

RAPPORT

IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy

Behov for og nytte av kompetansehevende utviklingsarbeid

Une Lyngsaunet Hallem
Jorunn Bjerkan
Hildfrid V. Brataas

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 80

Steinkjer 2012



IPLoS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy

Behov for og nytte av kompetansehevende utviklingsarbeid

**Une Lyngsaunet Hallem
Jorunn Bjerkan
Hildfrid V. Brataas**

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 80
ISBN 978-82-7456-650-7
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2012



**Utviklingscenter
for sykehjem**
Nord-Trøndelag



**Senter for
omsorgsforskning**
MIDT-NORGE



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfelleverderes på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/hint/fagportal/bibliotek/hint_publicasjoner

Rettighetshaver
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Hovedbibliotekar

Kvalitetssikret av
Ola Bratås, førsteamanuensis avd.for sykepleierutdanning, HiST (ekstern)
Karin Torvik, førsteamanuensis avd.for helsefag, HiNT (intern)

Nøkkelord: Individuelle pleiebehov, dokumentasjon, erfaringslæring, dialogkafé, grupperefleksjon

Key words: Health care needs, electronic health records, work based learning, World Café

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:
bibsteinkjer@hint.no eller hovedbibliotekar@hint.no

Sammendrag

Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS) er et sentralt helseregister som blant annet danner grunnlag for sentral statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Målet med IPLOS er å bidra til systematisert kunnskap og statistikk til kommuner og sentrale myndigheter, kvalitetsutvikling av tjenesten, god ressursutnyttelse, samt likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet 2009).

I prosjektet «IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy» Ønsket Verdal kommune sammen med Høgskolen I Nord-Trøndelag og Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge å undersøke kompetansebehovet blant pleiefaglig ansatte som registrerte IPLOS i sitt arbeid med pasienter. Prosjektet ville finne gode metoder for å kvalitetssikre ansattes kompetanse i å bruke IPLOS som kartleggingsverktøy og også bidra til at sykepleierstudenter tilegnet seg nødvendig kompetanse. Hovedmålet i prosjektet var bidra til et tilfredsstillende nivå for IPLOS-registreringsarbeidet ved å undersøke behov for kompetanseøking og vurdere gode prosesser for dette arbeidet.

Metode

Prosjektet var en intervensjonsstudie ved dialogkafé som metode med utgangspunkt i resultater fra spørreundersøkelse. Ansatte ved to enheter i kommunen samt studenter fra HiNT som var i praksis deltok i prosjektet. Intervensjonen ble evaluert ved ny spørreundersøkelse etter tre måneder.

Resultater

Svar fra spørreskjema viste at 4 IPLOS variabler ga større kartleggingsutfordringer enn de øvrige. Disse ble gjenstand for videre bearbeidelse i dialogkaféseminarer. Prosjektet viste at ansatte og studenter var aktive og lærte sammen om IPLOS- kartleggingen. Forståelsen økte, men deltakerne var usikre på anvendelse av kunnskapen i praksis. Resultatene fra spørreundersøkelsen i etterkant ga ikke indikasjoner på at en dialogkafé om hver av de "vanskeligste" variablene førte til økt sikkerhet på å kartlegge. Av de fire variablene var bare én av variablene noe enklere å kartlegge tre måneder etter seminardeltakelsen.

Oppsummering og anbefalinger

Resultatene peker på læring gjennom refleksjon og dialog i kafé- gruppene. De viser også behov for mer kompetanseheving på feltet. Deltakelse på prosjektet økte forståelsen for IPLOS registrering, men førte ikke til god kompetanse for å analysere data i pasientsituasjoner, evaluere og bruke sin kunnskap om IPLOS variabler på situasjonsriktig og faglig gode måter.

Nøkkelord: Individuelle pleiebehov, dokumentasjon, erfaringslæring, dialogkafé, grupperefleksjon

Innhold

INNLEDNING	4
MÅL FOR PROSJEKTET	5
METODE	5
PROSJEKTETS KONTEKST	5
PROSJEKTORGANISERING	6
UTVALG	6
UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA	7
INTERVENsjONSSTUDIEN: DIALOGKAFÉ.....	8
GJENNOMFØRING OG RESULTATER	8
SPØRREUNDERSØKELSE I FORKANT AV INTERVENsjONEN	8
INTERVENsjON: DIALOGKAFÉ	10
OPPSUMMERING AV DIALOG KAFÉ:TEMA, UTFORDRINGER OG MULIGHETER	12
SPØRRESKJEMASVAR ETTER DELTAKELSE PÅ SEMINARER	15
STUDENTDELTAKELSE	17
VURDERING OG IMPLEMENTERING AV RESULTATER.....	17
BETYDNING FOR PRAKSIS?	19
BEGRENSNINGER I PROSJEKTET:	19
OPPSUMMERING OG VIDERE OPPFØLGING AV PROSJEKTET	19
REFERANSER	21
VEDLEGG NR. 1	23
VEDLEGG NR. 2	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

Innledning

IPLOS er et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter (Helsedirektoratet 2009). IPLOS opplysningene innhentes og dokumenteres i den enkelte tjenestemottakers sak/journal i forbindelse med saksbehandling og tjenesteutøvelse. Målet med IPLOS er å bidra til systematisert kunnskap og statistikk til kommuner og sentralt, samt kvalitetsutvikling av tjenesten, god ressursutnyttelse og likeverdige og virkningsfulle tjenester (op.cit.). IPLOS kartlegging er en relativt ny ordning. IPLOS-forskriften trådte i kraft fra 01.03.06, og bruk av IPLOS ble obligatorisk i alle kommuner fra denne dato (op.cit.).

Dokumentasjonsplikten, plikt til å føre journal er forankret i Helsepersonelloven § 39 (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Helsepersonell har en selvstendig plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet i pasientenes journal. Dokumentasjonsplikten er begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet til etterprøvbarehet av den helsehjelp som er gitt. Journalføring knyttet til pasienter som mottar helsehjelp i Verdal kommune gjøres i det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ systemet) Profil. Verdal kommune har Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag, og har som mål å være pådriver for fag- og tjenesteutvikling og kompetanseutvikling hos ansatte. Erfaringer i kommunen tilsa at det var behov for å undersøke kompetansebehov i bruk av IPLOS som kartleggingsverktøy.

Erfaringer fra Verdal kommune i 2010 var at det var store variasjoner mellom tjenestestedene (avdelingene) i forhold til hvordan og hva pleiepersonell dokumenterte i Profil. Det ble besluttet å rette søkelyset inn mot kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis. Høsten 2010 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte. Hensikten var å kartlegge kunnskap, ferdigheter og opplæringsbehov knyttet til EPJ-systemet Profil. De ansatte ble også spurt om de kjenner til viktigheten av IPLOS og om de har kunnskap til å foreta riktig registrering. Samtlige ansatte krysset her av for at de ønsket opplæring i IPLOS-registrering. Fra før visste enhetsledelsen at det ikke var samsvar mellom de IPLOS registreringer pleie- og omsorgstjenesten hadde foretatt og de kostnadsbehov vedtak i tjenesten utløste. Tall fra Statistisk sentralbyrå sin KOSTRA – rapport (Kommune-Stat-Rapportering) i Verdal fra tidligere år viste at IPLOS-registreringer som ble foretatt indikerte lavere behov for tjenester enn vedtakenes art og nivå utløste (<http://www.ssb.no/kostra/index.html>).

Erfaringer og omtalte kartlegging tilsa at det var behov for å identifisere kompetansebehov i bruk av IPLOS som kartleggingsverktøy. Det ble derfor initiert et prosjekt mellom Verdal kommune, Høgskolen i Nord-Trøndelag, avd. helsefag og Senter for omsorgsforskning Midt-Norge; IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy.

Mål for prosjektet

Hovedmålet for prosjektet var på bakgrunn av å kartlegge ansattes opplevelse av utfordringer innen IPLOS-registrering, å få kunnskap om bruk av dialogkafé som kompetanseutviklende metode i kvalitetsheving innen registreringsarbeidet.

Prosjektet hadde følgende delmål:

- Å skaffe oversikt over om og i tilfelle hvilke IPLOS - variabler de ansatte opplevde som vanskelig å kartlegge sykepleiefaglig korrekt.
- Å skape en entydig forståelse hos ansatte av hvilke vurderinger som må inngå i registrering av hver enkelt variabel
- Å øke kompetanse blant ansatte til å foreta IPLOS vurderinger, og at tredje års sykepleierstudenter med praksis på Verdal bo og helsetun skulle oppnå forståelse for IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy

Metode

Prosjektet ble gjennomført som et ledd i de involverte parters utviklingsarbeid med utprøving og evaluering av en intervensjon (Jacobsen 2000). Både kvantitative metoder, spørreskjema og kvalitative metoder under intervensjon ved hjelp av metoden dialogkafé ble benyttet.

Prosjektets kontekst

Prosjektet ble gjennomført i Verdal kommune. Det ble avgrenset til å omfatte pleiefaglig ansatte på én institusjon, Verdal bo og helsetun, og ett distrikt i hjemmetjenesten, Øra distrikt. Hensikten var å få kunnskap om utfordringer og kompetanseutvikling på IPLOS rapportering innen både sykehjemstjeneste og hjemmebasert omsorg.

Prosjektet starter 15.januar 2011 og ble avsluttet 31. januar 2012.

I tillegg til egeninnsats fra partene ble prosjektet i hovedsak finansiert gjennom støtte fra lokalt samarbeidsorgan HiNT - Innherredskommuner med kr 250.000. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge bidro med veiledning i prosjektet.

Prosjektorganisering

Prosjektet var organisert med deltakere fra de involverte parter ledet av representant fra Verdal kommune.

Tabell 1. Prosjektorganisering

Rolle	Navn	Tittel
Prosjektleder	Une Hallem	Utviklingskoordinator, Verdal kommune
Prosjektmedarbeider	Jorunn Bjerkan	Høgskolelektor / Doktorgradsstipendiat, Høgskolen i Nord-Trøndelag / NTNU
Prosjektmedarbeider	Tanja Skjevik	Prosjektleder, Verdal kommune
Prosjektmedarbeider	Grethe Bremseth	Assisterende avdelingsleder, Verdal kommune
Veileder	Hildfrid Brataas	Forsker/ Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning/Høgskolen i Nord-Trøndelag

Andre bidragsyttere i prosjektet

- Arne Tveit og Sølvi Nymo, Stjørdal kommune, deltok som henholdsvis observatør og ressursperson på 2 prosjektgruppemøter. De deltok i pilotering av spørreskjema.
- Aud Moe, høgskolelektor/stipendiat, Høgskolen i Nord -Trøndelag, avdeling helsefag / Mittuniversitetet, deltok i planlegging og gjennomføring av seminar for ansatte.
- Bente Northug, førsteamanuensis i helsevitenskap ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Nord Trøndelag, deltok i planlegging og gjennomføring av seminar for ansatte.
- Gunn Wolden, virksomhetsleder i Verdal kommune, deltok i planlegging og gjennomføring av seminar for ansatte.

Utvalg

Det ble benyttet tilfeldig utvalg fra pleiepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) ansatt på en av avdelingene ved Verdal bo- og helsetun og i hjemmetjenesten, Øra distrikt i Verdal kommune, til kartlegging med spørreskjema før og

etter intervensjonen. Totalt fikk 46 ansatte i hel- eller deltids stillinger forespørsel om å delta i spørreundersøkelsen. Av disse var 29 sykepleiere.

Spørreskjema ble distribuert til sykepleiere i hjemmetjenesten, mens institusjonsavdelingen også inkluderte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Vurderingen med å inkludere andre profesjoner enn sykepleiere ble gjort av avdelingsleder ved enheten. Begrunnelsen for dette var at IPLO opplysninger som dokumenteres i den enkeltes journal i forbindelse med tjenesteutøvelse i praksis kan gjøres av alle dokumentpliktige, det vil si alle som yter helsehjelp. Leders hovedregel er at alle ansatte skal kunne registrere eksempelvis endringer i IPLOS når det er nødvendig. Selv om IPLOS opplysninger som dokumenteres i den enkeltes journal i forbindelse med tjenesteutøvelse i praksis kan gjøres av alle dokumentpliktige var hovedregelen i hjemmetjenesten at det var sykepleierne som hadde ansvar for å gjøre den praktiske IPLOS registreringen både i forbindelse med saksbehandling og i tjenesteutøvelsen. Dermed ble spørreskjema bare distribuert til sykepleiere i hjemmetjeneste enheten.

For intervensjonsdelen av prosjektet satte avdelingslederne sammen seminarer ut fra vurderinger av bemannings- og vikarbehov. Det ble planlagt tre to timers seminarer repetert to ganger slik at flest mulig ansatte kunne delta.

Deltakelse i prosjektet var frivillig. Før første datasamling gav avdelingsledere muntlig informasjon til ansatte om prosjektet. Skriftlig informasjon og forespørsel om samtykke ble gitt både i forbindelse med spørreundersøkelse 1 og 2, før og etter intervensjonen.

Utvikling av spørreskjema

Vi fant ikke noe egnet validert spørreskjema som kunne besvare de spørsmålene vi ville belyse ut fra problemformuleringen og formålet med prosjektet. Vi utformet derfor en pilotstudie der et egenutviklet spørreskjema ble distribuert til 11 sykepleiere med kompetanse innen IPLOS-registrering i Stjørdal kommune. Disse sykepleierne ble valgt ut av prosjektrepresentantene fra Stjørdal kommune. Etter svar og kommentarer til spørreskjemaformingen ble noen mindre endringer foretatt før endelig versjon av spørreskjemaet ble benyttet i hovedprosjektet; jfr. vedlegg nr. 1.

Spørreskjema hadde hovedspørsmål om kompetanse- og opplæringsbehov for hver av variablene i IPLOS, og med 4 svaralternativer (Lickert skala): Helt enig, Nokså enig, Nokså uenig, Helt uenig. Det var også åpne svaralternativer for utfyllende kommentarer. Spørsmålsutformingen skilte mellom IPLOS som system og den praktiske registreringen av IPLOS i et dataverktøy. Spørsmål om IPLOS-registrering i EPJ- systemet profil ble vurdert til å være av teknisk art i motsetning til forståelsen av innholdet. Spørreskjemaet omhandlet betydningen av den enkelte opplysning som skulle registreres, og vurderingen av de ulike bistands- og assistanse-variablene. Svarene fra denne kartleggingen skulle i neste omgang danne grunnlag for r intervensjonsfasen og faglig fokus i videre prosess.

Intervensjonsstudien: Dialogkafè

I intervensjonsstudien ble "dialogkafè" benyttet som arbeidsmetode. Hensikten var å stimulere til samtale og refleksjon om felles problemstillinger knyttet til IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy.

Dialogkafè (World Café) er en metode for å bringe mennesker sammen, stimulere og sette i gang dialog og læring gjennom refleksjon i grupper om viktige spørsmål eller temaer. Metoden er ansett som virkningsfull for å skape dialog og setter læring i fokus (Alnes 2011; Brown & Isaacs 2005).

I metoden dialogkafè, er det på hvert bord en bordvert. Bordvertens rolle er å beverte gjestene samt sørge for å starte opp dialogen. Etter en avtalt periode forflytter gruppene seg til neste bord med en ny bordvert og nye spørsmål å reflektere rundt. Dette ble i prosjektet planlagt gjentatt 3-4 ganger i henhold til refleksjonsspørsmålene utviklet for hvert seminar. Kafè begrepet legger vekt på samtalens uformelle stil og atmosfære, med vekt på fravær av prestasjon (Brown & Isaacs 2005).

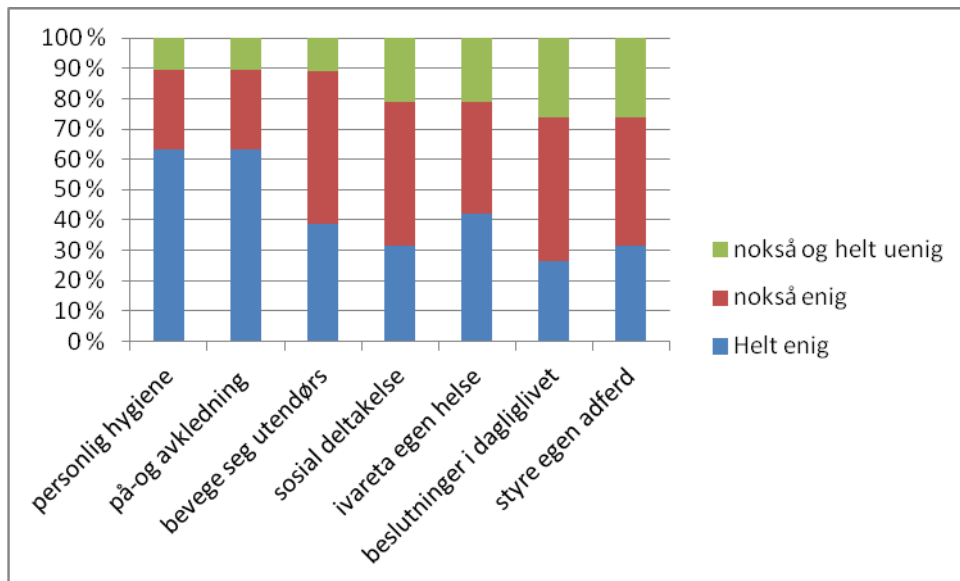
På bakgrunn av spørreskjemabesvarelsen utarbeidet prosjektgruppen og andre bidragsyttere i prosjektet tema med spørsmål som man ønsket å skape en dialog og refleksjon rundt, Jfr. Vedlegg nr. 2.

Under seminarene noterte deltakerne ned utfordringer og kunnskap de utvekslet på papirduker på bordene. Avsluttende oppsummering ble også notert ned. Notatene på dukene og oppsummeringene fra hvert seminar ble transkribert ordrett. Etter en naiv lesing ble utfordringer og kompetanseutveksling mellom deltakerne tydeliggjort. Materialet ble gjennomgått og analysert ved at det i prosessen av transkribering og sammenfatning ble gjort en tematisk innholdsanalyse, inspirert av Giorgi (1985).

Gjennomføring og resultater

Spørreundersøkelse i forkant av intervensjonen

For å skaffe oversikt over hvilke IPLOS - variabler de ansatte opplevde som vanskelig å kartlegge sykepleiefaglig korrekt ble det benyttet spørreskjema. 19 ansatte av de 46 inviterte svarte, svarprosent 41. Resultatet av spørreskjemabesvarelsen ble analysert ved bruk av SPSS 19, ved bruk av enkel frekvensanalyse og videre bruk av excel for representasjon av funnene. Svaralternativet "helt uenig" var bare unntaksvis benyttet i svarene vi fikk, og er derfor slått sammen med "ganske uenig" i presentasjonene.

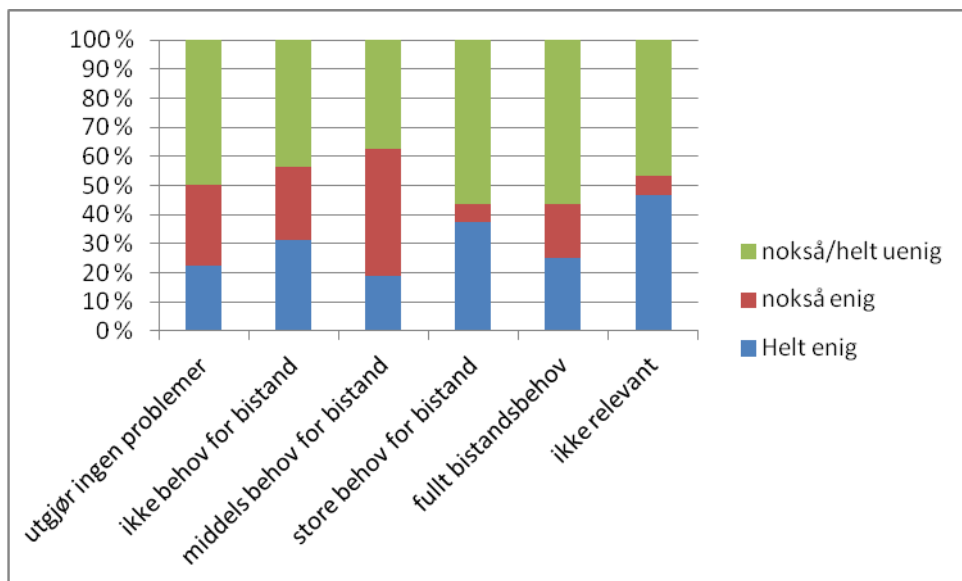


Figur 1. "Jeg vet hva variablene handler om"

På bakgrunn av analysen av materialet fra spørreskjemasvar som omhandlet kompetanse og opplæringsbehov på bistand-/assistanse variablene i IPLOS (Helsedirektoratet 2009), ble fire intervensjonsområder identifisert og prioritert. Tabell 1 viser eksempler på konkrete variabler som personlig hygiene og av/påkledning som mindre problematiske, og de utvalgte 4 variablene som viste et høyere nivå av utfordringer:

- Variabel: "Ivareta egen helse"
- Variabel: "Beslutninger i dagliglivet"
- Variabel: "Sosial deltakelse"
- Variabel: "Å styre egen adferd"

Svarene fra spørreskjemaet ga i tillegg informasjon om hvordan de ansatte oppfattet vurderingen av hjelpebehov innen hver enkelt variabel. Disse variablene vektet på en skala i IPLOS (Helsedirektoratet 2009). Resultatet viste at ansatte visste best hvordan de skulle vurdere variabler der pasienten har middels bistandsbehov, men hadde størst utfordring med å vurdere store bistandsbehov i de ulike variablene. Resultatet vist i figur 2 dannet et videre grunnlag for intervensjonsdelen av studien..



Figur 2. "Jeg vet hvordan variablene skal vurderes med såkalt skåre"

Intervensjon: Dialogkafé

På bakgrunn av identifiserte intervensjonsområder ble det gjennomført tre dialogkafé seminarer med ett tema på hver samling. Alle tre samlinger ble gjentatt to ganger; jfr. tabell 2 "Deltakere på dialogkafé". Én samling omhandlet IPLOS variabelen "Styre egen adferd", én samling omhandlet "Sosial deltakelse". Den tredje samlingen omhandlet to av de utvalgte IPLOS variablene: "Ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet", det vil si tema Dette ble valgt av prosjektgruppen på bakgrunn av tematisk likhet.

På samlingene deltok til sammen 45 ansatte, og 5 studenter. Et utvalg sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere ansatt ved Verdal bo- og helsetun og i hjemmetjenesten, Øra distrikt i Verdal kommune. Disse var fordelt på 36 ansatte fra avdelingene og 10 ansatte fra hjemmetjenesten.

Tabell 2 Deltakere på dialogkafé

26.04 10-12	Styre egen adferd, 1	18 ansatte
26.04 13-15	Ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet, 1	21 ansatte
27.04 10-12	Ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet, 2	18 ansatte
27.04 13-15	Styre egen adferd, 2	19 ansatte
05.05 10-12	Sosial deltakelse, 1	15 ansatte
05.05 13-15	Sosial deltakelse, 1	22 ansatte

Noen ansatte deltok på alle tre samlingene, andre deltok på 2 samlinger, mens noen få deltok på én samling.



Deltakerne ble inndelt i grupper med 5-7 deltakere pr. gruppe. Det ble lagt vekt på å skape en hyggelig uformell kaféstemning med servering, og uten krav til prestasjon. Hvert bord var kledd med papirduk. På bordene ble det lagt frem tusjer slik at deltakerne og bordverten kunne skrive og tegne sine refleksjoner. Data fra dukene ble transkribert etter møtene.

På det første seminaret ble deltakerne som en innledning orientert om prosjektets mål, samt resultatet av spørreskjemabesvarelsene. I fortsettelsen startet seminarene med en halv times sykepleiefaglig innledning rundt seminarets tema. Det ble satt fokus på hva det for eksempel kunne innebære å styre egen adferd, og hva adferd kunne oppfattes som. Innledere på seminarene beskrev aktuelle begreper og relaterte teorier. Med dette fremhevet de betydningen av hver enkelt variabel.

Innledere var representanter fra HiNT og Verdal kommune med spesialkompetanse og/eller forskererfaring innen fagområdet. Ut fra denne innledningen utformet innlederne åpne spørsmål som ble fordelt på bordene. Sammen med prosjektgruppen deltok de videre som bordverter (samtaleobservatører) i gjennomføringen av seminarene.

Program for seminarene

Tema	Tid	Ansvar
Innledning om IPLOS generelt og om prosjektet	10 min	Jorunn/Une
Innledning i forhold til fagtema	20 min	Tema seminar 1: styre egen atferd Innleder/ foreleser: Bente Nortug, Tema seminar 2: ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet Innleder: Aud Moe Tema seminar 3: sosial deltakelse Innleder/foreleser: Hildfrid Brataas og Gunn Wolden
Dialogkafé med bordverter Ca 20 deltakere pr. seminar, inndelt i 3-4 grupper. Spørsmål til refleksjon deles ut på hvert bord. Deltakerne Er inndelt i faste grupper. De sitter 15 min på hvert bord for så å bytte bord= ca 1 time. Vertene sitter i ro ved samme bord hele tiden.	1 time	Vertene på de ulike bordene (faglærer for det konkrete tema og deler av prosjektgruppen).
Oppsummering og refleksjon i plenum	30 min	Jorunn/Une

Deltakerne reflekterte i hver gruppe over det introduserte tema og konkretiserte dette ut fra sin egen erfaring med IPLOS-registrering. Gruppen ble gitt et visst antall minutter på hvert bord med sin bordvert før de flyttet seg til neste bord, nytt spørsmål til tema og ny bordvert. Før avslutningen hadde alle gruppene belyst og reflektert over dagens tema ut fra innledernes spørsmål. Hvert seminar ble oppsummert i fellesskap. Hver gruppe fikk presentere refleksjoner, tanker og ideer omkring gitte tema. I oppsummeringen ble det lagt vekt på å samle gruppene om noen felles forståelser i forhold til vurderingen av de ulike bistands- og assistanse variablene, samt felles fokus for det videre arbeidet i avdelingene.

Oppsummering av dialog kafé: tema, utfordringer og muligheter

Notater fra dukene og oppsummering fra hvert seminar ble transkribert og analysert i tråd med den trinnvise metoden beskrevet av Giorgi (1985) Hovedtema oppsummert fra

seminarene viste at deltakerne reflekterte over hva hver av IPLOS variablene sto for begrepsmessig, og hvilke data og vurderinger som var relevante ved IPLOS-kartlegging. Det kom også frem hva som var utfordringer og muligheter for å forbedre kartleggingen.

Hovedfunn illustreres i det følgende for hver av de tre temaene på dialog kafé seminarene.

Å styre egen adferd

a) Begrepsforståelse, kartleggingsdata og vurdering:

Begrepsmessig ble "å styre egen adferd" sett som pasientens styring av både verbal og fysisk adferd. Adferden ble satt i sammenheng med pasientens helsemessige situasjon, psykisk emosjonell balanse og uttrykk for utrygghet, mentale tilstander og eksempelvis hallusinasjoner. Kriterier for skåring ble også sett i forhold til personellens tolkning av adferd og årsakssammenhenger, samt normer og vurderinger om hva som er akseptabel adferd og hva som er adferd som personellet bør/kan gå inn og forsøke å styre, og som har konsekvenser for skåringer.

b) Utfordringer og muligheter for bedre kartleggingsarbeid:

Seminardeltakerne vil i fremtiden bli mer bevisst hva som er uønsket adferd i dag og når man trenger å styre adferd. De vil være mer oppmerksom på situasjon, pasient og/eller pårørende involvering, og ansattes normer og tolerering av uønsket adferd. Utfordring ved store variasjoner gjennom dagen, for eksempel ved demensdiagnose.

Tiltak bør iverksettes for å få mer lik vurdering: To ansatte bør være sammen når de setter IPLOS skåre.

Ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet

a) Begrepsforståelse, kartleggingsdata og vurdering:

Å ivareta bevegelse er ett forhold og kan dreie seg om fysisk bevegelse ute, og vurderes opp mot fysisk evne eller mental evne og for eksempel «å tulle seg bort».

Kroppslig helse, men også psykisk og sosialt – her ga ansatte uttrykk for en ny og bredere bevisstgjøring og forståelse.

Individuelle oppfatninger om helse og beslutninger, og om hvem sine normer?

Helse – å bety noe for noen betyr mye. Deltakerene viste til observasjoner av stor grad av ensomhet. De syntes pårørende er flink til å skjule slikt for å beskytte seg og pasient.

b) utfordringer og muligheter for bedre kartleggingsarbeid:

Å sette skåre: Deltakerne viste til lite erfaring med å gjøre slik type vurdering. Det skjer mye bevisstgjøring i institusjonene, det skjer endring og bevisstgjøring hos personellet.

Vil vektlegge pasientens beslutningsgrunnlag og behov og muligheter for autonomi (for eksempel hjelpemidler) og helsefremmende aktivitet.

Vil klargjøre utfordringer først: Tillitskapende adferd. Beslutninger ut fra hvordan vil pasienten ha det? Legge til rette, for eksempel sansehjelp som musikk.

Mer fokus på bistand/assistanse til å ta avgjørelser om organisering av hverdagen, gjøre valg mellom alternativer. Samarbeidsmøter og informasjon og forventningsavklaringer – så kartlegge tiltaksbehov (IPLOS).

Skåringer må ses i sammenheng med tiltak og tilretteleggingsmuligheter. I institusjoner er det mer kontroll med omgivelser enn privat, hvor det kan være stressende forhold i heimen/miljøet som personell ikke kan endre. Obs. at/om hvem som er på vakt påvirker også hjelpemengden for å ivareta helsa. Behov for kontinuitet.

Sosial deltakelse

a) Begrepsforståelse, kartleggingsdata og vurdering:

Forståelse av deltakelse med vekt på at den er *aktiv*. Eksempler var blant annet bingo, sangstunder, turer, sansehage, å treffes flere i lag, måltider og kaffe, trim, dagtilbud eller besøkstjeneste, alle som eksempler til livsglede i eldre år. Seminar deltakerne så dette i sammenheng med alder, fysisk og kognitiv funksjon og hvordan pasienten har brukt å være. Trygghet og motivasjon var også faktorer som ble framholdt som betydning for sosial deltakelse: De ansatte måtte kjenne hver enkelt pasient og individuelle og høye/lave krav.

b) utfordringer og muligheter for bedre kartleggingsarbeid:

Deltakerne klargjorde utfordringer. Dette blant annet om hvordan å skåre opp mot behov for hjelp til å *kunne være aktiv*, og ikke opp mot behov for aktivisering i seg selv. De viste til varierende behov: Noen trenger mye hjelp, tilstedeværelse, eller tilrettelegging av besøkstjeneste. Andre trenger mindre hjelp, for eksempel bare å ringe for å bestille transport.

Deltakerne så ikke pasientens/brukerens alder av vesentlig betydning. Individuell kartlegging ble vektlagt som viktig. Deltakerne la vekt på at det er en utfordring å kartlegge behovene. Kartlegging gjennom innhenting av bakgrunnsopplysninger ble ansett som viktig.

Individuelle nivåer for behov ble ansett som vanskelig. Dette henger sammen med høye eller lave krav men også fysisk og psykisk status og pasientens motivasjon.

Konkrete skåre-verdier ble diskutert, eksempelvis når noen trenger hjelp til å gå til arbeidsstue eller annen aktivitet. Skåre 3 ved følge, hjelp til å ringe og lignende nivå. Økt bistand ut over dette gir økt skåre. Eksempler er lengre perioder, vansker med dagsform, depressivitet og utrygghet. Hjelp i situasjonen; skåre 4. Én-til-én-bistand; skåre 5.

Kartleggingssituasjonen ble diskutert, og respekt for pasientens situasjon og ståsted vektlagt: Eksempelvis om de er slitne og se skårsituasjonen i sammenheng med det. Kartlegging ses opp mot konkrete hjelpebehov og tidsutstrekninger tiltak for pasientene krever. Kartlegging relateres dermed til omsorgsbehov, eksempelvis til informasjon om tilbud og at pasienten så ordner resten selv. Andre behøver lengre tid og trenger hjelpemidler.

Avsluttende kommentarer fra deltakere

”Det er viktig å innarbeide rutiner.” ”Har ved å delta på seminarerne fått økt forståelse for IPLOS og hva det betyr.” ”Alle skulle ha vært her. Dette har vært bra.”

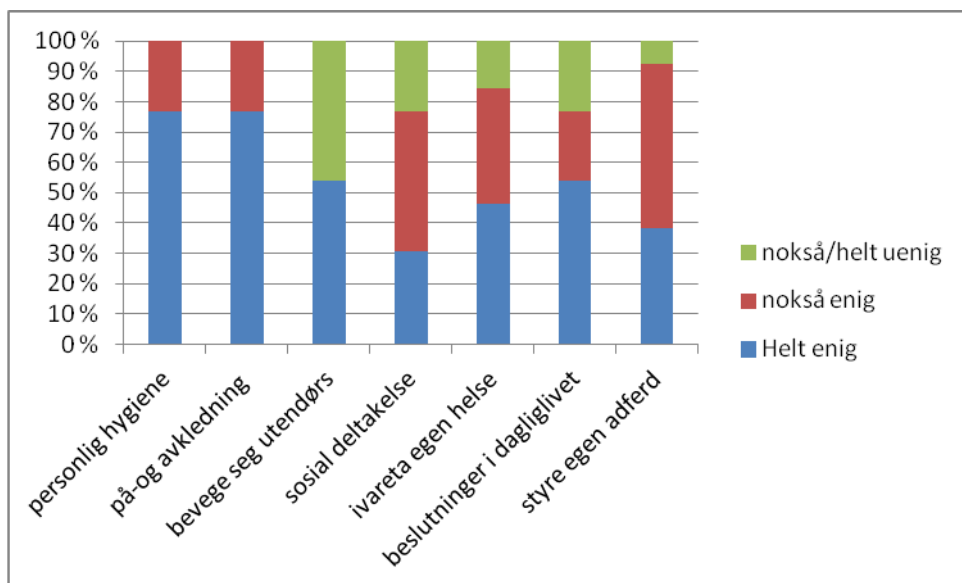
Spørreskjemasvar etter deltakelse på kafe` dialog kafe` seminarer

20 uker etter gjennomføringen av seminarerne ble spørreskjema utsendt på nytt til 15 ansatte som hadde deltatt på minimum to av seminarerne. 11 deltakere (73%) besvarte spørreskjema på nytt. Svar på spørreskjema etter intervensjonen viser at variablene som ble betegnet som de mest utfordrende ved prosjektstart nå endret seg noe, men endringene er ikke entydige. Én av de variablene som ikke var ansett å være blant de 4 mest problematiske variablene å vurdere før intervensjonen startet, ”å bevege seg utendørs” fikk i andre spørreskjemarunde en høyere skår på uenighet i at de ansatte vet hva denne variabelen handler om, jfr. tabell 3 og figur 3.

Tabell 3: ”Jeg vet hva hver enkelt variabel handler om”: tall angitt før og etter intervensjon

Tall angitt i %	personlig hygiene		på- og avkledning		bevege seg utendørs		sosial deltakelse		ivareta egen helse		beslutninger i dagliglivet		styre egen adferd	
	før	etter	før	etter	før	etter	før	Etter	før	etter	før	etter	før	etter
Helt enig	63,2	76,9	63,2	76,9	36,8	53,8	31,6	30,8	42,1	46,2	26,3	53,8	31,6	38,5
nokså enig	26,3	23,1	26,3	23,1	47,4	0	47,4	46,2	36,8	38,5	47,4	23,1	42,1	53,8
nokså og helt uenig	10,5	,0	10,5	,0	10,5	46,2	21,1	23,1	21,1	15,4	26,3	23,1	26,3	7,7

Figur 3. ”Jeg vet hva hver enkelt variabel handler om”, etter intervensjon

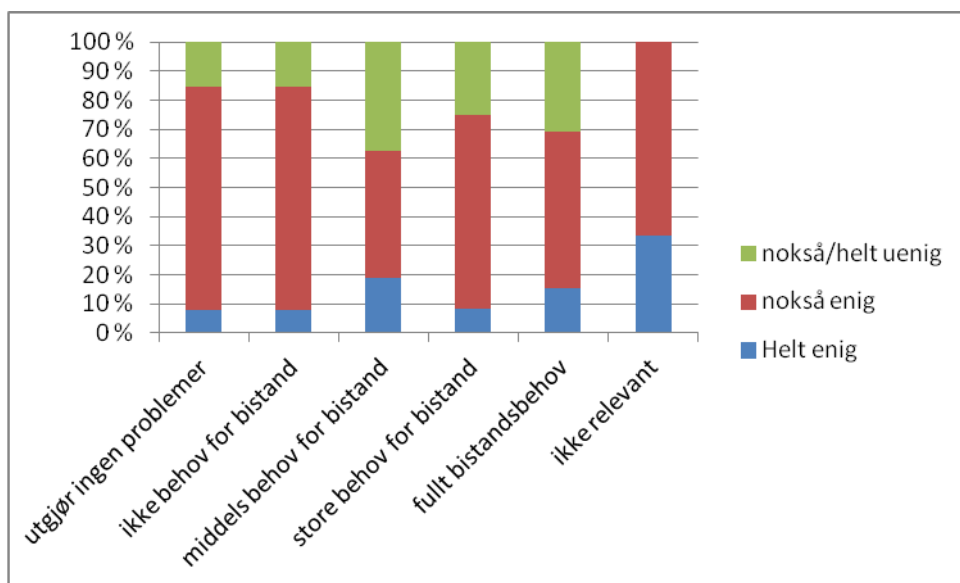


Figur 4. "Jeg vet hva hver enkelt variabel handler om", etter intervensjon

Svarene ga oss også innsikt i utviklingen vedrørende skåring av de ulike variablene. Tabell 4 viser gjennomgående at det er færre som er helt enige i at de vet hvordan variabler skal vurderes med skåre etter intervensjonen. Det er derimot flere nå enn før intervensjonen som sier de er nokså enige i at de vet hvordan vurderingene skal gjøres.

Tabell 4. Jeg vet hvordan variablene skal vurderes, før og etter intervensjon

Tall angitt i %	utgjør ingen problemer		ikke behov for bistand		middels behov for bistand		store behov for bistand		fullt bistandsbehov		ikke relevant	
	før	etter	før	etter	før	etter	før	etter	før	etter	før	etter
Helt enig	22,2	7,7	31,3	7,7	18,8	18,8	37,5	7,7	25,0	15,4	46,7	23,1
nokså enig	27,8	76,9	25,0	76,9	43,8	43,8	6,3	61,5	18,8	53,8	6,7	46,2
nokså og helt uenig	50,0	15,4	43,8	15,4	37,6	37,6	56,3	23,1	56,3	30,8	46,6	,0



Figur 5. Jeg vet hvordan variablene skal skåres, etter intervensjon

Studentdeltakelse

Studentene som deltok ga uttrykk for kunnskap om IPLOS i sine logger: De reflekterte i loggene nedtegnet fra praksis over betydningen av og fremgangsmåten for IPLOS kartlegging.

Vurdering og implementering av resultater

Dialogkafé er ansett som en god metode for læring i grupper (Alnes 2011; Brown & Isaacs 2005). Materialet fra spørreundersøkelsene og dialogkafeens duker tyder på at forståelsen av IPLOS variabler er endret. Erfaringen med dialogkafeer ser ut til å gi læringseffekter som er beskrevet i teori om gruppebasert erfaringslæring gjennom refleksjon over praksiserfaringer (Benner m.fl. 2011; Beverley og Worsley 2007; Teekman 2003). Forskning på veiledet refleksjon på praksisstedene tyder på lignende læringseffekter av work-based learning (Evensen o.fl. 2009; Gabb 2005; Clarke og Copeland 2003; Flangan, Baldwin og Clarke 2000).

Resultatene fra spørreundersøkelsen gir derimot ikke indikasjoner på at en dialogkafé om hver av de "vanskeligste" variablene førte til økt sikkerhet på å kartlegge. Av de fire variablene var sosial deltakelse muligens noe lettere å kartlegge tre måneder etter seminardeltakelsen. Et annet forhold som viste seg, var at også andre variabler en de fire

”vanskeligste” faktisk også ble rapportert som vanskeligere å kartlegge etter seminardeltakelsen.

Hvordan kan sammenhengen mellom kvalitative og kvantitative funn forklares?

Ved å bruke dialogkafé ser det ut til at man møtte deltakerne der de var kunnskapsmessig, og at det ble skapt rom for dialogisk aktivitet. Formålet med dialogkafé (World Café) er nettopp å bringe sammen mennesker og stimulere og sette i gang dialog og læring gjennom refleksjon i gruppene (Alnes 2011; Brown & Isaacs 2005). Utgangspunktet for læring var deres erfaringsbaserte kunnskap. Ut fra den fikk de mulighet til å være støtte for hverandres læring, og lære innen det Vygotskij og Cole(1978) kaller den nære utviklingssonen (Zone of proximal development). Det var i seg selv opplevd tilfredsstillende; ”dette var bra”. Og forståelsen om variable samt betydningen av IPLOS registrering som sådan var økt. Dette førte muligens til at man ble mer oppmerksom på utfordringer ved å skåre, både på de utvalgte variablene seminarene omhandlet, og på alle IPLOS variabler. Det anser vi som relevant læring; man har høynet selvinnsikten på hva man kan og ikke minst hva man ikke kan godt nok. Det å kartlegge må rent kognitive læres steg for steg. Det gjelder all komplisert kompetanse. Bloom’s taksonomi beskriver stadig høyere nivåer i læreprosessen; fra 1) å huske noe til 2) å forstå, til 3) å kunne anvende/gjøre som forstått, til 4) å analysere, evaluere og bruke kunnskapen kreativt og situasjonstilpasset (Anderson og Krathwohl, 2001).

IPLOS er et relativt nytt kartleggingsinstrument, og forståelse og bruk av variabler og kriterier for variabelverdier var ikke innarbeidet i helsefagutdanningene for få år siden. Prosjektet viste at ansatte og studenter var aktive og lærte sammen om IPLOS kartlegging som bidrag i kvalitetsutvikling av likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet 2009). Ut fra de erfaringer og observasjoner Verdal kommune hadde gjort i forkant av prosjektet kan vi anta et utgangspunktet for deltakerne ved prosjektstart mest sannsynlig var på steder mellom nivå 1 og nivå 3 på Blooms taksonomi (Anderson og Krathwohl 2001). Forståelsen økte, men utfordringen i å anvende kunnskapen og samtidig møte pasienten som person og bevare hans/hennes integritet, fordrer mer tid til erfaringslæring med refleksjon (Benner m.fl. 2011). I hverdagen kan man erfare uten å lære noe nytt, hevder Kolb (2000), det fordi bearbeiding og refleksjon blir skjøvet i bakgrunnen for andre oppgaver. Når personellet fikk anledning til å reflektere sammen, gav det nye praktiske kunnskaper som deltakerne kan bruke i framtidig praksis. I dialogseminarene hadde refleksjoner fokus på IPLOS variabler, men også på kartleggingsprosessen i seg selv. Seminarene ga deltakerne anledning til å reflektere over faktorer som innvirker på kartleggingssituasjoner i praksis. Refleksjon om slike sammenhenger førte til læring. Dialogkafé opplegget laget rammer for det. De fikk også satt ord på at kartlegging er kompleks, og at de derfor vil være to som gjennomfører kartlegging sammen. Resultatene peker på behov for å være to sammen om kartleggingsarbeidet.

Betydning for praksis?

Det er behov for mer analyse av data fra prosjektet, men basert på prosjekterfaringer er en anbefaling å innføre gruppebasert refleksjon som metode for læring på praksisstedene. Dialogkafé ga samarbeid om læringsaktiviteten, og kan på den bakgrunn anbefales.

Mindre grupper som lærer sammen kan være mer gjennomførbart i hverdagen. IPLOS kartlegging utført av to ansatte sammen anbefales forsøkt. To ansatte kan fungere som en mini refleksjonsgruppe. Organisering av arbeidsoppgavene og avsatt tid for oppgaven vil være en forutsetning.

En organisering der en ansatt med mye kartleggingskompetanse og en med mindre erfaring gjennomfører kartlegging sammen, og reflekterer over betydning variabler står for, og hva skåreverdier betyr, kan gi læringseffekt fra primærerfaringen, men også at tidligere erfaringer settes inn i en ny forståelsesramme. Beverley og Worsley (2007) benevner dette som læring gjennom refleksjon over sekundærerfaringer. Ut over dette gir ikke prosjektet grunnlag for å konkludere om praksiskonsekvenser. Resultatene peker derimot på at det er behov for kompetanseutvikling på IPLOS kartlegging, og at seminarer og gruppebasert refleksjon i dialogkafé skaper aktivt engasjement om å tilegne seg kompetanse på bruken av kartleggingsverktøyet. Opplegget for prosjektet kan derfor anbefales som en innledende del på kompetanseheving innen feltet. Mer erfaringsbasert læring, gjerne med grupper som sammen reflekterer over IPLOS kartlegging anbefales. Andre metoder og verktøy er også relevante, for eksempel IPLOS e-læring (<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/iplos-registeret/e-lering/Sider/default.aspx>). IPLOS-læringsarena er kommunenes felles læringsportal, den er webbasert og enkel å bruke.

Begrensninger i prosjektet:

Manglende tilgang til vitenskapelig validert spørreskjema kan anses som en svakhet i prosjektet selv om dette ble forsøkt kompensert med pilotering av egenutviklet skjema. En annen begrensning var svarprosenten på 41, og antall enheter involvert. Flere enheter kunne ha gitt et bredere tilfang av momenter fra en større andel helsepersonell.

Oppsummering og videre oppfølging av prosjektet

Prosjektet «IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy» i samarbeid mellom utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag, Verdal kommune, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge har gitt deltakerne kunnskap som kan tas med videre i kvalitetsutviklingsarbeidet. Deltakerne ga positive tilbakemeldinger i oppsummering av seminarene.

Resultatene peker på læring gjennom refleksjon og dialog i kafé- gruppene. De viser også behov for mer kompetanseheving på feltet. Deltakere på prosjektet økte forståelsen for IPLOS registrering, men hadde ikke oppnådd kompetanse for å analysere data i pasientsituasjoner, evaluere og bruke sin kunnskap om IPLOS variabler på situasjonsriktig og faglig gode måter.

Vi ser derfor behov for mer opplæring og erfaringsbasert læring. Det er også behov for å prøve ut trening og erfaringslæring utført av to og to ansatte sammen i reell kartleggings- og registrerings situasjon.

Ut fra prosjektets resultater presentert i denne rapporten anbefaler vi videre oppfølging med tiltak for å høyne kompetansen på dokumentasjonspraksis i berørte enheter der prosjektet er gjennomført.

Det er behov for mer fokus på kvalitet på IPLOS kartlegging, og forskning og utviklingsarbeid som sikrer tilstrekkelig opplæring i og forståelse av kartlegging, og gode kartleggingsrutiner.

Det er gjennomført fokusgrupper med ansatte tre måneder etter deltakelse på dialogkafé seminarene. Vi ser behov for videre analyse av det totale materiale som nå foreligger for å få et bedre svar på om en slik intervensjonsstudie når de målene prosjektet satte. Resultater fra en slik analyse kan være interessante i en publikasjon for fagansatte og ledere innen feltet pleie- og omsorg.

Referanser

Alnes R (2011) *Dialogkafeer og refleksjonsgrupper som et virkemiddel i kontinuerlig forbedringsarbeid i hjemmetjenestene?* Senter for omsorgsforskning Midt-Norge. Tilgjengelig på: <http://www.omsorgsforskning-midt.no>

Anderson L, Krathwohl D A (2001) *Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L (2011) Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribe.

Beverley A, Worsley A (2007) *Learning & teaching in social work practice*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Brown J, Isaacs D (2005). *The World Café: Shaping our futures through conversations that matter*. Berrett Koehler's Author Video.

Clarke DJ, Copeland L. (2003) Developing nursing practice through work-based learning. *Nurse Educ Pract*. 3(4):236-44.

Evensen AE, Torsvik, M, Hellesø N, Brataas HV (2009) *Studentveiledning med refleksjon. Gruppebasert veiledning i sykepleiestudenters spesialisthelsetjenestep praksis*. HiNT-Rapport nr. 58/2009. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Flanagan J, Baldwin S, Clarke D. (2000) Work-based learning as a means of developing and assessing nursing competence. *J Clin Nurs*. 9(3):360-8.

Gabb R (2005) *Work-based learning curricula in nursing. A literature review*. Victoria University. Tilgjengelig på: <http://vuir.vu.edu.au/93/1/Nursing%20WBL%20report.pdf>

Giorgi A (1985) *Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press. X, 216 s.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Helsedirektoratet (2009) *IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*. Tilgjengelig på: www.helsedirektoratet.no/iplos

Jacobsen DI (2000) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Bergen: Høyskoleforlaget.

Kolb DA (2000) Den erfaringsbaserte læreprosess. I: Illeris K (red.) *Tekster om læring*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Teekman B (2003) Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 5: 1125-1135.

Vygotskij LS, Cole M. (1978) *Mind in society the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Spørreskjema 2 – etter IPLOS seminarene

Hvor mange seminarer deltok du på? (sett kryss)	
Ivareta egen helse og beslutninger i dagliglivet (Aud Moe innledet)	
Sosial deltakelse (Hildfrid Brataas/Gunn Wolden innledet)	
Styre egen atferd (Bente Nortug innledet)	
Har du svart på spørreskjema 1 som ble utsendt før gjennomføringen av IPLOS seminarene (sett kryss)	
	Ja
	Nei

Forståelse av IPLOS: variabler og vekting/skåreinnndeling

1. Jeg forstår hva formålet med registrering i IPLOS er:	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
2. Jeg har fått opplæring om IPLOS teori som hjelp i kartlegging av pleiebehov:	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
3. Jeg har fått opplæring i registrering av IPLOS variablene i dataverktøyet PROFIL	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
4. Hvor ofte har du selv registrert IPLOS-variabler i løpet av de siste 12 måneder?	Ukentlig eller oftere	En gang i måneden eller oftere	En gang i halvåret eller sjeldnere	Aldri
- gi evt. en kort begrunnelse for ditt svar på spørsmål 4 her:				

5. Jeg vet hva hver enkelt IPLOS variabel handler om:				
	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
Alminnelig husarbeid				
Skaffe seg varer og tjenester				
Personlig hygiene				
På – og avkledning				
Toalett				
Lage mat				
Spise				
Bevege seg innendørs				
Bevege seg utendørs				
Ivareta egen helse				
hukommelse				
Kommunikasjon				
Beslutninger i dagliglivet				
Sosial deltakelse				
Styre adferd				

6. Jeg synes det er vanskelig å dokumentere variablene i Profil	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
-				
gi evt. en kort begrunnelse for ditt svar på spørsmål 6 her				

7. Jeg vet hvordan variablene skal vurderes med såkalt "skåre":				
	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
Utgjør ingen problem/utfordring				
Har ikke behov for bistand/assistanse				
Middels behov for bistand/assistanse				
Store behov for bistand/assistanse				
Fullt bistands-/assistansebehov				
Ikke relevant				
8. Jeg synes det er vanskelig å dokumentere skårinndelingen i profil	Helt enig	Nokså enig	Nokså uenig	Helt uenig
- gi evt. en kort begrunnelse for ditt svar på spørsmål 8 her:				

Takk for innsatsen!

Spørsmål til refleksjon i dialog kafeer

Spørsmålene ble utarbeidet av prosjektgruppen i samarbeid med involverte faglærere fra Høgskolen i Nord-Trøndelag, Aud Moe og Bente Northug og Gunn Wolden, Virksomhetsleder i Verdal kommune.

Variabel: "Ivareta egen helse" og "beslutninger i dagliglivet"

1. Ivareta egen helse: Hva er helse?

- a. Er det forskjell på hvordan vi bedømmer "ivaretagelse av egen helse" for pasienter i institusjon og de som bor hjemme?
- b. Hvordan vektet vi variabelen "egen helse" i hjemmet/institusjon?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

2. Ivareta egen helse: Hvem sin/ hvilken norm legges til grunn i vurderingen av "ta vare på" (eller forsømme) egen helse?

- a. Er det forskjell på normer som legges til grunn for å bedømme pasientens egen ivaretagelse av helse i institusjon og i hjemmesykepleien?
- b. Hvordan vektet vi dette i hjemmet/institusjon?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

3. Beslutninger i dagliglivet: På hvilken måte blir pasienten delaktig i beslutninger hun/han "trenger" å ta i hverdagen?

- a. Er det forskjell på hvordan vi bedømmer pasienters (initiativ til) delaktighet i beslutninger i dagliglivet i institusjon og i hjemmesykepleien?
- b. Hvordan vektet vi dette i hjemmet./institusjon?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

4. Beslutninger i dagliglivet: Hvem er samtykkekompetent når formen varierer fra dag til dag?

- a. Er det forskjell på hvordan helsepersonell vurderer pasientens samtykkekompetanse i institusjon og i hjemmesykepleien?
- b. Hvordan veker vi dette i hjemmet./institusjon?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

Variabel: Sosial deltakelse

1. Hva bør legges til grunn ved skåring på sosial deltakelse for personer med hukommelsessvikt?
2. Hva er sosial deltakelse?
3. Betyr alder noe for sosial deltakelse?
4. Hva/hvilke faktorer vurderer dere når dere skal sette rett skår på sosial deltakelse?

Variabel: Å styre egen adferd

1.Hva mener vi med "Å styre egen adferd"?

- a. Er det forskjell på hvordan vi bedømmer "Å styre egen adferd" for pasienter i institusjon og de som bor hjemme?
- b. Hvordan veker vi adferdsstyring i hjemmesituasjon/institusjon?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

2. Når er det behov for bistand fra helsetjenesten for å styre adferd?

- a. Er det forskjell på hvordan vi bedømmer bistand til å styre adferd for pasienter i institusjon og de som bor hjemme?

- b. Hvordan veker vi dette?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

3. På hvilken måte blir pasienten delaktig i vurderinger rundt dette med sin egen adferdsstyring og vekting av denne?

- a. Er det forskjell på hvordan vi bedømmer pasientens egen vurdering av adferdsstyring for pasienter i institusjon og de som bor hjemme?
- b. Hvordan veker vi det?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon?

4. Hvem sin /hvilken norm legges til grunn i vurderingen av styring av adferd?

- a. Er det forskjell på normer som legges til grunn for å bedømme pasientens adferds styring i institusjon og i hjemmesykepleien?
- b. Hvordan veker vi det?
- c. Hvilke tiltak medfører dette i hjemmet/institusjon