



Utviklingscenter  
for sykehjem  
Nord-Trøndelag



# PROSJEKTRAPPORT

## Avdeling i vekst- utvikling gjennom kunnskap

### Prosjektledere:

Ingunn Sund Forbord og Hilde Resve

### E-post:

[ingunn.sund.forbord@verdal.kommune.no](mailto:ingunn.sund.forbord@verdal.kommune.no)

[hilde.resve@verdal.kommune.no](mailto:hilde.resve@verdal.kommune.no)

Tlf: 74048200

Dato: Verdal 07.09.12

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1. Bakgrunn	4
2. Metode	7
3. Gjennomføring av aktiviteter	9
4. Prosjektlederens erfaringer fra gjennomføringen	14
5. Oppsummering	19
6. Etterord	21
Litteraturliste	22
Vedlegg	23

## **SAMMENDRAG**

***Avdeling i vekst- utvikling gjennom kunnskap*** er et utviklingsprosjekt gjennomført ved Utviklingscenter for sykehjem i Nord-Trøndelag. Bakgrunnen for prosjektet er en erkjennelse av at systematisk satsning på kompetansebygging er helt avgjørende for måloppnåelse og verdiskapning. Prosjektet har lagt vekt på å skreddersy kompetanseutvikling hos ansatte tilpasset utfordringer og behov i en sykehjemsavdeling. I prosjektet har man gjennomført tre tiltak; opplæring i pasientrettighetsloven kapittel 4A, kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis og refleksjon og læring på temadager. Hovedmålet har vært å gjøre ansatte i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav, dvs. å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til oppgaver og krav, og integrere denne kompetansen i det daglige arbeidet på avdelingen.

### ***Pasientrettighetsloven kapittel 4A***

For å øke kunnskapen om Pasientrettighetsloven Kap 4A, har 11 ansatte i avdelingens post som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, deltatt på studiegruppe der man har benyttet studiepermen "*Tvang - helst ikke*". Prosjektlederne har veiledet prosessen. Studiepermens innhold er tilpasset Pasientrettighetslovens bestemmelser i kapittel 4A.

### ***Kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis***

For å sikre riktig og nyttig dokumentasjon i det elektroniske dokumentasjonssystemet Profil, har prosjektledere veiledet og samarbeidet med ansatte i avdelingen om gjennomgang og revidering av tiltaksbeskrivelser og pleieplanområder for hver pasient. Antall planområder og tiltaksbeskrivelser ble kartlagt før og etter denne gjennomgangen.

### ***Refleksjon og læring på temadager***

For å skape og lede prosesser som bidrar til bevisstgjøring om holdninger, kompetanse og praksis ble det planlagt og gjennomført to temadager der alle fast ansatte har deltatt. På temadagene ble personalet utfordret til å reflektere over egen hverdag ifht daglige rutiner, kulturer/ ukulturer, samarbeid og holdninger. De ble bedt om å se seg selv med litt kritisk blikk på hvorfor og hvordan de utfører daglige rutiner i avdelingen. Hensikten var å sette i gang tanker og refleksjoner som kan bidra til endring av praksis. På en av temadagene har dokumentasjonsrutiner vært hovedtema.

## ***Resultater***

Kartlegging av dokumentasjonspraksis, muntlig evaluering fra ansatte og avdelingsleders sine erfaringer viser at prosjektet gav mange positive effekter. Prosessene har bidratt til ny kunnskap og utvikling av positive holdninger til samarbeid om utviklingsarbeid til beste for pasientene. Som oppfølging er det gjennomført nye kurs med studie permen "Tvang helst ikke". Modellen med å benytte veiledere i gjennomføringen av kursene er videreført også i de nye gruppene. Vi anbefaler at det fortløpende settes fokus på utviklingsarbeid som til enhver tid er tilpasset behovet i den enkelte sykehjemsavdeling.

## 1. BAKGRUNN

Nasjonale føringer setter fokus på kompetanseheving blant helsepersonell i kommunene. Kompetanseløftet 2015, en kompetanse og rekrutteringsplan som skal ha et særlig fokus på de kommunale omsorgstjenestene beskriver strategier og tiltak frem mot 2015. Den peker bla på at rekruttering av personell omhandler både kapasitet og kvalitet i tjenestene. Videre pekes det i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten på at styrkning av utøveren (les: den ansatte) er ett av fem innsatsområder (Sosial og helsedirektoratet 2005). Demensplan 2015 på sin side peker blant annet på begrepene verdighet og respekt i møte mellom den ansatte og den enkelte bruker:

*"tjenester av god kvalitet, sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet og som evner å omsette kunnskap til god praksis"*  
(Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s. 10).

Det fins ulike typer og kilder til kompetanse. Erfaring fra arbeidsliv og andre arenaer, er kilder til såkalt uformell kompetanse. Formell kompetanse tilegnes gjennom utdanning, kurs og andre tiltak gjennom utdanningssystemet (Lai, 2012). I tillegg har vi egenskapene til den enkelte. Den mest verdifulle kompetansen i mange sammenhenger er imidlertid den tause kompetansen, også omtalt som taus kunnskap, en kunnskap som kjennetegnes av at den er vanskelig å sette ord på og dele med andre.

Det er godt kjent at ansatte i pleie og omsorgstjenesten til daglig står i vanskelige situasjoner som krever kunnskap om god praksis og ikke minst bevissthet om egne verdier og holdninger. Nytt kapittel 4 A i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009<sup>1</sup>. Bestemmelsene har til formål å sikre nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsene skal også forebygge og begrense bruken av tvang. Dette kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte tvungen helsehjelp og gjennom særskilte saksbehandlingsregler. I den sammenhengen er i følge St. meld.

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 1999/ 2011 (<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV>)

nr. 25 (2005–2006) opplæring av helsepersonell svært betydningsfullt for å sikre rettsvernet til den enkelte bruker (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Å yte helsehjelp som pasienten motsetter seg, er et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett. Det er en faglig og etisk utfordring for helsepersonell å tilrettelegge helsehjelpen slik at respekten for pasientens integritet og verdighet ivaretas.

En god del faglitteratur støtter synet på at kompetanseutvikling hos ansatte er en viktig faktor for å møte pasienten opp i mot blant annet lovverket (Molven 2009; Kristoffersen 2011). Som fagpersoner har vi erfart at dette er et tema som går igjen i ulike kurs og seminar som vi har deltatt på de siste årene. I slike sammenhenger er personsentrert omsorg ofte et gjennomgangstema. Med personsentrert omsorg menes å møte pasienten som aktivt og selvstendig individ og med relasjoner og forankringer i sin omgivelse (Hobbs 2009; Kitwood 1997). Personfokusert praksis tar høyde for personens bakgrunnsforståelse, opplevelse, følelser, ressurser og motivasjon i helsesituasjonen.

Ut fra lederståsted ble det gjort en analyse av avdelingens utfordringer i forkant av prosjektet. Oppsummert:

- 1) Avdelingen preges av faste rutiner, disse er godt innarbeidet og vanskelig å endre på. Rutinene er ikke alltid til pasientens beste.
- 2) Dokumentasjonspraksisen var ikke god nok.
- 3) Behov for mer kunnskap om hvordan å forholde seg til pasientrettighetsloven kapittel 4 A i det daglige arbeidet.

Med dette som bakgrunn ble det i mai 2011 bestemt at det skulle igangsettes et utviklingsprosjekt med fokus på kompetanseutvikling. Det ble besluttet å iverksette tiltak innefor følgende tema/områder: pasientrettighetsloven kapittel 4 A, dokumentasjonspraksis og rutiner i avdelingen.

### ***Prosjektorganisering***

Prosjektperioden var fom august 2011 tom desember 2011. Oppdragsgiver for prosjektet har vært virksomhetsleder for Øra omsorg og velferdsdistrikt/Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag.

Prosjektet har vært finansiert med midler fra Utviklingssentret (lønnsmidler til prosjektlederne). Øvrige utgifter er finansiert over

avdelingens eget driftsbudsjett. Prosjektet har vært et av hovedsatsningsområdene til utviklingssentret i 2011.

To sykepleiere fra egen kommune har vært prosjektledere i 25 % stilling hver. Begge jobber til daglig i andre avdelinger innen omsorg og velferd.

Virksomhetsleder delegerte ansvaret for planlegging og gjennomføring av tiltak til prosjektlederne. I tillegg har avdelingsleder hatt en aktiv rolle i planlegging og gjennomføringsdelen av prosjektet. Utviklingskoordinator i utviklingssentret har bidratt med veiledning underveis og i forhold til skrivning av rapport. Senter for omsorgsforskning i Midt- Norge ved forsker/ førsteamanuensis Hildfrid Brataas har bidratt med veiledning i oppstarten av prosjektet og i forhold til skriving av rapport.

### ***Mål og hensikt***

Hensikten var å utvikle en modell for kompetanseutvikling hos ansatte hvor man gjennom en prosess har fokus på utvalgte områder som pasientrettighetsloven kapittel 4A, rutiner i avdelingen og kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis.

Hovedmålet har vært å gjøre ansatte i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav, dvs. å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til oppgaver og krav, og integrere denne kompetansen i det daglige arbeidet på avdelingen.

## 2. METODE

***Avdeling i vekst- utvikling gjennom kunnskap*** er et utviklingsprosjekt gjennomført ved Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag. Tre tiltak er gjennomført:

- 1) opplæring i pasientrettighetsloven kap 4A,
- 2) kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis og
- 3) refleksjon og læring gjennom temadager

Gjennom litteratursøk i forkant av oppstart av prosjektet ble det gjort søk på nettet etter relevant stoff. Her fant vi eksempler på sykehjem i Norge som hadde benyttet fagkonsulent direkte i det daglige arbeidet i avdelingen, og hvor formålet var å øke spesifikk fagkunnskap og se på hvordan arbeidsdagen benyttes. Erfaringer fra en prosess som tidligere er gjennomført på en annen avdeling i kommunen ble også tatt med inn i planleggingen.

Med utgangspunkt i behov definert av ledelsen ved Verdal bo og helsetun, andres erfaringer, forskning og nasjonale føringer, ble innholdet i prosjektet formulert og tilpasset institusjonsavdelingen sitt behov, og man kunne starte prosessen.

Vurderinger av utviklingsarbeidet omfatter kartlegging av journaldokumentasjon før og etter intervensjon, samt muntlig evaluering fra ansatte og avdelingsleders beskrivelse av sine erfaringer.

### 2.1 Deltakere

Utviklingsprosjektet har vært knyttet til en institusjonsavdeling i Verdal kommune. Kommunen har to sykehjemsinstitusjoner. Den ene institusjonen, Verdal bo- og helsetun har status som Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag. Institusjonen er delt i to avdelinger og hver avdeling er oppdelt i tre poster. Ansatte som har vært involvert i dette prosjektet jobber i den ene avdelingen ved Verdal bo- og helsetun. 45 ansatte i hel- eller deltidsstillinger fra ulike yrkesgrupper har deltatt i hele eller deler av prosjektet. Ansatte ved en av de tre postene har gjennomført studieprogrammet "*Tvang – helst ikke*" (tiltak 1). Ansatte fra alle tre postene har deltatt i kompetanseutvikling knyttet til tiltak 2 og 3, kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis og temadager med refleksjon og læring gjennom temadager.



## ***2.2 Etiske aspekter ved prosjektet***

Prosjektet er et ledd i kvalitetsutviklingen ved avdelingen, og deltakelse på tiltakene var obligatorisk for de ansatte. I forkant ble det gitt informasjon om prosjektet på avdelingsmøte og skrevet referat fra møtet. Møtet var før ansatte gikk ut i sommerferie. Prosjektet startet etter sommerferien. Det ble informert om at det var møteplikt og at en fikk erstatningsfridag eller avspaseringstimer, og at det ville bli leid inn vikarer mens prosjektet pågikk. Etter prosjektstart holdt virksomhetslederen et nytt informasjonsmøte. I ettertid uttrykker leder at møtet kunne ha kommet ved prosjektstart, dette for å ha unngått spekulasjoner hos ansatte.

Det er ikke gjennomført forskning. Evaluering er ikke gjort ut over at prosjektledere har vurdert egne erfaringer fra prosjektet. Som ledd i dette har vi har fått muntlige tilbakemeldinger fra ansatte samt tilbakemelding fra leder. Tilbakemeldinger er ikke notert ned eller systematisk behandlet på noen måte. Det anses ikke å være gjennomført datasamling som har karakter av forskning. Dreier prosjekter seg om forskning på pasienter eller brukere av helsetjenesten, skal det søkes til Regional forskningsetisk komité (REK) om godkjenning<sup>2</sup> (Brataas og Torvik 2012). På praksisstedene har prosjektlederne gjennomført en institusjonsintern kartlegging av antall pleieplaner og tiltak. Prosjektlederne er ansatt i kommunen, underlagt taushetsplikt.

En ser i ettertid at en evaluering som krever forespørsel om frivillig deltakelse fra ansatte på datasamling, og dokumentasjonskartlegging som krever behandling hos Regional forskningsetisk komité eller NSD kunne gitt data som grunnlag for mer systematisk evaluering og utvikling av kunnskap fra prosjektet. Likevel ser vi nytte av de erfaringene vi har fått og gjennom å beskrive våre erfaringer fra å lede prosjektets tre tiltak formidler vi erfaringskunnskap. Det er oppsummeringer om fremgangsmåten vi brukte samt våre erfaringer som presenteres i denne rapporten.

---

<sup>2</sup> Portalen til REK finner du her: <http://helseforskning.etikkom.no>.

### 3. GJENNOMFØRING AV AKTIVITETER

Her beskrives prosjektets resultater, det vil si våre erfaringer fra gjennomføringen av de tre tiltakene.

#### **4.1 Pasientrettighetsloven, kapittel 4A**

Etter at det nye kapitlet i pasientrettighetsloven, kapittel 4A trådte i kraft 01.01.09 har Verdal kommune lagt til rette og gjennomført opplæringskurs for de fleste ansatte i tjenesten. I tillegg har ressurspersoner på enkelte avdelinger deltatt på eksterne kurs og på opplæring med nevnte tema. Tilbakemeldinger fra de ansatte er imidlertid at lovverket kan oppfattes som vanskelig å forholde seg til i det daglige arbeidet i møte med pasienten.

Med bakgrunn i dette ble det vurdert som særlig aktuelt å knytte Pasientrettighetslovens bestemmelser i kapittel 4A til prosjektet. På bakgrunn av gode erfaringer fra andre kommuner og anbefalinger fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse valgte vi å benytte studiepermen "*Tvang – helst ikke*" og tilrettelegge dette som et kurs for de ansatte som skulle delta

(<http://www.aldringoghelse.no/?PageID=89&s=tvang+helst+ikke>).

Permen inneholder et studiehefte med bakgrunnsstoff om demens og utdrag fra aktuelt lovverk og et oppgavehefte med arbeidsoppgaver og instruksjon for gjennomføring av hver samling. Oppgaveheftet har ulike registrerings- og vurderingsskjemaer for personer med demens. En DVD som følger med permen gir eksempler på situasjoner hvor tvang utøves. Studiematerialet legger i stor grad opp til refleksjon i studiegruppe.

Slik vi har forstått det legger de fleste kommuner som benytter studiematerialet opp til at studiegruppene skal være selvdrevne grupper. Vi valgte imidlertid en annen variant. I tillegg til praktisk organisering knyttet til planlegging og gjennomføring av kursopplegget, har prosjektlederne også fungert som veiledere og prosessdrivere i gruppene som har gjennomført opplegget med "*Tvang - helst ikke*".

Det ble på forhånd vurdert at det var behov for å ha veiledere som kunne veilede i forhold til konkrete og relevante problemstillinger fra de ansattes egen arbeidshverdag, og at dette ville bidra til bedre læringsutbytte. Det var også ønskelig å knytte kap. 4A opp mot dokumentasjonsplikten og dokumentasjonspraksis som en del av

gruppesamlingene. Dette ble også et argument for å knytte veiledere til gjennomføring av kurset.

Studiepermen er i stor grad bygd på refleksjoner rundt pasienter fra egen arbeidshverdag. Gjennom slike refleksjoner har holdninger/kulturer/ukulturer, og refleksjoner om demens og fagutøvelse på egen avdeling vært sterkt berørt.

Totalt deltok 11 ansatte fra avdelingens demenspost på kurset. Disse har vært fordelt på to grupper. Det ble gjennomført 5 gruppesamlinger for hver gruppe, samling hver 14. dag med en varighet på 2 timer hver gang. De ansatte som har deltatt har fått kursbevis.

### ***3.2 Kvalitetssikring på dokumentasjonspraksis i Profil***

Dokumentasjonsplikten, plikt til å føre journal er forankret i Helsepersonell loven, §39 (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Helsepersonell har en selvstendig plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet i den enkelte pasient sin journal. Denne plikten er begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet i etterprøvbareheten av den helsehjelpen som gis.

Journalføring til pasienter som mottar helsehjelp i Verdal kommune gjøres i det elektroniske pasientsystemet Profil. Profil som dokumentasjonssystem er gradvis blitt tatt i bruk siden 2003. Det er fortløpende blitt gjennomført interne opplæringer for ansatte i forhold til Profil som system.

Erfaringer fra kommunen i 2010 var at det var til dels store variasjoner mellom de ulike avdelingene i omsorg og velferd i forhold til hva og hvordan de ansatte dokumenterte i Profil. En spørreundersøkelse gjennomført blant ansatte på Verdal bo- og helsetun høsten 2010 var i stor grad med på å underbygge dette. Oppsummering fra undersøkelsen blant ansatte i avdeling 1, som omfattes av dette prosjektet viste at det var forholdsvis mange ansatte som selv definerte at de ikke behersket de ulike funksjonene som ligger i Profil. Oppsummeringen viste bl.a følgende (internt notat):

- 8 av 29 ansatte behersket ikke å opprette nytt planområde
- 25 av 29 ansatte behersket ikke å avslutte et planområde
- 20 av 29 ansatte behersket ikke å opprette nytt tiltak
- 25 av 29 behersket ikke å avslutte et tiltak

På bakgrunn av dette ble det vinteren 2011 besluttet å sette søkelyset inn mot kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis ved nevnte institusjon. Ulike tiltak ble iverksatt. Et av dem var å legge til rette for mer opplæring. Ansatte fikk tilbud om å delta på et 2 timers differensiert opplæringskurs i Profil. Ansatte ble delt inn i grupper ut fra hva de selv definerte som utfordringsområder (spørreskjema). Det ble også utarbeidet en brukerveiledning for profil (vedlegg nr 1).

En ny spørreundersøkelse blant ansatte *etter* at kurset var gjennomført pekte i en retning av økt kompetanse. Bla viste resultatet fra avdeling 1 følgende (internt notat): 17 av 19 ansatte behersker å opprette nytt planområde, behersker å avslutte et planområde, behersker å opprette nytt tiltak og behersker å avslutte et tiltak. Alle de som svarte på spørreskjema deltok på opplæringskurset men ikke alle som deltok på opplæringen svarte på undersøkelsen.

Som et tiltak for å bevisstgjøre den enkelte på dokumentasjonsplikten besluttet ledelsen at ansatte ved institusjonen som yter helsehjelp skulle signere kontrakt etter å ha å ha gjennomført dette 2 timers opplæringskurset. Underskrift innebærer en bekreftelse på at vedkommende ansatt har forstått prinsippene omkring dokumentasjonsplikten og at vedkommende har fått nødvendig opplæring i Profil.

Selv om resultatet av spørreundersøkelsen etter opplæringskurset pekte i retning av økt kunnskap erkjente ledelsen at det var en vei å gå i forhold til implementering av ny kunnskap og endring av praksis. Man erfarte at en god del ansatte ikke tok i bruk den kunnskapen man kunne forvente at de hadde tilegnet seg gjennom opplæringsopplegget de hadde deltatt på. Årsakene til dette kunne være flere. En årsak kunne være at man gjennom opplæringen kanskje hadde hatt størst fokus på selve systemet, men mindre om hvor og hvorfor det skal dokumenteres?

Som en del av utviklingsprosjektet *Avdeling i vekst- utvikling gjennom kunnskap* ble det derfor besluttet å jobbe videre med å kvalitetssikre dokumentasjonspraksis. Arbeidsmetoden vi som prosjektledere har benyttet i fortsettelsen er først og fremst råd, veiledning og læring gjennom at prosjektlederne og de ansatte samarbeider "skulder til skulder". Prosjektlederne har vært tilgjengelig for de ansatte en halv dag i uken i 16 uker. De ansatte ble oppfordret til å bestille "time" for veiledning/bistand på aktuell dokumentering i Profil. I tillegg har en av tema dagene på tiltak 3) refleksjon og læring gjennom tema dager, hatt dokumentasjon som hovedtema; jfr. kapittel 3.3.

Som en del av kvalitetssikringen har man lagt vekt på, å opprette nødvendige planområder og å skrive gode tiltaksbeskrivelser, også omtalt som pleieplaner<sup>3</sup>. Vi har spesielt hatt stort fokus på innholdet i tiltaksbeskrivelsene, for å kunne se sammenheng mellom handling og dokumentasjon.

Ved prosjektets start og slutt ble antall planområder og tiltaksbeskrivelser på hele avdelingen (3 poster) kartlagt. Kartleggingen ble gjennomført av prosjektlederne i samarbeid med kjent personale fra hver post. Det ble regnet antall opprettede planområder og tiltaksbeskrivelser som var "gyldige" beskrivelser av dagsaktuelle pleiebehov og tiltak, og antall planområder og tiltaksbeskrivelser som skulle vært avsluttet. Hensikten med denne kartleggingen var å kunne måle effekten av intensiv jobbing med Profil i prosjektperioden.

Det ble gitt opplæring på arbeidsstedet, og veiledning i hvordan tiltaksbeskrivelser bør være, hvordan de kan anvendes, og benyttes som et arbeidsredskap i hverdagen. Det ble lagt stor vekt på hva og hvordan vi dokumenterer i Profil. Vi tok utgangspunkt i brukerveiledningen som allerede var utarbeidet (vedlegg nr 1). Det ble gitt tidsfrister til ansatte i avdelingen om når alle planområder og tiltaksbeskrivelser skulle være oppdaterte. Alle ansatte uavhengig av fagkompetanse og erfaringer, skulle være delaktige i denne oppdateringen.

I prosjektperioden ble det skrevet flere tvangsvedtak i henhold til kapittel 4A-1 i Pasientrettighetsloven. Dette for å sikre at pasienter får nødvendig *somatisk* helsehjelp og hindre vesentlig helseskade. Ansatte ble involvert og var delaktige i utformingen av tvangsvedtakene. Dette er en forutsetning hvis man skal tilrettelegge helsehjelpen med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett<sup>4</sup>. Lovverket gir strenge føringer og vilkår *før* et eventuelt vedtak om bruk av tvang kan gjøres. Ett av vilkårene er at tillitskapende tiltak skal ha vært forsøkt og dokumentert forsøkt. Ved å ha kunnskap om og stort fokus på tillitskapende tiltak kan en i svært mange tilfeller unngå tvangsbruk. I de tilfellene der en likevel må gjøre

---

<sup>3</sup> Med planområde mener vi eksempelvis personlig hygiene

<sup>4</sup> Jfr. Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4A, § 1

et vedtak er det viktig med kunnskap om vedtaksprosessen og hvilke krav til nødvendig dokumentasjon som foreligger.

Det ble satt av tid til refleksjoner blant de ansatte, med diskusjoner og skriftliggjøring av vedtak. Avdelingsleder la til rette for at personalet i avdelingen fikk avsatt tid til dette arbeidet.

Under disse prosessene ble dokumentasjon på tillitskapende arbeid lagt inn i Profil. Videre ble felles forståelse og lojalitet til tiltaksplaner vektlagt.

### ***3.3 Refleksjon og læring gjennom temadager***

Mye av den opplæringen folk trenger for å utføre arbeidet sitt skjer i arbeidslivet. Den kanskje viktigste formen for læring skjer ved at folk utfører arbeidet sitt og bruker tid på å reflektere over erfaringene de gjør (Brataas m.fl. 2011). Man lærer ved å gjøre ting. Samarbeid med erfarne kollegaer er en kilde til læring som springer ut av det daglige arbeidet. Råd, veiledning og læring gjennom å samarbeide "skulder til skulder" er i mange situasjoner den mest effektive måten å overføre kunnskaper på. I prosjektet er tilrettelegging for refleksjon og læring gjennom samarbeid vektlagt i gjennomføring av to temadager for ansatte på hver av de 3 postene i avdelingen. Alle fast ansatte har deltatt. Prosjektlederne har hatt ansvar for planlegging og gjennomføring av disse samlingene med ansatte.

Temadag 1: På første samling ble personalet utfordret til å reflektere over egen arbeidshverdag, dette ifht rutiner, arbeidsprosesser, kulturer/ ukulturer, samarbeid og holdninger. Vi startet med en praktisk lekeoppgave med bygging av lego. Hensikten med øvelsen var å belyse samarbeid og kommunikasjon i gruppa. Videre ble de ansatte utfordret på å bryte ned egen arbeidsdag i "biter". De ble bedt om å se seg selv med litt kritisk blick på hvorfor og hvordan de utfører daglige rutiner i avdelingen. Hver post skulle komme frem til minimum to aktuelle rutiner som de ønsket å endre på. Hensikten med dette var å sette i gang tanker og refleksjoner knyttet til en endringsprosess som skulle bidra til større fokus på personsentrert omsorg.

Temadag 2: Denne samlingen ble gjennomført på kommunens rom for dataopplæring. Etter avdelingsleders ønske ble det gitt en felles gjennomgang av hvordan vi leser og finner tiltaksbeskrivelser, hvordan skrive, lese og gi muntlig rapport fra Profil. Det ble også gitt en gjennomgang av bruksområder for Profil som er viktig å kunne. Dette for

å benytte Profil som et verktøy i hverdagen. Det ble gitt praktiske øvingsoppgaver til personalet underveis.

## **4.0 PROSJEKTLEDERES ERFARINGER FRA GJENNOMFØRINGEN**

Her beskriver vi våre erfaringer fra arbeidet med gjennomføringen av de tre tiltakene som prosjektet omfattet.

### ***4.1 Pasientrettighetsloven, kapittel 4 A***

Hensikten med tiltaket var at de ansatte skulle øke sin kompetanse i å forstå og anvende lovverket riktig, og dermed også forebygge og begrense bruken av tvang. Dette forutsetter at man møter pasienten som aktivt og selvstendig individ og med relasjoner og forankringer, også omtalt som personsentrert omsorg (Hobbs 2009; Kitwood 1997).

Da lovverket kan være vanskelig å forstå valgte vi å benytte studieheftet *“Tvang helst ikke”*. Vi så at mange av spørsmålene i oppgaveheftet sammen med dvd kunne bidra til refleksjon knyttet til problemstillinger og caser som er nært knyttet opp mot pasientrettighetsloven.

Opplegget er basert på selvdrevne studiegrupper av personer som arbeider sammen til daglig. Dette anbefales for å kunne diskutere aktuelle erfaringer fra egen hverdag. I forhold til at opplegget opprinnelig er basert på selvdrevne studiegrupper valgte vi enn litt annen modell der vi har benyttet to veiledere i gjennomføringen av kurset. Veilederne har vært oss prosjektlederne. Vi som prosjektledere har bidratt til faglig fokus i diskusjonene, og lagt til rette for at alle i gruppa har vært delaktige. I refleksjon over erfaringer kan det være hensiktsmessig at veiledere bidrar til å gi retning på læreprosessen og strukturere gruppens diskusjon gjennom refleksjonsfaser (Brataas m.fl. 2011).

To grupper på henholdsvis 5 og 6 ansatte i hver gruppe har gjennomført denne studiepermen. Alle ansatte på hver gruppe har vært delaktige i diskusjonene. Ansatte har uttrykt at de har følt seg trygge på gruppa, og de har blitt kjent med hverandre på et annet vis gjennom de faglige diskusjonene.

Samlingene inneholdt faglige diskusjoner og praktiske arbeidsoppgaver, med utgangspunkt i pasienter på avdelingen. Diskusjonene har i stor grad vært knyttet opp til egne verdier og holdninger. Det har gitt rom for refleksjoner over egen praksis og over avdelingens praksis. Diskusjoner

og refleksjoner på den måten er ofte noe som ikke prioriteres i en travel hverdag. Vi har erfart at bruk av studieperm og studiegrupper sammen med gjennomførte temadager (tiltak 3; refleksjon og læring gjennom temadager) har ført til økt bevisstgjøring på avdelingens valg av rutiner. Rutiner er blitt vurdert opp i mot pasientens behov, og man har drøftet om rutinene er personalsentrert eller pasientsentrert.

Ulike metoder og tiltak som ble diskutert på samlingene, ble i etterkant prøvd ut i praksisfeltet. Ansatte fortalte at flere av tiltakene som ble prøvd ut hadde positiv effekt på pasienter. Ansatte på avdelingen forteller at kunnskap om Pasientrettighetsloven kapitte 4A gjør personalet bedre rustet til å møte situasjoner som berører bruk av tvang eller ikke. Personalet har muntlig uttrykt; at kjennskap til lovverket skaper trygghet. På den måten kan man si at forståelsen av lovverket er implementert i daglig drift. Videre har ansatte uttrykt at prosessen har bidratt til økt bevissthet på tillitskapende jobbing i hverdagen og at de har fått en felles faglig forståelse. Med felles faglig forståelse har personalet også gitt uttrykk for bedret arbeidsmiljø, da alle har deltatt på samme kursopplegg. Felles faglig forståelse styrker avdelingen, og bevisstgjør personalet til å jobbe mot felles mål.

#### ***4.2 Kvalitetssikring på dokumentasjonspraksis i Profil***

Under hele prosjektperioden har det blitt lagt stor vekt på dokumentasjon. Prosjektlederne jobbet "skulder til skulder" med ansatte i avdelingen og man har hatt et spesielt fokus på tiltaksbeskrivelser (pleieplaner). Det har blitt lagt stor vekt på hva som skal dokumenteres, hvordan og hvor det skal dokumenteres. Det har gjennom hele perioden blitt fokusert på viktigheten med gode tiltaksbeskrivelser. Det er grunn til å tro at gode tiltaksbeskrivelser gir et godt utgangspunkt for lik pleie og forutsigbarhet til pasientene. Det avhenger av at alle er lojale og forholder seg til det som står skrevet.

En endring vi erfarte var at tillitskapende tiltak opp imot enkeltpasienter er blitt dokumentert under tiltaksbeskrivelser i Profil.

For å kunne måle effekt av intensiv jobbing med Profil ble det ved prosjektets start og slutt summert totalt antall planområder og



tiltaksbeskrivelser på hele avdelingen, og antall planområder og tiltaksbeskrivelser som skulle ha vært avsluttet<sup>5</sup>.

Antall pasienter hele perioden har vært likt. Noen pasienter har falt fra pga. død og nye pasienter har kommet inn.

Antall planområder og tiltak ved oppstart og avslutning av prosjektet

	Totalt på avdelingen	
	August 2011	Desember 2011
Antall planområder	645	322
Planområder avsluttes	129	7
Antall tiltaksbeskrivelser	392	160
Tiltaksbeskrivelser avsluttes	249	65

Antall **planområder** som eksisterte Profil i august 2011 (prosjektets start) var 645, og av disse skulle 129 ha vært avsluttet. Antall planområder som eksisterte i Profil i desember (prosjektets slutt) 2011 var 322, og 7 av disse skulle ha vært avsluttet.

Når det gjelder antall **tiltaksbeskrivelser** som eksisterte i Profil i august 2011 (prosjektets start) var 392, og 249 av disse skulle ha vært avsluttet. Antall tiltaksbeskrivelser som eksisterte i Profil i desember 2011 (prosjektets slutt) var 160, og 65 av disse skulle ha vært avsluttet.

Når vi ser på reduksjon i antall planområder og tiltaksbeskrivelser fra prosjektstart til prosjektslutt er det grunn til å tro at personalet har økt sin fagkunnskap og kompetanse, og at dette har gitt en positiv effekt på å opprette/ legge ned planområder og tiltaksbeskrivelser. Ved gjennomgang av planområdene og tiltaksbeskrivelsene så vi at kvaliteten på innholdet på mange måter var blitt bedret. Prosjektledere så underveis at personalet var redde for å miste planområder og tiltaksbeskrivelser som ikke var i bruk. Etter økt kunnskap om Profils funksjoner så vi at det ble lettere for personalet å avslutte områder, og finne dem igjen under "historikk". Etter hvert som enkelte ansatte følte seg trygg på sin

---

<sup>5</sup> Med planområde (hovedkategori) mener vi eksempelvis personlig hygiene som har flere under punkter. Disse underpunktene er tiltaksbeskrivelsene (pleieplaner), og eksempel på det kan være morgenstell, kveldstell og dusj/bad. Tiltaksbeskrivelsene skal inneholde detaljerte beskrivelser på hva de ulike tiltak skal gå ut på.

kunnskap om bruk av Profil, lærte ansatte hverandre hvordan tiltaksbeskrivelser skulle skrives, og hvordan profil kan brukes. På mange måter kan vi si at det ble "skulder til skulder" læring i avdelingen. Vi så også at noen kanskje følte det tryggere å lære av andre kollegaer nå om hvordan Profil fungerer, og hvordan det skulle skrives i Profil.

### **4.3 Refleksjon og læring gjennom temadager**

Temadag 1: Ved prosjektstart ble første temadag gjennomført for de ansatte i avdelingen. Temadagen ble gjentatt tre ganger, der vi samlet ansatte fra hver post på hver sin temadag.

Prosjektinformasjon: På forhånd ble det gitt informasjon av avdelingsleder og prosjektledere om prosjektet på et avdelingsmøte, og det ble hengt opp skriftlig informasjon på avdelingen. Det var imidlertid få ansatte som deltok på personalmøte og dermed var det forholdsvis mange av de ansatte som var ukjent med prosjektets innhold da den første gruppen møtte på temadag 1. Det viste seg at de ansatte hadde behov for mer grunnleggende informasjon om prosjektet og det ble på nytt informert om prosjektet i avdelingen. Det ble også informert om en del praktiske avklaringer. De ansatte fikk høre at det var møteplikt, og de som hadde fridag ville få kompensert denne med en erstatningsfridag, og at det ble leid inn vikarer. Det ble også kommunisert fra leder om at det var en forventning fra ledelsen sin side om at ansatte måtte påregne å arbeide litt "på tvers" av postene mens prosjektet pågikk.

Man erfarte at tilstrekkelig informasjon i forkant av oppstart av nye prosjekter er nyttig for å unngå unødige spekulasjoner blant de ansatte og for å skape trygghet. Trygghet er et viktig grunnlag for gode læringsprosesser (Tveiten 2002).

Tema og opplegg: Tema på den første samlingen var knyttet opp imot arbeidsprosesser i arbeidshverdagen. Ansatte ble utfordret på å bryte ned egen arbeidsdag i "biter" og de ble bedt om å se seg selv med litt kritisk blick på hvorfor og hvordan de utfører daglige rutiner i avdelingen. Hensikten med oppgaven var å sette i gang tanker som kan føre til endringsprosesser. Vi ble av noen møtt med reaksjoner vi tolket som frykt. Enkelte av de ansatte ga verbalt uttrykk for at de var redde for at vi skulle komme og ødelegge den gode og trygge rutinepregede hverdagen deres. Det er viktig at ansatte føler seg trygge, men også viktig å utvikle et miljø

som legger til rette for erfaringslæring (Benner m.fl. 2010). I slike miljøer får man riktig tilbakemelding på sine prestasjoner, og muligheter for å artikulere sine synspunkter og reflektere over dem, hevder Benner m.fl. (op.cit.). Oppgave nr 2 var legobygging; en praktisk lekeoppgave der hensikten er å belyse samarbeid og kommunikasjon i gruppa. Opplevelsene omkring denne øvelsen på hvor vanskelig og komplisert kommunikasjon kan være, har vi tatt igjen og belyst opp mot dokumentasjon i Profil underveis i prosjektet.

Temadag 2: Også på temadag nr 2 var de ansatte samlet "postvis", det vil si at ansatte fra hver post i avdelingen deltok på hver sin samling. Tema for samling var knyttet til dokumentasjon av helsehjelp. Utgangspunktet for all dokumentasjon av sykepleie er pasienten og hans reaksjon på sin sykdom/lidelse og livssituasjon (Dahl og Skaug 2011). Forsvarlig dokumentasjon er et viktig tiltak for å sikre kvalitet på helsehjelpen.

Vi holdt til på datarommet i kommunen, og hadde felles gjennomgang med alle ansatte der dette ble vektlagt:

1. hvordan leser og finner vi tiltaksbeskrivelser
2. hvordan skriver, leser og gir vi muntlig rapporter fra Profil
3. gjennomgang av andre bruksområder som er viktig for å benytte Profil som verktøy i hverdagen.

Ansatte ga uttrykk for at dette var en nyttig dag. De uttrykte også at de lærte forenkler spesielt rapport lesing og skriving. Mange ansatte ga uttrykk for at de tidligere hadde gjort dette på en mer komplisert måte. Som prosjektledere mener vi dagen bidro til mer felles forståelse på hvordan Profil kan brukes som et praktisk verktøy i arbeidshverdagen. Den enkelte ble dessuten påminnet dokumentasjonsplikten, plikten til å føre journal som er forankret i Helsepersonell loven, paragraf 39 (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Helsepersonell har en selvstendig plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet i den enkelte pasient sin journal.

Vi konkluderer med at det å jobbe med pasienter er en dynamisk prosess som krever kontinuerlige oppdateringer på innholdet i Profil, og at det krever kontinuerlige oppdatering om hvilke funksjoner Profil har. Dette for å kunne kvalitetssikre tjenestene til den enkelte pasient, og for å

nedtegne og dokumentere sin virksomhet i den enkelte pasient sin journal og på den måten ivareta dokumentasjonsplikten i henhold til lovverket.

## 5. OPPSUMMERING

De ansatte, prosjektlederne og avdelingsleder har vært sammen om en prosess som på mange måter kan betegnes som en reise mot utvikling av kunnskap og vekst der hensikten har vært å gjøre ansatte i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav. Ingen tjenester blir bedre enn den enkeltutøvere yter i møte med den enkelte pasient.

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente ansatte som evner nettopp det å ta pasientens behov på alvor og omsette kunnskap til gode tjenester. For å oppnå dette trenger de ansatte kompetanse på flere områder. Mye faglitteratur fremhever at kompetanseutvikling hos ansatte er viktig for å møte pasienten som person og med behov opp i mot blant annet lovverket (Molven 2009; Kristoffersen 2011). Å skape trygghet og rammer for erfaringslæring er ansett som viktig (Benner m.fl. 2010).

**Avdelingsleder har gitt innspill til prosjektet underveis og etter avslutning av prosjektet. Med hennes tillatelse, oppsummerer vi hennes synspunkter:**

### *Tiltak 1) Pasientrettighetsloven kapittel 4A*

Etter at studiepermen "tvang helst ikke" ble gjennomført av ansatte på demensposten, erfarer jeg at ansatte som deltok tenker og praktiserer annerledes. Med det mener jeg at pasienten er mer i sentrum og ansatte er mer fleksible når det gjelder endringer på rutiner. Det blir i større grad reflektert i det daglige arbeidet og de ansatte kommer frem til tiltak som blir til det beste for pasienten. Tilbakemeldingene fra ansatte som har deltatt i studiegrupper har vært at de skjønner lovverket mye bedre nå. Det har blitt utarbeidet "inngangsbilletter" som henger i avdelingen. Dette er små huskelapper på hva som kreves for at en skal kunne benytte seg av pasientrettighetsloven kapittel 4 A. Det har også vært nyttig for meg som avdelingsleder å delta sammen med de ansatte i disse gruppene. I fortsettelsen ønsker jeg å legge til rette for at kurspakken skal gjennomføres også av ansatte på de andre postene i avdelingen.

***Leder konkluderer at tiltak 1 samt tiltak 2) Kvalitetsutvikling av dokumentasjonspraksis og 3) Refleksjon og læring på temadager har ført til følgende:***

Gjennom refleksjoner kommer de ansatte i større grad frem til tiltak som blir til det beste for pasienten. Min opplevelse er derfor at pasienten er mer i sentrum sammenlignet med tidligere. Jeg opplever også at de ansatte er mer fleksible når det gjelder endringer på rutiner. Som en konsekvens av at vi er blitt mer bevisst på tiltak som kan gjøre tvang unødvendig, tillitskapende tiltak, er låste dører på avdeling blitt åpnet opp. Jeg erfarer at økt kunnskap endrer holdninger og rutiner, og ansatte tenker mer likt når de har samme utgangspunkt. Mål blir lettere å nå, og ansatte er mer lojale mot tiltak som blir fattet. Ansatte finner tid til å se på Profil i løpet av dagen og Profil blir brukt som et nyttig arbeidsredskap i hverdagen.

Samlet sett mener leder at jobbing med de ulike fokusområdene har hevet total kvaliteten på tjenesten som blir gitt på avdelingen. Ansatte har også gitt mange positive tilbakemeldinger om prosjektet. Motforestillinger mot endringsprosesser i avdelingen ser ut til å være redusert. Samtidig er det viktig å påpeke at endringsprosesser tar tid og er noe avdelingen må jobbe videre med.

***Prosjektlederne sin konklusjon***

Prosjektets tidsplan har vært forutsigbar, da alle tidsfrister er blitt holdt. Underveis i prosessen har avdelingsleder og prosjektledere, fått råd og veiledning av utviklingskoordinator og virksomhetsleder. Vi har erfart at man bør informere mye og gjenta informasjon om nye prosjekter som startes, og at det er viktig at informasjon gis i form av både papir, muntlig og elektronisk.

Vi ser positivt på at det satses på kontinuerlig arbeid med erfaringslæring og kvalitetsutvikling. Vår erfaring er at kvalitet avhenger av både struktur og kultur, der betydningen av kultur ofte er undervurdert. God pleiekultur handler også om god ledelse og om å alltid se etter muligheter for forbedringer og kvalitetsheving. Avdelingen er i vekst gjennom utvikling av ansattes kompetanse, og gjennom prosjektet har vi erfart at kompetansen har kommet kolleger og brukere til gode, og på den måten

blitt nyttiggjort og utviklet. Ansatte har vist at de evner å omsette kunnskap til god praksis. Dette mener vi kan betegnes som verdiskapning.

Gjennom denne rapporten har vi formidlet våre egne erfaringer med prosjektarbeidet. Vi ser behov for opplegg hvor man også inkluderer forskning. Det kan gi mer kunnskap til nytte lokalt og i andre kommuner.

## **6. Etterord**

På grunnlag av positive tilbakemeldinger fra både ansatte, avdelingsleder og prosjektleder iht. studieopplegget *"tvang helst ikke"* besluttet ledelsen etter prosjektslutt at alle faste ansatte i avdelingen skulle delta i studiegrupper der man benytter studiepermen *"tvang helst ikke"*. Modellen med to veiledere ble videreført også i disse gruppene og nye kurs ble gjennomført våren 2012 for øvrige ansatte i avdelingen. Likedan ble det gjennomført tilsvarende studiegrupper på en annen institusjonsavdeling i kommunen våren 2012. Her benyttet man en veileder i studiegruppen. Høsten 2012 planlegges oppstart av nye grupper i flere avdelinger.

## Litteraturliste

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L (2010) Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribe forlag.

Brataas HV, Evensen A, Hellesø N, Torsvik M, Wille T (2011) Sykepleierstudentenes erfaringslæring i refleksjon over praksis. I: Brataas HV (red.) Sykepleiepedagogisk praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, s. 249-264.

Brataas HV, Torvik K (2012) Rapportskriving. Høgskolen i Nord-Trøndelag, Arbeidsnotat nr 247.

Dahl og Skaug (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-60).

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Publikasjonskode 1129B. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]. Tilgjengelig på:

<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-063.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) LOV-1999-07-02-64: nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Hobbs, J.L. (2009). A dimensional analysis of patient-centred care. *Nursing Research*, 58(1): 52-62.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Philadelphia: Open University Press

Kristoffersen NJ (2011) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E\_A (red.) Grunnleggende sykepleie. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, s. 281-341.

Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk forlag

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Hentet 12.07.12 fra:  
<http://www.aldringoghelse.no/?PageID=89&s=tvang+helst+ikke>

Sosial og helsedirektoratet (2005) ... OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005-2015)  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>

St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening*. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).

Tveiten S (2002). *Veiledning mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget

Lai L (2012). *Kompetanse som begrep og ressurs*. Hentet fra:  
[http://www.ks.no/PageFiles/16895/Kompetanse%20som%20begrep%20og%20ressurs%20\(Linda%20Lai\).pdf](http://www.ks.no/PageFiles/16895/Kompetanse%20som%20begrep%20og%20ressurs%20(Linda%20Lai).pdf)

## **Vedlegg**

Verdal kommune (2012, 2 utg) *Brukerveiledning - Registreringer i det elektroniske pasientjournalssystemet PROFIL*