



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGÅVE

Tittel: «På rett spor?» Erfaringar frå samhandling mellom ambulerande alderspsykiatrisk team og sjukeheimstilsette innan demensomsorg

Engelsk tittel: «On the right track?» Experiences of coordination between age-psychiatric ambulatory team and nursing staff in dementia care

Terese Bjordal

Master i samhandling innan helse – og sosialtenester

Avdeling for Helsefag

Rettleiarar Anne Marie Sandvoll og Merete Dale

16. juni 2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

INNHALD

SUMMARY.....	6
1 INTRODUKSJON.....	1
1.1 Formål og val av problemstilling	2
1.2 Avklaring av omgrep i problemstillinga.....	2
1.3 Litteratursøk	3
2.1 Omsorg for pasientar med sjukdomen demens.....	4
2.2 Å vere omsorgsgivar for personar med demens.....	6
2.2.1 Miljø og personsentrert tilnærming.....	7
2.2.2 Kommunal omsorg under press.....	9
2.2.3 Rettleiing, refleksjon og meistringskompetanse	10
2.3 Distriktpsikiatriske senter og alderpsikiatriske ambulerande team	11
2.4 Nasjonale føringar.....	12
2.5 Refleksjon hos omsorgsgivar.....	14
3 METODE.....	15
3.1 Forforståing	16
3.2 Rekruttering og utval	17
3.3 Gjennomføring av intervju	18
3.4 Transkribering.....	20
3.5 Analyse.....	21
3.6 Etske vurderingar/ truverde.....	23
3.7 Diskusjon av metode.....	24
4 PRESENTASJON AV FUNN	25
4.1 Ønske om kompetanseoppbygging.....	26
4.1.1 På rett spor?	26
4.2 Meistring av utfordrande åtferd	28
4.2.1 Tøffe tak.....	29
4.2.2 Varierande oppfølging og nytte av tiltak.....	30
4.2.3 Behov for betre samhandling.....	32
5 DISKUSJON	33
5.1 Behov for ambulante tenester	34
5.2 Informasjon og kjennskap til tenesta	34
5.3 Rettleiing sentralt for auka kompetanse.....	36
5.4 Behov for observasjon.....	38
5.5 Personentrert tilnærming.....	40
5.6 Motivasjon for rettleiing	42
5.7 På kvar sin stubbe eller samhandling?	43
5.8 Korleis er samarbeidet?	43

5.9 Demensomsorg under press	46
5.10 Krevjande å utføre tvang	49
6 Konklusjon	50
6. 1 Implikasjonar for praksis og framtidig forskning	50
Litteraturliste.....	52

Vedlegg 1: Informasjon om studien og erklæring om samtykke

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning frå NSD

Vedlegg 4: Søktabell

FORORD

Denne masteroppgåva er skriven ved Høgskulen på Vestlandet, campus Førde våren 2017 og markerer avslutninga på studiet master i samhandling innanfor helse- og sosialtenester. Oppgåva er skriven innanfor området samhandling og er knytt til forskingsprosjektet «Erfaringar med alderspsykiatrisk verksemd. Ein kvalitativ studie- alderspsykiatriske lidingar og demens» som tek sikte på å hente inn kunnskap om korleis dei pårørande og primærhelsetenesta samhandlar med ambulant alderspsykiatrisk team. I tillegg vil eg skildre arbeidsmetodane til personalet i eit ambulerande alderspsykiatrisk team. Formålet med denne oppgåva har vore å sjå på korleis tilsette ved sjukeheim opplever tilbodet frå eit ambulerande alderspsykiatrisk team frå spesialisthelsetenesta når det pasientar med demens som har utfordrande åtferd.

Eg vil takke arbeidsgivar i denne perioden, Høgskulen på Vestlandet, campus Førde, som har lagt til rette for oppgåveskriving. Takk til gode kollegaer som gjennom heile prosessen har kome med oppmuntrande ord, gode råd og støtte.

Ein stor takk til mine dyktige rettleiarar Anne Marie Sandvoll og Merete Dale. De har gitt verdifull tilbakemeldingar og gitt god oppfølging undervegs i heile prosessen. De har vist stor imøtekommenheit og har alltid hatt oppmuntrande kommentarar. Utan dykk hadde dette prosjektet vore vanskelig å gjennomføre!

Ein spesiell takk til min medstudent Tanja Strandheim som gjennom desse tre åra har motivert meg framover og hatt stor tru på at vi skulle klare å gjennomføre dette.

Vidar, Lotte & Fabian, tusen takk for at eg har fått muligheiten til å gjere dette, de har vore ein veldig god heilagjeng!

Avslutningsvis vil eg takke informantane som har gjort dette prosjektet mulig. De har velvillig delt av dykkar tid og erfaringar.

Tusen takk alle saman!

SAMANDRAG

Samandrag:

Tittel: På rett spor? Erfaringar frå samhandling mellom ambulerande alderspsykiatrisk team og sjukeheimstilsette innanfor demensomsorg

Problemstilling: Korleis erfarer dei tilsette ved sjukeheim rettleiing frå alderspsykiatrisk ambulerande team når det gjeld pasientar med demens som har utfordrande åtferd?

Bakgrunn: Dei offentlege omsorgstenestene har sidan 1970- åra vore i sterk vekst og forløparen til samhandlingsreforma la vekt på tenesteyting på lågaste effektive omsorgsnivå. Opptappingsplan for psykiske helse vart derfor innført i 1999. I tråd med dette har spesialisthelsetenesta redusert institusjonskapasiteten medan distriktskykiatriske senter (DPS) og tenester i kommunal regi er under oppbygging. Behovet for koordinerte helsetenester er sentralt i samhandlingsreforma og den lovpålagde råd- og rettleiingsplikta som spesialisthelsetenesta har overfor kommunale helse- og omsorgstenester, er eit viktig verkemiddel. Derfor vert ambulerande alderspsykiatrisk team anbefalt for å møte pasienten i nærmiljø hans/hennarog på den måten styrke tilbodet innan alderspsykiatri og demens. Pasientar innanfor alderspsykiatri og pasientar med demens som har åtferdsendingar vert ofte viste vidare til alderspsykiatrisk team.

Mål: Målet med studien er å få kunnskap om korleis dei tilsette ved sjukeheimen opplever rettleiing frå alderspsykiatrisk ambulerande team.

Metode: Det er i studien nytta kvalitativ metode, med semistrukturerte, individuelle intervju. Seks profesjonsarbeidarar som jobbar ved fire sjukeheimar har vore intervjuet. I analysen av datamaterialet vart det nytta systematisk tekstkondensering som metode.

Resultat: Funna viser at informantane nyttar seg av tenesta frå ambulerande alderspsykiatrisk team og opplev at den er til god hjelp. Men informantane ønsker enno meir rettleiing knytt til direkte observasjon i samhandlinga mellom pasient og helsepersonell. Dette for å vite om dei er på rett spor i arbeidet med personar med demens og for å få meir kompetanse. Informantane opplev tøffe tak i høve pasientar med demens som har utfordrande åtferd. Alle informantane meinte samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste måtte bli betre og dei etterlyste meir informasjon om tilbodet frå alderspsykiatrisk ambulerande team.

Konklusjon: Primærhelsetenesta nyttar spesialisthelsetenesta for fagleg kompetanseoppbygging, men har behov for enno meir direkte rettleiing i samhandlingssituasjonar mellom pasient og omsorgsgivar. Samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste må bli betre og det er viktig at informasjon om tilbodet frå aldersgeriatrik ambulerande team vert kjent.

Nøkkelord: ambulerande, aldersgeriatrik team, pasientar med sjukdomen demens som har utfordrande åtferd, rettleiing, meistring, samhandling, sjukeheimstilsette

SUMMARY

Abstract

Title: On the right track? Experiences of coordination between nursing staff and age- psychiatric ambulatory team in dementia care

Research question: How does the staff at nursing homes experience guidance from the age- psychiatric ambulatory team in relation to patients with dementia with challenging behavior?

Background: Since the 1970s, the public patient care systems have evolved greatly and been the predecessor for interaction reforms, which focus on service at the lowest effective level of care. Emphasis on mental health with a plan for improvement was therefore introduced in 1999.

In line with this, specialist health services have reduced institutional capacity while district psychiatric centers (DPS) and municipal services are under development.

The need for coordinated health services is central to interaction reforms, and mandated guidance in relation to municipal health and care services by specialist health services is an important tool.

Therefore, the ambulatory geriatric psychiatric team is encouraged to meet patients in their own environment. This not only removes the strain of travelling for patients, but can also strengthen the service provided within geriatric psychiatry and dementia. Geriatric patients and patients with dementia who experience behavioral changes are often referred to the geriatric psychiatric team.

Objective: The aim of the study is to gain knowledge about how staff at nursing homes experience counseling from the geriatric psychiatric ambulatory team

Method: The study implements qualitative research, with semi-structured individual interviews. Six professionals in four different nursing homes have been interviewed. Systematic text condensation was used in the analysis.

Results: The study shows that the respondents benefits from the specialists health service and they experience that the service is useful. However, the respondents still want more guidance linked to direct observation in the interaction between patient and health professionals. They want feedback if they are on track or not. The respondents experience some times challenging coordination in dementia care. The coordination between municipality and the special health service needs to improve and the information about the ambulatory psychiatric service must be available.

Conclusion: Municipal Health utilizes specialist health service for for professional competencebuliding, but need more direct guidelines between patient and caregiver. The interaction between the municipality and the special health services needs to improve and the information about the ambulatory psychiatric service must be available.

Keywords: Age- psychiatric ambulatory team, dementia with challenging behavior, counseling, coordination, nursing staff

1 INTRODUKSJON

Om lag 80 prosent av dei som bur på sjukeheim i Noreg har ein demensdiagnose (Wergeland, Selbæk, Høgset, Söderhamn, & Kirkevold, 2014). Over halvparten av desse har klinisk signifikante åtferdsendingar og psykologiske symptom (APSD) (Wergeland et al., 2014). Åtferdssymptom og psykologiske symptom er vanleg ved alle demenstypar, men fordelinga av enkeltsymptom kan variere. Symptoma kan halde fram i opptil to år, men hovudregelen er at symptoma kjem og går, dette påverkar livskvaliteten til pasienten og dei pårørande (Selbæk, 2005). Dei mest vanlege psykologiske symptoma er depresjon, angst, hallusinasjonar, vrangførestillingar og søvnforstyrningar. Når det gjeld åtferdsymptom, kan det omfatte aggresjon (verbal og fysisk), vandring, rastløyse, uhemma åtferd, apati og irritabilitet (Rokstad, 2005). Tilsette som yter omsorg for personar med APSD, er meir utsette for stress og blir oftare utbrende. I tillegg har dei auka risiko for nedsett meistringskjensle (Jeon, Luscombe, Chenoweth, Stein-Parbury, Brodaty, King, Haas, 2012; Rogstad & Nåden, 2011). Tilsette i sjukeheim har derfor ofte behov for rettleiing i det daglege arbeidet med personar med demens som har åtferdsendingar og psykologiske symptom. Helsepersonell som er tilsett i statlege helseinstitusjonar, skal gi dei råda og rettleiinga som krevst for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse sine oppgåver forsvarleg etter lov og forskrift (Spesialisthelsetjenestelova, 1999). Derfor vert ambulerande alderspsykiatrisk team frå spesialisthelsetenesta anbefalt for å møte pasienten i hans/hennar nærmiljø (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013) og på den måten styrke tilbodet innanfor alderspsykiatri og demens med åtferdsendingar og psykologiske symptom (APSD) (Gammersvik, Torgunrud, & Sjøly, 2013).

Dei offentlege omsorgstenestene har sidan 1970- åra vore i sterk vekst og forløparen la vekt på tenesteyting på lågast effektive omsorgsnivå (St. meld. nr. 9 (1974-1975), 1974; St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2008). Stortingsmelding nr. 25 (1996- 1997) skildra store manglar i det psykiske helsevernet i Noreg og på bakgrunn av dennemeldinga vart det sett i gang ein opptrappingsplan for psykisk helse (Prp. 63, (1997-1998)). I tråd med dette har spesialisthelsetenesta redusert institusjonskapasiteten sin medan dei distrikpsykiatriske sentera (DPS) og tenester i kommunal regi er under oppbygging. Behovet for koordinerte helsetenester er sentralt i samhandlingsreforma og den lovpålagde råd- og rettleiingsplikta som spesialisthelsetenesta har overfor kommunale helse- og omsorgstenester, jf. spesialisthelsetjenestelova av 1999, er eit viktig verkemiddel (Meld. St. 26 (2014-2015), 2014). Pasientar innanfor alderspsykiatri og pasientar med demens som har åtferdsendingar og psykologiske symptom vert ofte viste vidare til ambulant alderspsykiatrisk team (Hval, Kristiansen, & Lorentzen, 2012)

og det ambulante alderspsykiatriske teamet får ofte førespurnad frå kommunen om dei kan gi råd og rettleiing i korleis personalet kan møte eldre personar med demens som er urolege (Sørensen, 2012). Likevel er dagens teneste i for liten grad utforma til å møte behova i dag og i framtida. Ein må nytte ressursane og den eksisterande fagkompetansen i samfunnet betre. Denne utviklinga stiller større krav til samarbeid og utvikling av tenester på tvers av nivå og demografi (Neira & Prüss-Ustün, 2016). Det kan sjå ut som det er manglande dokumentasjon for å kunne gi anbefalingar om korleis tverrfaglege tiltak til pasientar med samansette lidingar bør organiserast (Ranheim, Flottorp, Austvoll-Dahlgren, & Johansen, 2010). Ein anna studie peiker på at demensomsorga er lite individuelt tilpassa og at spesialisert demensomsorg er lite tilgjengeleg (Bökberg et al. 2015). Det er eit stort behov for forskning innanfor alderspsykiatri og sjukdomen demens med utfordrande åtferd. På fleire område kan det sjå ut til å vere mangelfull kjennskap til kartlegging, behandling og oppfølging (Gammersvik et al., 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). For å møte utfordringane på dette området, er vidare forskning nødvendig og i tråd med anbefalingar frå WHO (Neira & Prüss-Ustün, 2016). Denne type kunnskap kan vere eit bidrag til å kaste lys over erfaringane kommunane sit inne med når det gjeld nye arbeids- og samarbeidsformer (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013).

1.1 Formål og val av problemstilling

Denne studien har til formål å sjå på korleis tilsette ved sjukeheim opplever tilbodet frå eit ambulerande alderspsykiatrisk team frå spesialisthelsetenesta når det gjeld pasientar med demens som har utfordrande åtferd. Eg har valt denne problemstillinga:

«Korleis erfarer helsepersonell ved sjukeheim rettleiing frå ambulant alderspsykiatrisk team i høve pasientar som har demens med utfordrande åtferd?»

1.2 Avklaring av omgrep i problemstillinga

Ambulante tenester vil seie at tenesta er flyttbar i motsetnad til tenester som vert gitt på sjukehus og behandlinga er kjenneteikna ved ein stor fleksibilitet i tenestetilbodet til kvar enkelte pasient. Formålet med ambulerande alderspsykiatriske team er først og fremst at tenesta skal yte god behandling av høg kvalitet i heimemiljøet til pasienten. Dette tenestetilbodet kan føre til ein større grad av nærleik mellom alderspsykiatrien og kommunehelsetenesta og gjer til at ein kan settje inn tiltak i ein tidleg fase (Sørensen, 2012).

Alderspsykiatriske lidningar vil seie at dei opptre for første gang etter fylte 65 år, og at det er nær samanheng mellom psykiatrisk og somatisk sjukdom, eller mellom psykiatrisk sjukdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomen (Engedal & Wyller, 2006). Alderspsykiatri har som mål å førebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidningar som opptre i høg alder (Engedal, 2007).

Demens er ei fellesnemning på ei rekke sjukelege tilstandar i hjernen som er kjenneteikna ved erverva kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktande funksjonsevne i høve funksjonar i dagleglivet (Engedal & Wyller, 2006). Dei fleste med demens kan få endring i åtferdsmønsteret og i kjenslemessige reaksjonar, ofte omtalt som åtferdsmessige og psykiske symptom ved demens, forkorta APSD. Det finst fleire definisjonar på åtferdsmessige og psykiske symptom ved demens mellom anna senil uro, utfordrande åtferd, problemåtferd, vanskeleg åtferd, utagerande åtferd og urotilstandar ved demens (Rokstad, 2005, Selbaek, 2005). Ser ein på åtferda som ei utfordring, kan ein rette merksemda mot samhandling og andre miljøfaktorar, og ikkje berre på forhold som kan knytast til sjukdomen (Engedal & Haugen, 2009). Derfor vel eg å bruke definisjonen utfordrande åtferd i denne oppgåva. Dette samsvarer med omgrepet informantane brukte, og er eit begrep som vert nytta i teorien (Rokstad, 2005).

1.3 Litteratursøk

For å finne tidlegare forskning om erfaringar helsepersonell har frå samarbeid og rettleiing frå ambulerande alderspsykiatriske team, har eg brukt desse søkeorda:

pasientar med APSD, demens med utfordrande åtferd, dementia, BPSD, behavioural and psychological symptoms of dementia, neuropsychiatric symptoms, helsepersonell, nursing staff, health professionals, sjukeheim, nursing home, long resident care, personsentrert demensomsorg, person-centered care, Dementia Care Mapping, Marte- Meo-metoden, VIPS rammeverk, The Person-Centered Nursing Framework, rettleiing, guidance, counseling, guiedlines, samhandling, collaboration, coordination, lærande organisasjon, learning organization, ambulant verksemd, ambulante alderspsykiatriske/aldersgeriatriske team, ambulante team, outreach team, ambulatory care, outpatient care, psychiatric geriatric ambulatory team.

Eg har søkt etter tidlegare forskning gjennom Oria, Svemed+, Academic Search Elite, Cinahl og Medline. I tillegg har eg gjort søk via Sykepleien Forsking og Helsebiblioteket. Tal treff sette eg opp i ein tabell. Sjå søktabell vedlegg 4. Gjennom søka fann eg ein del studiar om helsepersonell som jobbar med pasientar med demens med utfordrande åtferd og innføring av tiltak, men eg har funne færre studiar som går i djupna på korleis rettleinga gjekk føre seg. I tillegg til tidlegare forskning, har eg også nytta relevante stortingsmeldingar og relevant pensumlitteratur. Forskinga blir nytta i teori- og

diskusjonsdelen som er relatert til aktuelle tema. Eg har funne ein del aktuelt stoff i pensumlitteratur, og annan litteratur. Det har også her vore mindre som går i djubda på rettleiingsprosessen ved implementering av tiltak.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

Studien ønsker å hente inn erfaringar frå rettleiing innanfor demensomsorg. Viktige faktorar rundt personar med demens og omsorgsgivarar vert presenterte i starten av kapittelet. Refleksjon i praksis vart eit sentralt tema i studien. Teorien til Donald Schön er vald fordi han kan gi kunnskap om korleis praktikaren reflekterer og bygger sin kompetanse i møte med den kliniske praksis. I tillegg vert også enkelte omgrep i problemstillinga utdjupa og aktuelle nasjonale føringar presentert.

2.1 Omsorg for pasientar med sjukdomen demens

Målet med omsorg for personar med demens, er å gjere dagane gode. Personsentrert omsorg kan vere ein nyttig omsorgsfilosofi i samhandlinga med denne pasientgruppa. Det grunnleggjande her er å sjå personen som ein unik person gjennom heile sjukdomsløpet (Kitwood, 2006). Personsentrert omsorg handlar om å behandle menneske som eit individ med gjensidig tillit og forståing (McCormack & McCrane, 2006, Rokstad, 2014). Bruken av personsentrert omsorg overfor pasientar med demens vart først introdusert av sosialpsykologen Tom Kitwood (2006). Bakgrunnen for omgrepet personsentret omsorg kan førast tilbake til Carl Rogers, ein av grunnleggarane innan den humanetiske retninga i psykologien (Kirschenbaum, 2012).

Personverdet er sentralt i omsorgsfilosofien til Kitwood. Dette vil seie at ein blir verdsett av dei ein er i lag med (Tretteteig & Røsvik, 2016). Kitwood observerte at med dei gamle pleieverdiane vart personane behandla slik at identiteten og menneskeverdet deira vart undergrave. Til dømes vart dei ofte oversett og gjorde til latter, gjerne ubevisst frå helsepersonellet si side. Likevel skjedde det forbausande ofte og det vart lett ein del av pleiekulturen. Når dei tilsette vart merksame på dette, lærte dei seg andre handlingsalternativ (Brooker, 2013; Kitwood, 2006). I tillegg til å legge vekt på dei hjerneorganiske endringane som skjer når demenssjukdommen råkar, integrerte han personligdom, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi i synet på sjukdomen (Rokstad, 2014).

Etter kvart kan ein merke endringar i åtferd knytt til demensutvikling, og det kan vere fleire utløyande årsaker (sjå figur 1). I følge Kitwood har alle behov for å vere ein verdsett del av

fellesskapet og dette behovet forsvinn ikkje sjølv om ein får ein demensdiagnose, og symptom som kan opplevast som utfordrande for dei rundt. Behova vert gjerne uttrykt på ein annan måte (Mjørud, Engedal, & Røsvik, 2013). Målet med personsentrert omsorg er anerkjenning av personverdet i alle deler av behandlinga. Det vil seie at omsorgsgivaren må prøve å forstå utfordrande åtferd som ei form for kommunikasjon frå pasienten si side og at åtferda har ein intensjon. Ein kan sjå det som eit forsøk på å protestere og at ein prøver å få kontroll (Testad, Aasland, & Aarsland, 2007). Det er og viktig å hugse at all åtferd er individuell og at det gjer det vanskeleg å bruke generelle tiltak (Algase & Beattie, 1996; Cohen-Mansfield, 2003; Kitwood, 2006). Omsorga og omsorgsmiljøet må bli personleggjort for å møte behovet til kvar enkelt pasient (Edvardsson, Varrailhon, & Edvardsson, 2014).

Figur 1- Oversikt over multifaktorielle årsakssamanheng ved utfordrande åtferd hos pasientar med demens (Nygaard, 2003).



2.2 Å vere omsorgsgivar for personar med demens

Pasientar med demens som har utfordrande åtferd kan skape store utfordringar for omsorgsgivarar i sjukeheim. For å yte omsorg og behandling på ein etisk og god måte, krevst det høg fagleg kompetanse hos personalet (Ghosh & Dutt, 2010). Som vist i figur 1, kan det vere mange bakanforliggende årsaker til utfordrande åtferd. Å ha god kunnskap om indre (sjukdom, symptom, oppleving, livshistorie) og ytre forhold (rammer, omgivnader, personar) som kan ha innverknad på personen, er derfor viktig. For å prøve å forstå personen og åtferda, er det viktig at omsorgsgivaren er empatisk og nysgjerrig på kva som kan vere utløysande for symptoma (Tretteteig, 2016). Kitwood (2006), seier at omsorgsgivaren først og fremst må vere til stades, både fysisk og psykisk og han skildrar det som eit du-eg-møte. Det er viktig for dei tilsette å settje ord på korleis dei opplev å møte utfordrande åtferd, og kva kjensler det kan bringe fram hos dei. I tillegg er det viktig å få hjelp og støtte frå personalgruppa og leiinga (Stöback, 2015). Personalet kan reagere ulikt og taklar derfor hendingar på forskjellige måtar (Rokstad, 2005). I situasjonar der helsepersonell vert utskjelt av pasienten, kan dei oppleve avmakt og det kan gå utover sjølvtilitt og meistringskjensle (Testad et al., 2007).

Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) slår fast at god kvalitet på omsorg sikrast gjennom fagleg kompetente medarbeidarar og lovverket legg føringar for kva vurderingskrav som ligg til grunn for tvang mot urolege pasientar (Pasientrettighetslova, 1999). Dei tilsette som yter omsorg for pasientar med demens som har åtferdemessige og psykiske symptom, er meir utsette for frykt og uvisse som kan føre til nedsett meistringskjensle. Dette blir i sett i samanheng med behov for kompetanseheving (Jeon et al., 2012; Rognstad & Nåden, 2011). Forsking viser at både miljømessige og individuelle faktorar kan føre til uroleg og aggressiv åtferd. Det å legge til rette omgivnadane er viktig for å redusere denne type åtferd hos pasientar med demenssjukdom (Almvik, Rasmussen, & Woods, 2006; Ayalon, Arean, Bornfeld, & Beard, 2009; Chapman & Toseland, 2007; Dewing, 2009; Matthews, Farrell, & Blackmore, 1996). Aukande innsikt i aggressiv og utfordrande åtferd, kan føre til at personalet lettare kan føreseie og hindre denne typen åtferd, og defor bør ein legge vekt på trening, refleksjon og rettleiing av personalet (Hansebo & Kihlgren, 2001). Kvaliteten på dei tilsette i helse- og omsorgstenesta er derfor avhengig av deira kunnskap, ferdigheiter, haldningar og personlege eigenskaper.

Omsorgstenesta er sårbar for svingingar i personelldekning, kvalifikasjonar og samarbeidsforhold. Utan tilstrekkeleg personell og kompetanse får ikkje brukarane av omsorgstenesta den hjelp dei har behov for (St. meld. nr. 25 (2005-2006)). Kompetanseløft 2015 er ein statleg satsing med mål om å

sikre nødvendig rekruttering og kvalifisering i den kommunale omsorgssektoren og er ein del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). Kompetanseløftet 2020 byggjer vidare på Kompetanseløft 2015 (Helsedirektoratet, 2017). Forsking viser at det er eit stort behov for meir personell, og med riktig kompetanse (Dale et al., 2016). Mangel på kompetent personell kan ha innverknad på tidspress, og fleire studiar i dei seinare åra har påvist eit stort og aukande tidspress i sjukeheim og heimesjukepleie (Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013; Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015).

2.2.1 Miljø og personsentrert tilnærming

Miljøet i sjukeheimen viser seg å vere sentralt for god omsorg (Tretteteig & Røsvik, 2016). Ordet miljø, "au milieu", har franske aner og betyr å vere mellom. Miljøbehandling kan definerast som alt ein gjer i lag med pasienten (Wogn- Henriksen, 2007). Det er eit vidt omgrep, men ein kan og seie at miljøbehandling er å tilrettelegge for fysiske, psykiske og sosiale forhold for å oppnå mest mulig trivsel, meistring og personleg vekst (Wogn- Henriksen, 2007). Som omsorgsgivarar er vi ein viktig del av miljøet til personen med demens, og vi kan vere med å påvieke korleis han eller ho meistrar livet og opplev sin kvardag (Kitwood, 2006).

Personentrert praksis handlar om å behandle menneske som individ, med respekt for deira rettar som menneske. Vidare at ein byggjer på gjensidig tillit og utviklar terapeutiske relasjonar.

Eigenskapane til den enkelte pleiar er sentrale, i tillegg til sjølve pleiemiljøet (McCormack et al. 2010; McCormack & McCrane, 2006).

For å kartlegge åtferd og samhandling mellom pasient og omgivnader for å forbetre demensomsorga, er det utvikla fleire kartleggingsmetoder, med personsentrert omsorg som eit hovedelement (Rokstad, Engedal, Edvardsson & Selbaek, 2012) og eg vil presentere tre av dei her.

Dementia Care Mapping (DCM) er ein metode for å evaluere pleiekvaliteten og kartleggje kor personentrert miljøet rundt pasienten med demens er (Rokstad, 2014). Den vart utvikla av Kitwood og baserer seg på å setje seg inn i situasjonen til pasienten ved å bruke ein kombinasjon av observasjonsteknikkar og empati (Övereng, 2016). Metoden skal bidra til å skape endring og bevisstgjerjing av personalet på dei sosialpsykologiske haldningane som kjem til uttrykk i den praktiske demensomsorga (Rokstad, 2014). Forsking viser at DCM kan føre til redusert forekomst av utfordrande åtferd hos pasientar med demens (Brooker, Foster, Banner, Payne & Jackson, 1998;

Chenoweth et al., 2009; Rokstad, Røsvik, Kirkevold, Selbaek, Saltyte & Engedal, 2013). Metoden kan føre til auka bevisstgjerings, refleksjon og auka meistringskjensle for dei tilsette og kan vere eit nyttig verktøy for utvikling av pleiekultur innan demensomsorg (Brooker, 2005, Brooker, Foster, Banner, Payne & Jackson, 1998, Rokstad & Vatne, 2009, Rokstad & Vatne, 2011, Jöranson & Hauge, 2011). Ved implementering av DCM som metode i ei avdeling, bør det inkludere alle tilsette i ei avdeling for å unngå sprikande pleiekultur (Jöranson & Hauge, 2011). I tillegg er det viktig med aktiv involvering på leiarnivå ved implementeringen av DCM som metode for person-sentrert omsorg (Rokstad, Vatne, Engedal & Selbaek, 2015). Metoden kan vere ressurs- og tidkrevjande og bør effektiviserast (Beavis, Simpson, & Graham, 2002).

VIPS rammeverk er utvikla av den engelske psykologen Dawn Brooker (2013) som observerte at mange helsepersonell hevda dei jobba personsentrert, men likevel var det store avvik i høve grunnprinsippa for denne teorien. Ho såg behovet for å tydeleggjere innhaldet i personsentrert omsorg og utvikla ein definisjon der ho omfattar personsentrert omsorg i fire hovudelement. Verdsetjing av personen med demens og dei rundt som yter omsorg, både pårørande og helsepersonell. I fokuserer på individuelt tilrettelagt omsorg og P er å ta utgangspunkt i perspektivet til personen med demens. S står for etablering av eit støttande sosialt miljø som dekkjer dei psykologiske behova. Kvart element av VIPS må vere med for at omsorga skal vere personsentrert (Haugan, Woods, Høyland, & Kirkevold, 2015). Desse hovudelementa har i ettertid blitt forkorta ned til VIPS som fungerer som eit akronym for «Very Important Persons» (Brooker, 2013). Forskning viser at bruk av VIPS praksismodell (VPN) kan føre til reduksjon av utfordrande åtferd blant pasientar med demens og auka bevisstheit blant dei tilsette i høve pasienten sitt perspektiv (Rokstad et al, 2013).

Rettleiingsmetoden Marte-Meo-metoden (MM) fokuserer på samspelet mellom personar. Her tar ein videoopptak av samhandlinga mellom bebuar og pleiar og i etterkant vert filmen analysert der personalgruppa får tilbakemelding om deira evne til å ta kontakt og vere i dialog (Hansen & Ytrehus, 2011). Metoden kan bidra til å styrke observasjonsevna til dei tilsette og auke ferdigheiter i krevjande samspelsituasjonar (Alnes, 2015; Hansen & Ytrehus, 2011).

Andre systematisk kompetansehevande opplæringsprogram, viser at det kan føre til redusert bruk av tvang ovanfor pasientar med demens og tyder på at opplæringsprogram kan forbetre kvaliteten innan demensomsorg (Testad, Aasland, & Aarsland, 2005; Testad, Ballard, Brønne, & Aarsland, 2010). Tverrfagleg intervensjonsmodell ved utfordrande åtferd ved demens (TID)- modellen representerer ein metode og eit verktøy for å utrede, behandle og tolke utfordrande åtferd.

Modellen byggjer på prinsippa frå kognitiv åtferdsterapi og personsentrert omsorg. Studien pågår enno og er ein vitenskapleg utprøving av TID- modellen ved sjukeheimar der ein måler effekt av TID på pasient, personal og organisasjonsnivå (Lichtwarck et al., 2016). I Australia har dei prøvd ut ein litt anna type modell når det gjeld å auke fagkompetansen til sjukeheimstilsette innan demensomsorg. Her jobba fleire av team-medlemmane i det oppsøkande teamet i lag med dei tilsette over tid for å implementere nye tiltak og å trene på å handtere åtferd. Det viste seg at dei tilsette fekk auka sjølvtilitt og meistring og stressfaktoren var redusert. I tillegg vart det ein reduksjon av utfordrande åtferd blant bebuarane (Borbasi, Emmanuel, Farrelly, & Ashcroft, 2010).

Når det gjeld nødvendig kompetanse, rettleiing og refleksjon som systematiske virkemiddel for læring innan demensomsorg viser fleire studier behov for kartlegging av kompetansebehov, kompetanseplanar og leiing av kompetanseutviklingsarbeidet (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011; Rokstad, Vatne, Engedal & Selbaek, 2015; Ostaszkiwicz, Lakhan, O'Connell & Hawkins, 2015).

2.2.2 Kommunal omsorg under press

Tenester knytt til helse- og omsorgssektoren er noko dei fleste av oss er opptekne, både i ei pasientrolle, men og som pårørande og arbeidstakar. Sektoren er sett saman av mange delar og den einskilde brukar har ofte behov for fleire tenester. Det er derfor viktig at tenestene er av heilskapleg kvalitet, men ein er og avhengig av spesialisering (Bukve & Kvåle, 2014). Behovet for betre samhandling mellom einingane har vore kjernen i fleire offentlege utgreiingar og i følge Gautun og Hermansen (2011) har institusjonstilbodet til eldre blitt redusert, medan det har vore vekst i utbygging av omsorgsbustader for denne gruppa. Det er viktig å merke seg at omsorgsbustader ikkje fullt og heilt erstattar institusjonstilbodet sidan eit mindretal av tenester knytt til omsorgsbustader, tilbyr døgnbasert pleie- og omsorgstenester.

Tilstrekkeleg bemanning er ein nøkkelfaktor og utviklinga viser at ein både finn personell med høg kompetanse og stor bruk av ufaglærte i eldreomsorga (Gautun & Hermansen, 2011).

Forøvrig ser ein stor skilnad mellom planlagt bemanning og faktisk bemanning, spesielt i tilknytning til helg, høgtid og ferieavvikling. Her er stor bruk av ufaglærte, noko som kan gjere tenesta sårbar (Gautun & Hermansen, 2011). Når det gjeld tidspress, kjem det fram at dei tilsette meiner behova til dei eldre vert dårlig dekkja og over halvparten av sjukepleiarane seier dei dagleg opplev at dei har for dårlig tid til den enkelte eldre pasient (Gautun & Hermansen, 2011). Ein kan spørje seg om utbygginga av helse- og omsorgstenestene tar utgangspunkt i at dagens tenesteapparat dekker behova i eldrebefolkninga, men at tenesta i dag allereie er under press og at ein satser på feil type

tenester. Utviklinga med reduksjon av sjukeheims plasser, kan føre til feilplassering av pasientar innan sektoren som igjen kan føre til ein overbelasta heimeteneste (Gautun & Hermansen, 2011).

Ei evalueringsrapport etter Kompetanseløft 2015, viser at kommunene fortsatt meiner det er utfordrande å rekruttere fagpersonell og at økonomiske midlar som Kompetanseplanen legg føringar for, berre delvis vil dekke ein liten del av dei totale kostnadane ved etter- og vidareutdanning. Ei stor utfordring for kommunane er dekning av vikarutgifter knytt opp mot gjennomføring av kompetansehevande tiltak (Stigen & Tjerbo, 2011).

2.2.3 Rettleiing, refleksjon og meistringskompetanse

Det er viktig å ha balanse mellom utfordring og meistring. Rettleiing kan vere med å bevisstgjere eigne ressursar, utfordringar og meistring i jobbsamanheng (Lai, 2004) og er ein viktig faktor for å styrke meistringskompetansen. Rettleiing kan definerast som ein aktivitet av praktisk karakter eller samtale mellom profesjonsutøvarar innafor ein situasjonskontekst (Teslo, 2006; Tveiten, 2013). Systematisk rettleiing betyr at den foregår over tid og med dei same personane tilstades. Når rettleiing inngår i fagleg verksemd, må fagutøvar ha fagleg innhald i begrepet, altså ein må vite kva ein gjer, korleis ein gjer det og kvifor. Læringsaspektet og det relasjonelle aspektet er sentralt, i tillegg at den lærande er i sentrum (Tveiten, 2013). Fleire studier viser at helsepersonell opplev auka meistring ved hjelp av rettleiing (Davison, McCabe, Visser, Hudgson, Buchanan, George, 2007; Naper, Hoffart, & Vråle, 2000). Meistring inneber ei oppleving av å ha kontroll over eigne tankar, kjensler og praktiske ferdigheiter (Tveiten, 2013). Det er nært knytt opp mot evna til utføre ei handling og når ein inkluderer kjensler og forventningar vi har til utføringa av handlinga, kallar vi det for meistringskompetanse (Tveiten, 2013). Denne grunnerfaringa kan vidare gjenspegle sjølvbilete, sjølvkjensle og sjølvtilitt. Personlege eigenskaper og sjølvbilete er sentralt for læringsmotivasjonen og trua på eiga meistring kan ha stor innverknad på læring (Kähler, 2012). Forsking viser at nedsett meistringskjensle og oppleving av stress kan relaterast til stor arbeidsbelastning, tidspress og ulike klient/ pasient-relaterte problem (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000). I tillegg verkar arbeidsmiljøet rundt arbeidstakar i høgste grad inn på mulighet for læring (Lai, 2004). Ved å reflektere over eiga praksis, kan ein vidareutvikle kompetansen som igjen kan føre til styrka meistringskompetanse. Refleksjon betyr å betrakte eller gjenspegle, og ein kan forstå det som å vende tilbake, til dømes til ei oppleving, og tenke over den (Tveiten, 2013). Rettleiing kan vere med å legge til rette for ein djupare refleksjon og tydeleggjere samanheng mellom teori og praksis (Tveiten, 2013).

Kompetanse er eit omgrep med fleire definisjonar. Opprinneleg kjem ordet frå den latinske termen *Cometentia*, som viser til å vere funksjonsdyktig eller ha tilstrekkeleg kunnskap, vurderingsevne eller styrke til å utføre oppgåver og oppnå ønska resultat (Lai, 2004). Ein kan relatere kompetanse til individ og organisasjonsnivå. Organisasjonen sin kompetanse kan aukast når yrkesutøverane i organisasjonen aukar sin kompetanse, vel å merke dersom organisasjonen bruker dei tilsette sin kompetanse (Lai, 2004). Overføring av kompetanse, skjer gjennom å arbeide tett med kjelda (Lai, 2004), som samarbeid, observasjon, dialog og drøfting, imitering og tilbakemelding. Ein stor del av tilsette, både i privat og offentleg sektor, får ikkje brukt sin jobbrelevante kompetanse godt nok. Kompetanse må brukast, eignar seg ikkje for langtidslagring, men aukar i verdi og bidreg til verdiskaping gjennom å brukast (Lai, 1004).

2.3 Distriktpsikiatriske senter og alderpsikiatriske ambulerande team

Distriktpsikiatriske sentra (DPS) er organisert under Helseføretaka og utgjør det lågaste behandlingssnivå for psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta. I 2006 vart det anbefalt frå helsedirektoratet at helseføretaka forflytta ein stor andel ressursar og kapasitet til DPSane frå dei sentraliserte sjukehusavdelingane (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) og i 2010 var det etablert 76 DPS-områder i Norge (Pedersen og Bremnes, 2011). Dei skal bistå kommunehelsetenesta med råd, rettleiing og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetenesta (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). DPSane har definerte geografiske opptaksområder, som til saman er landsdekkande og DPS har mange stader kome godt i gong med å utvikle betre behandlingstilbod. Likevel ser ein store variasjonar mellom DPS-ane når det gjeld ressursar og bemanning kontra tilbod og tenester dei kan gi. Tenestene er fleire stader fragmenterte, med manglande samhandling både innan og mellom dei ulike nivåa. Det vert framheva i veilederen at når det psykiske helsearbeidet i kommunen har behov for bistand frå DPS, er det viktig at henvendinga vert teke på alvor. Behandlingstilboda ved DPSane kan grovt sett delast i tre hovedkategoriar; poliklinisk behandling og dagbehandling, ambulant behandling, og behandling i døgnbehandling. DPS skal ha hovedansvar for tilbodet innan psykisk helsevern for vaksne, og oppbygging av DPS er i samsvar med utviklinga i andre vestlege land og i tråd med anbefalingar fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

Hovudmålet for den ambulante verksemda er å kvalitetssikre undersøkingsprosedyrar, behandling, tenestetilbod og omsorg for alderspsikiatriske pasientar og pasientar med demenslidning (Meld. St. 26, (2014-2015)). Forskning tyder på at ambulant behandling kan redusere behovet for døgnbehandling, medføre færre reinnleggingar over tid og gi mindre fråfall frå behandling enn tradisjonell døgnbehandling i akuttavdelingar (Gråwe, Ruud & Bjørngaard, 2008). I 2015

(Helsedirektoratet, 2015) hadde 66 av 71 DPS-ar, ein eller anna form for ambulant verksemd og sidan 2008 har antal årsverk i ambulant verksemd blitt tre-dobla (217 prosent auke) (Helsedirektoratet, 2015).

For å imøtekomme behova til desse pasientane er god samhandling sentralt (Meld. St. 16 (2010-2011)). Patel & Shideler, (2010) peiker også på at ein samarbeidsmessig tilnærming vil forbetre kvaliteten på omsorga som vert gitt for pasientar med demens som har åtferdsproblem.

Ved innføring av samhandlingsreformen (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)) har regjeringa skissert hovudutfordringar knytt til helsetenester på eksisterande plan, blant anna behov for bedre koordinering av tenester og flytting av helsetenester nærare der folk bur. I følge forskning yter ambulante aldersgeriatriske team tenesteyting på lik linje med poliklinikkane, i tillegg når dei ut til fleire pasienter, fører til kompetanseheving og betre ivaretaking av pasientar og dei tilsette og er kostandseffektive (Valdes- Stauber, Putzhammer & Kilian, 2013; Borbasi, et al., 2010; Anderson, Bird, Blair & McPherson, 2016). Forskning viser og til redusert antal innleggingar ved bruk av ambulante aldersgeriatriske team (Melchisedekow & Starheim, 2014). Ambulerande team på specialistnivå har også ført til meir heilheitleg og individuell tilnærming til pasienten og meir fleksible og koordinerte tenestetilbod (Clancy, 2015).

2.4 Nasjonale føringar

Det eksisterar ei rekkje nasjonale føringar som omhandlar behova til eldre med sjukdomen demens og helsepersonell. Når ein ikkje klarer å uttrykke eigne behov, må andre bistå med hjelp og omsorg.

Formålet med Kvalitetsforskrifta (2003) er å bidra til at personar som mottek pleie- og omsorgstenester etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova får sine grunnleggande behov sikrast på ein respektfull måte. Kommunen skal utarbeide skriftlege nedfelte prosedyrer som skal søke å sikre at brukarar av pleie- og omsorgstenesta får tilfredsstillt grunnleggande behov. Her visast det spesielt til at kommunen må ha tilbod tilrettelagt for personar med demens og andre som har vanskar med å formulere sine behov (Kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgstenesta, 2003, §3). Samhandling er vidare sentralt for gode omsorgstenester. Omgrepet samhandling kan definerast som samarbeid i situasjonar der det ikkje finst ein aktør som har den fulle kontrollen av ein prosess eller utføring av oppgåver. Aktørane må samhandle og i lag finne fram felles mål for at dei skal kunne utføre oppgåvene (Bukve & Kvåle, 2014). I samhandlingsreformen (nr.47, 2009) vert samhandling definert som: « Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».

Samhandlingsreforma (St. meld. nr. 47, (2008-2009)) fokuserer på rett behandling, til rett tid, på rett stad. Gjennom heilheitlege og koordinerte helse- og omsorgsteneste som er tilpassa den enkelte brukar skal ein forebygge meir, behandle tidligare og og samhandle betre (St. meld. nr. 47, (2008-2009)). I reforma vert det understreka at ein i større grad må nå pasientar utanfor sjukehus og at poliklinisk konsultasjon frå spesialisthelsetenesta kan gjennomførast også utanfor verksemda sine fysiske lokaler (St. meld. nr. 47, (2008-2009)). Helsepersonell som er tilsett i statlege helseinstitusjonar, skal gi den kommunale helse- og omsorgstenesta råd, rettleiing og opplysningar om helsemessige høve som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse sine oppgåver etter lov og forskrift (Spesialisthelsetenestelova, § 6-3, 1999). Når det gjeld plikt til rettleiing knytt til enkeltpasientar, vil det blant anna gjelde pasientar som mottok kommunale helse- og omsorgstenester der det oppstår spesielle problem (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Samhandlingsreforma (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)) har lagt føringar gjennom Helse- og omsorgstjenestelova der alle helseføretaka skal ha formaliserte samarbeidsavtalar med kommunane. Samarbeidsavtalar er viktige verktøy for å avklare behovet for rettleiing og retningslinjer for kunnskapsoverføring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I samhandlingsavtalar mellom helseføretak og kommunar finn vi ramme- og delavtalar som skal fremje kommunikasjonen mellom partane samt konkretisere oppgave- og ansvarsfordelinga mellom dei (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Rettleiing tek sikte på å styrke kompetansen og kan vere ein metode for å kvalitetssikre yrkespraksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) Spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt er abolutt i den forstand at ein ikkje kan unnlate plikta ved å henvise til manglande ressursar eller stor arbeidsbelastning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Wikheim (2013) har sett på implementeringa av samarbeidsavtalar i to kommunar, og studien viser at dei tilsette hadde lite kjennskap til avtalane.

Omsorg for personar med demens krev kompetanse hjå omsorgsgivar. Gjennom kompetanseløft 2020 gjev regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta fram mot år 2020 (Helsedirektoratet, 2017). Føremålet er å utvikle ei fagleg sterk teneste og sikre at den kommunale helse- og omsorgstenesta har tilstrekkeleg og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 vidarefører fleire av tiltaka frå Kompetanseløftet 2015, som var delplan under Omsorgsplan 2015 (St. meld. nr. 25 (2005-2006)) og som retta seg mot den kommunale omsorgstenesta. Dei samla utfordringane til kommunane skal møtast med meir tverrfagleg samarbeid og teamarbeid og med kunnskapsbasert klinisk praksis. Det vil krevje omstilling og nytenking for å få ein meir brukarorientert helse- og omsorgsteneste. Det påverkar behovet for

kompetanse, leiarskap og nye måtar å samarbeide og organisere tenestene på (Helsedirektoratet, 2017). Kompetanseutvikling er også understreka i Arbeidsmiljølova, kap. 4, § 4-2 (2005) der det blir slått fast at arbeidsgivar pliktar å tilrettelegge for at den enkelte arbeidstakar skal ha mulighet for kompetanseutvikling og at arbeidstakar skal vere deltakande i dei ulike prosessane som skjer i avdelinga.

2.5 Refleksjon hos omsorgsgivar

Under arbeidet med dette prosjektet har eg vore inspirert av Schön og betydninga av refleksjon i utvikling av yrkesutøveren si profesjonelle kompetanse (Schön, 2013). Schön (2013) stiller spørsmål til skiljet mellom den teoretiske kunnskap og den praktiske kompetanse og han meiner det er ein manglande samanheng mellom den profesjonelle utdanninga og korleis problema i virkeligheita kan sjå ut. I praksis kan ein møte situasjonar som er uforutsigbare og unike, der ein ikkje berre kan følgje boka for å få svar på korleis det skal løysast. Refleksjon handlar om utvikling av ny kunnskap gjennom å lære av ein situasjon, og er ifølge Donald Schön (2013), eit nøkkelement i all fagutvikling.

Schön bruker ein metafor for å skildre den virkelige verda der praktikaren skal utøve si profesjonelle rolle. Han samanliknar det med eit landskap der praktikaren står på eit fjell og har utsikt over ei myr. Han må velje om han skal forbli på fjellet der overkommelege problem kan la seg løyse gjennom bruk av forskningsbaserte teoriar og teknikkar eller gå ned i myra der komplekse og vanskelige, men viktige problem skal løysast. Schön seier at det her er to dilemma. Det eine er ideen om at profesjonell kunnskap er basert på teknisk rasjonalitet som han kallar det og det andre er bevissheta om at det i praksis er mange problem som ikkje lar seg løyse. Avstanden mellom fjellet og myra illustrerer gapet mellom teori og praksis. Gjennom refleksjon kan ein bygge bru over dette gapet og ny kunnskap kan oppstå (Schön, 2013).

I starten av ein læringsprosess kan det vere vanskelig å vite kva ein søker etter, samtidig kan det vere vanskelig for rettleiar å seie kva vedkommande skal gjere, då han kanskje ikkje på dette tidspunkt vil vere i stand til å forstå. Då kan refleksjon i handling vere aktuelt (Schön, 2013). Den som får rettleiing, kan gjennom erfaringarar i konkrete situasjonar, bygge sine kunnskapar ved å reflektere. På denne måten kan han utvikle seg til å bli ein reflektert praktikar. Schön meiner (2013) det er ein karakteristisk oppfatning at profesjonell kunnskap er lik bruk av vitenskapleg teori og teknikk på ulike instrumentelle problem ein finn i praksis. Han kritiserer denne oppfatningen fordi det betyr at ein i praksis vil stå overfor eit klart definert problem som skal løysast. I praksis møter ein komplekse situasjonar (Schön, 2013) og då er det viktig å inneha ein reflekterande problembewisstheit. Han viser

her til refleksjon i to trinn, reflection in-action der praktikaren bruker ein kombinasjon av kunnskap, erfaring og intuisjon parallelt med at han handlar og vi reflekterer over handlinga mens vi ennno kan påvirke situasjonen. Vi omformar det vi gjer, medan vi gjer det (Schön, 2013). Den andre refleksjonsmåten, er reflection-on action, der praktikaren tenker over prosessen og konsekvensane i høve situasjonen. Schön (2013) ser på korleis den profesjonelle praktikar tenker når han står overfor faglege utfordringar. Er situasjonen kjent og ein tilnærmer seg oppgåva slik ein brukar, er det "knowing-in-action" (Schön, 2013). Vi veit kva vi skal gjere, det er ofte ubevisst og byggjer på rutiner, som taus kunnskap (Sandvoll, 2013). Det er når noko uventa skjer eller vi oppdagar noko nytt, at refleksjon kjem inn. Schön meiner ein rettleiar må prøve å kartlegge kva vedkommande har spesielle vanskar med eller allereie veit (Schön, 2013). Det som er viktig, i følgje Schön (2013), er at rettleiaren hjelper den som får rettleiing til å reflektere i situasjonen når vedkommande *gjer* noko. I denne samanheng vil det vere den sjukeheimstilsette, og refleksjon når vedkommande er *er* i oppgåva. Opplevingar som berører oss sterkt, der teori, praksis, idealar og realiteter smelter saman (Teslo, 2006). Forsking viser at helsepersonell innan demensomsorg ønsker å trene i praksis for forbetre sin kunnskap om og utvikle betre ferdigheiter for å yte god omsorg for personar med demens (Adler, Lawrence, Ounpraseuth, Asghar-Ali, 2015). Schön sin utvikling av refleksjonsomgrepet, er på mange måtar eit kjenneteikn for kompetanseutvikling i praksis.

3 METODE

Sidan forskningsspørsmåla i denne oppgåva fokuserer på deltakarane sine opplevingar og erfaringar, har studien eit kvalitativt design, basert på semistrukturerte forskningsintervju. Kvalitative semistrukturerte forskningsintervju høver godt til å skildre informantene sine erfaringar og opplevingar (Kvale & Brinkmann, 2015) og med det som bakgrunn vart derfor denne type intervju valgt som ein egna metode for utvikling av kunnskap på dette området (Malterud, 2011). Vidare vil eg kort redgjere for den fenomenologiske og hermeneutiske filosofien, som dannar bakteppe for mi forståing av empirien.

Denne studien er ein del av eit større forskningsprosjekt «Erfaringar med alderspsykiatrisk verksemd» der ein ønsker å innhente kunnskap om korleis pårørande samt førstelinjetenesta opplev tilbodet frå ambulerande alderspsykiatrisk team. Formålet med prosjektet er tredelt. Ein ønsker å innhente kunnskap om korleis dei pårørande samt primærhelsetenesta erfarer og samhandlar med ambulant alderspsykiatrisk team ved distriktriskpsykiatriske sentre (DPS). I tillegg vil ein beskrive

arbeidsmetodane hjå personalet i eit ambulerande alderspsykiatrisk team. Dette prosjektet ser på korleis tilsette i primærhelsetenesta samhandlar med ambulant team.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for å skildre og analysere eigenskaper og karaktertrekk ved dei ein skal studere (Malterud, 2011). Kvalitative metoder bygger på teoriar om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Gjennom metodearbeidet har eg prøvd å vere bevisst på å vidareformidle informantane si røyst, og sett i lys av det, vil det vere ei fenomenologisk tilnærming (Malterud, 2011). På den andre sida kan eg likevel ikkje komme i fra at eg undervegs i analysen også har tolka. Empiri kan ikkje bli forstått ut i frå ein virkelighet, den vert i tillegg fortolka av meg. Derfor er det viktig at eg ser med kritiske auge på mi eiga forforståing og er nøye på skilje kva som kjem fram i empirien. Eg må spørje meg sjølv undervegs, kva er det eg eigentleg er ute etter, kva forstår eg av det informantane mine vil fram til? Sentralt i hermeneutikk står fortolkning av tekstar, der formålet er å oppnå ein gyldig og allmenn forståing av kva ein tekst betyr. Kvar tekstanalytisk metode er ein hermeneutisk metode. (Malterud, 2011). I høve analyseprosessen, vil eg ta med meg forståinga av den hermeneutiske sirkel, der deler og heilheit står i eit gjensidig utvekslingsforhold. I fenomenologien er ein oppteken av å forstå verda slik subjektet erfarer den (Malterud, 2011). I ein kvalitativ forskning vil det vere rom for skildringar og tolkningar og tilnærming. Vitenskapsteoretisk forankring for denne studien er derfor inspirert av både fenomenologi og hermeneutikk.

3.1 Forforståing

Forforståing er den forståinga eg har med meg inn i forskinga. Det kan vere det som motiverte meg for å gjere akkurat denne studien, eller det kan vere den tidlegare erfaringa mi. (Malterud, 2011). I følge Malterud (2011) vil denne forforståinga prege forskinga om ein ønskjer det eller ikkje. Gjennom arbeidet som sjukepleiar i heimebaserte tenester samarbeider vi med sjukeheimane om pasientar som er inne til observasjonsopphald og utgreiing. Det har vore ein del situasjonar der pasientar med demens med utfordrande åtferd har hatt liten effekt av tiltak som er sett i verk og i aukande grad har vore urolige. Dette har ført til stor fortviling og maktesløyse både blant pasienten, dei pårørande og personalgruppa. I forkant av studien var mine erfaringar frå samarbeid med spesialisthelsetenesta, at ho bar preg av asymmetri slik at fagkompetansen til primærhelsetenesta kunne bli mindre vektlagt. Vidare var mine forventningar til ambulant alderspsykiatrisk team at ein fekk fagleg støtte av spesialistar som kunne bidra med gode råd og rettleiing i nærmiljøet til pasienten. Dei seinare åra har det vore meir merksemd rundt fagleg oppfølging frå spesialisthelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2015). Malterud (2011,) seier at ei av

dei viktigaste fallgruvane er at vår forforståing kan overdøyye budskapen frå frå det empiriske materialet. Det er derfor viktig at eg reflekterer over min utgangposisjon og for prosessen framover vil bevisstgjerung av eiga forforståing vere viktig for validiteten i oppgåva (Malterud, 2011).

Undervegs i prosessen har eg derfor skrive ned mine tidligare erfaringar og tankar kring temaet, slik at eg seinare har kunna samanlikne det med budskapen informantane delte. Malterud (2011) seier at ein hovudregel er at jo fleire overraskingar det empiriske materialet gir, desto betre har du lukkast i å ta i mot ny kunnskap frå data. Det var fleire overraskingar undervegs som var ulikt mi forforståing, som til dømes dette med å få direkte rettleiing.

3.2 Rekruttering og utval

I kva retning er det fornuftig å rette søkelyset? spør Malterud (2011). Strategisk utval byggjer ikkje på tilfeldigheitsprinsippet, men på systematiske vurderingar av kva element som ut i frå teoretiske og analytiske formål er mest interessante og relevante (Malterud, 2011). Utgangpunktet i mi studie, er å innhente erfaringar frå helsepersonell. Fem av deltakarane til studien vart rekruttert gjennom samarbeid med teamet der eg har fått tilgang over aktuelle samarbeidskommunar. Den sjetteste informanten vart rekruttert via masterutdanninga. Rekrutteringa har føregått gjennom formell kontakt på leiarnivå for sjukeheimar i fire kommunar av ulik storleik og geografi. Inkluderingskriteriar har vore helsepersonell med høgskuleutdanning som har jobba i minimum 1 år og hatt samarbeid med ambulerande team. Eg begynte med rekrutteringa i mars 2016 og erfarte undervegs at ein må ha mykje tolmod og god tid. Det har vore ein del e-postar, telefonkontakt og e-postar igjen, men i oktober 2016 hadde eg fått gjennomført det sjetteste forskningsintervjuet, jf tabell med presentasjon av informantane.

Tabell 2 – oversikt over år utdanning, tal år arbeidserfaring, og avdelingstype. Fem av informantane er sjukepleiarar, ein er vernepleiar. To arbeider som avdelingsleiarar, og ein som fagansvarleg.

Informant	Utdanning	Erfaring	Avdeling
A	3-årig høgskule	15 år	Langtidsavd
B	3-årig høgskule	Over 15 år	Demensavd
C	3-årig høgskule	Over 15 år	Demens, Rehab- og Langtidsavd
D	3-årig høgskule	Over 15 år	Demensavd
E	3-årig høgskule	Over 15 år	Langtidsavd
F	3-årig høgskule	Over 15 år	Langtidsavd

Det er to ambulerande alderspsykiatriske team som er inkludert i studien. Teama er ulikt bygde opp. Det eine teamet omfattar psykiater med vidareutdanning innan geriatri og sosionom. Det andre teamet omfattar av psykiater med vidareutdanning innan geriatri og to sjukepleiarar. I presentasjonen av funn presenterer eg informantane som informant a,b,c,d,e og f.

3.3 Gjennomføring av intervju

Dei seks informantane som ga positiv tilbakemelding, vart inkludert i studien. På førehand hadde fem fått informasjon om prosjektet per e-post, i tillegg til informasjon om studien og skjema for informert samtykke jf. vedlegg nr. 1. Den sjetten informantan fekk munnleg informasjon frå meg om prosjektet med førespurnad om å delta, og i forkant av intervjuet fekk ho tilsendt skriftleg informasjon. Tidspunkt, tidsramme og stad for intervju vart avtalt per telefon med tre av informantane, med dei tre andre vart det avtalt via deira leiarar. Sidan intervjusituasjonen er ein asymmetrisk situasjon, var det viktig at eg som intervjuar, førebudde meg godt for å ivareta informantan best mulig (Fog, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015). Thagaard (2004) fokuserar imidlertid på at begge partar har innflyting over utfallet av intervjuet, då eg som intervjuar er avhengig av i kva grad informantan er open og villig til å dele sine erfaringar. I følge Malterud (2011) er det viktig med ei trygg ramme for å få informantane til å opne opp for å dele sine erfaringar. Eit anna viktig moment er å sørge for at intervjuet kan foregå mest mulig uforstyrra og sjekke at alt utstyr fungerer som det skal, noko som var tilfelle under alle intervju, men med litt varierende grad av uro i startfasen. Dei fem første intervju føregjekk på arbeidsstaden til informantane, og det var informantane som ønskte dette. Det eine intervjuet vart gjennomført per telefon. Dette var fordi det var lang geografisk avstand mellom informantan og intervjuaren og det hadde i tillegg med tidsramma for oppgåva å gjere.

Intervju føregjekk under ulike kontekstar ut i frå kva som hørde for informantane. Eg opplevde å bli tatt imot med vennlegheit og velvilje av alle informantane. Dei to første intervju vart gjennomført på eit romsleg kontor der det vart det servert kaffe, noko som var med på å skape ein avslappa ramme. Dei to andre intervju fann stad på eit ledig pasientrom der eg sat på ein stol og informantan sat på ein skammel. Eg oppfatta det som ein travel avdeling og informantane måtte kanskje gå under intervjuet for å ta over ein vakttelefon, men dette skjedde ikkje. Likevel var det med på å skape ein litt meir uroleg ramme i startfasen av intervju, men når dei først begynte å

fortelje, vart merksemda knytt til sjølv tema. Det nest siste intervjuet vart også gjennomført på eit kontor på arbeidsstaden. Informanten gav uttrykk for avgrensa tidsramme i starten av intervjuet, og dette la kanskje føringar for ein litt meir stressa situasjon. Det siste intervjuet vart gjennomført per telefon. Informanten kjende eg frå før, og dette gjorde at stemninga vart roleg og avslappa. Intervjua starta med presentasjon av meg sjølv, mi rolle i prosjektet og formål med studien. Eg gjekk gjennom skjemaet om informert samtykke som dei då signerte. Eg informerte om at anonymiteten deira ville bli sikra og at dei kunne trekke seg frå studien undervegs i heile prosessen. Informanten som deltok per telefon signerte skjemaet om informert samtykke i etterkant. Som overgang til sjølv intervjuet informerte eg kort om taleopptak og korleis taleopptaket ville bli lagra i etterkant.

For å fokusere på problemstillinga valgte eg semistrukturert intervju med temaer som eg ønskte å utforske. I hovudsak er temaene resultat av samarbeid i prosjektgruppa, mi forforståing og erfaring, tidlegare forskning og teoretisk perspektiv. Under intervjuet er det viktig å skape eit klima som er prega av trygghet og fortrulegheit (Malterud, 2011). Intervjuguiden (jf. vedlegg nr. 2) vart opna med eit strukturert innleiingsspørsmål og gjekk så over til fleire hovedtemaer og ein avsluttande del. Eg prøvde å stille spørsmål som kunne opne opp for episodar dei ville dele og ifølge Malterud (2011) får ein rikast kunnskap om temaet viss vi klarer å få informanten til å dele sine erfaringar i form av konkrete hendingar. Spørsmåla bør vere enkelt og klart formulert, slik at informanten opplever at han kan reflektere og kjenner seg kompetent til å begynne å skildre noko av sin erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Her måtte eg undervegs revidere intervjuguiden då eg hadde brukt uttrykk som informantane ikkje kjente til eller brukte i sin arbeidskvardag. Døme på det var omgrepet APSD. I tillegg var nokre av spørsmåla for detaljerte, til dømes i forhold til tidfesting. Her vart fleire av informantane litt sett ut av at dei ikkje heilt kunne svare på det. Resultata frå dei første intervjua ga også innspel til nye spørsmål vidare i datainnsamlingsprosessen. Som til dømes organisering av tenesta, er det uklare linjer her?

Undervegs kom det fram fleire tema som eg ønskte å følgje opp. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det viktig å stille nye opne spørsmål for å styre merksemda mot dette området. I denne fasen var mi rolle å komme med oppfølgingsspørsmål for enten å klargjere noko eller for å komme djupare ned i temaet. Her var det viktig at eg var merksam på dette for å kunne respondere på informanten sine ord, reaksjonar og kjensler, noko eg erfarte eg gjorde i varierende grad. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) tar han utgangspunkt i eit fenomenologisk perspektiv der målet er å innhente kunnskap om informantane sine erfaringar, i lojalitet til deira versjon av historia dei fortel. Det var tydeleg at informantane som deltok hadde noko dei ville formidle og her er empati og

innlevingsevne ein føresetnad for å få til gode intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). For å vere open om det eg skulle forske på, måtte eg samtidig inneha ein reflektiv distanse (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuguiden var til god hjelp for å strukturere intervjuet og bruke som ei huskeliste over momenter eg ville spørje om. Sidan dette var ein ny situasjon for meg, var eg veldig spent på korleis det ville gå, spesielt før det første intervjuet (informant A). Gjennomføringa gjekk greit, men når eg hørde gjennom lydopptaket, vart eg forbausa over bruk av leiande spørsmål og tema som kom opp der eg kunne stillt meir utdjupande spørsmål. Dette ga meg ei god erfaring i forhold til gjennomføring av dei andre intervju. Det andre intervjuet (informant B) var meir utfordrende, då eg ofte måtte bruke fleire og andre ord for å gjere meg forstått. Eg oppfatta likevel at informanten fekk formidle det ho hadde på hjartet. I det tredje intervjuet (informant c) opplevde eg at informanten var noko forsiktig i starten, men dette kom seg utover i intervjuet. I dei tre siste intervju (informant D, E og F) følte eg at eg kunne rive meg meir laus frå intervjuguiden, samtidig som eg kontrollerte at alle temaene var representerte. Informantane hadde mykje dei ville dele og kom og med fyldige skildringar. Etter alle intervju var eg veldig påverka av historiane deira og engasjementet dei viste for faget.

3.4 Transkribering

Intervju vart tekne opp på digital lydopptaker og mobiltelefon for å sikre at eg hadde opptak viss ein av einingane ikkje fungerte. Det første lydopptaket vart overført til lydfil på pc. Her brukte eg programmet Express Scribe Transcription Software under transkriberinga. Det var eit godt hjelpemiddel der avspjelingsfarten på lydopptaket kunne regulerast. Under dei fem andre intervju brukte eg berre mobil, då denne fungerte optimalt og gjorde at eg ikkje trong å legge inn lydfile på pc. I tillegg hadde den ein funksjon der ein kunne spele opptaket attende 5 sekund, og dette gjorde transkriberinga overkommeleg.

Utgangspunktet var å transkribere ordrett, men undervegs forkorta eg ein del uttrykk, som til dømes pasient til pas. Og spesialisthelsetenesta til spes. Intervju vart transkribert på dialekt. Dette gav nærleik til stoffet og det vart tydelegare å høyre røysta til informanten. Etter transkriberinga gjekk eg så gjennom det transkriberte materialet og redigerte teksten, slik at ikkje informantane vart skildra på ein uetisk måte og slik at det vart meir struktur og samanheng i stoffet. Døme på dette var: ... det er så lite, det er så få tilfeller liksom vi har hatt ... og redigerte det til ... vi har hatt så få tilfeller. Malterud (2011) kallar dette «slightly modified verbatim mode». Utfordringa er då å tenke på korleis ein tek vare på meiningsinnhaldet i størst mulig grad. Pausar vart lagde inn som () og trykk på ord og setningar vart markert med store bokstaver. Latter og ikkje-verbaliserte uttrykk

vart og skildra, som til dømes: «informanten ler». Sjølve transkriberinga vart utført i ein periode på 2-5 dager etter kvart intervju (Kvale & Brinkmann, 2015) og til saman vart det ca. til saman 80 sider i skriftstorleik 11 med enkel linjeavstand.

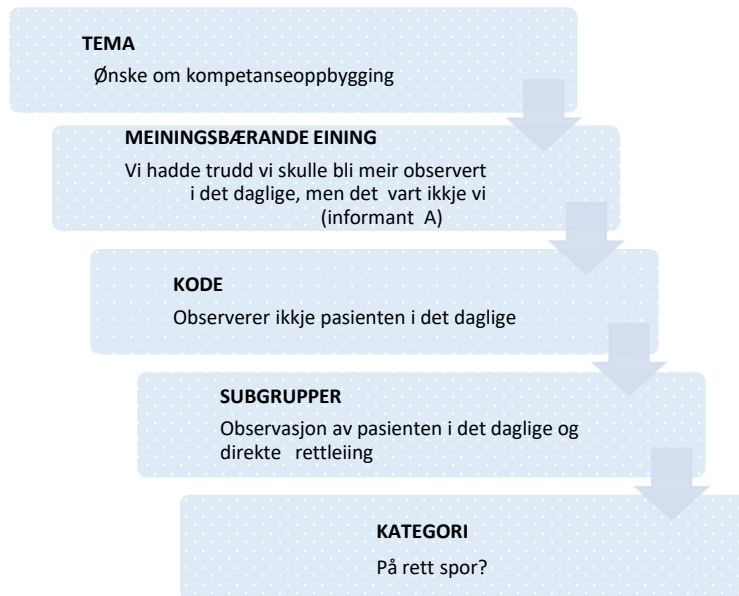
3.5 Analyse

Det eksisterar ingen konsensus om korleis den riktige data- analysen skal utførast i følgje bl.a. Coffey & Atkinson (1996), Graneheim & Lundman (2003), Lindseth & Norberg (2004), Malterud (2011) og Polit & Beck (2007). Deira skildring i høve analysen har likevel fellestrekk med ulik grad struktur. I mi studie har eg brukt Malterud sin modifiserte versjon av den fenomenologiske analysen til Giorgi. Denne analysen innbær ei de-kontekstualisering, re-kontekstualisering og fortolking av datamaterialet (Malterud, 2011).

Gjennom analysen har eg organisert og fortolka materialet og det innhenta datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering byggjer på Giorgi sin fenomenologiske analyse og er modifisert av Malterud (2011). Systematisk tekstkondensering består av fire steg som eg vidare vil gå gjennom. Denne analysemetoden handlar om å bryte teksten ned, plukke den frå kvarandre for så å setje den saman igjen, det vil seie dekontekstualisere og rekontekstualisere (Malterud, 2011).

I det første analysesteget las eg gjennom alt materialet slik at eg kunne danne meg eit heilskapsinnstrykk av innhaldet og få eit generelt inntrykk av kva informantane snakka om innanfor det aktuelle emnet. Relevante tema var ikkje bestemt på førehand, men kom fram undervegs i analyseprosessen (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). I det andre analysesteget begynte eg med koding, som vil seie at ein skil relevant tekst frå irrelevant, og sorterar den delen av teksten som kan tenkast å kaste lys over problemstillinga. Her såg eg etter meiningsberande einingar. Eg delte dei meiningsberande einingane først inn etter spørsmåla i intervjuguiden, for meir struktur. Deretter fann eg sju kategoriar som trådte fram av meiningsberande einingane og desse var: Diaolog med teamet, Tøffe tak, På rett spor? Tips og tiltak, Stafettpinne, Informasjon og undervisning og Bistand frå spesialisthelsetenesta. Sjå figur 3.

Figur 3- Døme på analyseprosessen



I det tredje steg kondenserte eg kodane til tema og undertema gjennom ein analytisk spiral mellom dei identifiserte kodane, dei transkriberte intervju og diskusjon. På dette steget hevdar Malterud (2011) at det er nyttig at ein jobbar i fleire saman. Difor valgte eg å drøfte analysene mine undervegs prosessen med rettleiar og andre i prosjektgruppa for å få innspel. Her handlar det om å samanfatte kvar kode, rekontekstualisere og lage ein analytisk tekst. Alle tema og undertema vart grundig drøfta, før det til slutt vart konkludert med to hovudtema: «Ønske om kompetanseoppbygging og «Meistring av utfordrande åtferd». Eg valgte å bruke informantane sine eigne ord ved navnsetting på nokre av undertema sidan det var gode og skildrande begrep og gav informantane ein tydeleg røyst. Det kom fram to subgrupper under tema «Ønske om kompetanseoppbygging: «På rett spor?» og «Behov for meir rettleiing og undervisning». Under kategorien «Meistring av utfordrande åtferd» kom det fram tre subgrupper: «Tøffe tak», «Varierande oppfølging og nytte av tiltak» og «Behov for betre samhandling». Tabellen (tabell 4) nedanfor syner kategori og subgrupper.

Tabell 4- Kategori og subgrupper

KATEGORI	Ønske om kompetanseoppbygging	Meistring av utfordrande åtferd
SUBGRUPPER	<ul style="list-style-type: none"> ○ På rett spor? ○ Behov for meir rettleiing og undervisning 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tøffe tak ○ Varierande oppfølging og nytte av tiltak ○ Behov for betre samhandling

I siste del av analysen har eg gått tilbake til materialet og prøvd å stille spørsmål og validere funna (Malterud, 2011). Dette for å sikre at at eg hadde fanga opp det informantane hadde uttrykt og meinte. Ved å bruke analyseverktøy kan ein sikre ein valid analyseprosess og kontinuerlig refleksibilitet gjennom heile prosessen, det vil og gjere det lettere å få innsikt i dei val som er gjort undervegs (Malterud, 2011).

Funna vart oppsummert ved å nytte direkte sitat med «informant a, b, c, d, e, f» som ledd i valideringa. Analyseprosessen Under heile analyseprosessen har eg prøvd å vere bevisst mi eiga forforståing, spesielt relatert til tidligare personlege og profesjonelle erfaringar, samt teoretisk ståstad. Gjennom diskusjonane i analyseprosessen vart derfor forforståing og refleksivitet (Malterud, 2011) viktig. Ved å gå tilbake til den opprinnelege teksten, fann eg fleire moment som eg måtte endre. Til dømes hadde eg ved første samandrag av meiningsbærande einingar under kategori «Stafettpinne» oppsummert at «ingen oppfølging i etterkant». Eg gjekk så tilbake til den opprinnelege teksten for på ny sjå heilheita. Det forbausa meg at eg hadde oversett «avdelinga fekk god oppfølging av teamet, to dager i veka i ca. to månader i etterkant». Var det fordi det første utsagnet stemte med mi erfaring og at det kunne hindre meg i å sjå andre funn? Dette var også noko eg erfarte ved gjennomlesing av tekstane i starten. Her hadde eg kanskje mest fokus på det som støtte opp under mi forforståing, men når eg seinare las over teksten og tenkte bevisst på kva eg hadde med meg av eigne erfaringar, fann eg andre erfaringar som var ulike mine. Dette var ein god og viktig lærdom å ta med vidare i analyseprosessen.

3.6 Etiske vurderingar/ truverde

Forskningsprosjektet «Erfaringar med alderpsykiatrisk verksemd» som dette prosjektet er ein del av har fått naudsynte godkjenningar frå Norsk Senter for forskningsdata (NSD) før oppstart av prosjektet (nr. 48127) jf. vedlegg nr. 3.

Gjennom heile forskningsprosessen har eg gjort etiske vurderingar. Informantane fekk i forkant av intervju informasjonsskriv om forskningsprosjektet, informert samtykke og konfidensialitet og konsekvensar av å delta (Kvale og Brinkmann, 2015) (jf.vedlegg nr. 1). Dette vart i forkant av intervju formidla på e-post. På intervjudagen repeterte eg informasjonen som var sendt på e-post og dei signerte skjema med informert samtykke.

Når det gjeld anonymisering, er alle meiningsbærande einingar skrivne på nynorsk for å unngå gjenkjenning av ulike dialekter. Historier som innehaldd lett gjenkjennelege trekk, er endra og

anonymisert. Informantane er knytt til ulike sjukeheimar fordelt på fleire ulike antal kommunar. I tillegg har informantane samarbeidd med to ulike team. For å halde informantane anonyme, har eg valt å kalle dei informant nr. a, b, c og så vidare, framfor sjukepleiar eller vernepleiar, som kan vere lettare å kjenne att.

Alle informantane utanom ein, fekk i etterkant det transkriberte intervjuet (modifisert) på e-post for å unngå misforståing og for å sikre at eg hadde oppfatta svara deira korrekt. I tillegg hadde eg fleire spørsmål eg hadde lyst å utdjupe, desse vart og sendt på e-post, med varierende grad av tilbakemelding. Det var og viktig å foreta ein reflektert utforming av intervjuguiden, som undervegs vart revidert då eg hadde brukt uttrykk som informantane ikkje brukte. I tillegg måtte eg vere bevisst på å vite varsemd under intervjusituasjonen dersom det skulle oppstå vanskelige situasjoner (Malterud, 2011). I eit av intervju opplevde eg at informanten ønskte å slette noko av informasjon ho hadde delt. Det var tydelig at det vart ein stressande situasjon for ho. Informantane deler noko sær personleg og det er viktig å behandle både innhenta materialet og informanten med omhu (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.7 Diskusjon av metode

Kvaliteten på ein studie er avhengig av fleire faktorar. For det første er det sentralt på å vere bevisst på si eiga rolle i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Malterud (2011) brukar omgrepet refleksivitet om å erkjenne sin plass i forskningsprosessen. Ein er som forskar delaktig i prosessen og der hentar ein materialet og empirien frå. Materialet vert påverka av forskaren på ulike måter (Malterud, 2011). Inn i prosjektet har eg med meg ei forforståing som eg tildigare har gjort greie for, men som og kan ha vore med på å påvirke analysefunna (viser til i 3.5).

Reliabilitet viser kor vidt resulta i ein studie er påliteleg (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil blant anna seie om ein annan forskar, på eit anna tidspunkt, med same metode, kan oppnå same resultat av ei undersøking (Kvale & Brinkmann, 2015). Undervegs har eg gjort rede for forskningsprosessen og prøvd å skildre denne så detaljert så mulig. Dei transkriberte intervju, vart til dømes desse sendt til informantane i etterkant for sikre at eg hadde oppfatta deira svar på ein korrekt måte. Dette vert kalla deltakarsjekk. Her fekk dei høve til å presisere uklarheiter og eventuelt supplere (Malterud, 2011). På den andre sida kan det likevel kanskje vere ei utfordring å få heilt same resultat. Både relasjon til informantane og intervjukonteksten vil truleg kunne endre seg frå forskar til forskar og sjølv om spørsmåla hadde vore like, kunne ein muligens få andre svar. Det kan også vere vanskelig å gjenta same undersøking og oppnå same resultat sidan samfunnet er i stadig

endring. Det er likevel viktig at forskaren gir lesaren innsikt i prosessen og korleis ein har kome fram til reslutet. Dette kallast intersubjektivitet (Malterud, 2011).

Når det gjeld validitet, må ein ha fokus på dette i alle ledd av forskningsprosessen (Malterud, 2011). Intern validitet handlar om kva grad resultata er gyldige for det utvalet og det fenomenet som ein har studert (Kvale & Brinkmann, 2015). Når det gjeld ekstern validitet må eg spørje i kva grad resultata kan overførast til andre utval og situasjoner. Det er derfor viktig å stille spørsmål om kva resultata er gyldige om og om innhaldet i datamaterialet kan gi svar på problemstillinga (Malterud, 2011). Har det vore rett å bruke den metoden eg har nytta for å få svar på problemstillinga mi? I høve mi forskning, meiner eg metoden som er nytta og dei innhenta data er av relevans for å gi svar på problemstillinga. Informantane er har intervjuja, sit med viktig erfaring og kunnskap på området. Kjennskap til informantane har eg fått via eit DPS, noko som kan vere ein svakheit ved utvalet, då DPS kan ha påverka kven som skulle delta i studien.

Når det gjeld inkluderingskriteriar, var det i denne samanheng helsepersonell med høgskuleutdanning og minimum to års erfaring. Ei svakheit ved utvalet i studien, kan vere at informantane har ulik profesjonsbakgrunn, ein vernepleiar og fem sjukepleiarar, med tanke på ulike yrkesroller og erfaringsgrunnlag. Informantane har også ganske lang jobberfaring innan demensomsorg, noko som kan vere eit styrke ved utvalet. Samtidig kan det og vere ein svakheit, sidan det kan gi liten variasjonsbredde i datamaterialet. Utvalet er også fordelt på fleire sjukeheime med ulik organisering og antal pasienter. Teama er og ulikt organisert og ein får ikkje eit heilt reelt samanlikningsgrunnlag. I tillegg er fem av informantane knytt til team 1 medan den siste er knytt til team 2, og har derfor mindre data om det eine teamet. På den andre sida kan det og vere ein styrke at studien omfavnar fleire enn berre eit team og på den måten får eit breiare og meir varierende datagrunnlag for funna som kjem fram i studien (Malterud, 2011). Med utgangspunkt i problemstillinga mi der eg ønsker å innehente dei sjukeheimstilsette si erfaring med rettleiing frå alderspsykiatrisk ambulant team, meiner eg at resultata i denne studien kan overførast til andre institusjonar som gir omsorg til personar med demenssjukdom som har utfordrande åtferd.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Hovudmålet med denne studien var å få fram korleis dei tilsette på sjukeheim opplevde kvardagen i høve pasientar med demens som hadde utfordrande åtferd og korleis dei erfarte rettleiing frå

alderspsykiatrisk team i høve bebuarar med utfordrande åtferd. Eg vil presentere hovudfunna i dette kapitelet. Gjennom analysen kom det fram 2 hovudkategoriar om eg har valgt å kalle « Ønske om kompetanseoppbygging» og «Meistring av utfordrande åtferd». I tillegg kom det fram nyansar i kvart av hovudtema, som vert presentert under eigne undergrupper. Tema og undertema vert vidare presentert nærare. I analyse- og drøftingsdelen vil eg bruke begrepa Team 1, Team 2 og Teama (når det gjeld begge) for å avklare kva team eg henviser til.

4.1 Ønske om kompetanseoppbygging

Dette tema handlar om personalet sitt behov for kompetanseoppbygging. Personalet er veldig opne for læring og ønskjer rettleiing i arbeidet sitt i høve pasientar med demens som har utfordrande åtferd. Fleirtalet uttrykte stort behov for å bli direkte rettleia av det ambulierende alderspsykiatriske teamet under samhandling med pasientar og anna helsepersonell. Det kom og fram at det var eit stort behov og ønske om meir undervisning, fagleg påfyll og refleksjon.

4.1.1 På rett spor?

I høve arbeidsmetodar, svara alle informantane som hadde samarbeid med team 1 at teamet møtte pasienten åleine ved første tilsyn, deretter hadde teamet møtet med pårørande åleine i dei tilfella der det høvde. Når det gjaldt informanten som hadde erfaring frå team 2, var dette annleis. Her møtte dei involverte partane pasienten i lag og på førehand hadde sjukeheimen sendt ei klar bestilling på kva dei trengte hjelp til, slik som dette utsagnet illustrerer:

Teamet møtte pasienten i lag med personalet. Dei observerte også pasienten medan pasienten var på stova og observerte samhandlinga med andre medpasientar og personalet. Det var ein litt kunstig setting, men dei opplevde at det var nyttig (informant D.)

Ved kartlegging av pasientane, vart det nytta kartleggings-, registreringsskjema og tverrfaglege kartleggingsmøter med teama og dei sjukeheimstilsette, i regi av teama. Eit mindretal av informantane fyllte ut skjema medan teamet hadde dialog med pasienten. Nokre av informantane hadde fyllt ut eigne skjema på førehand, som til dømes registrering av uro. Fleirtalet meinte det vart meir korrekt viss teama i tillegg observerte pasienten i samhandling med andre, og at det var vanskelig å fortelje heilt konkret pasienten sine problem. Ein informant formidla det slik:

Alle desse skjema er sjølv sagt veldig viktig for det er masse informasjon som vert gitt gjennom dei... men det er veldig ofte i det daglege ein ser kva som er sjølv problemet...(informant A).

I følgje ein av informantane kunne det og vere vanskelig å svare korrekt på fleire av kartleggingskjema då det til dømes var spørsmål om historikk som gjekk ti år tilbake i tid, før pasientane var innlagt på sjukeheimen. I tillegg var ein del av skjema retta mot pårørande. Gjennom analysen kom det og fram frå fleire som samarbeidde med team 1 at det var ønske om tettare samarbeid når teamet var tilstades. Følgjande utsagn illustrere dette:

Eg følte på ein måte at eg ikkje var med legen når ho gjekk inn til pasienten, for eg var her og fyllte ut skjemaer, skjema etter skjema (informant A).

Fleirtalet trekte fram at enkeltsamtale med pasienten på rommet kanskje kunne gi feil heilheitsinntrykk og kunne vere avhengig av dagsformen til pasienten. Ein informant opplevde at teamet stillte diagnose veldig fort og var noko forutinntatt, men opplevde likevel at dei vart høyrte når dei tok dette opp. Alle informantane fortalte at det også vart sett i gong somatisk utredning i dei situasjonene der det var behov for, med blant anna blodprøver for å utelukke somatisk sjukdom som kan føre til kognitiv svikt. Dei fleste hadde i forkant av første tilsyn forventa at dei vart observert i samhandling med pasienten. I tillegg vart det også understreka frå fleire at all samhandling som fann stad på avdelinga kunne påverke pasienten og måtte derfor vere av interesse for teamet å kartleggje. Følgjande utsagn eksemplifiserar dette:

Eg hadde håpa at teamet ville observere pasienten i det daglege og kanskje sjå kva vi gjer feil, og kva vi gjer rett, men det var ikkje noko av det ... (informant A).

Det vart også understreka frå fleire ønske om å bli observert over tid sidan dagsformen til pasientane varierar.

Det er noko av det vi har savna litt, at dei kunne vore her litt meir over tid, observert pasient og personalsituasjonen (informant C).

I kontrast til dette hadde nokre få av informantane opplevd at teamet observerte pasienten i sitt miljø og opplevde det som veldig nyttig. Fleirtalet av informantane var difor veldig overraska over at pasienten ikkje vart observert meir i det daglege, over tid og i samhandling med andre (pasientar og personalet). Informantane synes det var vanskelig å ta opp med teamet at dei ønskte meir pasientobservasjon då dei var usikre på kva som var teamet sine oppgåver og kva forventningar dei kunne ha til teamet.

4.1.2 Behov for meir rettleiing og undervisning

Majoriteten av informantane gav umiddelbart inntrykk av behov for jevnleg rettleiing av personalgruppa og meir undervisning, som til dømes denne informanten:

Opplysning og erfaringsutveksling, refleksjonar rundt. Så tenker eg det med undervisning, at dei ser kor skoen trykker (informant C).

Det kom også fram behov for meir direkte rettleiing med fokus på samhandling og kommunikasjon mellom pasient og personale. Informantane som samarbeidde med team 1 ønskte tilbakemelding på kva teamet observerte, konkrete tips på kva dei kunne gjere annleis, kva dei gjorde rett og dei ønskte at teamet brukte kompetansen dei hadde innan Marte Meo metoden. Ein informant formidla det slik:

ho bekrefta jo at vi gjorde ting rett, så ein må jo vere fornøgde med det, men likevel så kunne ho godt ha sett om det var faktisk slik, for det er noko å seie ein ting, men kva gjer du? (informant B).

Ein informant såg spesielt behov for direkte rettleiing for dei i personalgruppa som strevde med å handtere dei ulike situasjonane og understreka at det kanskje er lettare å motta rettleiing frå nokon utanfrå. Ho seier følgjande:

*...og fått innspel og korrigering på det ein gjer. Det er lettare å få det utanifrå. Det er jo litt sånn Marte Meo jobbar då ... (informant B).
Konkrete tips i forhold til pasienten som var urolig og aggressiv og gjekk til angrep på personalet, endå meir konkret (informant C).*

Sjølv om informantane fekk bekrefting frå alderspsykiatrisk team at dei hadde sett i verk gode tiltak, var dei likevel usikre og ønskte å bli observert i den samhandlinga og få tilbakemelding om dei gjorde rett eller feil.

4.2 Meistring av utfordrande åtferd

Dette temaet handlar om meistring av utfordrande åtferd for pasientar med demens. Personalet opplevde å stå i svært utfordrande situasjonar i høve pasientar med utfordrande åtferd og dei ønskte hjelp til å finne nye løysingar der samspelet vart vanskelig. Personalet kunne oppleve pasientar som utagerte fysisk, både stellsituasjon og andre daglegdagse aktivitetar. I tillegg erfarte dei også psykisk belastning ved tilbakemelding frå pasientar i form av ukvemsord og sjikanering, gjerne i kombinasjon

med høgt støynivå og uro og vandring. Informantane ga uttrykk for stor arbeidsbelastning i perioder. Dei såg eit stort behov for betre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta for å kunne gi denne pasientgruppa fagleg kvalifisert hjelp og dei viste til oppfølging frå alderspsykiatrisk team i varierende grad og ulik nytte av tiltak som var sett i verk.

4.2.1 Tøffe tak

Informantane opplevde at sjukeheimspasientar med sjukdomen demens som hadde utfordrande åtferd kunne ha mange vanskelige periodar og at dette også påverka personalet i høg grad. Kva symptom pasientane hadde variererte frå fysisk og verbal utagering, hallusinerer, vrangforestillingar, tvangshandlingar og apati til delir. Helsepersonalet skulle og ta hensyn til dei andre bebuarane og sikre dei trygge ramme, noko som kunne vere ei utfordring i høve skjerming og bygningsmessige forhold. Ein av informantane sa:

Når du har ein pasient som har det så forferdelig vondt, ja tøffast for ho og familien sjølv sagt, men tøft å hjelpe og sjå at hjelpa ikkje strekk til (informant B).

Når det gjeld miljøtiltak fortalte fleire at det var krevjande å få gjennomført tiltaka når dei opplevde at det var lite personell til å gjennomføre. Tiltak som skjerming kunne og vere ei utfordring når rammane for skjerming ikkje var tilstades og ein informant fortalte:

Det blir jo ofte skjerming, men det er klart at når åtte pasientar er samla og dei er urolige nesten alle åtte, så blir det vel ikkje ro der heller tenker eg (informant E).

Informantane fortalte om utfordrande situasjonar dei opplevde å stå i åleine og at det kunne vere vanskelig å få hjelp frå spesialisthelsetenesta. Her vidareformidla av ein av informantane:

Så står ein der ganske åleine og psykiatrisk avdeling sa at han ikkje var ein pasient for dei, men det var jo fare for personalet, han var aggressiv og truande- det var veldig dramatisk og personalet blir redde og engstelige (informant C).

Informantane opplevde at det ikkje var enkelt å få hjelp når dei først var komne på sjukeheimen sidan dei då hadde eit forsvarleg helsetilbod. Pasientar som hadde nådd ein viss alder opplevde å ikkje bli tekne på alvor frå spesialisthelsetenesta og dei etterlyste kva dei skulle gjere medan dei vente på fagleg bistand.

Det har ikkje alltid vore noko lett å få hjelp til dei eldre i psykiatrien (informant F).

Ein av informantane hadde også oppled ei eindring i tenestetilbodet til det betre og fortalte følgjande:

Pasienten gjekk meir eller mindre i delir og vi prøvde og prøvde. Vi ringte til legesenteret, dei kom ikkje, og vi prøvde og ringte og endelig så kom det ei som skjønnte alvorret og vedkommande vart lagt inn på psykiatrisk avdeling. Så får vi ein telefon, han skulle ha kome inn mykje før. Sånn er livet på sjukeheimen, då hadde vi prøvd og prøvd i nesten ei veke. Sånn er det ikkje lenger, det har vore betring (informant E).

Bakgrunn for å søke fagleg bistand var når pasientane hadde aukande grad av utfordrande åtferd, usikkerheit blant personalgruppa om kva tiltak ein skulle setje i verk, når det oppstod ueinigheit om korleis ein skulle handtere det og etter at dei hadde prøvd ut mange miljøtiltak som førsteprioritet. Ein av informantane fortalte følgjande:

Det handlar om at personalet blir usikre på i måten å møte dei ulike problemstillingane på (informant C).

Ein av informantane var også oppteken av om ein venta for lenge før ein ba om fagleg bistand i avdelinga og at det igjen kunne føre til enno større belastning både for pasient og helsepersonell ved å avvente.

Står ein i problema for lenge? (informant D).

Alle informantane viste til godt og tett samarbeid med tilsynslegen når var behov for fagleg bistand og fire av informantane sa det var låg terskel for å be om hjelp når dei trengte bistand utanfrå.

4.2.2 Varierande oppfølging og nytte av tiltak

Når det gjaldt oppfølging frå teama i etterkant, vart nokon av sakene avslutta ved siste konsultasjon frå teamet, medan i andre saker var det oppfølgjing inntil to månader etter første tilsyn. Her meinte informantane at behovet for oppfølging varierte frå sak til sak. I etterkant hadde alle fått skriftlege rapportar. Fleire fortalte om oppfølging og sirkulær kontakt over ein lengre periode i forhold til evaluering og endring av tiltak. I høve begge teama vart sakene avslutta etter drøfting med avdelinga, tilsynslegen og teama. Utvalet i studien omfatta ulike profesjonar på ulike nivå i organisasjonen og det kan sjå ut som teama har noko ulik praksis i kven dei tek kontakt med når det gjeld oppfølging. Blant informantane som samarbeidde med team 1, var det ein som hadde fått telefonoppringing frå teamet i etterkant, ho var avdelingsleiar. I høve team 2 var det vanleg prosedyre at teamet ringte avdelinga, ikkje nødvendigvis avdelingsleiar for oppfølging i etterkant.

Alle utanom ein informant sa avslutninga av saka og oppfølginga i etterkant hadde vore god og at dei i ettertid kunne ta kontakt viss noko nytt oppstod og ein formidla det slik:

berre ta kontakt viss det er bruk for noko meir, det er jo veldig fint (informant B).

Den ein informanten som etterlyste oppfølging uttrykte at kontakt i etterkant også kunne vere pr. telefon.

Alle informantane sa at dialogen med teama undervegs hadde vore veldig bra når dei først hadde fått kontakt med dei. I høve pasientar som team 1 hadde kontakt med før dei vart innlagt, var også dette bemerkta, at dei følgde opp pasientane dei hadde hatt, men kanskje kunne vore betre på å følge opp nye pasientar. Dei tilsette i teama var positive og gode på å lytte. Dei hadde fin framferd, gav god støtte til personalet og tok pasienten på alvor. Dei tilsette opplevde at dei var lydhøyre og hadde respekt for dei tilsette sine meiningar, som eksemplifisert her:

dei var veldig støttande samt støtta våre arbeidsmetodar (informant B).

Alle informantane meinte det var lettare å ta kontakt no når dei kjente teama og måten dei jobba på. Det var og nevnt at team 1 kunne hatt meir tid når dei var på tilsyn hos ein pasient på sjukeheimen slik at det kunne vere rom for å drøfte eventuelt andre pasientar.

Det kom fram at det var mykje fokus på medisin og ikkje så mykje på miljøtiltak. I høve medisintiltak, sa fleirtalet av informantane at teama og tilsynslegen hadde godt samarbeid og medisinane vart evaluert undervegs, og korrigert ved behov for det. Fleire sa dei hadde fått råd om tiltak som ikkje heilt lukkast og at dei ønskte tettare oppfølging i dei konkrete situasjonane. Alle informantane fortalte at dei hadde fått tiltak som hadde fungert ovanfor nokre av pasientane, som til dømes at pasienten hadde blitt roligere. Her kom det og fram at dei som samarbeidde med team 1 opplevde dei som veldig støttande til allereie oppsette tiltak, som 1- til 1 bemanning i høve urolige pasientar. I tillegg hadde nokre av informantane erfart at teama hadde vore sentrale med igangsetjingsprosessar i høve tvangsvedtak som til dømes tilbakehalding i institusjon. Team 1 hadde og henvist vidare i spesialisthelsetenesta som til dømes Olaviken når pasienten hadde behov for meir omfattande fagleg bistand, noko som vart framheva som veldig positivt. Fleire av informantane som var knytt til team 1, sa at teamet hadde vore viktige faglege støttespelarar når det gjaldt informasjon om sjukdomen til pasienten sjølv, men og pårørande. Dette hadde ført til at pårørande hadde meir forståing for ulike tiltak dei tilsette hadde sett i verk og det vart ein betre dialog mellom dei.

4.2.3 Behov for betre samhandling

Alle informantane meinte samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta måtte forbetrast og alle ønskte meir informasjon om tilbodet frå alderspsykiatrisk team. Fleire av informantane trudde dei ikkje hadde hatt kjennskap til teamet viss dei ikkje hadde hatt pasientar som mottok tenester frå dei, som vist i dette eksempelet:

Eg trur dei som ikkje er borti pasienten, at dei ikkje veit nok om det (informant F).

Fleire hadde fått informasjon om teamet via kurs, andre via jobben som avdelingsleiar. Det kom forslag om teama kunne sende ut bosjyre x 1 per år og i tillegg sende e-post til kommunane om kva teneste teama gav og kva pasientgruppe det omhandla. Ein informant vektla viktigheita ved at kommunen etterspurde tenesta, men meinte og at teama måtte bli betre på å informere og at det ikkje måtte vere personavhengig kven som fekk informasjon. Teama måtte bli meir synlege og kjent utover i kommunane. Informantane skildra ein kvardag der kommune og spesialisthelsetenesta hadde fokus på eigne oppgåver og at ein jobba for lite i fellesskap til det beste for pasienten. Ein informant formidla det slik:

Eg tykkjer det er viktig at ein samhandlar mellom kommune og helseforetak. Om dette er konkret når det gjeld psykiatri eller anna, så føler eg mange gonger at vi sit på kvar si stubbe (informant F).

Fleire meinte kommunane vart pressa til å ta på seg fleire og fleire oppgåver, at det handla mykje om budsjett og at det gjekk utover pasientane. Her var heilheitleg pasientperspektiv framheva og ein informant sa:

når dei er komt inn her, har på ein måte psykiatrien bråte ut, den er mindre framtrédande enn dei fysiske problema, du kjem inn med ein lungecancer, då treng du den heilheita og då tenker vi ikkje å setje i bås, då tenker vi: du må ha det godt her hos oss (informant E).

Nokon av informantane som budde i nærleiken av DPS var usikre på kven dei fekk hjelp av når dei sendte henvisning, om det var spesialisthelsetenesta eller kommunepsykiatrien. To av informantane var usikre på korleis ein gjekk fram for å henvise pasientar til alderspsykiatrisk team (1). Ein av informantane sa:

Skulle gjerne likt å visst korleis eit ambulant team skal brukast. Må du ha henvisning frå fastlege/ tilsynslege eller kan du berre ringe dei? (informant F).

Ved spørsmål om kva informantane la i begrepet ambulant alderspsykiatrisk team, forstod dei det som eit team med ulik kompetanse og meir spesialisert fagkunnskap som reiste rundt for å behandle og rettleie. På spørsmål om tid frå henvisning til første tilsyn, forventta informantane som budde i nærleiken av DPS at teamet burde komme ganske raskt viss det skulle ha effekt. Dei andre informantane tykte ein til to månaders ventetid var tilfredsstillande. Det vart og etterlyst auka fokus på utredning av dei som vart innlagt på sjukeheimen med kognitiv svikt. Fleire spurde seg om dei venta for lenge med å be om hjelp og om ein kanskje burde starta utredning og behandling allereie medan pasienten budde heime.

Spesielt når me ikkje veit, vi finn ikkje ut kva som feiler dei, men dei har endra seg, og fått inn ekspertise litt tidlig, kartlagt dei, men det må skje ut i frå heimane trur eg, det er for seint når det har gått så lang tid, det skulle gjerne vore gjort noko før (informant E).

Dette vart understreka ved at fleire av dei sjukeheimstilsette uttrykte at dei trengte fagleg bistand raskt og ikkje kunne vente:

Vi treng hjelp no vi kan ikkje vente i vekesvis (informant E).

Nokon peika på at samarbeidet i dei seinare åra hadde blitt betre i høve tidlig utskrivning frå sjukehus og samansette diagnoser. Når det gjaldt akuttplassar i rus og psykiatri var fleire opptekne av korleis det vil fungere når det trer i kraft frå januar 2017 og at dei trudde dei måtte ha raskare fagleg bistand frå teama.

5 DISKUSJON

Formålet med studien var å sjå på korleis dei sjukeheimstilsette opplevde rettleiinga frå alderspsykiatrisk team i møte med personar med demens som har utfordrande åtferd. I dette kapitlet vil eg forsøke å trekkje fram dei mest sentrale funna frå analysen og drøfte desse i lys av forskning og relevant teori. I analysen kom det fram to hovudkategoriar, «Ønske om kompetanseoppbygging» og «Meistring av utfordrande åtferd», desse vil bli tema for diskusjon. I tillegg vil eg og drøfte andre relevante funn definert under dei ulike subgruppene. Undervegs peiker eg også på implikasjonar mine funn kan få for praksis.

5.1 Behov for ambulante tenester

Gjennom analysen kom det fram behov for kompetanseoppbygging. Personalet er veldig opne for læring og ønsker rettleiing i arbeidet sitt i høve pasientar med demens som har utfordrande åtferd. Funna viser at eit behov for ambulante tenester er tilstades og samanlagt hadde informantane nytta seg av alderspsykiatrisk team til om lag tolv pasientar. Desse funna er i tråd med tidligare forskning (Melchisedekow & Starheim, 2014). Det er og verdt å merke seg at det i 2010 vart henvist 453 pasientar med sjukdomen demens som har utfordrande åtferd til DPS-ar (Sørensen, 2011). Andre studier støtter og opp om behovet for dette tilbodet, som ønske om rettleiing knytt til enkeltpasientar og i mindre grad ønske om hospitering i alderspsykiatrisk avdeling (Nåvik et al., 2014). Ved å få ei vurdering av eit ambulante team, er pasienten og personalet på heimebane og rettleiinga ein får der, kan vere lettare å omsetje i praksis. Ein studie viste at tilsette kan oppleve mindre belastning når pasientar får oppfølging på sjukeheim av ambulante team kontra sjukehusinnlegging (Hval, Kristiansen & Lorentzen, 2012).

Informantane i mi studie fortel om henvisningstid alt frå 14 dagar til 4 månader. Fleirtalet formidlar at tida frå henvisning til konsultasjon er innfor akseptable rammer, medan to av informantane meiner det tok for lang tid før dei fekk fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta. Her vart det trekt fram at ein kanskje burde begynne samarbeidet med spesialisthelsetenesta før pasientane vart innlagt på sjukeheim, noko som også Kitwood sin personsentrerte omsorgsteori støttar opp om (2006), med fokus på oppfølging over tid frå fagfolk med kompetanse innan demens. Ein kan og sjå det i samanheng med tal frå Sintef Helse sin rapport (Gråwe, Hatling & Ruud, 2008) som viser at personar over 65 år utgjør ein liten del av pasientane ved DPS nasjonalt og dei over 70 år var nesten fråverande (Selbæk, 2007). I tillegg kan ein og trekke parallellar til helsedirektoratet sin rapport om analyse av utviklingstrekk i pleie- og omsorgstenesta (2016) som viser at personar med demens som mottek langtidsopphald i insititusjon i forkant av innlegging har motteke låg tenesteyting frå heimesjukepleien. På den eine sida ser det her ut som behovet for denne tenesta absolutt er tilstades, men andelen pasientar over 65 år ved DPS er låg. Det kan sjå ut som det kan vere ein tendens til manglande samsvar mellom behov og tenester (Skaar, Brodtkorp, Skilslund & Slettebø, 2014).

5.2 Informasjon og kjennskap til tenesta

Alle informantane etterlyste meir informasjon om tilbodet til alderspsykiatrisk team (både team 1 og 2). Dette samsvarer med forskning gjort blant fastlegar som viste at ikkje alle legane kjente til DPS-

tilbudet (Sjetne, Holmboe & Haugum, 2011). Informantane som jobba som avdelingsleiarar (team 1 og 2) sa dei visste om tilbudet via rolla dei hadde, men var usikre på om dei elles hadde visst om det. Kan dette tyde på at informasjon om alderspsykiatrisk team i første omgang vert gitt til leiarane i kommunehelsetenesta? Dei andre informantane meinte dei ikkje hadde fått kjennskap til tilbudet viss dei ikkje hadde hatt pasientar som hadde dette behovet eller fått informasjon om tilbudet via kurs i regi av arbeidsgivar. Specialisthelsetenesta har kanskje her ei utfordring når det gjeld å informere om tenesta til alderspsykiatrisk ambulerande team for tilsette i primærhelsetenesta. På den andre sida er det også viktig at kommunen etterspør, noko som den eine informanten understreka, og som også er i tråd med Helsepersonellova og fagleg forsvarlegheit (kap. 2., §4, 1999).

Informantane etterlyste jevnleg informasjon og her kom dei med gode forslag, som til dømes informasjonsbrosjyre x 1 per år til pleie- og omsorgstenesta. To av informantane (team1) som budde i nærleiken av DPS var også usikre på kven dei fekk fagleg bistand i frå, om det var DPS, ambulerande team eller psykiatrien i kommunal regi. Tidligere forskning blant fastlegar støttar også opp under det, at det kan virke uklart kva eit distriktpsikiatrisk senter er, om det er avdelingar ved psykiatriske klinikkar eller poliklinikken ved den psykiatriske klinikken (Sjetne, Holmboe & Haugum, 2011). Informantane var og usikre på korleis dei skulle gå fram for å få henvisning. Andre som hadde større geografisk avstand til team 1, virka sikre på korleis dei skulle gå fram for å få henvisning. Det er også i tråd med forskning som viser at medarbeidarane i varierende grad kjenner til tilboda som vert gitt (Nåvik et al. 2014) og sett i eit folkehelseperspektiv der befolkninga skal ha lik tilgang på og lik rett til behandling (Pasient- og brukerrettighetslova, 1999), er det kanskje ikkje alltid slik innan alderspsykiatrien. Det kan derfor sjå ut som det er eit stort behov for jevnlig og oppdatert informasjon om tilbudet til alle tilsette i pleie- og omsorgstenesta.

Funn frå studien viste at fleire var usikre på om dei fekk fagleg bistand frå specialisthelsetenesta eller den kommunale psykiatrien. Det kan sjå ut som det er utfordrande å få i oversikt over kven i hjelpeapparatet som yter denne tenesta (Sjetne & Holmboe, 2011). Føringane frå Helsedirektoratet (2006), var å forflytte ein stor andel av ressursane frå sjukehusavdelingar og til DPS-ane der eit av måla var å bistå kommunane med råd, rettleiing og ivareta kontinuiteten (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), men kanskje har det blitt meir fragmentert?

I Samhandlingsreforma (St. meld. 47 (2008-2009)) kjem det fram at det vidare skal vurderast å bygge opp fleire kommunale tverrfaglege ambulante team med særleg fokus på kroniske sjukdomar, som til dømes demens. Funna i studien viser som nevnt klare behov for ei ambulant teneste og å få fagleg

bistand frå spesialisthelsetenesta på staden. Det er framsynt og viktig og sjå tilbake, og Vetvik og Disch (2014) fann ut i sin studie at mange kommunar har økonomiske og personalmessige utfordringar innan helse- og omsorgstenesta. Dette blir bekrefta av Gautun og Hermansen (2011) som viser til kommunalt omsorg under press. Funna i studien min, viste eit ønske om enno meir fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta. Då er det kanskje eit stykke fram før kommunane sjølv klarer å stille med kommunale ambulante tverrfaglege team? Men det er ein god tanke og viktig med strategisk kompetanseplanlegging. Det kjem og fram (St. meld. nr. 47 (2008-2009) at ambulante team i kommunal samanheng vil bidra til å bygge opp eit tverrfagleg kompetansmiljø i kommunene. Dei vil utgjere ein fagleg ressurs og vil kunne utgjere eit samal mottakspunkt for rettleiing og fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta og sikre koordinering og heilheitleg oppfølging av den enkelte brukar. Likevel vert det understreka at spesialisthelsetenesta fortsatt skal ha rettleiingsplikt og sikre kompetanseoverføring mellom tenestnivåa (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Det er ein vesentleg faktor at dei tilsette innan den kommunale pleie- og omsorgstenesta har kjennskap til organiseringa av tenesta for å samhandle best mulig.

5.3 Rettleiing sentralt for auka kompetanse

Funna viser at alle informantane var veldig interessert i få fagleg bistand frå dei ambulerande aldersgeriatrike teama, både i form av rettleiing og undervisning.

Informantane som samarbeidde med team 1, trudde rettleiingsprosessen vil forløpe på ein anna måte. Fleire av informantane hadde til dømes tenkt at teamet kom til å vere lenger i avdelinga for å observere og sjå dei i samhandling med pasientane. Det kan sjå ut som partane på førehand ikkje hadde avklart kva forventningar dei hadde til rettleiingsprosessen og kvarandre, noko som kan vere relevant i planleggingsfasen (Teslo, 2006). Det er viktig å snakke same språk og blir einige om kva rettleinga skal innehalde, kva hensikta er og kor lenge prosessen skal vare (Tveiten, 2008).

Funna frå mi studie viser at dialogen med teama i forkant av konsultasjonen, var på leiarnivå. Kven som skulle delta på møte når teama kom på tilsyn, var for det meste avgjort på leiarnivå, men nokre stader var medarbeidarane med i planleggingsprosessen. Når ein skal utforme eit rettleiingsgrunnlag, kan det vere vesentleg at rettleiar redgjer for eigne intensjonar og begrunning for den rettleiing han skal gi (Tveiten, 2008).

Funna viser vidare at teama og helsepersonell ikkje hadde eigne møter angående rettleiingsprosessen, men første møte mellom partane dreide seg om pasienten. Ein av informantane fortalte at dei hadde tenkt litt på førehand korleis det ville bli, men at det i realiteten vart annleis. Spesialisthelsetenesta (Spesialisthelsetenestlova § 6-3, 1999) har rettleiingsplikt overfor kommunalt

tilsette og i følgje rundskriv (Helse- og Omsorgsdepartement, 2013) som vart utgitt i samband med Samhandlingsreforma (St. meld. Nr. 47, (2008-2009)) kan ein gjennom samarbeidsavtalar fremje samhandlinga mellom kommunar og helseføretak ved å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Fungerer samarbeidsavtalane som viktige verktøy blant dei tilsette i spesialist- og primærhelsetenesta og kor konkret er innhaldet i dei? Forsking som har sett på evaluering av samhandlingsreforma (Gautun, Martens, & Veenstra, 2016) viser små variasjoner i avtaleverket og at kommunane i liten grad bruker lokale tilpasningar når det gjeld konkret innhald i avtalane. Samtidig viser forskning at rundskrivet ikkje er godt nok kjent i kommunane, og at forholdet mellom rundskrivet og innhaldet i avtalane ikkje er tilstrekkeleg revidert (Williksen, Bringedal, Snåre, Hall, 2014). I mi studie var det ingen spørsmål knytt til avtaleverk mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta, noko som kunne vore interessant å følgd opp vidare. Er det eit viktig verktøy i høve konkretisering av arbeidsoppgåver, bør ein i følgje Grimsmo et al. (2015) redusere antall avtaleområder for å betre oppfølgingsrutinar og revidering på dei enkelte områda.

Når funna viser at fleirtalet av informantane ikkje var heilt fornøgd med rettleiinga slik den var gjennomført, og tidligare forskning også støttar dette (Sjetne & Holmboe, 2011), kan det kanskje sjå ut som det er behov for å konkretisere kva rettleiinga skal innehalde i starten av rettleiingsprosessen (Tveiten, 2013). Kanskje kan det vere relevant å vurdere tiltak som styrker rettleiings- funksjonen (Sjetne & Holmboe, 2011)? Informanten som samarbeidde med team 2, hadde erfaringar med at teamet utførte direkte rettleiing og observasjonar. Informanten fortalte at dei på førehand hadde sendt ei klar bestilling på kva dei ville ha hjelp til og behovsavklaring. I følge Tveiten (2013), er det viktig med planleggingsfase i forkant av rettleiinga. Her kan kanskje også ein klar ideologi og tydelege retningslinjer på arbeidsstaden vere av betydning i planleggingsfasen (Chenoweth, Yun-Hee, Merlyn, & Brodaty, 2010). Ein klar bestilling i forkant av ein samarbeidsprosess mellom team og sjukeheim, kan kanskje føre til auka bevisstgjerings hjå dei sjukeheimstilsette for kva dei treng hjelp til og at teama vert meir førebudde i forkant?

Alle informantane i studien opplevde å ha god dialog med teama. Dei vart møtt med respekt og teama var veldig lydhøyre for deira forslag til tiltak. Kan det og vere utfordrandre å skulle vere den parten som skal rettleie? Ein av dei tilsette i eit av teama brukte omgrepet «tråkke i andres bed» for å forklare litt korleis dei jobba. Funna mine viser at alle informantane var positive til å få fagleg støtte frå spesialisthelsetenesta, og hadde heller ønske om enno meir fagleg oppfølging frå tenesta. Ein studie viste at tilsette ved DPS opplevde rettleiingsplikta overfor kommunalt tilsette som vanskelig fordi mange hadde lik kompetanse som dei sjølv. På den andre sida har det vore ein vesentleg kompetanseheving innan psykisk helsevern i løpet av dei siste åra, spesielt innan DPS-ane (Pedersen & Restad, 2016). Kanskje denne utviklinga innan kompetanse, vil kunne føre til styrka

retteleingstilbod. Det er også verdt å merke seg at kommunalt tilsette opplevde det som uproblematisk å motta rettleiing frå DPS- tilsette så lenge kommunikasjonen var prega av gjensidigheit (Elstad, Steen & Larsen, 2013). Det samsvarer med ønske frå informantane i studien, dei hadde behov for å få tilbakemelding på jobben dei gjorde.

Fleire av informantane fortalte om situasjonar med pasientar som dei hadde opplevd som truande. Dei fortalte at dette kunne vere veldig dramatisk og dei kunne bli redde og engstelege. Det er i tråd med forskning (Cohen-Mansfield & Libin, 2004; Pulsford, Duxbury, & Hadi, 2011), som viser at aggressiv åtferd kan føre til auka stress og utbrentheit hos omsorgsgivar. Funna viste at det var nettopp i dei vanskelige situasjonane, informantane ønskte å bli direkte observert. I starten av ein læringsprosess kan det vere vanskelig å vite kva ein har behov for å lære, det kan og vere vanskelig for rettleiar å seie kva vedkommande skal gjere fordi den som skal vise veg kanskje ikkje heilt veit kva utfordring vedkommande har (Schön, 2013). Ein trygg og anerkjennande rettleiingssituasjon er eit viktig hjelpemiddel og godt utgangspunkt for å forstå sine kjensler. I dei situasjonane vi ikkje får til det ønska samspelet med pasienten, kan det gi kjensle av nederlag og avmakt (Testad et al., 2007). Rettleiing kan då bidra til bevisstgjerung av eigne ressursar, utfordringar og meistring (Lai, 2004). I tillegg til auka stress og utbrentheit, viser forskning at pleiepersonell som vert eksponert for vald og aggresjon frå pasientar med demens, kan oppleve frykt, tristheit og sinne. God opplæring og muligheit for refleksjon relatert til ulike samspelssituasjonar og aktuelle etiske dilemma er vesentleg (Smit & Hvalvik, 2015). Det kan relaterast til Schön sin reflection-on-action, og funna frå mi studie viste at dei med hjelp frå teama reflekterte over enkelte handlingar i etterkant (2013). Det kan likevel sjå ut som om informantane saknar å få regelmessig oppfølging frå teama, og ein av informantane uttrykte også det, ønske om jevnleg rettleiing frå teamet for heile personalgruppa. Her kan ein trekke paralleller til forskning (Rokstad & Vatne, 2011) som viser at tilbakemelding på direkte observasjon sjeldan er sett i system innan demensomsorg.

5.4 Behov for observasjon

Eit av hovudfunna viste at informantane hadde ønske om å bli observert i samhandling med pasienten, og hadde i forkant også forventningar om at det skulle inngå i rettleiinga. Dei ønskte ei bekrefting undervegs om dei gjorde rett eller om dei burde prøve andre handlingsalternativ i lag med fagpersonell med spesialkompetanse. Som dei også sa: vi kan seie at vi gjer slik, men det er ikkje sikkert vi gjer det slik vi seier». Det er eit viktig poeng, som også Schön (2013) peiker på, at ved

munleg gjennomgang av situasjonen, kan det vere fare for misforståing mellom partane. Funna viste vidare at nokre av informantane (både team 1 og team 2) hadde erfart å bli observert under samhandling med pasienten, og hadde opplevd det som veldig nyttig og lærerikt. Informantane hadde altså behov for å få korrigering eller bekrefting i den aktuelle samhandlingssituasjonen med pasienten. Rognstad og Nåden (2011) har i sin studie «Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – I pleiers perspektiv» sett på behovet personalet har for kompetanse i samhandling med personar med demens. Eit av spørsmåla i studien gjekk ut på kva personalet hadde behov for av spesiell kompetanse i arbeidet for å ivareta eiga trygghet. Resultatet var ganske klart, dei ønskte kompetanseheving og praktisk meistring for å kunne ivareta pasienten. Informantane ønskte altså å bli vurdert i vanskelige og krevjande situasjoner, noko som er i tråd med forskning som viser at helsepersonell innan demensomsorg etterlyser kompetanse av praktisk karakter, til dømes å trene på aggresjonshandtering (Brenden, Storheil, Grov, & Ytrehus, 2011). På den måten vert det reflection-in- action, det vil seie læring i handling (Schön, 2013). Ein reflekterer over handlinga medan ein enno kan påvirke situasjonen (Schön, 2013). På den andre sida kan det også vere slik at refleksjon i etterkant og gjerne i lag med andre, kan føre til auka læring (Rokstad & Vatne, 2011). Habermas (Redmond, 2006) kritiserte Schön akkurat i høve dette, han meinte at ein måtte drøfte ulike handlingsalternativ i lag med andre for å perspektiv som førte til endring av praksis. Dette samsvarer med forskning som viser at korrigering og refleksjon over handling er viktig for sjukepleiaren for å tileigne seg ferdigheiter (Bjørk, 1999). Funna frå studien min viser nettopp det, at informantane hadde behov for begge deler, både refleksjon- i- handling, og refleksjon- over- handling. Dei ønska felles refleksjon med fagpersonell med spesialkompetanse for bekrefting eller korrigering av den observerte eller omtalte situasjonen.

Funna viser at informantane tenkte og reflekterte mykje både undervegs og i etterkant av krevjande situasjoner, men dei var utrygge på om dei gjorde rett eller feil. Ordet «usikker» var eit ord som gjekk igjen i alle intervju. Å ha tru på eiga meistring, er i følge Bandura (Kähler, 2012), sentralt for læring. I mi studie viste informantane høg læringsmotivasjon til tross for stor usikkerheit. For å oppleve kjensle av meistring, er vi avhengig av bekrefting frå våre omgivnader (Rokstad & Vatne, 2011). Her sa også informantane at det var ein trygghet at det kom inn nokon utanifrå som kan bekrefte at dette er rett. Sjølvrefleksjon kan styrkast ved samrefleksjon, og erfaringsutveksling kan vere nyttig i høve val av avhandlingsalternativ (Rokstad & Vatne, 2011). Ved å drøfte ulike handlingsalternativ og effekt av dei ulike alternativa, kan ein kanskje få innspel til nye handlingsalternativ og idear. Funna frå mi studie viste at tiltak som vart sett i verk vart evaluert undervegs og i etterkant, både på evalueringsmøter, på felles- rapportar og andre naturlege møtestader. Likevel kan det sjå ut som informantane saknar ein systematisk plan for gjennomføring av refleksjon. Ved å implementere

metoder for personsentrert tilnærming, som til dømes DMC (Rokstad & Vatne, 2011), kan det føre til auka evne til sjølvrefleksjon hos omsorgsgivar.

I forhold til ønske frå informantane om direkte rettleiing, kan det og vere at teama undervegs i prosessen ville fått verdifull informasjon om korleis dei tilsette oppfattar rettleiinga, om dei har forstått den eller ikkje. Teama kunne då gjerne sett behov for å endre måten å instruerer på, og tilpasse rettleiinga til situasjonen (Schön, 2013). I tillegg kunne det og kome fram spørsmål undervegs som opna opp for nye sider av situasjonen (Schön, 2013). Studien frå Australia (Borbasi et al., 2010) som har eit oppsøkkande team der dei jobbar med dei tilsette over tid for å implementere nye tiltak og å trene på å handtere åtferd, er kanskje meir i tråd med det fleire av informantane etterlyser. Altså eit ønske om å få fagleg bistand over tid, når situasjoner som er utfordrande oppstår. Kan ein slik modell vere mulig å gjennomføre også her? Andre studier som har sett på rettleiing mellom helsepersonell i spesialisthelsetenesta og kommunane, viser lågast skår på indeksen rettleiing (Sjetne & Holmboe, 2011). Ein studie rettar og spørsmål om rettleiing var meir vanlig før og at rettleiing og refleksjon som systematisk virkemiddel for læring i liten grad blir benytta (Brenden et al., 2011). Det er defor rimeleg å anta at auka kunnskap og kompetanse vil kunne føre til auka etisk refleksjon og redusere dei tilsette si oppleving av frykt og usikkerheit (Rognstad & Nåden, 2011). Det fører oss over til ulike metoder for implemetering av personsentrert omsorg (Rokstad, Engedal, Edvardsson, & Selbæk, 2012).

5.5 Personsentrert tilnærming

Fleire av informantane var interessert i å få meir kunnskap om si eiga pleiepraksis via metoden Marte Meo. Det er gjort ein del forskning på kartleggingsmodellar innan demensomsorg. Chenoweth (2009) viser til at agitasjon hos pasientar med demens på sjukeheim vart redusert ved bruken av DCM. Kva betydning kan dei ulike metodene ha for personalet? Ved bruk av videoretteleiingsmetoden Marte Meo, har forskning vist at det kan føre til auka meistring og tryggheit i faglege dilemma (Alnes, 2015; Hansen & Ytrehus, 2011, Rokstad & Vatne, 2009). Når det gjeld DCM som verktøy for å utvikle personsentrert omsorg, viser studiar at det har ført til positive og langvarige læringsløft så lenge som halvanna år etter prosjektslutt for dei tilsette (Jöranson & Hauge, 2011). Dette støttar også Brooker (2005) opp om i sin oversiktsstudie der han såg på effekten av DCM. Både Marte Meo og DCM er metodar dei tilsette kan få opplæring i til bruk for opplæring i organsisasjonen, det kan føre til at kompetansen er lett tilgjengelig (Mjörud, Rösvik, Rokstad, Munch, & Röen, 2016). Å implemetere nye metoder og tiltak, kan vere ressurs- og tidkrevjande og ein oversiktsstudie i høve bruk av DCM vert det peika på at metoden bør effektiviserast (Beavis et al., 2002). Rokstad og Vatne (2011) peiker også

på at bruk av DCM er avhengig av at personalet kan møtast og reflektere i fellesskap samt kva evne den som kartlegg har til å gi konstruktiv tilbakemelding.

Fleire av informantane understreka at dei hadde ei leiing som var lydhøyre i høve ekstra bemanning når pasientar hadde behov for det. Andre informantar fortalte om krevjande situasjonar der ein både skulle ta seg av pasientar med utfordrande åtferd samtidig som ein skulle utføre andre pleieoppgåver. Det sosiale fellesskapet i fellesromma er skjørt og kan bryte saman når personalet ikkje er til stades (Hauge, 2004). Ein norsk studie viser også til at kjenneteiknet ved god omsorg for personer med demens, er at dei tilsette alltid er beredt, fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Kor fleksibel og beredt klarer omsorgsgivar å vere viss det er høgt arbeidspress og låg bemanning? Kirkevold (2005) meiner vi treng vi meir forskning om kva organisatoriske modellar som fremjer god demensomsorg, og kva kunnskap og rolle leiarar må ha i organisasjonen. Ein institusjon er både ein arbeidsstad, ein heim og skal vere ein attraktiv stad å besøke, samt driftast så optimalt som mulig (Høyland, Kirkevold, Woods & Haugan, 2015). Det er mange hensyn å ta ved utforming av eit butilbod innan demensomsorg og utforminga skal vere tilrettelagt både for pasient og personalet og det krevst god heilheitleg planlegging (Landmark, Kirkehei, Brurberg & Reinar, 2009).

Funna mine viser at fleirtalet av informantane opplevde støtte i frå overordna. Det fører oss over på leiing av tenestene i pleie- og omsorg. Å ta vere på dei tilsette er ein viktig faktor innan demensomsorg (Rokstad, 1996). Implementering av personsentrert omsorg krev involvering frå leiinga, og ein norsk studie såg at innføring av personsentrert omsorg var meir vellukka i små organisatoriske einingar (Rosvik, Engedal, & Kirkevold, 2014). Kjenneteikn ved organisasjonar som lukkast med å innføre personsentrert omsorg er tydeleg og gjennomarbeidd visjoner og hovudmålsetning, deltakande leiarar, myndiggjering av personalet innafor målsettingas rammer, fokus på stødig kurs i fagutviklingarbeidet (Rokstad & Rösivik, 2013). Dette er også i tråd med ein svensk studie som viser til at leiinga har ei sentral rolle i å utvikle og støtte person-sentrert omsorgspraksis og dermed skape eit positivt psykososialt klima både for dei tilsette og bebuarane (Backman, Sjögren, Lindkvist, Lövhelm, & Edvardsson, 2016). Som forskning viser, er det fleire kartleggingsmodellar, med personsentrert demensomsorg som eit hovudelement (Rokstad et al., 2013). Kompetanse kan skildrast som ein ferskvare og det nyttar ikkje viss ikkje den blir brukt (Lai, 2004). Likevel er kanskje det mest sentrale ikkje kva modell for personsentrert tilnærming ein nyttar, men at praksis vel ein modell og at alle tilsette saman arbeider mot å implementere den.

5.6 Motivasjon for rettleiing

Funna frå mi studie viste einigheit i avdelinga om å søke fagleg bistand. Å oppleve støtte frå leiing er vesentleg og i tråd forskning (Chenoweth et al., 2009). Ein studie viste at helsepersonell innan demensomsorg favoriserte aktive leiarar som hadde ein klar visjon, inkluderte og støtta dei tilsette og hadde fokus på kompetanseauke og rettleiing (Chenoweth et al., 2010).

Alle informantane i studien var veldig opne for læring og ga uttrykk for stor motivasjon i høve kompetanseheving. Dei viste engasjement for faget og ønska å lære enno meir frå dei som sat med spesialisert fagkompetanse. Ein av informantane, som var fagansvarleg, såg større behov for rettleiing for enkelte i personalgruppa. Her vart det også nemt at det i nokre situasjonar kunne vere meir gunstig med eksterne rettleiarar, noko som også Rokstad (2005) og Tveiten (2013) viser til. Kanskje det kan vere lettare å ta i mot ekstern rettleiing? På den andre sida er Marte Meo og DCM kompetansehevande metodar dei tilsette kan få opplæring i. Det kan føre til at dei tilsette kan organisere intern undervisning, noko som igjen kan gi lettare tilgjengelig kompetanse (Mjörud et al., 2016). Viss behovet for rettleiing er uttrykt på leiarnivå, er det viktig å motivere deltakarane, og kanskje eit informasjonsmøte i forkant kan vere ein god start (Tveiten, 2013). Ser ein ikkje sjølv behovet for kompetanseheving, kan det påvirke læringsklimaet (Tveiten, 2013). Når det gjeld kompetanseheving på arbeidsplassar med turnusordning, kan det vere ei utfordring å delta på kurs og undervisning på fridagar viss ein ikkje får godtgjersle i form av løn eller erstatningsfri (Brenden et al., 2011). Det kan derfor vere vesentleg at organisasjonen har ein kompetansestrategi i høve definerte kompetansemål (Lai, 2004).

I mi studie var informantane veldig tydelig på kva dei ønskte å lære meir om og her kan ein trekke paralleller til forskning som viser at medverknad skaper motivasjon og gir eigarforhold til og ansvar for læring (Berg og Eikeland, 1997), i tillegg til lovverk som også understreker viktigheita av det (Arbeidsmiljølova, §4-2, 2005). Fleirtalet var med i prosessen fram mot å søke fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta, det var altså einigheit i avdelinga for å søke hjelp. I følge forskning kan det sjå ut som dei tilsette ikkje alltid deltek aktivt i prosessen ved utvelging av tema for eksterne kurs (Brenden et al., 2011), noko som igjen kan påvirke motivasjonen (Tveiten, 2013). I følge Lai (2004) er det viktig å spørje kva kompetanse vi treng for å utføre dei aktuelle oppgåver og nå måla vi har sett oss. Ein felles einigheit i avdelinga om kva kompetansehevande tiltak ein skal setje i verk, kan bidra til auka etisk refleksjon og styrking av personalet si trygghet (Rognstad & Nåden, 2011). For å sikre kompetanse, er det viktig med struktur og langsiktig plan (Stöback, 2015).

5.7 På kvar sin stubbe eller samhandling?

Alle informantane var einige om at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta må bli betre og ein av informantane skildra det som om kvar og ein sat på si stubbe. I følge samhandlingsreformen er intensjonen at pasienten skal få behandling på det lågaste effektive omsorgsnivået (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette krev planlegging og koordinering, noko som tidligare forskning og peiker på (Melchisedekow & Starheim, 2014). I følge rundskriv frå Helse- og Omsorgsdepartementet (2013) er rettleiingsplikta til spesialisthelsetenesta absolutt i den forstand at dei ikkje kan henvise til manglande ressursar eller stor arbeidsbelastning for å ikkje utføre den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Er det slik at kommunehelsetenesta kan vise til denne plikta og ville det ha hatt effekt? Ut i får eiga erfaring, kan samhandlinga mellom spesialist- og primærhelsetenesta bere preg av asymmetri, noko som er i tråd med forskning (Tønnesen, Kassah & Tingvoll, 2016). Døme på asymmetri mellom partane såg ein også i mi studie, når ein av informantane kommenterte arbeidsmetoden til teamet (team 1): «for det er jo sånn dei jobbar, eg kan jo ikkje komme...». Kanskje det er eit stykke igjen før spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta blir likeverdige beslutningstakarar, som er eit av føremåla i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). På den andre sida, er kanskje taparen i denne maktubalansen, verken helseføretaket eller kommunen, men faget, omsorga og pasientane (Wyller, 2015).

Eit effektivt verktøy for å skape auka samhandling kan nettopp vere rettleiing (Tveiten, 2013) og sjølv om forskning indikerer at godt tilrettelagt samarbeid kan gi lågare fråver blant tilsette, skape betre arbeidsmiljø og forbetre kvaliteten på behandlings- og omsorgstenestene til pasientane (Zwqrensein & Reeves, 2006), så registrerer ein fortsatt problem i samarbeidet mellom profesjonane. Likevel er det grunn til å tru at oppleving av likeverd kan bli styrka når helsepersonell får mulighet til å samarbeide om felles oppgåver over tid i konkrete tiltak (Grimsmo, Kirchhoff, & Aarseth, 2015), som til dømes ambulerande team og tilsette innan demensomsorg. I sluttrapporten etter evaluering av samhandlingsreforma rådst det til å etablere finansieringsordningar for ambulant verksemd for å sikre kompetanseoverføring (Sluttrapport for nasjonalt nettverk, 2015), noko som kan vere med å auke samhandlinga mellom nivåa i helsesektoren.

5.8 Korleis er samarbeidet?

Ut i frå mine funn, var samarbeidsmetodane mellom informantane og teama, informasjonsutveksling, både i form av dialog og kartleggings- og registrerings skjema. I tillegg møtte teama pasienten, enten i lag med personalet eller åleine. Når det gjeld utfylling av kartleggings- og registrerings skjema av pasienten, kunne det vere både i forkant og undervegs i arbeidsprosessen mellom sjukeheimane og dei ambulerande teama. Ei slik overføring av kompetanse mellom

behandlingsnivåa er i tråd med samhandlingsreforma (St. meld. Nr. 47 (2008-2009)). I tillegg hadde dei samarbeidsmøter ved oppstart og undervegs i prosessen. Informantane som samarbeidde med team 1 hadde noko varierende erfaring når det gjaldt utfylling av kartleggingsskjema i høve pasientar. Fleire av informantane fekk beskjed om å fylle skjema medan teamet snakka med pasienten, dei hadde heller sett det meir formålsteneleg å bruke tid i lag med teamet. Andre hadde fylt ut skjema på førehand. Her kan det kanskje vere ressursbesparande å fylle ut skjema på førehand. På den måten kunne dei fått betre tid i lag til felles informasjonsutveksling og dialog. Rokstad (2005) seier også at helsepersonell må vite og bli einige om kva uro dei skal sjå etter for å kartleggje uro, ein situasjonskartlegging. Ein av informantane var også oppteken av at dei måtte fylle ut bakgrunnskjema med spørsmål som dei ikkje hadde kunnskap om, til dømes spørsmål ti år attende i tid då pasienten budde heime. Informanten meinte at det kunne føre til feilinformasjon og unødig tidsbruk.

Når det gjeld kartleggingsskjema og testar, har eg gjennom eigen erfaring i jobben som sjukepleiar i heimebaserte tenester, møtt pasientar i ulike fasar av demenssjukdom. For å kartlegge pasienten sine kognitive evner, bruker ein gjerne Mini Mental Status test (MMS). Denne testen er meint som eit supplement i lag med kartlegging av andre symptom (Engedal & Haugen, 2009). Eg opplevde ein del gonger at pasientane reagerte negativt på testen og spørsmåla, og at det gjorde noko med pasienten sin verdigheit. Som helsepersonell sat eg igjen med ei veldig dårleg kjensle over at eg hadde utsett pasienten for ein unødvendig belastning. Nokre gonger opplevde eg testen som eit nyttig supplement, men ofte var resultatet i samsvar med korleis dei tilsette opplevde pasienten. Testresultatet førte også sjeldan til endring av tiltak for pasienten i avdelinga. I artikkelen «Alderspsykiatrien anno 2015- hva vi de si om oss i 2040?» meiner Øvereng (2016) dei i framtida vil undre seg over kvifor vi tok så mange MMS-testar og bruker uttrykk som «fare for vår tids lobotomi». I mi studie hadde kartleggingsskjema og testar eit formål og vart brukt som vurderingsgrunnlag for vidare planar frå ambulerande team og dei sjukeheimstilsette. Det var altså ein målretta plan for vidare arbeid, noko som Orvik (2015) poengerer som ein vesentlig faktor for samhandling. Å ha ein plan før ein implementerer nye tiltak, kan derfor vere vesentlig. Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, 2017) fokuserer på strategisk kompetanseplanlegging som eit viktig verkemiddel for å styrkje helse- og omsorgstenesta med nok personell og rett kompetanse. Ved å kartleggje kva behandling og omsorgstiltak som trengst til pasientar innan kommunale helse- og omsorgstenestene er viktig for å utvikle strategiske kompetanseplanar for framtida som del av kommunal planlegging (Helsedirektoratet, 2017). Dette blir bekrefta av Ostaszkiwicz (2015) som peiker på viktigheita ved gode organisatoriske rammer i tillegg til auka kompetanse innan demensomsorg.

Studien viste at teama støtta mange av dei oppretta tiltak og planar som var sett i verk. Til dømes ved behov for ekstra personal, var teama veldig støttande og bekreftande og majoriteten av informantane sa at det betydde mykje å få støtte frå fagfolk. Fleire av informantane understreka også at dei hadde ei leiing som var lydhøyre i høve ekstra bemanning viss pasientar vart urolige og trengte meir personalet rundt seg. Andre informantar fortalte om krevjande situasjonar der ein både skulle ta seg av urolige pasientar, samtidig som ein skulle utføre andre pleieoppgåver. Arbeidsgivar har eit stort ansvar i å bidra til eit godt psykososialt arbeidsmiljø og arbeidstakar skal beskyttast mot vald, trusler og uheldige belastningar (Arbeidsmiljølova, §4-3, 2005). Ein rapport frå arbeidstilsynet (2016) peiker på at arbeidstakarar utsett for vald og trusler, viser til tidspress, høgt arbeidstempo, overtidsarbeid. I tillegg kjem det også fram at arbeidsoppgåvene krev kunnskap og ferdigheiter ein ikkje innehar (Arbeidstilsynet, 2016). Det krev høg fagleg kompetanse å møte pasientar med demens som har utfordrande åtferd, og spesielt i dei situasjonane pasienten er aggressiv (Sjaastad & Larsen, 2013). I avdelingar der pasientar er aggressive over tid, kan det i aller høgste grad påvirke arbeidsmiljøet og helsepersonell kan oppleve belastande fysiske og psykiske symptom (Gotfredsen, 2009). Fokus på kompetanseheving kan vere med å bidra til å forhindre at personalet vert krenka i samhandling med pasientar.

Informantane uttrykker behov for erfaringsutveksling og refleksjon. Det er eit stort leiaransvar å gi dei tilsette mulighet for refleksjon, då det ofte kan skorte på tid og tilrettelegging. Ved å reflektere over dei ulike tiltaka og får ein djupare forståing av kvifor dette fungerte, vil det også forekomme ei endring i verdiane og haldningane hos medarbeidarne og i organisasjonen (Schøn, 2013).

Organisasjonar med klare mål for implementering av tiltak for praksisendring for forbetring av omsorga for sjukeheimsbebuarar og på førehand vurderer kva barrierer som kan oppstå, har større mulighet for å lukkast (Low et al., 2015). Når tiltak vert systematisk sett i verk og det er ein planlagt strategi, slik som når eit ambulerande alderspsykiatrisk team kjem inn for å rettleie over ein tidsperiode, blir det meir meining rundt kartlegging av pasienten og kartlegging av miljøet. Då er det ikkje berre ein kartleggjing som ikkje fører til noko meir. Tiltak fordrar planlegging, og gjennom nasjonale føringar (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) har ein gjerne teke eit skritt i rett retning når det gjeld kompetanseoverføring og fagleg bistand ved hjelp av ambulante alderspsykiatriske team.

Informantane meinte at om lag halvparten av tiltaka som vart foreslått av dei ambulerande teama, fungerte godt og at pasientane vart roligere, noko som er i tråd med forskning (Melchisedekow & Starheim, 2014; Nåvik et al., 2014). Før pasienten vart henvist til teama, hadde dei sjølve prøvd ut ulike miljøtiltak. Råda frå teama var både i form av miljøtiltak og ordinasjon av medikament. Nokon av informantane var kanskje litt ueinige i at det var mest fokus på miljøtiltak og viste til utfordringa

med dårleg tilrettelagte avdelingar der det kunne vere utfordrande å skjerme pasienten. Ut i frå mine funn, kom det fram at det og kunne vere vanskelig å setje i gang tiltak som skjerming då ikkje alle insitusjonane var like godt eigna. I tillegg var det og krevjande å ta vare på dei andre bebruarane når slike situasjonar oppstod, og ofte kunne det vere fleire som var urolige på same tid. Dette er i tråd med nasjonale føringar (Demensplan, 2015) som peiker på at institusjonane ikkje i tilstrekkelig grad er tilrettelagt for pasientar med demens. Kvalitetsforskrifta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) understreker også viktigeita ved å ha eit tilbod tilrettelagt for personar med demens. To av informantane jobba på avdelingar tilrettelagt for pasientar med demens og det kom fram at det var spesielt utfordrande med tiltak som skjerming i dei avdelingane der det var andre pasientgruppe å ta hensyn til. Dei fortalte at avdelinga er meir open for innsyn av besøkande og det kunne vere vanskelig å ivareta verdigheita til pasienten som skulle skjermast, samtidig som det var eit høgt arbeidspress med veldig varierende arbeidsoppgåver. Det er i tråd med forskning som viser at eit hensiktmessig miljø og tilstrekkeleg med tid er relevant for å ivareta god etisk demensomsorg (Skaar, Brodtkorb, Valen-Sendstad Skisland, & Slettebø, 2014).

Funn frå studien viser at vidareformidling av tiltak etter innspel frå ambulerande alderpsykiatrisk team, vart gjort via rapportar, både munnlege og skriftlege. I tillegg fekk alle informantane, både frå team 1 og team 2, ein skriftleg rapport frå teama i etterkant. Informantane viste til at det kunne vere ei utfordring å vidarebringe informasjon og tiltak på grunn av turnus. Likevel meinte dei at dei hadde gode rutinar på å gå gjennom nye tiltak. Her er gjerne ein viktig faktor at det blir avsett tid for dei tilsette for gjennomgang av nye tiltak og plan for iverksetjing, noko som kan vere utfordrande i høve turnusarbeid (Hauvik & Haugan, 2016).

5.9 Demensomsorg under press

I høve mi studie kom det fram at fleire av informantane meinte kommunane vart pressa til å påta seg oppgåver i aukande grad og at dei opplevde at det kunne gå utover pasientane. Her kan ein trekke paralleller til forskning som viser at helsepersonell står i eit etisk krevjande spenningsfelt mellom pasientomsorg og krav til effektivitet (Skaar et al., 2014). Forskning som blant anna har sett på årsaker til at sjukepleiarar vel å slutte innan demensomsorg, nevner låg bemanning som ein viktig faktor (Chenoweth et al., 2010). Andre studier viser til at auka bemanning i seg sjølv ikkje treng å vere nok (Kirkevold, 2005). Det er gjerne kombinasjonen av auka ressursar og rettleiing som må kombinerast (Hansen & Ytrehus, 2011).

Som tidligare nevnt i oppgåva, opplevde den eine informanten at dei i etterkant av ei innlegging til spesialisthelsetenesta, fekk beskjed om at pasienten burde ha vore innlagt før. Evaluering av samhandlingsreforma (Norsk forskningsråd, 2016) peiker på at spesialisthelsetenesta i for liten grad har vore kompetansestøttande overfor kommunane, men at kommunane sjølv må vere meir aktive når det gjeld tiltak som kan føre til kompetanseheving.

Ei av informantane sa at det var vanskelig å få hjelp til pasientane når dei nådde ein viss alder. Det er interessant å sjå på forskning (Sørensen, 2012) der det kjem fram at nokre få DPS-ar viser til pasienten sin alder ved avvisningsgrunnlag. I veiledaren for DPS (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), er eit av formåla å tilby tilgjengelege og heilheitlege spesialisttenester av høg kvalitet som er tilpassa befolkninga sitt behov for tenester, og alder er ikkje nemt. Ein studie frå 2010 viser at eitt av avvisningsgrunnlaget frå DPS-ane for dei over 65 år var ” manglande kompetanse” (Sørensen, 2012), men i følge rundskriv knytt til rettleiingsplikta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), er den abolutt og ein kan ikkje vise til manglande ressursar. Eg har også sjølv erfart via arbeid i heimebaserte tenester å få avslag fleire gonger frå akuttpsykiatrisk ambulerande team på grunn av manglande ressursar ved henvending om fagleg bistand i høve ein pasient på 95 år. På den andre sida er det store geografiske område ambulerande team skal dekke, gjerne med små ressursar. Forskning viser også nettopp til dette, at tenesta vert sårbar ved sjukdom og anna fråver (Melchisedekow & Starheim, 2014). Kanskje ein burde bemanne opp ambulerande team slik at ein hadde litt meir å gå på ved uforutsette hendingar? Skal tilbodet vere stabilt, må det også vere rom for sjukdom og muligheit for innleige av vikarar. Viss ikkje, kan det føre til eit auka press på dei tilsette i teama og ei teneste som kanskje på lang sikt blir mindre brukt på grunn av ustabilitet. Rettleiingsplikta er absolutt og at ein ikkje kan unnlate plikta ved å henvise til manglande ressursar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), men er det gjennomførbart? Vi som jobbar i helsevesenet veit at sjukdom og fråver er daglegdags. Kva med dei som er med på å utarbeide rundskriv og nasjonale føringar?

Fleire av informantane hadde ønske om at teamet (team 1) hadde hatt betre tid når dei var på tilsyn hos ein pasient, slik at det kunne vere rom for å drøfte andre problemstillingar. Teama har er ulikt oppbygd og har ulike ressursar til rådighet. Det er eit stort geografisk område dei skal dekke og dei skal yte teneste til pasient og pårørande, samt vere ein fagleg ressurs for helsepersonell. Det er ikkje sikkert utfordrande og krevjande situasjonar oppstår akkurat den dagen teama er på tilsyn. På den andre sida kan ein spørje seg kva ressursar har teama til rådighet for å observere over tid? Funna i studien viser at fleire av informantane etterlyser hurtigare fagleg bistand når først behovet oppstår. Ein norsk studie, Telemedisinsk samhandling (TESAM) har sett på rettleiing ved hjelp av

videokonferanse ved utfordrande situasjonar i sjukeheim. Det viste seg å vere eit godt kompetansetilbod, det ga auka jobbtilfredsheit og førte til reduksjon av sjukmeldingar hjå personalet og bruk av medikamentar hos pasientane (Bach, 2011). Likevel framhevar forskning at IKT ikkje erstattar den personlege kontakten (Adler & Lawrence, 2015), men kanskje kan IKT vere eit nyttig supplement for samhandling mellom ambulante team og primærhelsetenesta i dei mest langstrakte fylka? Ei slik tilnærming er også i tråd med veilederen for DPS finn ein at IKT kan vere eit hjelpemiddel i kompetanseoppbygging (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Når ein ser på dei geografiske områda som DPS skal dekke, er dei på mange måter både langstrakte og vide og IKT kan i denne samanheng vere eit godt verktøy for å fremje kompetansehevande tiltak. Helsedirektoratet sin handlingsplan med følgjande motto «fleksible tjenester og flyt av kunnskap i stedenfor flytting av pasienter og fagfolk» (Helsedirektoratet, 2017) er eit viktig innspel og informasjon- og kommunikasjonsteknologi og telemedisin kan vere ein veileigna metode i samhandling mellom nivåa i helsetenesta og kan vere ein viktig faktor for fornuftig bruk av ressursar så vel økonomisk som kunnskapsmessig. Det kan vere med å oppretthalde robuste fagmiljø og ikkje gjere tenesta så sårbar ved fråver (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Samtidig kan det vere viktig å nyansere biletet av IKT, då ein er avhengig standardisering av både dei teknologiske løysingane og bruksmåten for å sikre at kommunikasjonen mellom partane vil fungere (Melberg & Kjekshus, 2012).

Ein doktorgradsavhandling peiker på at det nødvendigvis ikkje er utfordringar knytt til krav som oppstår i demensomsorga, som er den viktigaste årsaka til stress og belastning hos helsepersonell. Her vert det peika på fleire forhold som til dømes organisatoriske og strukturelle forhold, særskilt leiing. Dette vert støtta av anna forskning (Bruvik, Drageset, & Abrahamsen, 2017) som viser udekkte kompetansebehov og auka tidspress ved sjukeheim etter innføring av samhandlingsreformen. Stress og belastning hos helsepersonell vart i mindre grad knytt til pasienten sin utfordrande åtferd (Testad et al., 2010). Tal frå perioden 2008 og 2009 viser at andel ufaglærte auka frå 47 til 53 prosent på to år og at den er spesielt høg innafor heimetenester (Aamodt, Høst, Arnesen & Næss, 2011). Ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgssektoren er i 2017 på ca. 25 prosent (Helsedirektoratet, 2017). Gautun og Hermansen (2011) peikar i sin rapport på at utviklinga med mindre bruk av sjukeheimsplassar ser ut til å ha gått for langt, noko som kan føre til at ei gruppe av dei eldre mest pleietrengande ikkje får den hjelpa dei treng. Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) viser at kommunane først og fremst har valgt å bygge ut omsorgsbustad-løysingar (Gautun & Hermansen, 2011) og kobler ein det opp i mot auke i andel ufaglærte (Helsedirektoratet, 2017), blir dette kanskje ein utvikling i negativ retning både for mottakarane av tenester innan pleie-og omsorg, men og for dei som jobbar i tenesta.

5.10 Krevjande å utføre tvang

Funna viser at fleire av informantane opplevde oppretting av tvangsvedtak som krevjande og ansvarstyngande. Dei fortalte at det var utfordrande å finne ein balanse mellom autonomi og verdigheit for pasienten og at dei ofte sat igjen med dårleg samvit i etterkant av eit tvangsvedtak. Denne utfordrande balansen vert også belyst av Øye (2015) som har forska på frivilligheit og tvang i sjukeheim. Øye får fram spenningsfeltet mellom tvangsutøving og kontroll på den eine sida og omsorg og brukarmedverknad på den andre sida. Ho viser til ein tvetydigheit mellom frivilligheit og tvang, at det ikkje er klare, eintydige skilje. og har sett på spenningsfeltet mellom tvangsutøving og kontroll på den eine sida og omsorg og brukarmedverknad på den andre sida. Ho viser til ein tvetydigheit mellom frivilligheit og tvang, at det ikkje er klare, eintydige skiljer. Dette er også i tråd med forskning som viser at helsepersonell ofte opplev etiske dilemma ved bruk av tvang (Jakobsen & Sørli, 2010). I Pasientrettighetslova kap. 4 a (1999) vert det lagt vekt på at frivillige tiltak skal vere prøvd ut før det vert nytta tvang. Detaljert skildring av korleis helsepersonell skal gå fram for å fremje tillitsskapande tiltak finn ein gjennom rundskriv frå Helsedirektoratet (2015). Informantane som samarbeidde med team 1, fortalte om utruleg god støtte frå teamet, I det eine tilfelle var det også teamet som sette i gong den formelle prosessen rundt eit tvangsvedtak. Å få ei bekrefting på at det var riktig å utføre tvangsvedtak, opplevde dei som særskilt viktig.

God kvalitet innan demensomsorg vert sikra gjennom fagleg kompetente medarbeidarar, og kan også føre til at behovet for bruk av tvang overfor pasientane blir redusert (Johnsen, & Smebye, 2008). Lov om Pasientrettigheter kap. 4A (1999) stiller krav til kva vurderingar som må bli foretatt for å avgjere når det er riktig å bruke tvang mot urolige og uklare pasientar. Dei nevnte dokumenta er klare og konsise med tanke på krav til kompetanse hos personalet som gir omsorg til pasientar med demenssjukdom. I følgje ein norsk studie som såg på opplæring i høve den nye tvangslovgivinga (Pasientrettighetslova, § 4a, 1999), hadde mange av dei tilsette ikkje hadde deltatt i undervisninga, og dei ufaglærte som ofte jobba nærast pasienten, hadde fått minst opplæring. Det kom også fram usikkerheit rundt kven som skal fatte vedtak og i kva situasjonar lova gir adgang til å fatte vedtak (Pedersen, Hem, Gjerberg, & Förde, 2013). Her har teama ei viktig og sentral oppgåva, å gi støtte og bekrefting i situasjonar som kan innbefatte tvangsutøving. I tillegg er det nok også vesentleg å få rom til å drøfte og reflektere i lag når det oppstår etiske vanskelige situasjonar (Rokstad & Vatne, 2011, . . .). Forskning peikar også på at dersom utfordrande åtferd ikkje blir reflektert over, kan faren for tvang overfor pasienten, vere stor (Testad et al., 2010).

6 Konklusjon

Hensikta med denne studien var å utforske korleis dei tilsette ved sjukeheim opplevde tilbodet frå eit alderspsykiatrisk ambulerande team i høve pasientar med demens som har utfordrande åtferd.

Hovudfunna frå studien oppsummerast på følgjande måte gjennom to hovudtema: «ønske om kompetanseoppbygging» og «meistring av utfordrande åtferd».

Informantane opplev tøffe tak i høve pasientar med demens som har utfordrande åtferd. For dei tilsette, var det viktig å få ei bekrefting om dei var på rett spor ved tiltak overfor pasienten.

Informantane opplevde det som spesielt viktig å få støtte og bekrefting frå teama i dei situasjonane tvangsutøving ovanfor pasientar var nødvendig. Funna viser at informantane nyttar seg av tenesta frå ambulerande alderspsykiatrisk team og opplev at den er til god hjelp. Dei opplevde dialogen med teama som veldig god, og dei vart møtt med støtte og respekt. Informantane ønsker enno meir rettleiing knytt til direkte observasjon av samhandlinga mellom pasient og helsepersonell. Alle informantane meinte samhandlinga mellom kommune og spesialisthelseteneste måtte bli betre og dei etterlyste meir informasjon om tilbodet frå alderspsykiatrisk ambulerande team.

Primærhelsetenesta har god nytte av spesialisthelsetenesta for fagleg kompetanseoppbygging, men har behov for enno meir direkte rettleiing i samhandlingssituasjonar mellom pasient og helsepersonell.

6. 1 Implikasjonar for praksis og framtidig forskning

Funna frå studien viser at rettleiing er vesentleg for kompetanseoppbygging. Det kan og tyde på at samarbeidsavtalane mellom den kommunale pleie- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta ikkje eintydig dekkjer behovet for evaluering og konkretisering av samhandlinga dei i mellom.

Funna mine syner at personalet ønskjer direkte observasjon i samhandling med personar med demens som har utfordrande åtferd. Det er difor behov for å vurdere om dette kan bli ein del av tilbodet når alderspsykiatrisk team reiser ut til sjukeheimane. Studiar som observerer samhandlingssituasjonar mellom pleiepersonalet og personar med demens kan og vere nyttige for å få meir kunnskap om denne samhandlinga.

Vidare forskning bør kartlegge kompetansebehov, men og kompetanseressurar innan pleie- og omsorgssektoren. Det er også behov for å sjå klargjere kva forventingar partane har til kvarandre og kartlegge vilje til kompetansedeling på tvers av organisasjonane. Fleire stader har ein teke i bruk

video som hjelpemiddel i samhandlinga, men vi har lite kunnskap om kva erfaringar dei ulike partane har i høve dette.

Det vil difor vere behov for studiar med fokus på informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som framover kan vere eit viktig supplement for å styrke og utvikle pleie- og omsorgstenesta.

Litteraturliste

- Adler, G., Lawrence, B.M., Ounpraseuth, S. T., & Asghar- Ali, A.A. (2015). A Survey on Dementia Training Needs Among Staff at Community-Based Outpatient Clinics. *Educational Gerontology*. 41(12), 903-915. Doi: 10.1080/03601277.2015.1071549
- Algase, D. L., & Beattie, E. R. A. (1996). TRAINING ALLIES TO REDUCE VARIANCE IN A NURSING HOME STUDY: A COMMUNICATION INTERVENTION. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(10), 889-893. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1166(199610)11:10<889::AID-GPS400>3.0.CO;2-5.
- Almvik, R., Rasmussen, K., & Woods, P. (2006). Challenging behaviour in the elderly—monitoring violent incidents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 368-374. doi:10.1002/gps.1474
- Alnes, R. E. (2015). Demens og samspill. Marte Meo-veiledning i demensomsorg. *Demens & Alderspsykiatri*, 19(3), 25-30. Henta 3. Mars 2016 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7924>
- Aamodt, P. O., Høst, H., Arnesen, C. Å., & Næss, T. (2011) *Evaluering av kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3.* (rapport 1-2011). Oslo: Norsk insitutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Henta frå <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/281456/NIFUrapport2011-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andersson, K., Bird, M., Blair, A., & McPherson, S. (2014). Development and effectiveness of an integrated inpatient and community service for challenging behaviour in late life: From Confused and Disturbed Elderly to Transitional Behavioural Assessment and Intervention Service. *Dementia*. 15(6), 2-18. DOI: 10.1177/1471301214559106

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. Henta 12. april 2016
frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8loven>

Arbeidstilsynet (2016). *Dødsfall og personskader som følge av vold og trusler I norsk landbasert arbeidsliv- En oversikt basert på hendelser meldt til Arbeidstilsynet*. Trondheim: Direktoratet for arbeidstilsynet.

Ayalon, L., Arean, P., Bornfeld, H., & Beard, R. (2009). Long term care staff beliefs about evidence based practices for the management of dementia and agitation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(2), 118-124. doi:10.1002/gps.2077

Bach, B., Sommer, O., Klundby, G., I., Øyen, P., C., Dammen, M., & Westby, A. (2011). Ambulerende tjenester innen alderspsykiatri. (rapport 05-2011). Tromsø: Nasjonalt Senter for for samhandling og telemedisin. Henta 10. mars 2016 frå
http://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NST-rapport_2011-05_Videokonferanse_som_verktoy_i_en_ambulerende_tjeneste.pdf

Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., & Edvardsson, D. (2016). Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 766-774. doi:10.1111/jonm.12380

Beavis, D., Simpson, S., & Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 9(6), 725-736. Henta 10. Mars 2016 frå
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2850.2002.00508.x/epdf>

Berg, A.M. & O. Eikeland (1997). *Medvirkning og læring. Endringsprosesser i staten – en veileder*. Oslo: Tano Aschehoug.

Bjørk, I.T. (1999) Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*. Nr. 6, s. 34-47. Henta 10. Mars 2016 frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1800.1999.00005.x/epdf>

Borbasi, S., Emmanuel, E., Farrelly, B., & Ashcroft, J. (2010). A Nurse Practitioner initiated model of service delivery in caring for people with dementia. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 36(1-2), 49-60. Doi: 10. 5172/conu.2010.36.1-2.049

Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem; ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(1), 61-75. Henta 14. April 2016 frå <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/142403/Vitenskapelig2011Grov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*. 2 (1), 60-70. Doi: 10.1080/13607869856957

Brooker, D. (2005). Dementia Care Mapping: A Review of the Research Literature. *Gerontologist*, 45 (1), 11-18. Henta 11. Mai 2016 frå https://www.alz.org/national/documents/grnt_011_018.pdf

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Aldring og helse.

Brooker, D., Edwards, P., & Benson, S. (2004). *Dementia Care Mapping: Experience and Insights into Practice*. The Journal of Dementia Care. London: Hawker Publications

Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12(1 e-60613-8). Henta 11. Mai 2016 frå <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-60613.pdf>

Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.

Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., ... Karlsson, S. (2015). Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 407-416. doi:10.1111/jnu.12158-

Chapman, D. G., & Toseland, R. W. (2007). Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia. *Social Work*, 52(4), 321-329.
<https://doi.org/10.1093/sw/52.4.321>

Henta 12. Mai 2016 frå <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cca105e4-1b5e-4068-8239-05d6d9fb425e%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4112>

Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ...Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi:10.1016/S1474-4422(09)70046-8

Chenoweth, L., Yun-Hee, J., Merlyn, T., & Brodaty, H. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing, 19*(1/2), 156-167. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02955

Clancy, A. (2015). Practice model for a dementia outreach service in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health, 23*(2), 87-94. doi:10.1111/ajr.12147

Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data. Complementary research strategies*. London: SAGE Publications.

Cohen-Mansfield, J. (2003). Nonpharmacologic Interventions for Psychotic Symptoms in Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 16*(4), 219-224. doi:10.1177/0891988703258665

Cohen-Mansfield, J., & Libin, A. (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(9), 881-891. doi:10.1002/gps.1171

Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesøe, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2016). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015*. (Rapport nr. 8/2015). Senter for omsorgsforskning. Doi: 10.13140/RG.2.1.5067.4960

Davison, T. E., McCabe, M. P., Visser, S., Hudgson, C., Buchanan, G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(9), 868-873. doi:10.1002/gps.1754

- Dewing, J. (2009). Caring for people with dementia: noise and light. *Nursing Older People*, 21(5), 34-38. Henta 3. Juni 2016 frå https://www.researchgate.net/publication/26299229_Caring_for_people_with_dementia_noise_and_light
- Edvardsson, D., Varrailhon, P., & Edvardsson, K. (2014). Promoting person-centeredness in long-term care: an exploratory study. *Journal Of Gerontological Nursing*, 40 (4), 46-53. doi:10.3928/00989134-20131028-03
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 7(1), 7-14. Doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00258.x
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktskykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 10(4), 296-305. Henta 15. April 2015 frå https://www.idunn.no/file/pdf/63641156/samhandling_mellom_et_distriktskykiatrisk_senter_og_kommu.pdf
- Engedal, K. (2007). Alderspsykiatri - et helsepolitisk stebarn. *Demens & Alderspsykiatri*. 1(11), 5-7. Henta 4. Oktober 2016 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=335>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Aldersdemens : fakta og utfordringer : en lærebok* (5. rev. utg.). Tønsberg: Aldring og helse
- Engedal, K., & Wyller, T. B. (2006). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

- Gammersvik, B., Torgunrud, H., & Sjøly, M. (2013). Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Oslo: Helsedirektoratet. Henta 21. Februar 2017 frå <http://docplayer.me/6422638-Forebygging-utredning-og-behandling-av-psykiske-lidelser-hos-eldre-tjenester-som-moter-dagens-og-morgendagens-behov.html>
- Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press : kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (Fafor rapport 2011:12). Oslo: Fafo
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*(02), 88-93. DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-03
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen : hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA-rapport 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ghosh, A., & Dutt, A. (2010). Utilisation behaviour in frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(2), 154-158. doi:10.1136/jnnp.2008.160416
- Gotfredsen, K. (2009). *Forebyggelse af aggressiv adfærd : hos ældre i plejebolig*. København: Munksgaard.
- Granheim, U.B., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Vol.24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*. 17 (3). Oslo: Fagbokforlaget.

Gråwe, R.W., Hatling, T., & Ruud, T. (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007.* (Rapport SINTEF A 6169). Henta 4. Januar 2017 frå https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_sintef_a1203_arbeidsdeling_og_samarbeid_mellom_dps_og_sykehus.pdf

Habermas, J. (1974). *Theory and practice*. London: Heinemann.

Hansebo, G., & Kihlgren, M. (2001). Carers' reflections about their video-recorded interactions with patients suffering from severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 737-747. Henta 23. August 2016 frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2001.00558.x/epdf>

Hansen, A., & Ytrehus, S. (2011). Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien Forskning*, 6(1), 36-44. Henta 3. Oktober 2016 frå <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/634612.pdf>

Haugan, G., Woods, R., Høyland, K., & Kirkevold, Ø. (2015). *Er smått alltid godt i eldreomsorgen?* Kunnskapsstatus om botilbud. Oslo: SINTEF akademisk forlag.

Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen jo gladere vi blir?* Henta 5. Mai 2017 frå https://www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit/avhandlinger/sammen_drag-hauge.html

Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer.*

(TF-rapport 362). Henta 23. april 2016 frå

<https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>

Hauvik, S., & Haugan, G. (2016). Hvordan påvirker turnusarbeid i sykehjem sykepleiers helse- og livskvalitet? *Geriatrisk sykepleie*. 8(2), 26-35. Henta 23. april 2016 frå

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/08/hvordan-pavirker-turnusarbeid-i-sykehjem-sykepleieres-helse-og>

Høyland, K., Kirkevold, Ø., Woods, R., & Haugan, G. (2015). *Er smått alltid godt? Om bo- og tenestetilbudet for personer med demens.* Oslo: Akademisk Forlag.

Prop.nr. 1(2005-2006). Omsorgsplan 2015. Oslo: *Helse- og omsorgsdepartementet*. Henta frå

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/sartrykk_omsorgsplan_2015.pdf

Helsedirektoratet (2015). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015). *Distriktpsikiatriske tjenester 2015. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre.* Oslo: Helsedirektoratet. Henta 3. April 2016 frå

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1279/Rapport%20DPS%20for%20statistikk%20A5ret%202015.pdf.pdf>

Helsedirektoratet (2016). *Analyse av utviklingstrekk I omsorgstjenesten 2016.* Oslo: Helsedirektoratet.

Henta 8. Februar 2017 frå

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20Utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf

Helsedirektoratet (2017). *Kompetanseløft 2020*. (IS 25-50). Oslo: Helsedirektoratet. Henta 8. Februar 2017 frå https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetansel%C3%B8ft%202020_Oppg%C3%A5ver%20og%20tiltak%20for%20budsjett%C3%A5ret%202017.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015*. "Den gode dagen". Henta 21. April 2016 frå https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020*. *Et mer demensvennlig samfunn*. Henta frå 21. April 2016 https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten*. Rundskriv 1-3/2013. Henta 9. mars 2016 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-32013-spesialisthelsetjenestens-veiled/id731993/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 9. Mars 2016 frå <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

- Hval, S.-A., Kristiansen, K. M., & Lorentzen, B. (2012). Samhandling på tvers av tjenestenivåene. *Demens & Alderspsykiatri*, 16(4), 30-32.
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. doi:10.1177/0969733009355375
- Jeon, Y.-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care REsident Study (CADRES): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 508-518. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.020
- Johnsen, L., & Smebye, K., L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: A. M.M Rokstad & Kari Lislrud Smebye (Red). *Personer med demens*. (205-231). Oslo: Akribe.
- Jöranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 376-383. Doi: 04220/sykepleienf.2011.0187
- Kähler, F., C. (2012). Det kompetente selv: en introduksjon til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontrol. Fredriksberg: Frydenlund.
- Kirkevold, Ø. (2005). Utfordrende atferd : forståelse og behandling (pp. 311-328). Tønsberg: Aldring og helse, 2005.
- Kirschenbaum, H. (2012). What is "person-centered"? A posthumous conversation with Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(1), 14-30. doi:10.1080/14779757.2012.656406

Kitwood, T. (2006). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Henta 4. januar 2017 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Landmark, B., Kirkehei, I., Brurberg, K. G., & Reinart, L. M. (2009). *Botilbud til mennesker med demens*. (rapport 11-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 6. Mars 2017 frå file:///C:/Users/Acer/Downloads/Rapport_0911_Botilbud_for_mennesker_med_demens.pdf

Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., Myhre, J., ...Bergh, S. (2016). TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*, 16, 1-12. doi:10.1186/s12888-016-0944-0

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145- 153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x

Low, L.-F., Fletcher, J., Goodenough, B., Jeon, Y.-H., Etherton-Ber, C., MacAndrew, M., & Beattie, E. (2015). A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to

Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLoS ONE*, 10(10), 1-60.
doi:10.1371/journal.pone.0140711

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Matthews, E. A., Farrell, G. A., & Blackmore, A. M. (1996). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 439-447. doi:10.1111/1365-2648.ep8542404

McCormack, B., & McCrane, TV. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., ... Slater, P. (2010). Developing PEROSn-centered practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older people Nursing*. 5(2), 93-107. Henta 17. oktober 2016 frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x/epdf>

Melberg, H. O., & Kjekshus, L. E. (2012). *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget

Melchisedekow, D., & Starheim, A. (2014). Samhandling i praksis. Erfaringer fra samarbeidsmodell Mellom Alderspsykiatrisk seksjon ved Ålesund Sykehus og Herøy kommune. *Demens & Alderspsykiatri*, 18(4), 22-25. Henta 8. April 2016 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7114>

Meld. St. 26 (2014-2015). (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste- Nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 9. Mai 2017 frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonsal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse. Og omsorgsdepartementet.

Mjørud, M., Engedal, K., & Røsvik, J. (2013). *Demensomsorgens ABC : miljøbehandling : studiehefter* (5. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Mjørud, M., Røsvik, J., Rokstad, A. M. M., Munch, M., & Røien, I. (2016). Bruk av fire metoder for å implementere personsentrert omsorg; VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og planverktøy for strukturering av miljøbehandling. *Demens & Alderspsykiatri*, 20(3), 34-37. Henta 5. Mai 2017 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8978>

Naper, Ö., Hoffart, R. A., & Vråle, G. B. (2000). Veiledning - avgjørende for trivsel og mestring. *Tidsskriftet Sykepleien*, 88(10), 55-58. Henta 17. april 2017 frå <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=482&categoryID=61>

Nasjonalt nettverk (2015). Sluttrapport. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Henta 17. april 2017 frå https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrappo rt_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf

Neira, M., & Prüss-Ustün, A. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the environmental burden of disease. *Toxicology Letters*, 259, S1-S1. doi:10.1016/j.toxlet.2016.07.028

Norsk forskningsråd (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo: Melkeveien Designkontor AS. Henta 29. April 2017 frå <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportmedomslag.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508155692&ssbinary=true>

Nygaard, H. A. (2003). Atferdsmessige, psykologiske og psykiatriske symptomer (APSD) hos personer med demens. I K. Engedal & T. B. Wyller (red.), *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe.

Nåvik, M., Gordner, V., Semb, B., Holst, S., Haugen, P. K., & Ulstein, I. (2014). Hva skal det vaere? Hva ønsker kommunene i Telemark og Vestfold fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?. *Demens & Alderspsykiatri*, 18(4), 18-21. Henta 30. April 2017 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7402>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk Kompetanse. Innføring I profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B., & Hawkins, M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review*, 62(4), 506-516. doi:10.1111/inr.12180

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Henta 3. Juni 2017 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_5

Patel, A., & Shideler, M. (2010). Time for Teamwork: An Overview of the Collaborative Approach for Behavioral Problems in Patients With Dementia. *Psychiatric Times*, 27(12), 40-47. Henta 3. Juni 2017 frå <http://www.psychiatrictimes.com/geriatric-psychiatry/time-teamwork/page/0/3>

Pedersen, P. B., & Restad, B. (2016). *Distriktpsikiatriske tjenester 2015. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre* (IS- 2579). Oslo: Helsedirektoratet. Henta 3. Juni 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1279/Rapport%20DPS%20for%20statistikk%C3%A5ret%202015.pdf.pdf>

Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E., & Förde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 133(18), 1935-1939. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0237

Prp. 63 (1997-98). (1998). *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 3. Juni 2017 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2007). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. London: Lippincott Williams and Wilkins.

Pulsford, D., Duxbury, J. A., & Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(2), 97-104. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01646.x

Ranheim, T., Flottorp, S., Austvoll-Dahlgren, A., & Johansen, M. (2010). *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer*. (Rapport fra Kunnskapssenteret, Vol. Nr 7-2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Redmond, B. (2006). *Developing reflective practice in Health an social services*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.

Rognstad, M.-K., & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv]. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(2), 143-153. Henta 21. April 2016 frå <https://www.idunn.no/file/pdf/49090327/art06.pdf>

Rokstad, A. M. M. (1996). *Aldersdemens : kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre. INFO-bankens temabøker. Sem: INFO-banken.*

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget: Oslo

Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å takle*.Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M., Engedal, K., Edvardsson, D., & Selbæk, G. (2012). Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-centred Care Assessment Tool. *International Journal of Nursing Practice*, 18(1), 99-105. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01998.x

Rokstad, A. M. M., & Rös vik, J. (2013). Personsentrert omsorg har effekt. - Resultater fra en radomisert kontrollert studie av personsentrert omsorg (PSO) på nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet hos sykehjemspasienter med demens. *Demens & Alderspsykiatri*,

17(4), 14-16. Henta 30. Februar 2017 frå

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=9026>

Rokstad, A. M. M., & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping - en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 46-61. Henta 3. August 2016 frå <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/239/229>

Rokstad, A. M. M., & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-35. Henta 3. August 2016 frå <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/dementia-care-mapping-en-mulighet-refleksjon-og-utvikling>

Rokstad, A.M.M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte B. J., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*. 36 (5-6), 340-353. Doi. 10.1159/000354366

Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 15-26. doi:10.1111/jonm.12072

Rosvik, J., Engedal, K., & Kirkevold, Ø. (2014). Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 37(5/6), 335-346. doi:10.1159/000357773

Sandvoll, A.M. (2013). *Vi berre gjer det. Beskrivingar av skjult pleiepraksis I sjukeheim*. Henta 10. Juni 2017 frå <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2421519/dr-thesis-2013-Anne-Marie-Sandvoll.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Schön, D. (2013). *Uddannelse af den reflekterende praktiker*. Aarhus: Forlaget Klim.

Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker : hvordan professionelle tænker, når de arbejder*.
Århus: Klim.

Selbaek, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125(11), 1500-1502. Henta 12. Mars 2017 frå
<http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2005--1500-2.pdf>

Sjetne, I. S., & Holmboe, O. (2011). Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid. (PasOpp rapport nr. 6-2012). Henta 8. Oktober 2016 frå
<http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/fastlegers-vurdering-av-distriktpsikiatriske-sentre-nasjonale-resultater-i-2011-og-utvikling-over-tid>

Sjaastad, M., & Larsen, G. (2013). Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er uungåelig? *Geriatrisk sykepleie*. 3- 2013. Henta 11. Februar 2017 frå
https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_tvang_2405.pdf

Skaar, R., Brodtkorb, K., Valen-Sendstad Skisland, A., & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(4), 267-279. Henta 11. Februar 2017 frå
https://www.idunn.no/file/pdf/66741865/organisering_av_helsetjenester_til_eldre_i_kommunen_-_noen_.pdf

Smit, J. A., & Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. *Geriatrisk Sykepleie*, 7(2), 6-13.
Henta 11. Februar 2017 frå https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_0215.pdf

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. (IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
Henta 26. November 2016 frå
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf>.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Glemsk, men ikke glemt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Henta 5. Juni 2017 frå
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*.
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 25 (1996-1997). (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
Oslo: Sosial og helsedepartementet.

St. meld. nr. 9 (1974-1975). (1974). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Oslo:
Sosialdepartementet.

Stigen, I.M., & Tjerbo, T. (2011). *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisnotat nr. 2*. Oslo:
Norsk institutt for by- og regionforskning.

Stöback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet
"Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom". *Tidsskrift*

for *Omsorgsforskning*, 1(1), 72-81. Henta 5. Oktober 2016 frå

https://www.idunn.no/file/pdf/66784802/atferd_er_uttrykk_for_personlige_opplevelser_-_om_kompetans.pdf

Sørensen, L. B. (2012). *Rapport av kartlegging av tilbud ved alderpsykiatriske avdelinger og DPSer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Teslo, A. L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning : for helse og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 587-590. doi:10.1002/gps.1329

Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal Of Geriatric Pshychiatry*. 22, 916-921. DOI: 10.1002/gps.1766

Testad, I., Ballard, C., Brønneck, K., & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 71(1), 80-86. doi:10.4088/JCP.09m05486oli

Thagaard, T. (2004). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*. 3(9), 236-242. Doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J Qual HealthCare*. 19(6), 349-357. DOI:10.1093/intqhc/mzm042

Tretteteig, S. (2016). Utfordrende atferd. I S. Tretteteig (red.), *Den nye Demensboka*. (272-289). Tønsberg: Aldring og helse.

Tretteteig, S., & Røsvik, J. (2016). Miljøbehandling- Introduksjon. In S. Tretteteig (red.), *Den nye Demensboka* (291-299). Tønsberg: Aldring og Helse.

Tveiten, S. (2013). *Veiledning : mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tønnessen, S., Kassah, B. L. L., & Tingvoll, W. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien. Forsking*. 11(1),16-24. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496

Valdes- Stauber, J., Putzhammer, A., & Killian, R. (2014). Dezentrale ambulante Teams in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt*. 85(5), 596-605). Doi: 10.1007/s00115-013-3836-2

Vetvik, E., & Disch, P.G. (2014). *Kommunal omsorg- I plan? Status 2011- utfordringer mot 2025*. (Rapport 6/2014). Senter for omsorgsforskning. Henta 9. Januar 2017 frå http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2014/rapport_6

Wergeland, J. N., Selbæk, G., Høgset, L. D., Söderhamn, U., & Kirkevold, Ø. (2014). Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *International psychogeriatrics*, 26(3), 383. doi:10.1017/S1041610213002032

Wikiheim, H. (2013). *Samarbeidsavtaler- formalitet eller redskap til samhandling?* Henta 9. Januar 2017 frå

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184786/Wikheim.pdf?sequence=1>

Williksen, R.M., Bringedal, K. H., Snåre, M., & Hall, T. A. S. (2014). *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterlevs de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak.* (rapport 134017). Henta frå

<http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/fou-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak-deloitte.pdf>

Wogn- Henriksen, K. (2007). Hva vet vi, hva vet vi ikke. "Det må da gå å ha det godt selv om man er glemsk!" -Miljøbehandling i demensomsorgen. I R. E. Krüger, B. Lillesveen, & A.-M. Nygård (red.), *Det går an! : muligheter i miljøterapi : et festskrift til Aase-Marit Nygård på 70-års dagen.* (18- 51). Tønsberg: Aldring og helse.

Wyller, T. B. (2015). Re: Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(21), 1920-1920. doi:10.4045/tidsskr.15.1125.

Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof.*26(1), 46-54. DOI:10.1002/chp.50

Øye, Christine (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak? *Michael.* 12(2). 167-179.

Övereng, A. (2016). Alderspsykiatrien anno 2015 - hva vil de si om oss i 2040?. *Demens & Alderspsykiatri*, 20(1), 17-19. Henta 9. Januar 2017 frå
<http://www.aldringoghelse.no/file/tidsskriftet/2016-1/alderspsykiatrien-anno-2015-hva-vil-de-si-om-oss-i-2040.pdf>

Övereng, A., Testad, I., Aas-Nordin, K., Årslund, D., & Lexow, K. O. (2013). Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM). *Demens & Alderspsykiatri*, 17(1), 7-9. Henta 9. Januar 2017 frå <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=4022>

Vedlegg 1:



Informasjon om studien og erklæring om samtykke

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjektet

Erfaringar med alderspsykiatrisk verksemd

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt for å sjå kva erfaringar tilsette i kommunehelsetenesta har med alderspsykiatrisk verksemd.

Kva inneber PROSJEKTET?

Eg ynskjer å intervju deg om kva erfaringar du har hatt med alderspsykiatrisk verksemd. Eg er masterstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Intervjuet vil ta om lag ein time. Opplysningane som kjem fram blir anonymiserte, slik at ingen skal kjenne dei att. Prosjektet er for å få kunnskap om korleis tenesta alderspsykiatri vert opplevd for brukarane og sjå om det er moglege forbettringsområde. Dette kan hjelpe oss å utvikle og tilpasse tenestetilbodet alderspsykiatri.

Dei anonymiserte opplysningane vil verte nytta i presentasjonar og publiserte i vitskaplege tidsskrift. Dette for å formidle kunnskapen eg kjem fram til.

Frivillig deltaking og høve til å trekkje sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønskjer å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Du kan når som helst og utan å oppgje nokon grunn trekkje ditt samtykke. Dette vil ikkje få konsekvensar for din vidare behandling eller oppfølging. Dersom du trekkjer deg frå prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamla opplysningar, med mindre opplysningane allereie er inngått i analysar eller brukt i vitskaplege publikasjonar. Dersom du seinare ønskjer å trekkje deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg, Terese Bjordal
Tlf. 97 95 25 74/ terese.bjordal@hisf.no

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som vert registrert om deg skal kun nyttast slik som beskrive i hensikta med studien. Du har rett til innsyn i kva opplysningar som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i dei opplysningane som er registrert. Alle opplysningar vil bli behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte opplysningar som kan kjennast att. Prosjektleiер har ansvar for den daglege drifta av forskingsprosjektet og at opplysningar om deg blir behandla på en sikker måte. Informasjonen om deg vil bli anonymisert eller sletta seinast fem år etter prosjektslutt. Prosjektstart er 18 januar 2016 og prosjektslutt er januar 2018.

Samtykke til deltaking i PROSJEKTET erfaringar med alderspsykiatrisk verksemd

Eg er villig til å delta i prosjektet

Stad og dato

Deltakar sin signatur

Deltakar sitt namn med trykte bokstaver

Vedlegg 2:

Pleiepersonell- Kommunehelsetenesta

Individuelt semistrukturert intervju

Varighet: ca. 1-1,5 time

- Kva kjennskap har du til alderspsykiatrisk verksemd ved Indre Sogn Psykiatrisenter? (ISP)
Korleis fekk du kjennskap til ISP?
- I høve kva diagnoser/ problemstillingar har de fått fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta?
- Kan du fortelje litt om dine erfaringar knytt til pasientar med demens som er urolige?
- Kan du fortelje litt om prosessen som førte fram til at de ville søkje fagleg bistand frå spesialisthelsetenesta?
-framgangsmåte?
-ventetid frå henvisning til konsultasjon?
- Korleis planla de møte med ISP?
kven deltok på planlegginga/korleis vart timen sett opp/møtestrukturen
kan du fortelje litt om måten ISP jobbar på? (arbeidsmetoden)?
-samarbeid med dykk og samarbeid med dei andre tilsette i kommunen, til dømes fastlege/
demensteam
- Kan du fortelje litt om korleis du/ personalgruppa har opplevd tilbodet frå ISP? Kva har det betydd for avdelinga? Kva effekt har det hatt for pasienten?
 - ISP og haldningar til pasienten/-ISP og haldningar til personalgruppa
Korleis tiltak er blitt vidareformidla i avdelinga? Kan du nevne døme?
- Korleis har oppfølginga frå ISP vore vidare?
 - Kva erfaring sit du igjen med etter samarbeidet med ISP?
 - Kva har fungert bra? Døme?
 - Kva kunne vore betre? Døme?
- Korleis har sakene vorte avslutta?

Vedlegg 4

Oria

Søk nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Dato
S1	APSD	2000-2017 2007-2017	1467 1061	15.08.16 08.11.16
S2	S1 og Sykehjem	2007-2017	8	08.11.16
S3	S2 og helsepersonell	2007-2017	1	09.11.16
S4	S3 og veiledning	2000-2017	1	15.11.16
S5	Ambulerende team	2000-2017	28	15.11.16
S6	S5 og sykehjem	2000-2017	3	15.11.16
S7	DMC og sykehjem	2000-2017	21	
S8	Personsentrert omsorg	2000-2017	115	16.11.16
S9	Marte Meo	2000-2017	301	15.11.16
S10	S9 og sykehjem	2000-2017	62	15.11.16
S11	S3 og veiledning	2000-2017	1	15.11.16
S12	Marte Meo	2000-2017	301	15.11.16
S13	S5 og Sykehjem	2000-2017	7	15.11.16
S14	Dmc og sykehjem	2000-2017	21	15.11.16
S15	VIPS og sykehjem	2000-2017	1	15.11.16
S16	Samhandling AND S1	2000-2017	1	15.11.16

Svemed +

Søk nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Dato
S1	APSD	1990-2017	7	08.11.16
S2	S1 NOT helsepersonell	2000-2017	5	08.11.16
S3	S1 AND helsepersonell	2000-2017	1	10.11.16
S4	S1 OR personsentret omsorg	2000-2017	10	10.11.16
S5	Ambulerende team	20000-2917	3	12.11.16
S6	Veiledning	2000-2017	81	12.11.16
S7	S6 AND veiledning AND demens	2000-2017	5	12.11.16

Academic Search Elite, Medline, Cinahl

Søk nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat	
S1	BPSD AND Nursing homes	2000-2017- Full tekst	19034	12.11.16
S2	BPSD	2000-2017- Full tekst	1520	12.11.16
S3	S2 AND Health professionals	2000-2017- Full tekst	5	12.11.16
S4	S2 AND guidance	2000-2017- Full tekst	1	14.11.16
S5	Outreach team	2000-2017- Full tekst	1135	14.11.16
S6	S5 AND S2	2000-2017- Full tekst	1030	14.11.16
S7	S5 AND nursing staff	2000-2017- Full tekst	1135	15.11.16
S8	S7 AND S2	2000-2017- Full tekst	1520	15.11.16
S9	S5 AND S7 AND coordinatioin	2000-2017- Full tekst	440	28.11.16