

Brytningstid

Til tross for flere ti års «lansering» av begrepet brukermedvirkning og forsøk på å styrke pasientenes rettigheter innen helsesektoren, gir denne undersøkelsen en pekepinn på at endringer i helsepersonells bevissthet og holdninger saktens tar sin tid. Prosjektgruppen har forståelse for at det kan være fornuftig å skynde seg langsomt, slik at alle parter henger med i utviklingen av det nødvendige lagspillet som trengs for å styrke pasientenes medvirkning. Likevel gir det stadig økende antall eldre grunn til å skynde på, slik at man kommer i takt med samtidens krav og utfordringer. Svært mange av disse vil være personer med demens med stort behov for bistand fra sine pårørende.

I en kommentar til omsorgsmeldingen beskriver Torild Wraalsen noen av de fremtidige utfordringer:

morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse (Wraalsen, 2007).

Å selv få være med å bestemme sitt eget helsetilbud vil i fremtiden stille store krav både til pasientenes, pårørendes og personalets ressurser. Prosjektgruppa mener at pårørende helt klart kan bli en ressurs, men det forutsetter at personalet blir satt i bedre stand til å tilrettelegge for det. Brukermedvirkning krever at man møtes, og personalet etterlyser både mer tid og bemanning. Fra uttallige innslag i riksdekkende media bør situasjonen være velkjent.

Prosjektgruppa vil oppmuntre lederteamet til fortsatt å løfte problematikken opp på politisk nivå. «*Et brukerperspektiv innebærer også lydhørhet overfor befolkningens forventninger*» (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsjetjenesten, 2005).

Smått er godt

Når både pårørende og personalet i undersøkelsen fremhever sine gode erfaringer med å bli sett i små og oversiktlige avdelingsmiljøer, er det interessant i et brukermedvirkningsperspektiv, og i samsvar med anbefalingene som gis i demensplan 2015, hvor det heter at:

Det er bred støtte i fagmiljøene om at de store sykehjemmene er dårlig tilpasset langtidsbeboerne med demens. Da handler det i hovedsak om at smått er godt. Det betyr små enheter både bygningsmessig og organisatorisk. Små avdelinger med tilgang til gode utearealer er bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger.

I dag er dette langt fra noen selvfølge. «Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens» gjennomførte i 2001 en undersøkelse for å kartlegge tilbudet til personer med demens som viste at 16,4 % av plassene på sykehjem var tilrettelagt for denne gruppen. Tatt i betraktning at den største andelen av beboerne på sykehjem har en demenssykdom, må man kunne si at andelen tilrettelagte plasser er alt for lav (Hotvedt, 2004). Undersøkelsen viser at «smått er godt» prinsippet er verdt å etterleve, og at det kan bidra til å styrke brukermedvirkning. Prosjektgruppa mener at Ottestad sykehjem bør ha et godt utgangspunkt for å tilrettelegge for enda flere små enheter innenfor de avdelingsgrensene som er i dag.

Parallelt med dette mener prosjektgruppa at prinsippet om differensierte sykehjemsplasser må videreføres for hele sykehjemmet utover de to enhetene som i dag er tilrettelagt for personer med demens. Pårørende gir uttrykk for at de har forståelse for at pasienter med like bistanndsbehov bor sammen, men at det må være en konsekvens i praksis. Pårørende oppgir i undersøkelsen at avdelingenes funksjoner er utydelige, og at det for noen fører til usikkerhet i forbindelse med at pasienten må flytte til en annen avdeling ved endret

hjelpebehov. Når alle enhetene etter hvert får egne inntakskriterier, vil det etter prosjektgruppas syn bidra til å etablere den konsekvensen som enkelte av de pårørende etterlyser. Det vil også gjøre det langt lettere for personalet å innstå, og redegjøre for de forskjellige bo tilbudenes innhold og kriterier på sykehjemmet. Omsorgstilbudet på sykehjemmet vil forhåpentligvis fremstå som mer tydelig og helhetlig enn det gjør for pårørende i dag.

Prosjektgruppas forslag til det videre arbeidet

For å bli en aktiv bruker med høy grad av påvirkningsmulighet, mener prosjektgruppen at de impliserte partene må bli bedre kjent med innholdet og mulighetene i begrepet brukermedvirkning. Undersøkelsen viser tydelig at pårørende ikke vet hva brukermedvirknings begrepet innebærer. Selv om personalet på sin side virker mer fortrolig med begrepet, tillegger de det likevel forskjellig innhold og betydning. Prosjektgruppa foreslår derfor at lederteam tilrettelegger for undervisning, gjerne i form av en fagdag om emnet, med formål å klargjøre brukermedvirkningsbegrepet, slik at personalet finner frem til en felles begrepsforståelse. Strategisk kan det også virke fornuftig å møte konsekvensene av den maktutjevning mellom aktørene som en aner vil komme når pårørende får mer innflytelse. Ikke minst utfordrer det stadig økende bruker- og pårørendefokuset personalets oppfatning av sin egen yrkesrolle. Å bevisstgjøre personalet om hvordan makt og avmakt spiller inn på ulike nivåer og arenaer vurderes som et tidsriktig tema.

Ettersom dette er et felt hvor brukernes forventninger og krav til medvirkning stadig endrer seg, med følger for den eksisterende praksis, foreslår prosjektgruppen hyppige innhentinger av brukernes syn og pasienttilfredshet, slik at man kan korrigere kursen for det arbeidet som blir gjort. Brukerundersøkelser kan bli et nyttig verktøy for videreutvikling av brukermedvirkning i framtiden.

En av de viktigste hensiktene med Ottestadmodellen er å sette pårørende i stand til å medvirke på vegne av pasientene. Graden av medvirkning vil som tidligere nevnt avhenge av hvor mye pårørende stiller opp. Prosjektgruppa mener at særlig oppmerksomhet må rettes mot de av pasientene som ikke har noen nærmeste pårørende til å tale sin sak. Til enhver tid er det flere pasienter som mangler dette. Her har personalet en viktig rolle som pasientenes

talsmann. Prosjektgruppa foreslår at det utarbeides retningslinjer for å sikre disse pasientenes medvirkning.

Prosjektgruppa mener at fordelene og erfaringene med små enheter basert på funksjonsinndeling, er så gode at de må videreføres. Arbeidet med å differensiere sykehjemsplassene på sykehjemmene i kommunen bør intensiveres.

Avslutningsvis mener prosjektgruppa at det kan være hensiktsmessig å tilrettelegge for flere samarbeidsarenaer for brukermedvirkning, og videreutvikle disse til gode møteplasser hvor pårørende kan få forsterket opplevelsen av å være en ressurs for pasienten, og en viktig samarbeidspartner for personalet. Deltagelse i sanggruppe, bidra i venneforeningen, bistå i forbindelse med utflukter, ledsage pasienten ved legebesøk og tilrettelegge for aktiviteter i sansehagen kan stå som gode eksempler på fruktbare møteplasser. Undersøkelsen viser at pårørende er mest opptatt av praktiske forhold rundt ivaretagelsen av omsorgen for sin nærmeste. Det å få bidra og gjøre noe sammen med pasienten i forbindelse med nevnte aktiviteter vil trolig styrke følelsen av innflytelse, samtidig som pårørende får en oversikt over hva som foregår av aktiviteter på sykehjemmet. Undersøkelsen viser at det ikke er noen selvfølge. Prosjektgruppa mener også at dette kan være et konstruktivt tiltak for å redusere opplevelsen av resignasjon og avmakt som noen av de pårørende tilkjennegir.

Informasjon er alltid viktig

Pårørende er opptatt av at den informasjonen som gis om pasientene må være sann og aktuell. De kjenner pasientene, og vil ikke at det pyntes på fakta for deres skyld. Pårørende ønsker ikke å skånes fra sannheten, og synes at ærlighet styrker tilliten mellom personalet og pårørende. Disse synspunktene er gjenkjennelige også fra andre sammenhenger. Når de gir signaler om at personalet ikke meddeler viktig informasjon som for eksempel resultater knyttet til legeundersøkelser, blir delaktigheten og forståelsen for den behandlende delen i pleien og omsorgen borte. Selv om utviklingen av sykdommen demens ikke kan stoppes eller kureres, har pårørende et ønske om at forverringen i sykdomsforløpet bremses opp så mye som mulig. Av den grunn er informasjonen fra legen viktig for å forstå endringer i atferdsmønstre hos

sine syke og kjære. Ettersom pårørendes kjennskap til legeundersøkelsene er små, retter de henvendelsene til personalet med spørsmål og bekymringer. Personalet på sin side strever med å finne rett balanse i hva som er deres ansvar når det gjelder å bringe informasjonen videre. En del kan tilskrives legens ansvar, men på grunn av den korte tiden legen har til rådighet i institusjonen, er det ikke mulig å ivareta kommunikasjon med alle pårørende til enhver tid. Prosjektgruppen anbefaler at personalet kvalitetssikrer forholdene rundt informasjonen som gis når det gjelder tilsynslegens arbeid.

Pårørende verdsetter informasjonen som har med pleien og omsorgen som mer verdifull enn det som berører juridiske og politiske forhold. De gir uttrykk for at informasjonen om det som er viktig i hverdagen for pasienten bør bli brakt videre til dem. Pårørende er opptatt av kvalitet i pleien og omsorgen. Det er den daglige trivselen for pasientene som er av betydning, og som opptar dem sterkest. Det står kanskje i noe kontrast til samfunnets økende fokus på pårørendeskoler og informasjonsstrøm når det gjelder pårørendes rettigheter og krav. Ingen av de pårørende mener at det er uviktig, men det er sekundært i forhold til om deres nærmeste trives og blir ivare tatt. En årsak til dette kan være at når pasientene er innlagt på institusjon, blir mange av de praktiske problemstillingene løst av personalet. Pårørende trenger ikke konfronteres med svikt i behandlingsskjeden, eller ubesvarte spørsmål slik mange pårørende til pasienter i hjemmet gjør. Behovet for en bredere og mer fullstendig innformasjon i forhold til det offentliges ansvar, kan derfor være størst der.

Pårørende opplever frustrasjon når personalet ikke lykkes å møte dem i deres bekymring. Her er det en kilde til kritikk og skrantende tillit. Personalet kan i visse sammenhenger komme i skade for å undervurdere hvor sterkt det oppleves for pårørende å «holdes utenfor». Pårørende har først gitt fra seg det daglige ansvaret i det pasienten blir innlagt på sykehjemmet, og dersom personalet i etterkant av det ikke bidrar til å involvere dem, kan det oppleves som et tillitsbrudd. Gjennomlesingen av intervjuene viser at det finnes et snev av skuffelse fra de pårørendes side. Dersom kommunikasjonen og informasjonen hadde kunnet møte dem i omstillingsprosessen fra å være omsorgsperson på heltid, til det å bli en tilskuer på sidelinjen, hadde det vært enklere. Mye tyder på at en tettere kontakt mellom pårørende og primærkontakt i starten kunne underlettet dette.

Personalet er opptatt av veilederen som redskap. De ønsker å sikre at pårørende får informasjon som er bred nok i forhold til forventningene og behovet som de har. Flere i personalgruppen medgir at de kjenner veilederen i sin helhet litt for dårlig. Det kan være en årsak til at de forsøker å holde seg til den i løpet av samtalen. De av pleierne som er tryggest i samtalsituasjonen, hevder at de er mer fleksible og bruker den som en støtte. Ved å ivareta denne fleksibiliteten er det lettere å finne ut hva pårørende trenger informasjon om, og utelate det som ikke er aktuelt i den enkelte samtalen. Prosjektgruppa oppfatter at personalet ønsker skolering i bruken av veilederen som basis for pårørendesamtalen. Det kommer også fram at personalet ønsker mer opplæring i kommunikasjon og samtaleteknikk, for å kunne oppnå en større trygghet, noe som særlig gjelder de nyansatte. Dette forholdet kan også være en årsak til at pårørende stiller spørsmål ved om all informasjon som gis under samtalen er relevant og behøver å være med hver gang. Prosjektgruppen anbefaler at det arbeides videre med kommunikasjon.

Innkomsamtalen anbefales av prosjektgruppen å være tverrfaglig. Utsagnet stemmer med pårørendes forventning om aktiv behandling ved sykehjemmet. Dersom det tverrfaglige teamet kan komme inn så tidlig som mulig, er det en mulighet for å ivareta og opprettholde pasientens funksjoner så lenge som mulig. Pårørende mener at fysioterapeuten og ergoterapeuten er naturlige partnere rundt pasienten. Mange er skuffet over det noe lave ambisjonsnivået i forhold til aktivitet, og mener den første planleggingssamtalen bør legge en grunn for en plan og et opplegg rundt pasienten. Ansvar for å bringe informasjon til pårørende, kan på den måten fordeles på flere yrkesgrupper og være mer dekkende.

Veilederen til pårørendesamtalen som redskap

Ett spørsmål som prosjektgruppa stiller seg er om personalet er for opptatt av samtaleteknikk, slik at det spontane som kan virke utviklende i samtalen faller bort. Personalet hevder at veilederen (malen) blir brukt, og er til hjelp ved å disiplinere samtalen. På en annen side mener de at hver enkelt må bruke skjønn i forhold til hva som skal tas med fra den i samtalen. Trygghet og erfaring gir grunnlag for spontanitet. I de tilfellene hvor personalet føler seg trygge, vil det også bidra til at pårørende føler seg trygge i samtalen og tør spørre. Ikke alle i personalgruppen har dette fundamentet, som for eksempel de nyansatte som

har behov for opplæring i pårønderarbeid. Inntrykket er at pårørende som oftest er fornøyd med samtalen. Det virker som om personalet klarer å ivareta både den «tekniske» og kunstneriske/spontane siden av samtalen.

Den gode samtalen

Berge et al. (2003) skriver at: «*En god samtale kan virke overskridende og forvandlende*», og mener at i den ligger muligheten for ny innsikt og selvforståelse. Den profesjonelle samtalen har bevisste og tilrettelagte mål og rammer, og aktørene har ulike roller i forhold til hverandre. Det finnes samfunnsmessige forpliktelser, og forventninger innenfor en bestemt regi. Forfatterne peker på faren for å bli for opptatt av metoden for samtalen til å være til stede i det menneskelige møtet. De mener den profesjonelle samtalen bør ha visse rammer, men samtidig et element av kunsthåndverk; intuisjon og «taus kunnskap» for å fremme utvikling. Det er den profesjonelle samtalen mellom personale og pårørende vi i denne sammenheng setter søkelyset på.

Undersøkelsen viser at den gode samtalen møter organisatoriske utfordringer, både personalets muligheter til å planlegge og til å gjennomføre pårønderesamtalene blir berørt. De strekker seg langt for å imøtekomme de pårørende. Personalet har ikke alltid sammenfallende turnus, og noen gjennomfører samtalene på fritiden. Prosjektgruppa foreslår bedre koordinering mellom sykepleier og primærkontakt som har sammenfallende turnus, opp mot den enkelte pasient.

Personalet og pårørende er samstemte i at det er passe med en samtale hvert år. Det er innenfor rammene for hva som er realistisk å få til, og det blir ikke så mye gjentakelser. Personalets oppfatning er at pårørende kan styre hyp-pigheten av samtalene selv, og at det må være åpenhet for å gjennomføre en samtale når pårørende ber om det. Personalet ønsker å gi god service og kvalitet under samtalen, og er opptatt av at rammene rundt samtalen skal være fine – som pene rom og en kopp kaffe. Noen mener hovedhensikten med samtalen er å etablere tillit. «Gevinsten» ved samtalen er at det er lettere å få kontakt med pårørende etter en pårønderesamtale. Prosjektgruppa kan tolke det slik, at den planlagte pårønderesamtalen legger et godt grunnlag for videre samarbeid mellom personalet og pårørende. Andre forhold som kan

være hensiktsmessige å skjerpe, er betydningen av å skrive referat i etterkant av samtalen som sendes over til pårørende. Det forplikter begge parter.

Flere av de intervjuede mener at ansvaret for de planlagte samtalene ligger mest på sykepleieren, og at sykepleieren utnytter veilederen mer under samtalene, fordi de kjenner den best. Slik organiseringen av arbeidet er i dag, er sykepleierne med på flere samtaler enn hjelpepleierne, fordi sykepleierne er i mindretall. De får derfor mer erfaring med samtalene. Tradisjonelt sett har det nok også ofte vært sykepleierens oppgave å lede oppgaver, og ta ansvaret i avdelingen. Personalet tilstreber å organisere samtalene slik at det alltid er med en sykepleier og en primærkontakt. Det er tidligere antatt at sykepleieren har best faglig og medisinsk kunnskap, og hjelpepleieren har størst kjennskap til de praktiske forholdene rundt pasienten. Noen hjelpepleiere kan ha vært med på mange samtaler og får etter hvert god kjennskap til veilederen. I den ene avdelingen har hjelpepleierne i senere tid blitt oppfordret til å ta mer initiativ til å planlegge og avtale pårørendesamtalen fordi sykepleierne trenger avlastning, da de deltar i ulike prosjekter.

Prosjektgruppas forslag til det videre arbeidet

Det bør arbeides videre med å kvalitetssikre rutine for samarbeidet med andre yrkesgrupper når det gjelder hvem som gir informasjon til pårørende, og innholdet i informasjonen som skal gis. Pårørendes opplevelse av informasjonssvikt, kan reduseres ved at primærkontaktene knytter seg enda tettere opp mot de pårørende. Samtaler om samarbeidsforholdet den tiden pasienten er på institusjonen er av stor betydning. I det ligger det et behov for å avklare roller og ansvarsforhold hos begge parter. Det er også av betydning at personalet arbeider videre med å organisere innkomstsamtalen til å være tverrfaglig sammensatt, slik at alle delene ved pasientens opphold på sykehjemmet tilgodeses.

Prosjektgruppas anbefaler at det gis retningslinjer for hvordan pårørende kan innlemmes i arbeidet i forhold til pasientene og personalet. Informasjonen og samhandlingen med tilsynslegen bør også ivaretas på en bedre måte enn det er i dag. En løsning kan være faste konsultasjoner hvor tilsynslegen kan ta imot pårørende for en samtale. En kvalitetssikring av kommunikasjonsferdigheter hos personalet kan også være en måte å forbedre samhandlingen mellom pårørende og personalet.

Jo mer vi er sammen – synet på samarbeidet

I undersøkelsen er personalets og pårørendes vurdering av flytting av pasientene samstemte på flere områder. Flere pårørende ønsker å bli mer involvert i flytteprosessen, og etterlyser informasjon før flytting skjer. På den måten kan de få bedre tid til å områ seg, og ordne med praktiske ting og lignende. De etterlyser bedre flytteprosedyrer som inkluderer og ivaretar dem som er nærmest pasienten. Pårørende savner også informasjon om hvorfor pasienten må flytte, og om hva slags tilbud pasienten faktisk flytter til. Mange opplever stor usikkerhet i forbindelse med flytting og motsetter seg det av den grunn. Flere av personalet deler denne skepsisen.

Gode flytteprosedyrer

Personalet på sin side opplever seg også prisgitt hastige beslutninger og mener at pårørende har liten reell påvirkningsmulighet. Enkelte ganger oppfatter de at det ligger administrative hensyn bak beslutningene om flytting, som kolliderer med enhetens inntakskriterier. Det kan også være uoverensstemmelse i den faglige oppfatningen om hva som er til pasientens beste. Personalet mener de får for lite tid til å forberede seg, og savner i likhet med de pårørende gode flytteprosedyrer.

Foruten en sjekklister for personalets oppgaver i forbindelse med mottak av ny pasient, er det ikke laget noen strukturert flytteprosedyre på sykehjemmet. Prosjektgruppa oppfordrer lederteam til å gripe fatt i denne problematikken som opplagt må ha et stort forbedringspotensial. I et brukermedvirkningsperspektiv blir det viktig at pårørende gis mer innflytelse i flytteprosessene på sykehjemmet.

Undersøkelsen viser at det er lettere for pårørende å godta flytting der hvor de tidlig har fått informasjon om at endret omsorgsbehov kan medføre at pasienten må flytte til annet omsorgnivå. I de tilfellene kommer ikke en beskjed om flytting som noen overraskelse senere, vel og merke hvis flyttingen innebærer et bedre tilbud. Pårørende sier også at de ser fordelene ved at likt fungerende pasienter bor sammen, og godtar i stor grad prinsippet om differensierte sykehjemsplasser. I dag er det flere som opplever at rådende praksis er lite konsekvent, og av den grunn misliker de prinsippet om funk-

sjonsinndeling. I forbindelse med flytting, vil det også være en fordel om rutineene mykes opp noe mellom enhetene som noen av de pårørende beskriver, slik at det sikrer informasjonsflyt, og muliggjør korte hospiteringer hos pasienten både før og etter flytting ivaretas, for å sikre at ikke viktig erfaringskunnskap går tapt.

Tilsynslege

Evalueringen av pårørendearbeidet ved Ottestad sykehjem, gir konkrete tips til forbedring av tilsynslegeordningen. Først og fremst innebærer det at legen bør få bedre tid til å utføre jobben sin ved sykehjemmet. Dernest at personalet må bli flinkere til å tilby samtale med tilsynslegen, og at pårørende bør få tilbud om en obligatorisk samtale. Det kan skje naturlig ved at pårørende inviteres til å være med på årskontrollen. Pårørende savner informasjon om pasientens helse, medisiner og behandling av sykdommen. Personalet har om mulig et ansvar for å hjelpe til med å tilrettelegge for denne dialogen med tilsynslegen. Det samme gjelder i forhold til de aller dårligste pasientene. Det er et ønske om å bedre rutineene ved terminal pleie og legens informasjonsplikt ved livets slutt. Selv om disse forholdene bør forbedres, framgår det fra personalet at legen oppfattes som svært dyktig og at det er godt samarbeid mellom personalet og legen. Sykepleierne trives de dagene hvor de går sammen med legen, og personalet er fornøyd med legerapporten.

I kapittel 3 vises det til flere offentlige føringer med tanke på hvordan legetjenesten i sykehjem skal fungere. Prosjektgruppa mener at disse gir et godt grunnlag for tiltak til vurdering og forbedring av tjenesten. Kommunene er oppfordret til å utarbeide en bemanningsvurdering og lokal norm for legedekningen innen 2007. Ved fulltidsstilling som fastlege, kan kommunen pålegge hver enkelt lege å yte 7,5 time offentlig legearbeid som for eksempel tilsynslege i sykehjem.

Det er flere leger som har arbeidet med konkrete forslag til legens oppgaver i sykehjem. Johannes Høie (2005) skriver om dette i en artikkel hvor han tar for seg forhold rundt korttidsplasser, langtidsplasser og rammebetingelser ved sykehjem. Helt konkret foreslår han hvilke rutineprøver som bør tas ved første gangs innleggelse i sykehjem, og hvordan legetiden i sykehjemmet benyttes mest mulig effektivt. Her nevnes stikkord som; tilstedeværelse og

beredskapstid, årlige helsekontroller, tverrfaglige møter 3–4 ganger i året, utredningsundersøkelser, oversiktlig notater, prosedyrer for mottak av nye pasienter, oppfølging av pasienter og håndtering av akuttssituasjoner. Han har også utarbeidet tre bud for sykehjemslegen:

- Du skal kjenne dine pasienter.
- Du skal tilstrebe å være lett tilgjengelig.
- Du skal la din røst bli hørt.

Prosjektgruppen har valgt å la de tre budene tale for seg selv.

Aktivitet

Kommunen har ansvar etter sosialtjenesteloven § 3–1, om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. St.meld. nr. 25 (2005–2006) omhandler «*Den kulturelle spacerstokken*», som skal stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Tiltaket har som mål å få til mer aktivitet på tvers av generasjoner og etnisk bakgrunn.

Ut fra intervjuene av pårørende og ansatte, går det fram at pårørende kan være en ressurs for pasienten når det gjelder å aktivisere dem. Personalet ønsker å få overført deres kunnskap gjennom «bakgrunnsopplysnings skjema». Dette er et konkret virkemiddel vi kan arbeide med å ta i bruk mer ved sykehjemmet. Til tross for at det har vært en aktiv motstand mot røyking i det offentlige rom i senere år, sier noen pårørende at de setter pris på at sykehjemmet har eget røykerom for pasientene. For noen er det en av grunnene til at det er godt å komme hit. Både pårørende og personalet er opptatt av å finne individuelle løsninger for pasientene, og det kan være ulikt syn blant de pårørende på hvilke aktiviteter som er av verdi. Dersom en ser på de faktiske forhold rundt pasientene, som at de kan ha en aldersforskjell på 30 år og ha ulik bakgrunn, interesser og forutsetninger, er det klart at de har behov for individuelle løsninger både når det gjelder tilrettelegging for aktivitet i stell og fritidsinteresser. Dette stiller store krav til fleksibilitet, empati og det å se muligheter for den enkelte fra personalgruppen. Likeledes det å kunne improvisere og ta med pasientene på noe nytt. Det gjelder å kunne bruke øyeblikkets muligheter.

Når det gjelder forholdet at pasientene aktiviseres for lite, ser en ut fra arbeids erfaring ved Ottestad sykehjem, at tid og bemanning spiller inn. Påstanden om at liten bemanning og dårlig tid vanskeliggjør aktivitet, er aktuell i den forstand at det er vanskelig å planlegge faste aktiviteter. Pleien og omsorgen av de eldre bærer preg av liten forutsigbarhet fra dag til dag. Helsepersonell er generelt ikke trent opp til å aktivisere pasientene ut over å la dem delta mest mulig selv i de daglige gjøremål. Noen kan delta ved daglige aktiviteter ved sykehjemmet, som å brette vaskekluter, pusse sølv/messing, hente mat-tralla osv. For noen pasienter kan det være krevende nok. Likevel er det pasienter som kan ha stor glede av aktivitet utover det vante, slik som å dra på turer og delta i samtalegruppe eller sanggruppe. Musikterapeuten Audun Myskja og Kirkens Bymisjon, fant i en undersøkelse at beboernes velvære steg med musikk og at det dempet uro og angst, samt hadde positiv effekt på depresjoner.

Påstanden om at personalet ikke tør dra ut med pasientene kan muligens bunne i at de kan være redde for at pasientene ikke tåler det av helsemessige årsaker, eller at det vil skape uro for pasienter med demens i etterkant av turen. En annet forhold er at med knapp bemanning stiller en seg spørsmål om de som er igjen kan utføre nødvendige oppgaver i avdelingen. Det framgår av St.meld. nr. 25 (2005–2006), at fagforbundet har lansert nettstedet www.kreativomsorg.no. Nettstedet skal bidra til å fremme kvalitet og livsglede i helse- og sosialtjenesten og være en idébank for utveksling av ideer og erfaringer. Det er å anbefale at personalet gjør seg kjent med informasjonstilgangen, da det kan være nyttig i sang og reminisensarbeid.

I intervjuene med pårørende kom det fram en bekymring i forhold til at pasientene ble sittende foran TV. Utviklingen av demenssykdommen opplevdes av de pårørende som progredierende. Kristin Fragell Lillevold (2007) beskriver hvordan erindringssamtaler har ført til økt tilfredshet blant personer med demens, deres pårørende og ansatte på Vålerengen bo- og servicesenter, og Paulus sykehjem i Oslo. Intervjuene blant de pårørende i undersøkelsen viste at de hadde erfaring med at minnearbeid kunne føre til bedre velvære og mental stimulering. Flere ansatte ved Ottestad sykehjem har fått undervisning om reminisens. Våren 2008 startes et nytt prosjekt: «Sang og minner ved årstidene svinger», som vil innebære minnearbeid med pasientene. Målet er å synliggjøre og stimulere pasientene og ta i bruk skjulte ressurser

Prosjektet kan være med å møte pårørendes tilbakemelding om mer mental stimulering. Ett annet satsningsområde som har som mål å ivareta mental stimulering er sansehagen som nettopp er etablert. Aakre, Aas, Augunrud og Rugås (2004), skriver at: «*Mennesker med demens har fremdeles minner. En sansehage kan hjelpe dem frem*». Det er sanseopplevelser gjennom duft, smak og syn som gjør at hagen kan vekke minner hos pasienten, uten at det kreves en kompleks kognitiv funksjon. Den åpner også opp for å opprettholde kjente hageaktiviteter som pasientene kan mestre. I tillegg kan den bidra til å orientere om årstidene. En sansehage i tilknytning til sykehjemmet ivaretar pasientenes mulighet for å komme ut på en lett måte, samtidig som at sansene stimuleres.

Generelt bør personalet arbeide mer med å informere pårørende om de aktiviteter som finnes, og kontinuerlig forsøke trekke dem inn i sykehjemsaktiviteten som en ressurs for pasientene. Her blir en formidling av aktivitetskalenderen viktig. Når personalet setter på TV er ordene til Bjørg Balteskard (2006) nærliggende: «*å først skape en felles forståelse av hvem som er samlet nettopp her, for å få til meningsfulle måter å være sammen på*».

Prosjektgruppas forslag til forbedringer

På bakgrunn av de blandede erfaringene i forbindelse med flytting av pasienter oppfordrer prosjektgruppa til at det utarbeides gode flytteprosedyrer, hvor klare ansvarsforhold fremgår, og som sikrer pårørende nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke. Prosjektgruppa anbefaler en kvalitetssikring av samarbeidet mellom tilsynslegen og personalet, for å optimalisere tilbudet til pårørende med tanke på å imøtekomme deres behov. Slike behov kan være innformasjon om endring i helsetilsyn og behandling, deltagelse ved årskontroller. Prosjektgruppa mener også at det er behov for å vurdere det tverrfaglige samarbeidet, ved å organisere innkomstsamtalen rundt et tverrfaglig team slik pårørende foreslår. Mer tid til rådighet, kan bidra til å innfri disse forventningene.

Prosjektgruppa mener å se at det er viktig å opprettholde felles rapport med lege og det øvrige personalet på visittdagene. Det viser seg å være et viktig bidrag til faglig utvikling og påfølgende refleksjon. Å sette disse mulighe-

tene ut i livet, krever en forankring i ledelsen, og økonomiske muligheter fra offentlige myndigheter. Som det tidligere er blitt påpekt, var den enkelte kommune pålagt i 2007 å gå igjennom behov og muligheter og justere rammene for tilsynslegene etter sentrale føringer. Det er generelt bred enighet om å styrke legetjenesten i sykehjemmene.

Prosjektgruppa mener at det er viktig for personalgruppa å få en felles forståelse for hva som er god aktivitet. Temaet bør være gjenstand for en faglig diskusjon og utarbeidelse av retningslinjer for hva som forventes av personalet når det gjelder innsats i den sammenheng.

Prosjektgruppas anbefalinger for det videre arbeidet

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
Styrke brukermedvirkning	<p>1. Kontakt med tilsynslege Tilsynslegene utarbeider egen temaside til veilederen, hvor de informerer de pårørende om innhold og hensikt med tilsynslegeordningen, samt om når og hvordan pårørende kan kontakte dem. Det vurderes om det skal opprettes en timebestillingsordning, faste telefontider for å bedre legetilgjengeligheten for de pårørende.</p> <p>Tilsynslegen deltar ved innkomst samtalen, og de årlige pårørende samtalene. Dette må vurderes som en obligatorisk ordning.</p> <p>Det tilrettelegges for at pårørende får tilbud om å delta på den første legekontrollen. Slik vil pårørende få etablert tidlig kontakt med tilsynslegen og gi dem en opplevelse av å få være med på å medvirke på pasientens vegne. Deltagelse ved den årlige legekontrollen er en anledning for legen til å gi pårørende informasjon om pasientens medisiner, helsestilstand og behandling.</p>	Leder ansvar	Høst 2008	
		Leder ansvar	Vår 2009	
		Leder ansvar	Vår 2009	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>Legetilsynsordningen bør utvides. Legen trenger mer tid til å ivareta pasientenes, pårørendes og personalets behov. Den enkelte kommune var i 2007 pålagt å gjennomgå behov og justere rammene for tilsynslegenes virksomhet etter sentrale føringer om å styrke tilsynslegeordningen i sykehjemmene. Prosjektgruppa henstiller til lederteam om å videreføre dette arbeidet.</p> <p>2. Bedre flytteprosedyre</p> <p>Ved funksjonsinndeling blir gode flytterutiner viktig. Det må etableres en felles forståelse for hensikten med flytting, slik at dette blir oppfattet av pårørende som en del av det samme tilbudet ved sykehjemmet. Prosjekt gruppen oppfordrer lederteam til å påskynde arbeidet med å differensiere sykehjemsplassene for hele sykehjemmet.</p> <p>Det må utarbeides gode flytteprosedyrer som innlemmes i pårørendesamtalerpermen. Gjøremål, hvem som skal gjøre hva og når må tydelig fremgå. Prosedyren må sikre at pårørende blir trukket inn i flytteprosessen så tidlig som mulig.</p> <p>Det etableres en hospiteringsordning i forbindelse med flytting, for å forhindre at dyrebar erfaringskunnskap om pasienten går tapt.</p>	<p>Leder ansvar</p> <p>Avd.spl.</p> <p>Arb.gr.</p> <p>Leder ansvar</p>	<p>Vår 2009</p> <p>Høst 2008</p> <p>Høst 2008</p> <p>Høst 2009</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
<p>Imøtekomme behovet for inf og samarbeid</p>	<p>1. Styrking av samtalen Innkomstsamtalen gjøres mer tverrfaglig. Fysioterapeut, ergoterapeut, aktivitor og tilsynslege vil være aktuelle deltagere i tillegg til primærkontakt og ansvarlig sykepleier. Pårørende får da muligheten til å drøfte pasientens tjenestetilbud på bred basis. Ved behov for å avklare forhold av mer administrativ karakter kan med fordel avdelingsleder innkalles.</p>	<p>Arb.gr., ledelse</p>	<p>Vår 2009</p>	
	<p>Pårørende får tilsendt referat av samtalen, som gjennomgås. Å sende referat fra pårørendesamtalen til de pårørende forplikter begge parter på å samarbeide om det man har blitt enige om og styrker pasientens bruker medvirkning. Referat kan være et nyttig utgangspunkt for evaluering ved den neste samtalen. (Har vi gjort det vi sa? Har vi fått det til? Hvor mye har vi kommet i mål med, og hva skal vi sette oss som mål i året som følger?)</p>	<p>Arb.gr.</p>	<p>Høst 2009</p>	
	<p>De ulike samtalene nyanseres. Foruten innkomstsamtale etableres det en oppfølgingsamtale. En mer generell samtale om hvordan pasienten har det, med fokus på pasientens tiltaksplan. Tema for oppfølgingsamtalen må ta utgangspunkt i det som ble sagt på forrige samtale, om det har skjedd forandringer.</p>	<p>Arb.gr.</p>	<p>Vår 2009</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>Det lages et eget innkallingsbrev til oppfølgingssamtalene. Informasjonsmengden i innkallingsbrevene både til innkomstsamtalen og oppfølgings samtalen utvides.</p> <p>Det utvikles en veileder til en planlagt samtale også for de pårørende, som de mottar sammen med innkallingsbrevet. De pårørende vil dermed få anledning til å møte mer forberedt til samtalene.</p> <p>Det lages et opplæringsprogram for nyansatte om Ottestadmodellens hensikt og bruk av pårørende samtalepermen samt veilederen til en planlagt pårørende samtale. Hvordan forberede og gjennomføre pårørende samtalen må være fokus.</p>	<p>Arb.gr.</p> <p>Arb.gr.</p> <p>Arb.gr.</p>	<p>Vår 2009</p> <p>Vår 2009</p> <p>Vår 2009</p>	
	<p>2. Utvikle samtaleveilederen</p> <p>Temasidene, pårørendesamtale permen ajourføres i tråd med det faktiske tilbud og utviklingen på området. Viktig blir å formidle aktivitets kalenderen, informere om praktiske ting rundt pasienten, oppfordre pårørende til å bruke primærkontakten og informere om pårørendeskole tilbudet.</p>	<p>Arb.gr.</p>	<p>Høst 2008</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>Veilederen anbefales å holdes innenfor dagens rammer, slik at den ikke blir for overveldende. Mange pårørende greier ikke å ta inn all informasjonen på en gang. Personalet må porsjonere informasjonen. Evalueringsundersøkelsen viser at de må bruke stor grad av intuisjon for å finne det rette tidspunkt. Det foreslås at det lages en veileder for inkomstsamtalen og en for oppfølgingssamtalen.</p>			
<p>Utvikle org. forhold/kompetanseheving</p>	<p>1. Fagdager Pårørende og personalet etterspør kompetanstillførsel på en rekke felter som prosjektgruppen mener er egnet som temaer for fagdager:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undervisning om brukermedvirkning for å etablere en felles begrepsforståelse. • Om synet på aktivitet. Tilstrebe en felles forståelse for praksis. • Opplæring i lovverk. • Om hvordan makt og avmakt virker inn på forskjellige nivåer og sosiale arenaer. • Samtaleteknikk • Om demenssykdommen 	<p>Fag spl.</p>	<p>Start Høst 2008 Høst 2009</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>2. Samtalegruppe/selvhjelpsgruppe for pårørende Det etableres en samtalegruppe, en arena hvor pårørende kan ta opp saker på egne vegne. Noen pårørende har gitt uttrykk for at de har hatt god nytte av støttesamtaler. En slik gruppe kan med fordel ledes av en person uten tilknytning til sykehjemmet. Psykiatrisk sykepleier med erfaring fra gruppesamtaler vil være egnet til å lede en slik gruppe.</p> <p>3. Pårørendearbeid ved livets slutt Pårørendearbeidet må struktureres og innlemmes i Ottestadmodellen. Samtaleveiledning ved livets slutt vil være satsningsområde. Det lages en veileder for innhold i en slik samtale.</p> <p>4. Brukerundersøkelser Jevnlige brukerundersøkelser gjennom føres ved sykehjemmet. Brukerundersøkelser kan bli et grunnlag for å forbedre tilbudet til pasientene og deres pårørende.</p> <p>5. Større stillingsstørrelse Større stillinger vil gjøre det lettere å tilrettelegge for pårørende-samtaler.</p>	<p>Fag spl./demens koordn.</p> <p>Arb.gr. Pall..spl.</p> <p>Ledere</p> <p>Ledere</p>	<p>Høst 2008</p> <p>Høst 2008</p> <p>Høst 2008</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>6. Avsette tid til samtalen Det må tilrettelegges for mer tid til å forberede samtalen. Primærkontakt og ansvarlig sykepleier bør ha mest mulig sammenfallende turnus slik at de unngår å måtte møte på fritid.</p> <p>7. Ivaretagelse av pasienter uten pårørende Det må etableres en ordning som ivaretar de pasientene som av forskjellige årsaker velger bort sine pårørende eller som ikke har noen som kan møte til samtale. Det foreslås en årlig evalueringssamtale av pasienten mellom primærkontakt og pasientansvarlig sykepleier for å finne ut hvordan pasientens egeninteresser blir ivaretatt på sykehjemmet.</p> <p>8. Innlemme sykepleiestudentene Innlemme sykepleierstudentene i pårørendearbeidet og hva Ottestadmodellen går ut på, som ledd i å forbedre den kliniske praksisen som sykepleierstudentenes arena for læring.</p> <p>9. Arbeidsgruppas rammebetingelser En evaluering av arbeidsgruppas oppgaver og rammebetingelser vil bli nødvendig.</p>	<p>Tverrfaglig team Ledere</p> <p>Arb.gr. Ledere</p> <p>Hoved veil.</p>	<p>Vår 2009</p>	

Mål	Hvordan nå målet	Hvem gjør hva	Tidsplan	Oppfølging evaluering
	<p>10. Pårørende deltar i arbeidsgruppa Arbeidsgruppa for pårørende arbeid ved sykehjemmet utvides med deltaker fra de pårørende. Ikke nødvendigvis på fast basis, men som en ressurs i forbindelse med det årlige samarbeidsmøte mellom lederteam og arbeidsgruppa hvor fremdrifts planen blir bestemt, og ved noen av arbeidsgruppas samlinger utover i året.</p> <p>11. Rapporten Legevisittordningen med personalet opprettholdes. Rapporten er en viktig kilde til personalets kompetanseheving og til å drøfte pasientenes behandlingstilbud.</p>	<p>Ledere Arb.gr.</p>		

7. KONKLUSJON

Gjennom arbeidet med prosjektet, har prosjektgruppa ønsket å belyse om Ottestadmodellen styrker pasientenes mulighet for brukermedvirkning, og om den imøtekommer pårørendes behov for samarbeid og informasjon. På samme tid har undersøkelsen hatt som mål å forbedre den kliniske praksisen som sykepleiestudentenes arena for læring.

Prosjektgruppa konkluderer med at modellen styrker pasientenes mulighet for brukermedvirkning, og imøtekommer pårørendes behov for samarbeid og informasjon. Pasienten og pårørende får mulighet til medvirkning gjennom dialog med personalet, men fortsatt er det en del hindre i veien. Prosjektet har identifisert flere potensielle områder for forbedringer, og har gitt konkrete forslag til hvor det er mest hensiktsmessig å sette inn den videre innsatsen.

Modellen åpner opp for brukermedvirkning på et bredt grunnlag, men personalet må bli flinkere til å informere pårørende om hvilke områder de kan medvirke i. Jmfør undersøkelsen viser disse områdene seg å være: flytting, informasjon fra tilsynslegen, behandling og helseforandringer. Pårørende medgir at de opplever reell brukermedvirkning når det gjelder aktivitet, og at de her ser seg som en ressurs, men det kommer likevel klart fram av undersøkelsen, at både pårørende og personalet trenger opplæring i brukermedvirkning. Andre forhold som vanskeliggjør brukermedvirkning er personalets mangel på tid, for få ressurser, organisering av arbeidet i form av for stramme rammer.

Modellen gir mulighet for en god dialog mellom pårørende og personalet med gjensidig tillit og respekt som resultat. Undersøkelsen viser at begge grupper oppfatter samarbeidet som godt, selv om det finnes forbedringspotensialer. Modellen utfordrer tilvante rutiner og fastlåste mønstre og fordrer nytenkning.

Ved at personalet innlemmer sykepleiestudentene i det daglige pårørende-arbeidet og de planlagte samtale, vil det også forbedre studentenes læringsarena.

8. LITTERATURLISTE

- Aakre, Aas, Augunrud & Rugås. (2004). Mer enn en hage. *Sykepleien* 19(04), 19–22.
- Balteskard, B. (2006). Stues sammen på dagligstua. *Sykepleien* 15(06), 58–59.
- Berge, Axelsen, Nielsen, Nordhus & Ommundsen. (2003). *Samtaler som forandrer*. Oslo: Fagbokforl.
- Bergland, Å. & Hestetun, M. (2003). Fagutvikling: Samarbeid med pårørende i sykehjem. *Sykepleien* 18(03), 42–45.
- Bergland, Å., Kristiansen, M., Løvstad, A. & Mæland, H. (2004). Utvikling av hjelpemidler for å sikre at et godt samarbeid med pårørende: Erfaringer fra et fagutviklingsprosjekt ved Undervisningssykehjemmet i Oslo. *Sykepleien* 7(04).
- Bergland, Å., Hestetun, M. & Sellevold, S.G. (2003). Systematisk fagutvikling i sykehjem en måte å bedre tjenesten på: Erfaringer fra fagutviklingsprosjekter ved Undervisningssykehjemmet i Oslo. *Sykepleien* 7(03), 36–41.
- Borg, K., Hotvedt, K. (2007). Pårørendeskole – et satsningsområde: Eidem Krüger, R.M. et al. (red.) (2007). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Aldring og helse. Tønsberg: 306–312.

- Brækhus, H. (2002). Aldersdementes rettssikkerhet ved pleie og omsorg. *Demens* 6 (1), 29–31.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcript in qualitative research. *Nurse education today* 11, 461–466.
- Edgren, M. G. (2001) *Asta og hennes nærmeste. De pårørendes rolle i demensomsorgen*. Oslo: Kommuneforl.
- Egeland, L. og Gjerberg, E. (1996) *God kvalitet på sykehjem? Hva mener de pårørende? En studie blant pårørende ved 28 sykehjem i Norge*. Utredningsrapport nr. 1. Oslo: Folkehelsa.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2004). *Lærebok demens – fakta og utfordringer*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Gundersen, K. M. et al. (2003). Prosjekt undervisningssykehjem, Gjøvik: refleksjon som metode : en fruktbar vei til fag- og kompetanseutvikling: videreutdanningsstudentenes rolle i undervisningssykehjemprosjektet. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. (Høgskolen i Gjøviks rapportserie nr. 5)
- Hauglum, S. (2001). To fortellinger om brukarmedverknad. *Demens* 6 (4), 21–23.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. [Oslo]: Departementet. (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015: «Den gode dagen»*. [Oslo]: Departementet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 7. februar 1999 nr. 64*. Lokalisert 2. april 2008, på: Lovdata.
- Hodtvedt, K. (2004). *Lettere sagt enn gjort. Tiltak for pårørende til personer med demens: Rapport fra et prosjekt på to sykehjem*. Oslo: Kirkens bymisjon.

- Hodtvedt, K. & Smebye, K. L. (1999). *Fra fortvilelse til forståelse*. Oslo: INFO-banken.
- Høie, J. (2005). Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. *Tidsskriftet for den norske legeforening* 8(05), 13–14.
- Ingebretsen, R. (2006). Ansatte i demensomsorgen – på jobb og i relasjoner. *Aldring og livsløp* 3(06).
- Ingebretsen, R., Lyngroth, S.R. & Tamber, D.S.H. (2006). Å ha det godt i hverdagen. En basis for samarbeid mellom pårørende og ansatte i omsorgen for personer med demens. Oslo: *Geria rapport* 2(06).
- Kalve, M. (2007). *Brukermedvirkning – fra ord til handling*. Lokalisert på verdensveven 30. april 2007, på: www.kloverinstitusjoner.no
- Kommunenes sentralforbund. (2006). *Brukertilfredshet i institusjon*. Lokalisert på verdensveven 13. mars 2008, på: www.bedrekommune.no
- Lillevold, K. F. (2007). Husker du? *Sykepleien* 11(07), 67–69.
- Myaskja, A. (2005). *Metodebok: Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2002). *Kvalitet i sykehjem slik pårørende ser det*. Oslo.
- Nordisk database for demensomsorg. (2006). *Pårørende til personer med demensomsorg i et nordisk perspektiv*. Lokalisert på verdensveven desember 2006, på: www.nordiskdemens.org
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Lokalisert 2. april 2008, på: Lovdata.
- Peyroth, M. F. (1982). Problem ownership: I Rønning, R. og Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren* (s. 41). Oslo: Universitetsforl.

- Rønning, R. og Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo. Universitetsforl.
- Selnes, K. (2003). *Toleranse og ferdighet: Etablering og drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens*. (Oslo). Nasjonalt kompetansesenter.
- Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskriftet for den norske legeforening* 1(04), 63–64.
- Solheim, K., Winge, K., Wogn-Henriksen, K. (1997). *Alderspsykiatriens-ABC: et studieopplegg i alderspsykiatri : tilrettelagt for pleie- og omsorgspersonell i helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Sem: Info-banken.
- Soria Moria-erklæringen (2005). *Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005–09*. [Oslo]: Regjeringen.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene: omsorg 2000*. [Oslo]: Departementet. (St.meld. nr. 28 (1999-2000)).
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Lokale bemanningsnormer i sykehjem: Den norske legeforening*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?... og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*.
- Stabell, A. S. & Nässelquist, K. (1999). *Kompetanseheving og kvalitetsforbedring på sykehjem*. Oslo: Høgskolen i Oslo.

Tingvatn, B. S. (2004). *Samarbeid og kommunikasjon med pårørende: Pårørendeprosjekt ved et undervisningssykehjem*. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i Geriatri.

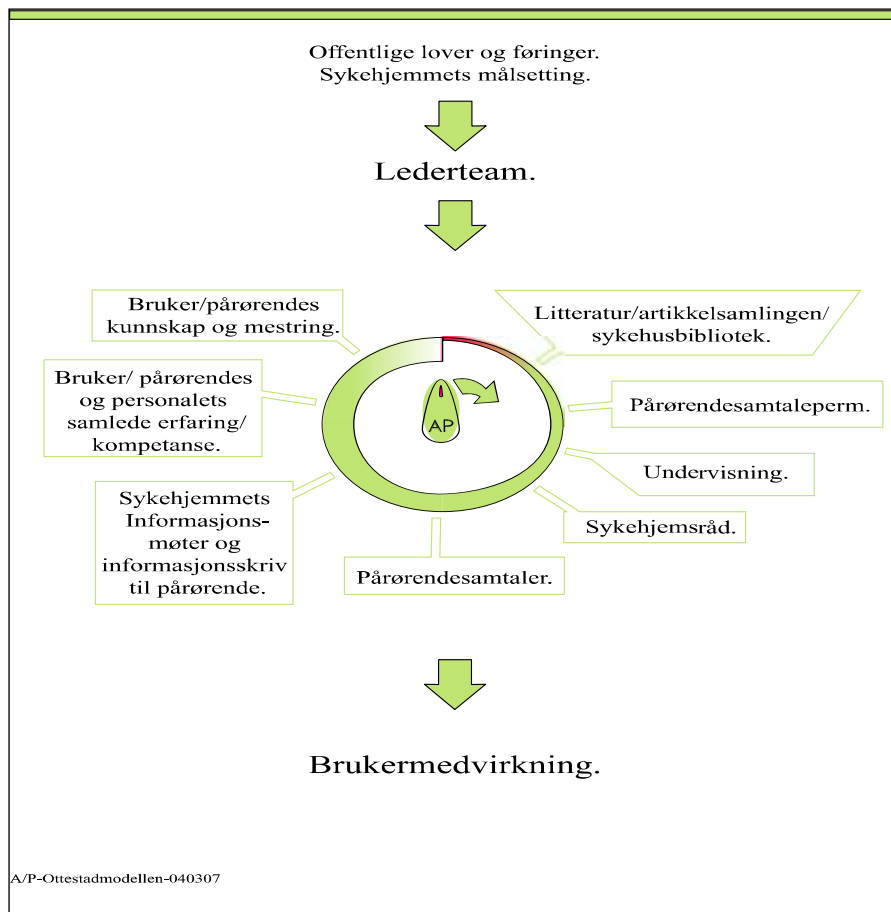
Østby, B.A. (2006). Lite aktivt på sykehjem. *Sykepleien* 2(06).

Wraalsen, T. (2007). *Kommentar til omsorgsmeldingen*. Lokalisert på verdensveven 8. desember 2007, på: www.helsebiblioteket.no

VEDLEGG

Vedlegg 1: Ottestadmodellen for pårønderarbeid og samarbeid	112
Vedlegg 2: Spørreundersøkelse ved Ottestad sykehjem	113
Vedlegg 3: Temaguide for intervju-undersøkelse med pårørende	117
Vedlegg 4: Temaguide for intervju med personalet	118
Vedlegg 5: Påminnelse	119
Vedlegg 6: Spørreskjema til personalet	120
Vedlegg 7: Spørreskjema til pårørende	124
Vedlegg 8: Aktivitetskalender	128
Vedlegg 9: Datatilsynet	129

Vedlegg 1: Ottestadmodellen for pårørendearbeid og samarbeid



Ordforklaring: AP= Arbeidsgruppe for pårørendearbeid

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse ved Ottestad sykehjem

Ottestad sykehjem ønsker å ha et godt samarbeid med pårørende for å støtte pasientens brukermedvirkning i størst mulig grad. Det har vært en av grunnene til et systematisk arbeid for å kvalitetssikre pårørendearbeidet ved Ottestad sykehjem de siste 5 årene.

Arbeidet startet med en fagdag for de ansatte med litteraturstudier og samtaler om temaet. Målet var å sette oss i bedre stand til å ivareta pasient og pårørendes behov, og orienterte oss om retningslinjer og lovverk på området. I etterkant ble det opprettet en arbeidsgruppe som nå arbeider med å systematisere pårørendearbeidet, hvor de ulike enhetene ved sykehjemmet er representert. Fra å ha gjennomført den første pårørendesamtalen i 2002 ble de strukturerte og planlagte pårørendesamtaler videreført til hele sykehjemmet i 2005. Med pårørendesamtaler innlemmes samtalen ved innkomst (innledningsfasen), den årlig samtalen (samarbeidsfasen) og oppfølgingsamtaler (oppfølgingsfasen) utover det.

Struktur og retningslinjer for disse samtalene er utarbeidet av arbeidsgruppa i en perm på hver enhet. Vi kaller dette systemet for Ottestadmodellen for pårørendearbeid. Permen skal være en hjelp og veiledning til de ansatte, og bidra til å få et mest mulig likt tilbud og en god kvalitet på samtalene med pårørende på sykehjemmet.

Nå er det et ønske om å evaluere arbeidet, slik at det kan bli enda bedre. Vi er opptatt av hva pårørende og ansatte er fornøyd eller misfornøyd med, og setter stor pris på om dere kan hjelpe oss ved å svare på spørsmålene i spørreundersøkelsen. Det vil styrke muligheten til å forbedre pårørendearbeidet. Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet har sagt seg villig til å være behjelpelig med bearbeidingen av de utfylte skjemaene statistisk.

For å få utfyllende synspunkter på svarene, ønsker vi å intervju noen pårørende og ansatte i etterkant av spørreundersøkelsen. Utvelgelsen vil basere seg på de tilbakemeldingene som er avgitt, for å få en bredest mulig vurdering av arbeidet. Deltakelse til det er frivillig.

Spørsmål vedrørende undersøkelsen kan rettes til Ottestad sykehjem, tlf:
62585720 ved

Morten Heia, Anne Haugen eller Tone Sandvold.

På forhånd takk !

Om utfylling av skjemaet

- Svaret gis ved å sette ett kryss for hvert spørsmål, evt. flere kryss ved antall samtaler.
- Siden undersøkelsen går ut til både pårørende og ansatte ved sykehjemmet, vil noen av spørsmålene være spesielt tilpasset disse gruppene.

Spørsmål til pårørende:

Ditt slektskap til pasienten er:

Ektefelle/samboer:

Sønn/datter:

Bror/søster:

Annet:

Hvor ofte har du kontakt med pasienten pr. telefon?

Daglig:

2–3 ganger pr. uke:

Under 1 gang pr. uke:

En gang pr. måned:

Sjeldnere:

Hvor ofte har du direkte kontakt med pasienten gjennom besøk?

Daglig:

2–3 ganger pr. uke:

Under 1 gang pr. uke:

En gang pr. måned:

Sjeldnere:

Spørsmål til alle:

Alder:

Under 30 år:

30–40 år:

41–66 år:

67–79 år:

Over 80 år:

Hvilke pårørendesamtaler har du deltatt ved?

Samtale ved/like etter innkomst:

Samtale etter 1 år :

Samtale etter 2 år:

Samtale etter 3 år:

For pårørende og ansatte som vil være behjelpelig med intervju i etterkant av undersøkelsen:

Navn:

Adresse:

Telefon:

Svarskjemaet til pårørende kan legges i vedlagte, frankerte konvolutt og returneres Ottestad sykehjem, merket spørreundersøkelse, innen 14 dager etter mottatt skjema. De ansatte kan legge svaret i posthyllen til Morten Heia, Tone Sandvold eller Anne Haugen.

Vedlegg 3: Temaguide for intervjuundersøkelse med pårørende

Informasjon

Helsetilstand

Tilsynslege

Kvaliteten på den informasjonen som gis

Mengden av informasjon som blir gitt

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende?

Samarbeid

Pårørendesamtalen

Påvirkningsmulighet

Flytting

Forholdet mellom pårørende og personalet

Brukermedvirkning

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende?

Oppfølging

Opplevelsen av å bli ivaretatt som pårørende

Kontinuiteten når det gjelder oppfølging over tid

Ivaretar pårørendesamtalene behovet for informasjon og samarbeid

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende?

Vedlegg 4: Temaguide for intervju med personalet

Informasjon

Forberedelse for pårørendesamtalen

Gjennomføring av samtalen

Innholdet i de årlige samtalen med pårørende

Kjennskap til lovverket som det informeres om

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende?

Samarbeid

Tilsynslegen

Flytting

Forholdet mellom pårørende og personalet

Brukermedvirkning

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende?

Oppfølging

Personalets tilgjengelighet overfor pårørende

Oppfølging av pasienten ut fra opplysninger som er gitt av pårørende

Kontinuiteten når det gjelder oppfølging over tid

Ivaretar modellen behovet for informasjon og samarbeid

Spesielt tilfredsstillende?

Spesielt utilfredsstillende

Vedlegg 5: Påminnelse



STANGE KOMMUNE

Påminnelse

Tirsdag 17 april sendte vi deg en spørreundersøkelse angående pårørende-arbeidet ved Ottestad sykehjem.

For å få størst mulig grad av representative svar, er vi avhengig av at så mange som mulig svarer på spørreskjemaet. Derfor denne henvendelse.

Dersom du har spørsmål i forbindelse med utfyllingen, eller trenger å få nytt spørreskjema tilsendt, vil Anne R. Haugen, Tone Sandvold eller Morten Heia ved Ottestad sykehjem være behjelpelig med dette.

Vi er å treffe på telefon 62585720.

Med vennlig hilsen

Prosjektgruppa for kvalitetsundersøkelsen
ved Ottestad sykehjem

Adresse:
Håkenstadv. 14, 2312 Ottestad
Telefon: 62 58 57 20
Telefaks: 62 58 57 21

E-post:
ottestad.sykehjem@stange.kommune.no
<http://www.stange.kommune.no>

Bankgiro:
1822.2216466

Org.no 9701 69 717 M.V.A

Vedlegg 6: Spørreskjema til personalet

Kvalitetsarbeid ved Ottestad Sykehjem

Skjema nr:
Personalet

Bakgrunn for undersøkelsen

Ottestad Sykehjem har som mål å ha et godt samarbeid med pårørende for å støtte pasientens brukermedvirkning i størst mulig grad. I den sammenheng inviteres det til samtaler med pårørende under forutsetning av at pasienten samtykker til det. Samtalene er innlemmet i det som etter hvert er blitt kalt for Ottestadmodellen, og som er å betrakte som et verktøy til kvalitetsutvikling og samarbeid med pårørende.

Tiden er kommet for å evaluere Ottestadmodellen, slik at dette samarbeidet kan forbedres ytterligere. Vi er interessert i å vite hva du som ansatt mener om informasjon, samarbeid og oppfølging når det gjelder pleien og omsorgen som utføres ved Ottestad Sykehjem. Vi setter stor pris på om du vil hjelpe oss med å svare på spørsmålene i spørreskjemaet. På den måten kan vi forbedre tilbudet til pasientene, og stadig kunne tilpasse oss pasientenes og pårørendes behov.

Informasjon om utfylling av skjema:

- * Svar gis ved å sette et kryss for hvert spørsmål, i den ruten som tilsvarer den oppfatningen du har.
- * I spørreskjemaet benyttes begrepet pasient. Med det menes han eller hun som bor på sykehjemmet
- * Utfylt skjema legges i egen konvolutt på vaktrommet der du arbeider, innen en uke etter at du har mottatt det.

Samtykke til å delta:

- * Å medvirke i spørreundersøkelsen er frivillig. Returnering av utfylt skjema, er å regne som informert samtykke til å delta.

Opplysninger om deg som ansatt:

Kjønn:		Mann	Kvinne
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alder:		< 30år	31-40år
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke faggruppe tilhører du?		Omsorgsarbeider/ hjelpepleier	Assistent
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange års erfaring har du i faget ?		<5 år	6-10 år
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor stor er stillingsbrøken din		< 50%	50 - 75%
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved hvilke planlagt pårørendesamtale har du deltatt ? (Her kan du krysse i flere ruter)		Innkøst	1 år
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 år	3 år
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du deg trygg på gjennomføringen av pårørendesamtalen		Ja	Nei
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Delvis	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan gjennomføres vanligvis samtalen med pårørende, - er du alene eller sammen med en annen ansatt:		Alene	Med spl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Med hj.pl	Assistent
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På spørsmålene som nå følger, ber vi deg oppgi hvor fornøyd du er med tjenestene ved å sette et kryss for hvert spørsmål i den ruta som samstemmer med din oppfatning:

Informasjonen som gis under pårørendesamtalen.		Svært fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med:					
1	Informasjonen som gis til pårørende i invitasjonsbrevet fra sykehjemmet før den første samtalen				
2	Pårørendes muligheter til å kunne stille spørsmål i forhold til den informasjonen de får				
3	Mengden av informasjon som blir gitt				
4	Tiden du får til å forberede deg før samtalen				
5	Informasjonen pårørende får om dagliglivet på avdelingen ved inntakssamtalen				
6	Informasjon om pasientens helsetilstand som blir gitt av personalet				
7	Informasjon pårørende får om muligheten til å snakke med tilsynslegen				
8	Informasjonen som gis under pårørendesamtalen samlet sett				
9	Informasjonen som pårørende får om Ottestad Sykehjem				
10	Din kjennskap til pårørendes rett til å medvirke på pasientens vegne.				
11	Din kjennskap til helsepersonells informasjonsplikt overfor pårørende				

Skriv gjerne kommentarer når det gjelder styrker og svakheter ved den informasjonen som blir gitt, og måten den blir gitt på: (Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Pårørendesamtalen og muligheten for samarbeid		Svært fornøyd	Fornøyd	Mis-fornøyd	Svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med:					
12	Tiden som er avsatt for pårørendesamtaler				
13	At pårørendesamtalen foregår på dagtid				
14	Hypptigheten av pårørendesamtalene				
15	Oppfølgingen av avtaler som er gjort mellom deg og pårørende				
16	Pårørendesamtaler som virkemiddel for å fremme samarbeidet mellom pårørende og personalet				
17	At pårørende får være med å påvirke forhold som de mener har betydning for tilbudet til pasienten i praksis				
18	At opplysningene pårørende gir til personalet blir brukt				
19	Måten det blir tilrettelagt for pårørende når det gjelder å få snakke med tilsynslegen				
20	Pårørendes mulighet til å være med pasienten på aktiviteter og ulike servicetilbud				
21	Hvordan pårørende blir ivaretatt på sykehjemmet				
22	Forhåndsinformasjon til pårørende i de tilfeller du har vært med på å flytte pasienter til annen avdeling.				
23	Sykehjemmets håndtering av flytting av pasienter				
24	Ottestadmodellen slik den framstår i dag				

Skriv gjerne kommentarer i forhold til styrker og svakheter når det gjelder samarbeidet mellom deg og pårørende:

(Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Pårørendesamtalen og muligheten for oppfølging		Svært fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med:					
25	At sykehjemmet arrangerer informasjonsmøter for pårørende hvert halvår				
26	Informasjonsskrivet fra sykehjemmet til pårørende som sendes ut før jul og til sommeren				
27	Tilbudet til pårørende om oppfølgingssamtale				
28	Innholdet i den årlige oppfølgingssamtalen du har med pårørende.				
29	Personalets tilgjengelighet når pårørende har behov for det				

Skriv gjerne noen kommentarer om styrker og svakheter ved personalets oppfølging av pasienten og pårørende:

(Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Er det andre forhold som du mener er viktige når det gjelder samarbeidet med personalet på sykehjemmet ?

(Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Spørsmål vedrørende skjemaet kan rettes til: Morten Heia, Anne R Haugen eller Tone Sandvold på telefon nr: 62 58 57 53 (Avdeling 1. Skjermet enhet) eller telefon nr: 62 58 57 20 (Ekspedisjonen).

Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene

Med vennlig hilsen prosjektgruppa for pårørendearbeid ved Ottestad Sykehjem.

Morten Heia, Anne R Haugen og Tone Sandvold

Vedlegg 7: Spørreskjema til pårørende

Kvalitetsarbeid ved Ottestad Sykehjem

Skjema nr:

Pårørende

Bakgrunn for undersøkelsen

Ottestad Sykehjem har som mål å ha et godt samarbeid med pårørende for å støtte pasientens brukermedvirkning i størst mulig grad. I den sammenheng inviteres det til samtaler med pårørende under forutsetning av at pasienten samtykker til det. Samtalene er innlemmet i det som etter hvert er blitt kalt Ottestadmodellen, og som er å betrakte som et verktøy til kvalitetsutvikling og samarbeid med pårørende.

Tiden er kommet for å evaluere Ottestadmodellen, slik at dette samarbeidet kan forbedres ytterligere. Vi er interessert i å vite hva du som pårørende mener om informasjon, samarbeid og oppfølging når det gjelder pleien og omsorgen som utføres ved Ottestad Sykehjem. Vi setter stor pris på om du vil hjelpe oss med å svare på spørsmålene i spørreskjemaet. På den måten kan vi forbedre tilbudet til pasientene, og stadig kunne tilpasse oss pasientenes og pårørendes behov.

Informasjon om utfylling av skjema:

- * Svar gis ved å sette et kryss for hvert spørsmål, i den ruten som tilsvare den oppfatningen du har.
- * I spørreskjemaet benyttes begrepet pasient. Med det menes han eller hun som mottar hjelp, og som du er pårørende til.
- * Skjemaet legges i vedlagte, frankerte konvolutt og returneres innen en uke etter mottatt skjema.

Samtykke til å delta :

- * Å medvirke i spørreundersøkelsen er frivillig. Returnering av utfyllt skjema, er å regne som informert samtykke til å delta.

Opplysninger om deg som pårørende:

	Mann	Kvinne			
Kjønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alder	< 40 år	41 - 65 år	66 - 79 år	> 80 år	
Ditt slektsforhold til pasienten	Ektefelle	Barn	Søsken	Annet	
Hvor ofte har du telefonkontakt med pasienten ?	Daglig	2-3x/uke	ca 1x/uke	sjeldnere	
Hvor ofte har du direkte kontakt med pasienten ?	Daglig	2 - 3x/uke	ca 1x/uke	ca 1x/mnd	sjeldnere
Ved hvilken pårørendesamtale har du deltatt?	Innkoms	1 år	2 år	3 år	

På spørsmålene som nå følger, ber vi deg oppgi hvor fornøyd du er med tjenestene ved å sette et kryss for hvert spørsmål i den ruta som samstemmer med din oppfatning:

Informasjonen som gis under pårørendesamtalen:		Svært fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med:					
1	Informasjonen du fikk i invitasjonsbrevet fra sykehjemmet for den første pårørendesamtalen				
2	Muligheten til å kunne stille spørsmål i forhold til den informasjonen som du har fått				
3	Mengden av informasjon som er blitt gitt				
4	Informasjonen du fikk om dagliglivet på avdelingen ved den første samtalen				
5	Informasjon om pasientens helsetilstand som blir gitt av personalet				
6	Informasjonen om muligheten til å snakke med tilsynslegen				
7	Svarene på de spørsmålene som opptar deg				
8	Informasjonen du har fått om Ottestad sykehjem				
9	Informasjonen du har fått under pårørendesamtalene samlet sett				
10	Informasjonen du har fått om dine rettigheter som pårørende.				

Skriv gjerne kommentarer når det gjelder styrker og svakheter ved den informasjonen du har fått og måten den er blitt gitt på: (Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Pårørendesamtalen og muligheten for samarbeid:		Svært fornøyd	Fornøyd	Mis- fornøyd	Svært misfornøyd
11	Tiden som er avsatt for pårørendesamtaler				
12	At pårørendesamtalen foregår på dagtid				
13	Hyppeggheten av pårørendesamtalene				
14	Oppfølgingen av avtaler som er blitt gjort mellom deg og personalet				
15	Hvordan du selv blir ivaretatt som pårørende ved sykehjemmet				
16	Pårørendesamtaler som virkemiddel for å fremme samarbeidet mellom pårørende og personalet				
17	At du som pårørende får være med å påvirke forhold som du mener har betydning for tilbudet til pasienten i praksis				
18	At du blir betraktet som en ressurs for pasienten				
19	Måten det blir tilrettelagt for pårørende når det gjelder å få snakke med tilsynslegen				
20	Muligheten til å være med pasienten på aktiviteter og ved ulike servicetilbud				
21	Personalets kjennskap til pasientens bakgrunn, ønsker og vaner				
22	Den måten personalet bruker de opplysningene som er gitt				
23	Forhåndsinformasjon og sykehjemmets håndtering av flytting i de tilfellene du har opplevd at pasienter har flyttet til annen avdeling				
24	At pasienter må flytte til annen avdeling dersom behovet for hjelp endres				

Skriv gjerne kommentarer i forhold til styrker og svakheter når det gjelder samarbeidet med personalet:

(Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Pårørendesamtalen og muligheten for oppfølging:		Svært fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Svært misfornøyd
Hvor fornøyd er du med:					
25	Informasjonsmøtene som sykehjemmet arrangerer for pårørende hvert halvår				
26	Informasjonsskrivet fra sykehjemmet til pårørende som sendes ut før jul og til sommeren				
27	Tilbudet om oppfølgingssamtale				
28	Innholdet i den årlige oppfølgingssamtalen som du har med personalet				
29	Personalets tilgjengelighet når du har behov for det.				

Skriv gjerne kommentarer i forhold til oppfølgingen av deg som pårørende og i forhold til pleien og omsorgen av pasienten: (Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Har du andre synspunkter som vedrører samarbeidet mellom personalet og deg som pårørende ? (Bruk gjerne baksiden av arket ved behov)

Spørsmål vedrørende skjemaet kan rettes til: Morten Heia, Anne R Haugen eller Tone Sandvold på telefon nr: 62 58 57 53 (Avdeling 1. Skjermet enhet) eller telefon nr: 62 58 57 20 (Ekspedisjonen).
Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene

Med vennlig hilsen prosjektgruppa for pårønderarbeid ved Ottestad Sykehjem.
Morten Heia, Anne R Haugen, Tone Sandvold

Vedlegg 8: Aktivitetskalender

Ottestad sykehjem 2008

DATO	AKTIVITET
01.02.08	Bjørn Spellemænn kommer! Kl.12.00 Sanggruppe i vestibyen
02.02.08	
03.02.08	Fastelavenssøndag
04.02.08	Høytlesning på nord
05.02.08	Andakt kl. 12.00 i vestibyen
06.02.08	Røde kors besøkstjeneste kommer til en fløy. Ca. kl.11.00 Kl. 16.00-18.00 Kiosk Kl.12.30 Elisabeth Schmadeke spiller i vestibyen.
07.02.08	Lager vaffler på sør
08.02.08	Kl.12.00 Sanggruppe i vestibyen
09.02.08	
10.02.08	
11.02.08	Baker på nord+høytlesning
12.02.08	Vi drar på tur, avreise kl.10.30 (værforbehold)
13.02.08	Røde kors besøkstjeneste kommer til en fløy. Ca. kl.11.00 Kl. 16.00-18.00 Kiosk
14.02.08	Kl. 11.15 Starter med litt maling av bilder. (rullerer på avd.)
15.02.08	Kl.12.00 Sanggruppe i vestibyen Kl.17.30 Pinsemenigheten
16.02.08	
17.02.08	
18.02.08	Kl. 11.30 BINGO på øst for alle som vil
19.02.08	Vi går på eldretreff.
20.02.08	Røde kors besøkstjeneste kommer til en fløy. Ca. kl.11.00 Kl. 16.00-18.00 Kiosk Kl.11.00 Bankdag
21.02.08	Vi drar på tur avreise kl.10.30 (værforbehold)
22.02.08	Kl.12.00 Sanggruppe i vestibyen
23.02.08	
24.02.08	
25.02.08	Kl. 11.15 Høytlesning på nord
26.02.08	Kl.11.00 bakedag på øst
27.02.08	Røde kors besøkstjeneste kommer til en fløy. Ca. kl.11.00 Kl. 16.00-18.00 Kiosk
28.02.08	Skuddårsfest! kl.17.00 Underholdning i vestibyen
29.02.08	Kl.12.00 Sanggruppe i vestibyen

Vedlegg 9: Datatilsynet



Ottestad sykehjem
V/spesialsykepleier i geratri
Håkenstadvn 14
2312 Ottestad

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
KBK/ltw

Dato
26.04.2007

Kvittering for mottatt melding

Med dette gis kvittering for mottak av en melding om behandling av personopplysninger, datert 18.04.07.

Datatilsynets referansenummer på meldingen er: 29905

Vær oppmerksom på følgende:

1. Denne kvitteringen er bare en bekreftelse på at Datatilsynet har **registrert** meldingen i sin database. Meldingen er ikke gjennomgått og godkjent, men er kun ment som en orientering til tilsynet om at behandlingen finner sted. Det vil ikke komme en godkjenning i etterkant av denne kvitteringen, siden det er den ansvarlige selv som skal passe på at kravene i personopplysningsloven er oppfylt. Behandlingen kan iverksettes/ fortsette ved mottak av denne kvitteringen.

Meldeplikten er regulert i personopplysningsloven § 31 og helseregisterloven § 29.Ta kontakt med Datatilsynet dersom det er tvil om lovligheten i behandlingen.

2. Meldingen må fornyes dersom det skjer endringer i behandlingen av personopplysninger som går utover rammene av det som er meldt inn.
3. Meldingen **skal fornyes etter tre år** dersom behandlingen fortsatt finner sted. Dette gjelder selv om det ikke har skjedd endringer i behandlingen. Etter tre år vil meldingen automatisk fjernes fra databasen uten at det sendes ut varsel. Det er den behandlingsansvarlige selv som har ansvar for å fornye meldingen.

Meldingens innhold er offentlig tilgjengelig, og kan finnes på denne adressen:
<http://www.datatilsynet.no>

Med hilsen

Knut-Brede Kaspersen (e f) (sign)
avdelingsdirektør

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Og nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no