



Bjørn Lichtwarck, Anette Væringstad, Kari-Anne Hoel

## ► **Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander**

Manual, 3. utgave





# Innhold

1. Forord .....	4
2. Hvordan forstå atferd og symptomer .....	6
3. Hva er TID? Hvem egner modellen seg for? .....	7
4. TID – en intervensjon i 3 faser .....	7
5. Målsymptomer: bli enige om hva som er utfordringene – bruk av NPI .....	7
6. Utredningsfasen .....	8
6.1. Personhistorie – og personens perspektiv .....	8
6.2. Observasjon av fakta – bruk av observasjonsskjema .....	8
6.3. Kartlegging av andre atferdsmessige og psykologiske symptomer .....	8
6.4. Kartlegging av depresjonssymptomer .....	8
6.5. Somatisk undersøkelse .....	8
6.6. Legemiddelgjennomgang .....	8
6.7. Smertevurdering .....	8
6.8. Grad av demens .....	8
6.9. Aktiviteter i dagliglivet (ADL) - vurdering .....	9
6.10. Tiltak i utredningsfasen .....	9
7. Refleksjonsfasen – refleksjonsmøtet .....	10
7.1. Refleksjonsmøtet .....	8
7.2. Sokratisk dialog – som hjelpemiddel i TID refleksjonsmøte .....	8
7.3. TID – tips til refleksjonsmøtet .....	8
7.4. En øvelse i å skille mellom situasjon (fakta), tanker og følelser .....	8
7.5. Hvordan dokumentere i journalen fra refleksjonsmøtet .....	8
8. Tiltaks- og evalueringsfasen .....	10
9. Kognitiv terapi – nyttige prinsipper .....	17
10. Personsentrert omsorg – nyttige prinsipper .....	17
11. Forholdet mellom TID og andre miljøterapeutiske metoder .....	19
12. Leders rolle i TID .....	19
13. Legens rolle i TID .....	19
14. Forskning om TID .....	19
15. Kurs og opplæring .....	19
15.1. TID – basiskurset .....	8
15.2. TID – kursholderkurset .....	8
16. Kursholdere i TID – hvilke oppgaver? .....	19
17. Rettigheter – krav til opplæringen av TID, beskyttet av åndsverkloven .....	19
18. Referanser .....	20
19. Vedlegg – skjemaer .....	21

# 1. Forord

Utfordrende atferd, også kalt atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens eller nevropsykiatriske symptomer, oppleves hos de fleste personer med demens gjennom sykdomsforløpet (1). Disse symptomene skaper utfordringer både for personen med demens, for pårørende og for personalet. TID er et manualbasert verktøy som personalet i samarbeid med lege eller psykolog anvender for å møte disse symptomene på en mest mulig systematisk og hensiktsmessig måte. Første utgave av TID-manualen fra 2012 og andre utgave fra 2015 ble utgitt som en støtte til en modell som skulle svare på disse utfordringene i praksis. Siden den gang har TID-modellen blitt anvendt i ulike sammenhenger, både for personer med demens i sykehjem og i sykehus, for hjemmeboende personer med demens og for personer uten demens med andre sykdommer. I møte med klinisk praksis har TID vist seg å fungere som en utrednings- og refleksjonsmodell med flere anvendelsesområder. I tillegg har det etter 2015, gjennom TID-studien, blitt utviklet omfattende forskningsdokumentasjon på modellens effekt både for enkeltpersoner med demens og for personalgruppen (2-6). Kurs- og opplæringsprogrammer for spredning av TID er også utarbeidet. Det var derfor behov for å revidere manualen i en 3. utgave slik at den er mer i overenstemmelse med faktisk bruk i praksis og med ny dokumentasjon fra forskning.

TID bygger på teorier og prinsipper både fra personsentrert omsorg og fra kognitiv terapi. Det er bred faglig enighet om at årsakene til atferdsmessige og psykologiske symptomer ved psykiske lidelser er multifaktorielle. Det betyr at lidelsene samtidig kan ha både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker, og at årsakene påvirker hverandre. I tillegg vektlegges det at disse symptomene ofte oppstår eller vedlikeholdes i samhandling med andre (7, 8). Dette relasjonelle perspektivet ved menneskelig atferd er sentralt for å forstå atferden. Det betyr at utredninger og tiltak bør være bredt anlagte og omfatte alle disse aspektene. Først da kan tiltakene som iverksettes ha mulighet for å lykkes, og en sikrer seg samtidig at tiltakene blir skreddersydd til den enkelte person (8). TID betegnes derfor som en biopsykososial modell som tar mål av seg til å integrere både miljøtera-

peutiske tilnærminger og eventuelle medikamentelle tiltak. TID representerer en grundig utredning og analyse, og er en guide til personsentrerte tiltak. TID skal være tverrfaglig og omfatte hele personalgruppen rundt personen fordi det er nettopp den enkelte helsearbeider og pleier ute i praksis som bruker mest tid sammen med beboerne og brukerne av tjenestene. Det er de som bidrar til miljøterapien gjennom døgnet.

TID består av tre faser som er delvis overlappende. I denne 3. utgaven av manualen er første fase kalt **utredningsfasen**. Vi kaller nå den andre fasen, som består av et eller flere refleksjonsmøter, for **refleksjonsfasen**. Navnet på siste fase er **tiltaks- og evalueringsfasen**. Komponentene i fasene er i hovedsak de samme som før. I manualen brukes atferdsmessige og psykologiske symptomer synonymt med nevropsykiatriske symptomer og utfordrende atferd. Som tidligere er det lagt vekt på at personhistorien som innhentes også skal omfatte personens nåværende ressurser, og at innhenting av denne er en viktig innfallsvinkel for et tett samarbeid med pårørende. Selv om det burde være en selvfølge i personsentrert omsorg, har vi i denne utgaven ytterligere understreket at en alltid må forsøke å innhente personens perspektiv på utfordringene. Det betyr at en alltid må forsøke å samtale om situasjonen med personen selv. Det er som regel mulig også ved alvorlig grad av demens.

TID ble utviklet i praksisfeltet, ved sykehjemmet Tjærahågen Bofellesskap i Rana kommune i 2007-2009, av Bjørn Lichtwarck i samarbeid med daværende avdelingsleder Ann-Marit Tverå. Den er basert på flere års arbeid med beboere med demens med tilleggssymptomer som har skapt utfordringer (6). Modellen ble senere videreutviklet ved Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS og alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet i 2010 gjennom en pilotstudie. I samarbeid med AFS og alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF gjennomførte vi i perioden 2015-2018 en omfattende studie i 33 sykehjem hvor vi inkluderte 229 beboere med moderat til alvorlig grad av agitasjon/aggresjon. Studien viste at TID er en enkel, effektiv og tverrfaglig modell som lett kan implemente-

res i sykehjem. Den randomiserte kontrollerte studien viste betydningsfull og sikker bedring av agitasjon/aggresjon hos beboerne i tillegg til mulig reduksjon i depresjonssymptomer, manglende hemninger og vrangforestillinger. Det ble også funnet en mulig bedring av livskvalitet. Delstudien om personalets erfaringer og prosessevalueringsstudien tyder på at denne effekten skyldes at det blir skapt en ny felles kunnskap om personen med demens hos personalet som bidrar til personsentrerte tiltak. Hele fem vitenskapelige artikler er hittil publisert gjennom TID-studien. Disse omtales i et eget kapittel i denne manualen.

TID-manualen er et kort og praktisk hjelpemiddel for å kunne gjennomføre TID. Den beskriver hvordan man steg for steg går fram for å ta i bruk TID. En annen viktig støtte til opplæringen av TID og den praktiske gjennomføringen, er hjemmesiden, [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no). Siden forrige utgave av manualen er det produsert en animasjonsfilm som gir en kort presentasjon av TID. Det foreligger også en undervisningsfilm som illustrerer modellen med særlig vekt på gjennomføringen av refleksjonsmøtene. (9). Filmene, manualen og annen informasjon og støtte til opplæringen finnes på hjemmesiden. De som skal bruke TID bør på forhånd ha gjennomgått basiskurset eller kursholderkurset i TID, selv om TID også kan anvendes som en veiledningsmodell uten at personalgruppen har gjennomgått basiskurset. Sertifiserte kursholdere i TID kan i tillegg holde basiskurs for en personalgruppe på ikke-kommersielt grunnlag. Opp læringsprogrammene omtales i et eget kapittel i denne utgaven av manualen.

TID-prosjektet, fra idéutvikling i 2007-2009 fram til TID-studien i 2015-2018, har vært støttet økonomisk av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) UiT Norges arktiske universitet (idéutviklingen av TID), Rana Kommune (idéutviklingen, pilotstudien og undervisningsfilmen), den norske legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (pilotstudien), Sykehuset Innlandet HF (TID-studien), og Forsknings senter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS) ved Sykehuset Innlandet HF (pilotstudien og TID-studien). AFS og alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet, har med lederne Birger Lillesveen, Susan Juel og Wenche Nordengen, bidratt med personell, veiledere og uvurderlig støtte helt fra pilotstudien i 2010, gjennom TID-studien som ble fullført i 2018, til utvikling og spredning av TID gjennom kursholderkursene de siste to årene.

En stor takk til alle ved AFS og alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Innlandet for at vi har nådd så langt.

1. august 2019

*Bjørn Lichtwarck, Anette Væringstad og Kari-Anne Hoel*

“There is nothing either good or bad, but thinking makes it so.” *Hamlet, Shakespeare*

## 2. Hvordan forstå atferd og symptomer

Siden dette er en manual for bruk av TID i *praksis* har vi lagt vekt på den praktiske gjennomføringen av modellen. Det betyr at vi i manualen ikke har gitt særlig plass til generell kunnskap om symptomer og atferd.

I opplæringsprogrammene for TID får dette større plass. Vi vil allikevel understreke at TID bygger på en biopsykososial forståelse av atferd og symptomer ved psykiske tilstander, og kort forklare hva vi mener med dette.

Ved psykiske tilstander er det allment anerkjent at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer sammen påvirker symptomer og atferd. Symptomer og atferd er multifaktorielle dvs. at hos en og samme person på samme tid kan det være flere faktorer som utløser eller vedlikeholder symptomene. *Figur 1* illustrerer noen av faktorene vi vet påvirker atferd og symptomer hos per-

soner med demens. Dette er lett gjenkjennbart særlig hos eldre personer med høy grad av samsykelighet dvs. med flere sykdommer samtidig. I tillegg vil disse faktorene, både kjente og ukjente påvirke hverandre dvs. interagere og ikke alltid i et forutsigbart mønster. Dette gjør disse symptomene komplekse, og noen ganger krevende å arbeide med. TID er konstruert for å ta høyde både for det multifaktorielle og det komplekse ved symptomer og atferd (10). Det gjøres ved at en gjennomfører en bred utredning, at en sammen i et tverrfaglig miljø reflekterer systematisk over mulige utløsende og vedlikeholdende faktorer og at en tester ut flere miljøterapeutiske tiltak samtidig.

På hjemmesiden [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no) er den biopsykososiale forståelsen av symptomer og atferd forklart mer i detalj.

FIGUR 1



### 3. Hva er TID? Hvem egner modellen seg for?

TID er et systematisk verktøy som personalet gjerne i samarbeid med lege eventuelt psykolog anvender for å utrede og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens eller andre komplekse tilstander. Disse symptomene kalles også nevropsykiatriske symptomer og noen ganger utfordrende atferd. Intervensjonen bygger på prinsipper og struktur fra kognitiv terapi og fra personsentrert omsorg (11, 12). Målet er å skreddersy tiltakene overfor personen. I klinisk praksis bruker vi modellen når vi arbeider med en person som grunnet atferdsmessige eller psykologiske symptomer gir utfordringer for seg selv, pårørende, andre personer eller for personalet. Modellen kan benyttes i alle situasjoner hvor det er vanskelig å

komme til målet. Den kan også benyttes forebyggende for å utforme mål og tiltaksplaner. Dersom utfordringen er enkel å løse med tiltak, og den ikke krever grundigere utredninger, bruker vi ikke modellen systematisk.

Når personalet er godt trent i modellen og denne måten å forstå atferdsmessige og psykologiske symptomer på, vil en kunne bruke elementer av modellen i mindre skala i hverdagen, på kortere møter, legevisitter og ved mer uformelle drøftinger om personen. Modellen kan også nyttes til regelmessig veiledning av personalet ved sykehjemsavdelinger, ved sykehusavdelinger, i hjemmetjenester og lignende.

### 4. TID – en intervensjon i 3 faser

FIGUR 2



**Utredningsfasen** omfatter samtaler med og undersøkelse av personen, pårørendesamtaler, innhenting av sykehistorie, bakgrunnsopplysninger, kartlegging av symptomer og registrering av atferd og symptomer, gjerne ved bruk av et døgnobservasjonsskjema. Se kap. 6 for beskrivelse av denne fasen.

I **Refleksjonsfasen** gjennomføres det et eller flere refleksjonsmøter for hele personalgruppen. Gjennom systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper skreddersys tiltak for den enkelte person. Situasjonen gjennomgås ved at en tar i bruk den kognitive problemløsningsmetoden hvor et problem analyseres av gangen (13).

Dette gjøres systematisk ved hjelp av 5-kolonne-teknikk på tavle, PC eller flippover der de følgende fem aspekter gjennomgås (13):

- Fakta
- Tolkning/tanker
- Følelser hos personalet
- Tiltak
- Evaluering

Se kap. 7 for beskrivelse av denne fasen.

I **Tiltaks og -evalueringsfase** skal tiltakene fra refleksjonsmøtet testes ut i praksis og evalueres. Se kap. 8 for en beskrivelse av denne fasen.

Når en person viser symptomer eller atferd som oppleves som utfordrende, starter utredningsfasen. Denne fasen kan vare fra en dag til tre – fire uker avhengig av hvor god tid man har til å observere personen uten å sette inn systematiske tiltak.

Refleksjonsmøtet planlegges til en dato der en har mulighet til å samle flesteparten av personalet, og personen er tilstrekkelig utredet.

Tiltaks – og evalueringsfasen er tiden etter refleksjonsmøtet der de foreslåtte tiltakene testes ut i praksis og evalueres.

På refleksjonsmøtet skal en ha fastsatt tidspunktet for evaluering og på hvilken måte evalueringen skal gjennomføres.

I praksis fortsetter vi de samme døgnregistreringene som før refleksjonsmøtet og gjentar noen av skalaene en har brukt under utredningen.

## 5. Målsymptomer: bli enige om hva som er utfordringene – bruk av NPI

Før en starter registreringer av atferdsmessige og psykologiske symptomer, er det sentralt at personalet enes om hvilken atferd eller hvilke symptomer som skaper utfordringene. Dette gjøres av ansvarlig sykepleier sammen med de av det øvrige personalet som kjenner personens symptomer og atferd best. En bestemmer da målsymptomene eller atferden som skal observeres og registreres. Vi anbefaler at en bruker detaljert kategoriene slik de benevnes og beskrives i NPI - sykehjemsversjonen (Nevropsykiatrisk intervjuguide) eller kortversjonen NPI-Q (14), men for dette formålet kun de som passer

for den aktuelle atferden eller symptomene til personen. Dette vil gi presise benevninger og beskrivelser på de symptomene en ønsker å påvirke og det sikrer at alle vet hva vi skal registrere til enhver tid.

Dersom atferden og symptomene har mange ulike karakterer må man, for ikke å miste oversikten, velge ut to eller tre (maksimum fire) som en ønsker å følge med registreringer. I tillegg registrerer vi alltid søvn på døgnobservasjonsskjema siden det er viktig for utredningen, og kan ha konsekvenser for miljøet rundt personen.



## 6. Utredningsfasen

Hensikten med utredningsfasen er å få et best mulig utgangspunkt gjennom kartlegging, utredning og observasjon av og samtale med personen for å komme frem til personsentrerte tiltak. Innholdet i fasen vil kunne variere noe avhengig av hvor personen befinner seg (hjemmeboende eller på institusjon), og må således tilpasses tjenesten personen mottar. Er personen på institusjon vil man ha andre forutsetninger for observasjon og kartlegging enn om personen bor i eget hjem og mottar hjemmetjenester. Likeså kan samarbeidet med legen være ulikt avhengig av om personen bor på sykehjem med egen sykehjemslege eller er hjemmeboende tilknyttet en fastlege. Alle kartleggings skjemaer som anbefales brukt kan du finne og laste ned fra [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no). I tillegg finner du i figur 3 en sjekkliste for utredningsfasen.

### 6.1 Personhistorie – og personens perspektiv

Kartlegging av livshistorie, ressurser og preferanser gjøres av primærkontakt ved samtale med personen selv der det er mulig og ved samtale med nærmeste pårørende. Samtalen med personen og pårørende skal også omfatte deres perspektiv på den aktuelle situasjonen. Samtalene er et godt utgangspunkt for det videre samarbeidet med de pårørende. Ofte kan pårørende gi opplysninger om mulige årsaker til atferdsmessige og psykologiske symptomer, og hvilke tiltak som har vært virksomme tidligere. Det finnes ulike skjemaer for dette formålet. Et eksempel er Min Livshistorie som kan lastes ned fra [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no).

### 6.2 Observasjon av fakta

#### – bruk av observasjonsskjema

Når personalet, den faglige ledelsen og eventuelt personen og pårørende er blitt enige om målsymptomene, starter registreringer på observasjonsskjemaet (15). Dette gjøres daglig ved hjelp av fargekoder som tilsvarer de aktuelle symptomene eller atferden. Det er viktig å være klar over at denne kartleggingen primært er personalets ansvar, men at pårørende i noen tilfeller kan være til god hjelp. Vedlagt denne manualen finner du NPI-fargekode-skjema og forslag til døgnobservasjonsskjemaer.

### 6.3 Kartlegging av andre atferdsmessige og psykologiske symptomer

I tillegg til de de symptomer som skal følges på døgnobservasjonsskjemaet, anbefaler vi at det gjøres en komplett kartlegging av andre mulige atferdsmessige og psykologiske symptomer ved hjelp av kartleggingsverktøyet NPI, nevropsykiatrisk intervjuguide (14). Som regel har personen flere symptomer samtidig, og det kan være nyttig i denne fasen å danne seg et bilde av hyppighet og intensitet av alle symptomene. Da unngår en at viktige symptomer oversees. Dersom en utfører dette før en setter inn behandlingstiltak, kan en også bruke NPI for å evaluere effekter av tiltakene. Pårørende vil i mange tilfeller kunne bidra med verdifull erfaring, og kan inkluderes i denne kartleggingen.

### 6.4 Kartlegging av depresjonssymptomer

Depresjon kan noen ganger være den underliggende tilstanden ved atferdsmessige og psykologiske symptomer. Det er derfor ekstra viktig å gjøre en grundig kartlegging av depressive symptomer. Vi anbefaler bruk av Cornell skala ved demens eller MADRS dersom personen ikke har demens eller har demens av mild grad (16).

### 6.5. Somatisk undersøkelse

I utredningsfasen inngår en undersøkelse av personens somatiske og mentale helse utført av lege. Dette bør gjøres så snart det er praktisk mulig, og innebærer en vanlig klinisk undersøkelse av personen der en har særlig oppmerksomhet rettet mot mulige årsaker til de atferdsmessige og psykologiske symptomene. Dersom personen er hjemmeboende kan det være nødvendig å bistå vedkommende slik at et legebesøk kan finne sted. Om ikke andre kan hjelpe personen med dette må hjemmetjenesten gjøre det.

### 6.6 Legemiddelgjennomgang

Personens lege skal foreta en kritisk gjennomgang av legemidlene med særskilt vekt på mulige bivirkninger som kan forårsake eller bidra til atferden eller målsymptomene. Dersom det er forsvarlig, skal dosene av slike medikamenter forsøkes redusert eller medikamentene seponeres helt.

## 6.7 Smertevurdering

Smerter er en vanlig årsak til atferdsmessige og psykologiske symptomer. I forbindelse med somatisk status av personen skal det gjøres en vurdering av om personen har ubehandla smerter som kan forårsake noen av disse symptomene.

Adekvat utredning av årsaker og smertelindrende tiltak settes i verk om dette mistenkes. Til denne vurderingen kan det være aktuelt å bruke et kartleggingsverktøy f.eks. MOBID-2 (17). Personalet gjør da en smertevurderingen i forbindelse med stell-påkledningssituasjonen.

## 6.8 Grad av demens

Dersom det foreligger mistanke om demens vurderes graden av kognitiv svikt. Ulike kartlegginger kan være til hjelp, f.eks. MMSE-NR, obs-demens, eller KDV (Klinisk Demens Vurdering) utført av personell som har hatt opplæring i disse kartleggingsverktøyene (15, 18, 19). Dersom personen ikke er utredet for demens anbefales basal demensutredning i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for demens (20).

## 6.9 ADL-vurdering

Personens funksjonsnivå dvs. aktiviteter i dagliglivet (ADL) kartlegges ved hjelp av for eksempel Barthel-ADL indeks eller PSMS (ADL-skala), utført av personalet som kjenner personen best. (21, 22). Ved grundig kartlegging av faktisk funksjonsnivå unngår en både overvurdering eller undervurdering av personens funksjonsevne. Begge kan utløse og vedlikeholde atferdsmessige og psykologiske symptomer.

## 6.10 Tiltak i utredningsfasen

Det vil noen ganger være behov for å sette inn tiltak allerede under utredningsfasen av hensyn til personen og de utfordringer personalet møter. Det er sentralt at disse tiltakene blir journalført, og at tiltakene anmerkes på døgnobservasjonsskjemaet. Medikamentell behandling av utfordrende atferd anbefaler vi derimot så langt det er mulig å utsette til en har fullført utredningsfasen. Dette er ønskelig både for å bedre beslutningsgrunnlaget for eventuell medikamentell behandling, men også for sikre at ikke-medikamentelle tiltak blir forsøkt først. Unntaket er smertelindrende behandling som nevnt i avsnitt 6.7.

FIGUR 3: Sjekkliste over oppgavene som bør utføres i utredningsfasen av TID

Sjekkliste for utredningsfasen i TID			
AKTIVITET	<b>Målsymptomer:</b> Bli enig om hva som er de viktigste utfordringene – bruk NPI for å finne presist beskrevne mål		
	Samtale med personen – personens perspektiv på aktuell situasjon	Personalet og/eller lege	ANSVARLIG
	Observasjon av fakta – døgnobservasjonsskjema	Personalet	
	NPI – nevropsykiatrisk intervjuguide	Personalet	
	Vurdering av mulig depresjon (f.eks. Cornell skala eller MADRS)	Personalet	
	Somatisk undersøkelse	Lege	
	Legemiddelgjennomgang	Lege / Sykepleier	
	Smertevurdering (f.eks. MOBID-2)	Personalet / Lege	
	Grad av demens (f.eks. KDV)	Personalet / Lege	
	ADL-vurdering (f.eks. PSMS) (aktiviteter i dagliglivet)	Personalet	
	Personhistorie innhentes (samtale med personen selv og pårørende)	Personalet intervjuer pårørende	
	Avtal tid og sted for refleksjonsmøtet (se figur 4)	Personalet / TID-administrator	

# 7. Refleksjonsfasen – refleksjonsmøtet

## 7.1 Refleksjonsmøtet

Et eller flere refleksjonsmøter er neste fase i TID. Denne fasen kalles refleksjonsfasen. Rent praktisk må en sette av ca. en til en og en halv time der en samler så mange av personalet som mulig. Det betyr at leder ofte må leie inn ekstra personell for å dekke opp fraværet på avdelingen eller i hjemmetjenesten. De som har fri i forhold til sin turnus bes om å møte ekstra. Dette er den største enkeltkostnaden ved modellen.

Leder må bidra til å koordinere oppgaver slik at det er rom for refleksjonsmøtet. En må ha et møterom der det er plass nok til alle, og har tilgang til tavle, flippover eller PC med projektor. Møtet krever derfor litt forberedelse og må avtales i god tid. Det er likevel mulig å gjennomføre et slikt møte med færre deltakere, og ved bruk av kortere tid, men samtidig følge hovedstrukturen i møtet. Det kan være f.eks. være aktuelt der det haster med å komme fram til tiltak, i kortere morgenmøter og ved rene evalueringsmøter osv.

Hos hjemmeboende vil det være aktuelt å samle de som arbeider i hjemmetjenestene rundt personen inklusiv fastlegen dersom det er mulig. Noen ganger kan det være aktuelt å ta med pårørende på slike møter, men ikke alltid. Her må en ha en pragmatisk tilnærming som tar hensyn til alle parter, og der deltagelse vil kunne variere fra møte til møte avhengig av hva man ønsker å arbeide med og hvilke muligheter som foreligger. Man kan likevel følge hovedstrukturen i møtet, og pårørende bør få en kort instruksjon ved starten av møtet som forklarer kolonne-teknikken.

Refleksjonsmøtet følger en fast struktur som er inspirert av konsultasjonene i kognitiv terapi. En oversikt over dette møtet finner du i figur 4 i dette avsnittet (side 13). Nærmere beskrivelse av sammenhengen mellom TID og prinsipper i kognitiv terapi finnes i kapittel 9 i denne manualen. Fast struktur gir trygghet og sikrer samtidig at møtet blir noe mer enn bare en bekreftelse på hvor vanskelig og utfordrende situasjonen er. Målet er å oppnå en felles og hensiktsmessig forståelse av situasjonen, skape nye tiltak som følger av denne forståelsen, og så teste dem ut i neste fase.

### *Møtestruktur*

Det er viktig å holde tiden så en kommer gjennom alle punktene i møtet for den eller de aktuelle utfordringene en skal drøfte. Det anbefales å være to til å lede møtet siden det både skal ledes og brukes tavle, flippover eller PC/projektor. I tillegg bør en av møtedeltakerne skrive referat fra møtet. Dersom en bruker PC vil dette utgjøre referatet. Møtelederne må være godt kjent med modellen, men det er ingen krav om utdanning i kognitiv terapi siden det er bare prinsippene fra terapiformen som danner grunnlaget for modellen. Møtelederne må dog selv være fortrolige i å skille på de kognitive begrepene: situasjon (dvs. hva som er målbare fakta), tanker (tolkninger), atferd og følelser, og den kognitive modellens forståelse av forholdet mellom disse. Se kap.9 i manualen for nærmere forklaring om dette.

### *Statusrapport*

En starter møtet med en kort oppsummering av det vi vet om personen: personhistorien presenteres med vekt på personens preferanser og ressurser. Personens perspektiv på den aktuelle situasjon presenteres. Så presenteres kort det viktigste om demenssykdommen eller eventuell annen sykdom, funksjonsnivå og somatisk og psykisk helse forøvrig. Hvem som har ansvar for dette må være avtalt på forhånd siden dette krever noe forberedelse. Vedkommende må også ha med seg personens journal og øvrig dokumentasjon fra utredningsfasen til møtet. En bør vanligvis ikke bruke mer enn ca. 10 minutter til denne statusrapporten.

### *Problemliste - prioritering*

Det lages så en problemliste på tavle, flippover eller PC. Her kan personalet fritt foreslå det de synes er viktig for dem, men som regel vil det være den atferden eller de symptomene som er registrert i utredningsfasen som er mest aktuelle. Møteleder forsøker å konkretisere problemene sammen med personalet slik at de representerer målbare objektive symptomer eller atferd, og ikke tolkninger eller tiltak som omhandler problemene. F.eks. kan problemstillingen som blir fremmet være at personen ikke vil bli stelt. Dette bør da omdefineres som vansker med personlig hygiene for personen. Da kan man lettere beskrive fakta rundt hygienebehovet, og være mer åpen for å diskutere hvor stort problemet egentlig er for

personen. Møteleder ber så personalet selv prioritere i problemlisten, og bestemme hva som er helt nødvendig å få drøftet i løpet av møtet. Som regel kommer en gjennom en til to problemstillinger i et møte. Siden utfordringene henger sammen med hverandre, er det ofte tilstrekkelig med ett møte. Problemstillingen kan i noen tilfeller være en spesifikk hendelse som det kan være nødvendig å reflektere rundt. Man tar da utgangspunkt i denne spesifikke situasjonen og benytter alle kolonnene (se under) i TID for å analysere akkurat denne situasjonen.

*Kolonneteknikk – veiledet oppdagelse (eks. figur 4 og 5)*  
Fra problemlisten behandles så et problem av gangen ved hjelp av kognitiv kolonneteknikk. Fem kolonner tegnes på tavlen/flippover/PC: 1. Situasjon/fakta 2. Tanker/tolkninger 3. Følelser (personalets) 4. SMARTe tiltak 5. Evaluering. Personalet drøfter så disse ulike aspektene av problemet som er valgt ut. Fakta er som regel det vi har registrert fra før i utredningsfasen eller så må fakta framkomme og formuleres under møtet.

En går så over til kolonnen for tolkninger. Møtelederne forsøker på en åpen og inviterende måte å få personalet til å komme fram med sine egne tolkninger ved å bruke åpne spørsmål, og innta en åpen ikke-dømmende holdning. Dette kalles veiledet oppdagelse (23). En drøfter begrunnelser for ulike tolkninger, og hvilke som er mest sannsynlige og hensiktsmessige for å hjelpe personen. En skal alltid drøftet det som kan være personens perspektiv på situasjonen. Dersom noen i denne fasen foreslår et tiltak, plasseres det i kolonnen for tiltak, og så kommer man tilbake til det når en er ferdig med tolkningene.

I kolonnen for følelser beskriver en de følelsesmessige reaksjoner som den utfordrende adferd vekker hos personalet. Dette medvirker til at personalet blir bevisst på at egne følelser som tristhet, maktesløshet, redsel, sinne og irritabilitet er normale, og at disse kan virke inn på samspillet med personen. Ved å gi aksept for dette kan en diskutere hvordan en kan håndtere slike følelser, og hjelpe personalet til å forstå dem som et resultat av en måte å tenke på. Forståelsen og tolkningen av det som ligger bak følelsene, fører en også opp i kolonnen for tanker (tolk-

ninger). Samtalen på refleksjonsmøtet har som mål å bidra til å redusere sterke ubehagelige følelser ved at man oppnår en mer hensiktsmessig forståelse og tolkning av situasjonen.

I kolonnen for tiltak vil en i stor grad bygge på den forståelsen en har oppnådd. Her skal man også stille åpne spørsmål og få fram så mange personsentrerte tiltak som mulig (brainstorming). En skal stille seg spørsmålet: er dette tiltaket noe personen ønsker selv? Så foretar man sammen en utvelgelse av tiltak(ene) som er mest hensiktsmessige og praktisk mulige å gjennomføre. Det er et sentralt poeng at personalet selv opplever at de har et ansvar for å komme fram med både tolkninger og tiltak, og at møteledelsen bare veileder dem for å oppnå dette gjennom veiledet oppdagelse.

#### *Gjennomføring av tiltakene:*

Tiltakene som det enes om, skal være SMARTe slik vi bruker dette begrepet innenfor den kognitive terapitradisjonen (24). Når for eksempel økt aktivisering for en person skal prøves ut, skal tiltaket beskrives på forhånd på følgende måte for at det skal være SMART:

**SPESIFIKT:** presisere i detalj hvordan aktiviteten skal gjennomføres. Hvem har ansvaret for gjennomføringen?

**MÅLBART:** det må være mulig å registrere aktiviteten og når tid den blir utført.

**AKTUELT:** aktiviteten må kunne gjennomføres nå, ikke om flere uker. Når skal den starte?

**REALISTISK:** avklar om det er mulig å få dette til, for eksempel med dagens ressurser.

**TIDSAVKLART:** det må bestemmes hvor lenge vi skal forsøke tiltaket og når det skal evalueres.

I samråd med personen må tiltakene planlegges i detalj – hvordan og når de skal gjennomføres, hvor lenge de skal forsøkes, og hvem som har ansvaret for at dette blir gjort. En må i tillegg diskutere mulige hindringer som må overvinnes for å få gjennomført disse.

Det legges ingen særskilte begrensninger på tiltakene. Tiltakene skal være personsentrerte og vil variere fra person til person. Listen over tiltak er uendelig: økt fysisk aktivitet i form av for eksempel regelmessige turer, baking og andre daglige aktiviteter, initiativ til mer involvering av pårørende, musikkterapi, erindringsterapi, aromaterapi, skjerming, grensesetting, validering, realitetsorientering, detaljert prosedyre for kommunikasjon under stell, fordeling av ansvar mellom personalet osv. Tiltakene kan spenne fra endringer som har betydning for hele miljøet eller mer målrettede tiltak i forhold til hver enkelt person. Medikamentelle tiltak er også aktuelle, men ikke-medikamentelle tiltak skal utprøves først så langt det er mulig. Tiltakene bør så skrives inn i dokumentasjonssystemet tjenesten har fra før for planlegging av arbeidet med personen (25).

### Evaluering

Det beskrives hvordan tiltakene skal evalueres og tidspunkt for når dette skal skje. Dette noteres fortløpende for hvert tiltak i kolonnen for evaluering. Som regel vil en gjøre dette ved å fortsette døgnregistreringene og gjenta kartleggings-skjemaene en brukte i utredningsfasen. En kan f.eks. avtale en dato for evaluering på en vanlig legevisitt, hos fastlege eller et nytt refleksjonsmøte om det er behov for det.

### Oppsummering

Møteleder bør starte oppsummeringen ca. 5-10 min før møteslutt. For hvert problem oppsummeres kort felles tolkninger og de tiltak som skal teste ut framover. Det gis også mulighet til å komme med tilbakemeldinger om selve refleksjonsmøtet.

FIGUR 4: Oversikt over strukturen og anbefalt tidsbruk i TID refleksjonsmøtet dersom man har satt av 1 time til møtet.

Oversikt refleksjonsmøtet			
AKTIVITET	<b>Før møtet:</b> Innkalle – ordne møterom med tussj/tavle/flip-over evt. PC/projektor. Avtal også på forhånd hvem som skal forberede og presentere personhistorie og sykehistorie.	TID-administrator Én leder møtet. Én skriver på tavle/flip-over. Én skriver referat (ved bruk av PC/projektor får en et referat automatisk)	
	<b>1. Statusrapport</b> dvs. sykehistorie / personhistorie presenteres	10 min.	Avtalt på forhånd hvem som presenterer
	<b>2. Lag problemliste</b>	5 min.	Personalet Avdelingsleder Lege
	<b>3. Prioriter i problemlista</b>		
	<b>4. Lag 5-kolonneskjema:</b> Fakta, tolkning (tanker), følelser, tiltak, evaluering	40 min.	
	<b>5. Beskriv fakta</b> fra utredningsfasen: et problem om gangen		
	<b>6. Foreslå tolkninger</b> veiledet oppdagelse – diskuter/vektlegg dem – hva er personens perspektiv?		
	<b>7. Beskriv evt. følelser personalet har:</b> med tanker (tolkninger) av disse fra personalets side		
	<b>8. Foreslå SMARTe tiltak</b> basert på tolkninger – bestemme evalueringsmåte og tidspunkt	5 min.	Møteleder
<b>9. Oppsummer</b> tolkninger og tiltak			
			ANSVARLIG

FIGUR 5: Kolonnetabell fra et tenkt refleksjonsmøte i institusjon

<b>Utfordringer (problemliste):</b> <b>1. slår og sparker personalet (aggresjon)</b> <b>2. vandrer naken ut i fellesareal</b> <b>3. går inn på andre pasientrom</b>				
Fakta	Tolkninger - tanker - forståelser	Følelser personal	Tiltak	Evaluering
Aggresjon: slår - sparker (hva skjer) Ved morgenstell (når og i hvilken situasjon) daglig (hvor ofte) Inkontinent for urin og avføring, steller seg ikke selv.	Han har frontallappsaffeksjon – redusert kontroll el. valg. Vi er utrygge, kan bli skadet – ingen har blitt skadet hittil, han er ikke sterk, liten fare Vi er for få på jobb. Har prøvd å være flere, det hjelper ikke. Selve demenssykdommen: forstår ikke – alvorlig grad. Savner egen musikk. Bivirkninger av Haldol-Sobril: svekket kognisjon.	Irritasjon Sinne Angst Tristhet	Opplæring teknikk for å unngå slag innen en uke. (ansvar: Ann-Marit) Dele opp dagen mellom personalet – se liste fra i morgen (ansvar: Line) Sjekk ut musikkpreferanse: pårørende – ordne med CD. (ansvar: Rikke). Bruke hans egen musikk under stell denne uken. Seponere Haldol først, i en uke, så seponere.SOBRIIL. (ansvar: lege)	Fortsette atferdsregistreringer på døgnobservasjons-skjema: aggresjon – punkt 5 og 7 i NPI-skjema. Drøftes på legevisitt om 4 uker.

FIGUR 6: Kolonnetabell fra et tenkt refleksjonsmøte i hjemmetjenesten

<b>Utfordringer (problemliste):</b> <b>1. sinne ved tilsyn av hjemmetjenesten</b> <b>2. går tynt kledd ute om natten</b> <b>3. nedstemt og bekymret</b>				
Fakta	Tolkninger - tanker - forståelser	Følelser personal	Tiltak	Evaluering
Aggresjon: Verbal trussel om å slå ved tilbud om "besøk" (hva skjer) Ved hvert besøk (2-3 ganger per uke) (når og i hvilken situasjon, hvor ofte) Inkontinent for urin og avføring, steller seg ikke selv. Får gjennomført daglig tilsyn kun 2-3 ganger per uke	Selve demenssykdommen alvorlig grad: forstår ikke behovet for tilsyn og hjelp. Vil beskytte eget privatliv. Sjenert– alltid bodd alene. Har alltid klart seg selv, skamfullt å måtte ta imot hjelp. Sover dårlig? Tungsindig om morgenen – mulig depresjon?	Irritasjon Fortvilelse Angst Tristhet	Hilde med på alle besøk i 1 uke, lager plan for å kommunisere med Nils (ansvar: Hilde) Starter om 3 dager. Fast personell – justere turnus (ansvar: Jon, ny turnus starter om 1 uke) Samtale med Nils og pårørende om Nils sine interesser og behov (ansvar: Turid, i morgen). Cornell skala for depresjon (ansvar: Hilde, om 1 uke)	Fortsette atferdsregistreringer på døgnobservasjons-skjema: aggresjon – punkt 5 og 7 i NPI-skjema. Evaluering av tilpasset turnus, eget møte med leder om 6 uker. (ansvar: Jon) Drøfte Cornell skår med fastlege om 1-2 uker. (ansvar: Jon)

### *Noen hjelpemidler til bruk i refleksjonsrommet*

I figur 4 finner du en skjematisk oversikt over møtet. I figur 5 og 6 vises to eksempler på kolonnetabeller med resultater fra tenkte refleksjonsmøter der vi illustrerer hvordan problemet aggresjon kan drøftes. Under følger noen råd om hvordan du kan bruke såkalt sokratisk dialog under refleksjonsmøtet. Sokratisk dialog er en måte å spørre og reflektere på som kan bidra til en mer utforskende tenkemåte. I tillegg har vi lagt ved 4 TID -tips som kan hjelpe deg til å reflektere rundt noen vanlige problemstillinger som ofte dukker opp i refleksjonsmøtet. Til slutt i dette avsnittet ligger en øvelse som kan hjelpe deg i å bli bedre til å skille mellom hva som er fakta (situasjon) dvs. det du observerer, hva som er tanker (tolkninger) og hva som er følelser. Å bli bedre til å skille mellom fakta, tanker og følelser gjør det lettere å løse problemer både for en selv og i samspillet med personer som mottar tjenester. Dette gjør det også lettere å bruke kolonneteknikken i TID.

## 7.2 Sokratisk dialog

### – som hjelpemiddel i TID refleksjonsmøtet

«Sokratisk dialog er veiledning ved hjelp av spørsmål som er utforskende og fremmer logisk tenkning» (23).

- ▶ **Drøft alltid et tema av gangen.** Det vil si noter ned andre tema som dukker opp, men kom tilbake til dem senere. Si for eks.: «Dette var interessant. Jeg noterer det ned, og så kommer vi tilbake til det når vi er ferdig med det vi holder på med nå».
- ▶ **Vær empatisk** – ikke vær dømmende eller nedlatende – noter alle refleksjoner, men be om presiseringer og begrunnelser dersom noe er uklart.
- ▶ **Prøv å stille åpne spørsmål** for å skape refleksjon – unngå spørsmål som gir ja eller nei – svar.
- ▶ **Unngå direkte ledende spørsmål** – gruppen selv skal prøve å finne svar og reflektere seg fram til forståelsen eller ulike forståelser.
- ▶ **Grav dypere**, spør videre for å få fram konkrete og presise forståelser dersom noe blir overflatisk . Eks.: «Hvis vi forstår dette slik du sier, hva betyr det da for oss, og for personen?»

▶ **Be om begrunnelser** eller avveininger ved tolkninger: «hva taler for – hva taler mot din forståelse?» Dette åpner opp for refleksjon, særlig ved negative tanker.

▶ **«Finnes det andre måter å forstå det hele på?**  
Hva vil det kunne bety i så fall?»

▶ **Inviter deltagerne til å ta personens perspektiv:**  
«Hvis du var Anna i denne situasjonen på avdelingen, hva tror du du ville du tenkt da?» «Sett fra Annas ståsted – hvordan kan vi forstå det hun gjør?»

▶ **Presenter et forslag dersom gruppen står fast:**  
Formuler et forslag som du har tro på, men formuler det som et spørsmål:  
Eks.: «Kan det være slik at Anna egentlig ønsker å være mer alene?» «Finnes det noen holdepunkter i personhistorien eller atferden som underbygger dette?» Denne type spørsmål er ledende spørsmål, men nødvendig av og til for å komme videre både ved tolkninger og ved tiltak.

▶ **Oppsummer alltid** det som er blitt sagt før du går videre, og sjekk ut om en felles forståelse er oppnådd: «Hvis jeg har forstått dere rett, så er det slik at osv. Har jeg forstått dere riktig?»

## 7.3 TID-tips til refleksjonsmøtet

Her følger noe råd om problemstillinger som ofte dukker opp i møtet:

«**Tiltaket eller behandlingen virker bare av og til.** Om å ikke kreve at en behandling eller et tiltak virker hver gang.

▶ Tiltak behøver ikke å virke **hver** gang for at vi skal ta dem i bruk. Det holder at de gjør nytte noen ganger dersom de ikke krever for mye eller koster for mye å gjennomføre. Kanskje virker de hver tredje eller hver fjerde gang. Det kan være godt nok for å bruke et tiltak regelmessig. Det er bedre enn ingen effekt

«**Hun slår og kjefter bevisst? Det virker så planlagt.**» Om redusert impuls kontroll.

▶ Noen ganger kan det se ut som personer med demens eller med andre alvorlige psykiske lidelser gjør vonde eller plag-

somme ting «bevisst» eller planlagt. Det er lurt å skille mellom å kunne planlegge det en gjør og det å utføre selve handlingene. Ved demens har mange personer redusert impuls kontroll slik at de ikke kan stoppe eller hindre lysten til å slå, rope, kjefte osv. De har med andre ord ofte ikke noe valg til å handle annerledes grunnet sin sykdom. Både evnen til å kontrollere atferd og å forstå konsekvensene av sin atferd er ofte redusert.

**«Vi tror hun klarer mer enn hun egentlig gjør. Hun vil helst ha mest mulig hjelp.»** Om eksekutiv svikt.  
 ▶ Personer med demens eller andre psykiske sykdommer kan noe ganger virke passive og ikke ville utføre enkle gjøremål som de rent fysisk ville klart, og kanskje også mentalt tilsynelatende skulle klart. Personalet forventer at de skal klare mer enn de faktisk gjør. Dette skyldes ofte det som kalles eksekutiv svikt hos personen. Det er sykdommen som gjør at de ikke klarer å sette i gang og/eller å fullføre en handling. Det skyldes ikke at de ikke vil, eller vil ha mest mulig hjelp, men de får det ikke til. De trenger mer hjelp enn vi tror for å komme i gang og/eller fullføre handlinger.

**«Vi føler oss maktesløs. Ingenting vi gjør nytter. Han er like dårlig uansett.»** Om å redusere følelsen av maktesløshet.

▶ Personer med uro i sammenheng med psykiske sykdommer vil noen ganger ha langvarige plager uansett hva vi gjør av tiltak. Det kan også gjelde ved alvorlig depresjon og angst. Det skyldes ofte i stor grad selve sykdommen. Disse personene trenger vårt nærvær, å bli holdt i hånden, trøstet, sunget til, få godt stell og god mat osv. til tross for at ingenting synes å hjelpe mot de psykiske plagene. Da må vi justere ned våre egne forventninger om at de skal bli bedre på grunn av våre tiltak. Samtidig må vi vite at det vi gjør ved å ta godt vare på dem og å trøste dem, gir mindre indre smerte hos dem selv om det ikke synes utenpå. Trygghet, trøst og varme er uvurderlig når en har det vondt. Selv om en ikke blir bedre. **Å føle seg maktesløs dvs. tenke at en er uten makt, kan handle om et ønske om å «makte» mer enn det som er mulig å få til i virkeligheten, og samtidig undervurdere det gode en faktisk gjør.**

## 7.4 En øvelse i å skille mellom situasjon (fakta), tanker og følelser

Å skille mellom fakta/situasjon (dvs. det som faktisk skjer), våre tanker om det som skjer og våre følelser som følger av våre tanker kan være vanskelig. For å løse vanskelig utfordringer i et fellesskap er dette svært viktig. Vurder utsagnene nedenfor og merk av hver av dem om du mener det er situasjon (fakta), tanke eller følelse som beskrives.

Merk med bokstav:	Situasjon/fakta	Tanke	Følelse
■	Magny er dårlig	■	Jeg er sint og irritert
■	Ligger i senga hele dagen	■	Han slår personalet i hver stellsituasjon
■	Hun er for lite tilstede	■	Han gjør det bevisst
■	Han har feber	■	Jeg orker ikke mer av dette
■	Dette får jeg aldri til	■	Hun kan ingenting fordi hun er vikar
■	Jeg er trist	■	Hun er hjelpeier
■	De på den avdelingen kan jo ingenting	■	Glede
■	Hun drikker ca. 500 ml hver dag	■	Hun kommer seg for lite ut
■	Ingenting her på avdelingen fungerer	■	Atferden skyldes hjerne-sykdommen
■	Skyld	■	Han har en demens av alvorlig grad
■	Jeg er redd		

## 7.5 Hvordan dokumentere i journalen fra refleksjonsmøtet

Kolonnetabellen fra refleksjonsmøtet utgjør referatet fra møtet. Dette dokumentet skal behandles som en del av personens journal og håndteres i henhold til journalforskriften. Det kan i praksis gjøres ved at dokumentet lagres elektronisk (evt. skannes inn i personens journal dersom det er skrevet på papir). Ofte er det aktuelt å ta vekk kolonnen for følelser (fra personalets side) før lagring/skanning dersom denne inneholder tydelige negative følelser i forhold til personen. Utgangspunktet for innholdet i det lagrede dokumentet er at personen eller nærmeste pårørende (ved manglende samtykkekompetanse) har full innsikt i journalen. Tiltakene bør, som tidligere nevnt, også skrives inn i dokumentasjonssystemet tjenesten har fra før for planlegging av arbeidet med personen som f.eks. tiltaksplaner, dagsplaner, ukeplaner, holdningsplaner, pleieplaner eller behandlingsplaner osv.



## 8. Tiltaks- og evalueringsfasen

I løpet av refleksjonsmøtet fastsettes det hvilke personsentrerte tiltak som skal testes ut de neste ukene, hvordan og når tid disse skal evalueres. Som regel innebærer dette at en fortsetter de tidligere avtalte døgnregistreringer og etter en tid bruker de samme kartleggingsverktøyene som ble brukt i utredningsfasen.

En bør ha avtalt en dato for evaluering for eksempel på en ordinær legevisitt eller ved kontakt med fastlege, annet møte eller om nødvendig avtalt et nytt refleksjonsmøte. Før tiltakene evalueres, bør en ha samtale med personen og eventuelt pårørende om deres synspunkter på effekten av tiltakene. Tiltaks – og evalueringsfasen bør som regel foregå over flere uker før en kan si noe sikkert om tiltakene en har iverksatt har hatt ønsket effekt. Det er viktig å ikke gi opp tiltakene for raskt da det kan ta flere uker før en ser effekter.

**En evaluering innebærer å diskutere gjennom disse fem punktene for hvert tiltak eller tiltakene samlet:**

1. Har tiltakene vært gjennomført som planlagt?
2. Hvis ikke tiltakene har vært gjennomført som planlagt, må en sjekke ut hvorfor. Vurder om de må justeres eller om man kan fjerne hindringene for gjennomføring.
3. Har de hatt ønsket effekt på målsymptomene?
4. Har de hatt uheldige effekter eller bivirkninger som betyr at de må endres eller stoppes?
5. Skal en fortsette med disse tiltakene? Dersom ja: Hvor lenge? Når og hvordan skal en gjennomføre neste evaluering?

## 9. Kognitiv terapi – nyttige prinsipper

TID har hentet en del av sitt teoretiske grunnlag i prinsipper fra kognitiv terapi. Dette gjelder særskilt forståelsen av menneskelig atferd, nytten av struktur ved problemløsning og at modellen gir et verktøy til selvhjelp neste gang utfordringen kommer.

### *Forståelse av atferd*

Menneskelig atferd forstås her som underlagt både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Dette krever en bred tilnærming og utredning ved utfordrende atferd slik det er beskrevet i utredningsfasen i TID. Vår atferd er ofte relasjonell dvs. påvirkes gjensidig under samhandling mellom mennesker. Derfor ser vi oftest

utfordrende atferd i samhandlingssituasjoner med andre f.eks. ved måltider eller under stell. Vår tolkning av personens atferd påvirker og former vår egen atferd overfor personen, og vi kan på denne måten bidra til å vedlikeholde, forsterke eller endre denne.

Et sentralt poeng i kognitiv psykologi er at våre følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av våre tolkninger av situasjonen. Ved å revurdere uhensiktsmessige tanker eller tolkninger hos oss selv kan følelser og atferd overfor en gitt situasjon endres (23). Kognitiv terapi anerkjenner at vi i stor grad påvirkes av miljøet rundt oss. Men vi kan selv påvirke egne følelser ved å

endre uhensiktsmessige tolkninger og atferd selv om omgivelsene ikke kan endres. Noen ganger ved f.eks. alvorlig demens kan vi ikke endre personens atferd uansett hva vi enn forsøker av tiltak, men vi kan endre vår egen tolkning og opplevelse av atferden. Lykkes vi med det, kan det bli lettere for oss å forholde oss til personens symptomer og atferd i perioden vi skal ha omsorg for personen.

#### *Struktur – og verktøy til selvhjelp*

I en kaotisk situasjon med utfordrende atferd erfarte vi at strukturen i problemløsning fra kognitiv terapi var nyttig. Det kognitive prinsipp om alltid systematisk å tilnærme seg ett konkret problem av gangen hos personen, kartlegge og oppsummere fakta, utforske sammen ulike tolkninger og komme med forslag til mulige tiltak utløste stor kreativitet i møtet med personalet.

En velkjent strukturerte tilnærmingsteknikk i kognitiv terapi er 4-koloneskjema der hver situasjon eller problemområde beskrives i detalj med kolonner for situasjon (fakta), tanker (tolkninger), følelser og atferd (13). Vi har endra kolonnen for atferd til en kolonne for tiltak basert på de tolkninger som vi etter diskusjon vurderte som mest sannsynlige eller hensiktsmessige, og tilføyde en kolonne 5 for evaluering.

En trenger ikke lang utdanning i kognitiv terapi for å lede og gjennomføre et refleksjonsmøte basert på denne metoden. En enkel innføring i prinsippene for kognitiv terapi er tilstrekkelig da metoden i stor grad er enkel, strukturert og fornuftsbasert. En skal ikke "behandle" personalet eller personen med kognitiv terapi, men benytte seg av den kognitive modell for å strukturere tilnærmingen til atferdsmessige og psykologiske symptomer, og finne gode og hensiktsmessige tiltak som kan testes ut. Det er metoden for å komme fram til individuelt tilpassede tiltak som er det sentrale. Det kan noen ganger være så enkelt som å akseptere atferden en tid som en naturlig del av situasjonen til personen, og dermed rydde bort forventningen hos en selv om at atferden må endres fordi den er uakseptabel. En forventning som ofte skaper en følelse av utilstrekkelighet. Eller det kan, en sjelden gang, være å gi psykofarmaka som en del av tiltakene.

Modellen er enkel, lett å lære, og er i stor grad fornuftsbasert på samme måte som kognitiv terapi. Det er et hovedpoeng at en bruker modellen som et verktøy som kan gjentas gang på gang. Dermed gis personalet en mulighet til å forsøke å forholde seg til disse symptomene metodisk hver gang de oppstår. Veien fram til tiltakene er den samme, men tiltakene som til slutt iverksettes er individuelle, basert på fleksibilitet, og er nøye tilpasset den enkelte person. Dette gir trygghet hos personalet, og vil i tillegg kunne påvirke miljøet rundt personen.

«If we can reorient our thoughts and emotions, and reorder our behavior, not only can we learn to cope with suffering more easily, but we can prevent a great deal of it from starting in the first place.»

*Dalai Lama, Ethics for the New Millennium, 1999.*

## 10. Personsentrert omsorg – nyttige prinsipper

TID har også hentet en del av sitt teoretiske grunnlag i prinsipper fra personsentrert omsorg. Det er mange sammenfallende teoretiske forståelsesmåter av atferdsmessige og psykologiske symptomer mellom kognitiv terapi og personsentrert omsorg. Begge vektlegger det relasjonelle i forståelsen av atferd og anerkjenner at tilnærmingene bør omfatte både biologiske, sosiale og psykologiske forhold. Det er i hovedsak interaksjonene mellom disse faktorene som gir symptom bildet hos den enkelte person. Begge framhever betydningen av at behandlingstiltak må skreddersys den enkelte person for å ha effekt. Personsentrert omsorg har de siste årene vært definert i praksis gjennom rammeverket VIPS (26). VIPS rammeverket innebærer at person har en selvstendig Verdi uavhengig av sykdom og funksjonsnivå. Behandling og tiltak rundt personen må baseres på personens Individuelle historie, preferanser, ressurser og forutsetninger. For å forstå symptomene og atferd hos personen må en alltid søke å se situasjonen ut fra personens Perspektiv. I tillegg vektlegges betydningen av det Sosiale miljøet personen lever i. Utfordringene når det

gjelder personsentrert omsorg har vært å overføre det teoretiske tankegodset til praksisfeltet. Dette har blant annet vært mulig ved å ta i bruk VIPS praksismodell og Dementia Care Mapping (DCM) (26, 27).

I TID legger vi vekt på at det i alle tre fasene anvendes prinsipper fra personsentrert omsorg. I utredningsfasen er personens individuelle historie, ressurser og preferanser sentralt ved innhenting av personhistorien fra personen selv og fra pårørende. For å forstå personens oppfatning av situasjonen kreves det at en drøfter dette med personen selv. Dette gjelder også ved alvorlig grad av demens. I refleksjonsmøtet er et av hovedspørsmålene som det skal reflekteres over nettopp hva vi tror er personens tanker bak sin atferd og sine symptomer dvs. personens perspektiv. Tiltakene vi ender opp med i dette møtet, og som skal testes ut i tiltaks – og evalueringsfasen, skal være individuelt tilpasset. Behandlingstiltakene skal således være skreddersydd personen på basis av en grundig kartlegging og utredning av sosiale, psykiske og biologiske forhold.

## 11. Forholdet mellom TID – og andre miljøterapeutiske metoder

TID er utviklet for å være et tverrfaglig manualbasert verktøy til bruk ved utfordrende atferd og symptomer. En hovedstyrke til TID er den helhetlige biopsykososiale tilnærmingen til denne type utfordringer. Systematisk bruk av modellen har vi erfart både fremmer bedre utredning av personen, personsentrert omsorg og systematisk miljøterapi. Effektiv bruk av modellen øker dersom personalet har god kunnskap om ulike miljøterapeutiske metoder, og kan anvende disse fleksibelt som del av tiltakene en kommer fram til i TID refleksjonsmøtet. Det er en klar

fordel om avdelingen fra før har etablert gode systemer for gjennomføringen av miljøterapi i praksis (25), og har integrert prinsipper fra personsentrert omsorg i sin avdeling. Det er da lettere å gjennomføre den skreddersydde tiltaksplanen TID frambringer. Vi har også sett stor nytte av å bruke Marte Meo metoden som en del av TID, både i utredningsfasen og i TID refleksjonsmøtet (28). Disse metodene står derfor ikke i motsetning til hverandre, men utfyller hverandre med noe ulike formål og med ulike krav til opplæring og trening for å kunne anvendes.

## 12. Leders rolle i TID

Erfaringene fra TID-studien viste helt tydelig at for å lykkes med å ta i bruk TID på regelmessig basis er leders engasjement og tilstedeværelse avgjørende (4, 10). Det er også avgjørende for å komme i gang med TID i egen organisasjon. Det anbefales at leder deltar på basiskurset i TID på linje med det øvrige personalet. Leder er også velkommen til å delta på et kursholderkurs i TID som gir en mer omfattende innføring. Så bør leder legge til rette for at personalet med støtte fra TID-administratorene (3-4 av personalet som har fått ekstra opplæring som del av basiskurset, se kap.15 om opplæring) får gjennomført utredningsfasen og planlagt det kommende TID refleks-

jonsmøtet. Vi erfarte i TID-studien at dersom leder valgte å legge inn TID-refleksjonsmøter som en fast del av turnusen dvs. f.eks. hver 14. dag eller en gang i måneden ble det lettere å få gjennomført møtene og flere av personalet deltok. Det bør gis kompensasjon (avspasering eller lønn) til personalet for deltakelse utover egen turnus på møtene, og leder må vurdere behovet for å kalle inn så mange som mulig til møtene. Siden det ofte vil bli drøftet tiltak for personen som kan få administrative og økonomiske konsekvenser, anbefales det at leder også deltar på refleksjonsmøtene. Det vil også gi større tyngde og lojalitet til tiltaksplanen som man kommer fram til i møtet.

«Staff can only give person-centred care to others, in the long term, if their own personhood is acknowledged and nurtured.»

*Tom Kitwood, The New Culture of Dementia Care, 1995.*

## 13. Legens rolle i TID

Et godt samarbeid med personens lege er av betydning for gjennomføringen av TID. I arbeidet med å utrede personen er det viktig at legen gjør en fysisk (somatisk) undersøkelse av personen for å utelukke at det kan være somatiske årsaker til utfordringene hvis ikke dette er gjort nylig. I tillegg er det nødvendig med en legemiddelgjennomgang av personens medikamenter som nevnt i punkt 6.6 i utredningsfasen. Det

er ønskelig, og en stor fordel at legen deltar på refleksjonsmøtet som beskrives i kapittel 7 for best mulig tverrfaglig refleksjon og oppfølging av personen. Kursholderkurset i TID som omtales nedenfor er også godkjent som tellende kurstimer for leger, og det anbefales at lege deltar på dette kurset. Refleksjonsmøtene kan gjennomføres uten lege dersom det ikke er mulig for lege å delta.

## 14. Forskning om TID

### *TID er kunnskapsbasert praksis*

Det foreligger flere vitenskapelige artikler som viser god effekt og gjennomførbarhet av TID (2-6). TID-studien er en vitenskapelig utprøving av TID-modellen i sykehjem der vi både målte effekt av TID på beboernivå og på personal – og organisasjonsnivå. Ansvarlig for studien var Forsknings-senter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet HF. Det ble rekruttert 33 sykehjem og 229 sykehjemsbeboere til studien der man etter loddrekning har gitt halvparten av sykehjemmene intervensjonen og den andre halvparten ble kontrollsykehjem. Personalet i intervensjonssykehjemmene har fått opplæring i TID. Kontrollsykehjemmene fikk en enkel undervisningsbolk om demens og utfordrende atferd, og tilbud om samme opplæring i TID etter endt datainnsamling ca. ett år etterpå.

### *Resultater for personer med demens*

Resultatartikkelen fra den delen av studien som omfatter en RCT (randomisert kontrollert studie) om effekter på beboernivå, ble 1. juni 2017 publisert online i det anerkjente internasjonale tidsskriftet *American Journal of Geriatric Psychiatry* (2). Vi fant en sikker og klinisk betydningsfull reduksjon i agitasjon/aggresjon i gruppen som hadde fått intervensjonen med TID sammenlignet med kontrollsykehjemmene. Som sekundære effektmål, fant vi reduksjon i depressive symptomer, vrangforestillinger og manglende hemninger til fordel for TID-gruppen i tillegg til en bedring i livskvalitet for disse beboerne.

### *Personalets erfaringer i sykehjem*

Personalets erfaringer med bruk av modellen ble publisert i 2018 i tidsskriftet *Aging & Mental Health* (4). Studien er basert på 5 fokusgrupper fra et tilfeldig utvalg av 11 av de 17 sykehjemmene som fikk opplæring i TID. Hovedfunnene er at TID er en effektiv og gjennomførbar modell som bidrar til økt mestring hos personalet i møte med komplekse utfordringer. Dette skjer blant annet ved at personalet opplever bedre struktur i arbeidet og en ny kreativ læringsprosess på arbeidsplassen.

### *Hvordan foregikk innføringen av TID*

*– hvorfor fant vi effekt?*

En omfattende prosessevaluering av implementeringen av

TID er publisert i 2019 i *BMC Health Services Research* (6). Denne studien viser at deltakelse fra så mange som mulig av personalet i opplæringsprogrammet og en engasjert ledelse var sentralt for god implementering. Videre fant vi at gjennom refleksjonsmøtene ble det skapt en ny kunnskap om beboeren og symptomene som ble felles for personalgruppa og som bidro til personsentrerte tiltak. En bred utredning og denne nye kunnskapen er sannsynligvis de viktigste årsakene til den påviste effekten av TID for beboerne.

### *Forskning i alderspsykiatrisk avdeling for personer uten demens*

En erfaringsartikkel fra alderspsykiatrien med TID basert på kvalitative metoder er publisert i det vitenskapelige Tidsskriftet *Aldring og Helse* (5). Her presenteres erfaringer med bruk av TID i en avdeling på et psykiatrisk sykehus for personer uten demens.

Resultatene viser at TID kan være nyttig i slike avdelinger, særlig der en ønsker å bruke kognitiv miljøterapi. Den viser også at TID kan bidra til at personalet opplever økt grad av mestring, delt forståelse og felles forpliktelse for behandlingstiltak til den enkelte person.

### *Et vitenskapelig prosjekt om spredning og implementering av TID*

Et spredningsprosjekt i Norge er i gang i regi av Forsknings-senter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet og EU-prosjektet *JOINT ACTION for Quality in Residential Care*. Dette gjennomføres ved systematisk å følge utviklingen av kursholderne som har gjennomgått TID kursholderkurset, og dermed kan arrangere TID basiskurs på egen hånd. Vi planlegger publikasjoner fra dette prosjektet etterhvert.

### *TID i hjemmetjenestene*

I løpet av høsten 2019 vil AFS ved Sykehuset Innlandet starte en kontrollert pilotstudie i 10 kommuner med utprøving av TID for hjemmeboende som mottar hjemmetjenester. Hensikten er å se om TID er gjennomførbar for hjemmeboende, hvilke justeringer som må gjøres med modellen ved bruk til hjemmeboende og se om TID også kan ha effekt hos denne gruppen.

# 15. Kurs og opplæring

TID krever minimal opplæring da modellen er enkel å lære og er manualbasert. Modellen er lett å innpasse i avdelingenes hverdag uten store ekstrakostnader. Vi tilbyr to typer standardkurs for å lære TID og for å kunne ta i bruk modellen i praksis. Det ene er basiskurset og det andre er kursholderkurset.

Hjemmesiden [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no) inneholder rikelig med oppdatert informasjonsmateriell, manual, informasjonfilmer og støtte til gjennomføring av basiskurs.

**Det er kun hjemmesiden som oppdateres jevnlig når det gjelder kursmateriell.**

## 15.1 TID – basiskurset

TID-basiskurset er en opplæringspakke for hele personalgruppen uavhengig av utdanning/stilling enten det er i sykehjem, poliklinikk, sykehusavdeling eller i hjemmetjenester. Det er av stor betydning at så mange som mulig av personalet deltar i opplæringen. Vi anbefaler at leder deltar i opplæringen for å sikre støtte til videre bruk av modellen. Det er også ønskelig at lege deltar så langt det er mulig. Vi mener at «øvelse gjør mester». Det er derfor viktig at personalet starter å bruke modellen på noen utvalgte personer så snart som mulig etter gjennomført opplæring.

Leder velger ut 3-4 av personalet som får ekstra opplæring som TID-administratorer. Dette innebærer at de skal lære seg TID ekstra godt slik at man blir trygg på arbeidsmetoden. TID-administratorene skal kunne mestre å støtte og veilede andre, dvs. hjelpe resten av personalet til å bruke alle fasene i TID og få dem aktivt med i dette arbeidet. De har også vanligvis ansvar for å lede refleksjonsmøtene.

### Innhold i grunnopplæringen (basiskurs à 5 timer):

- ▶ Demens og atferdsmessige og psykologiske symptomer
- ▶ Tilnærming og behandling av demens med vekt på personsentrert omsorg
- ▶ Opplæring i TID
- ▶ Det øves på et TID-refleksjonsmøte: rollespill og tenkt case

### Innhold i opplæringen for TID-administratorer (inngår som del av basiskurset) (10 timer):

- ▶ Grunnopplæringen (5 timer basiskurs sammen med det øvrige personalet)
- ▶ Opplæring i TID: TID-administratorrollen, utredningsfasen med vekt på bruk av ulike kartleggingsverktøy
- ▶ Opplæring i TID: refleksjonsfasen og tiltaks – og evalueringsfasen
- ▶ Det øves på et refleksjonsmøte med case fra praksis
- ▶ Gjennomføre et reelt refleksjonsmøte for en person/pasient under veiledning av en kursholder i TID.

## 15.2 TID – kursholderkurset

TID-kursholderkurset er beregnet for sykepleiere, ergoterapeuter, vernepleiere, leger, psykologer eller andre med minimum 3-årig helse- eller omsorgsfaglig utdanning på høyskole eller universitetsnivå, som både ønsker å lære seg TID og også lære hvordan man arrangerer TID-basiskurs for en personalgruppe. Etter endt kursholderkurs og med gjennomført minimum et basiskurs, samt en kort rapport til kursledelsen får man sertifisering som TID-kursholder.

### Innholdet i kurset (14 timer):

- ▶ Demens og atferdsmessig og psykologiske symptomer
- ▶ Personsentrert omsorg i praksis
- ▶ Kognitiv terapi – en introduksjon
- ▶ Opplæring i TID
- ▶ Kartleggingsverktøy anbefalt i TID
- ▶ TID-administratoropplæringen
- ▶ Gjennomføre ved rollespill et TID-refleksjonsmøte
- ▶ Hvordan man arrangerer TID-basiskurs
- ▶ Innlevert skriftlig rapport etter å ha gjennomført minst ett basiskurs for en personalgruppe

## 16. Kursholdere i TID – hvilke oppgaver?

Det er viktig å være klar over at **oppdatert** informasjon for kursholdere i TID finnes kun på hjemmesiden [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no).

Dette gjelder særlig tilgangen til opplæringspakkene med PowerPoint presentasjoner og vedlegg. Det er derfor viktig at kursholder forholder seg til hjemmesiden ved gjennomføringen av basiskurs, og bruker siste versjoner av opplæringspakken.

Dette kapittelet gir deg som kursholder kun en enkel oversikt over dine oppgaver. Vi vil kontinuerlig utvikle kursholderkurset basert på evalueringer og tilbakemeldinger fra deltakerne.

Som kursholder i TID skal man planlegge en systematisk opplæring i TID-modellen, det vil si å gjennomføre et basiskurs med oppfølging etterpå for så mange som mulig av personalgruppen.

Kursholder har ulike oppgaver både i forkant av opplæringen, under selve opplæringen og i oppfølging av personalgruppen i etterkant (se figur 7 for en sjekklister over disse oppgavene).

### I forkant av opplæring (basiskurset)

- ▶ Informasjonsskriv til leder for å tilby TID-basiskurs til personalet.
- ▶ Avklar avdelingsleders rolle og legens rolle, etabler et samarbeid med avdelingsleder og andre nøkkelpersoner, og gjennomføre et informasjonsmøte.
- ▶ Avklar TID-administrators rolle og ansvar, påminn leder om at det skal velges ut 3-4 TID-administratorer. Ved utvelgelsen av TID-administratorer bør leder vektlegge at de som velges har interesse for fagutvikling, så stor stilling som mulig og legitimitet i personalgruppa.
- ▶ Avklar 2-3 uker før opplæringen: lokale for kurset, antall deltakere, oversikt over TID-administratorer, og utarbeid en plan for implementering av modellen etter opplæring.

### Selve opplæringen (basiskurset)

- ▶ Innhold i opplæring: se eksempel på undervisningsopplegg under.
- ▶ Opplæringsmateriell som må klargjøres: En trykt manual anbefales å gis til samtlige deltakere på opplæringen. Denne bestilles ved vårt forsknings-senter (AFS). Power Point presentasjonene trykkes opp til alle deltakere. Vedlegg som trykkes opp: eksempel på refleksjonsmøtet Nils, og case Anna - refleksjonsmøtet, 5-kolonne-tabellen, øvelsen: situasjon (fakta)/tanke/følelse, sokratiske dialog dokumentet og figuren som viser årsaker til APSD. Aktuelle kartleggingsverktøy anbefales trykt opp (særlig til TID-administratorene). TID-opplæringsfilmen og TID-animasjonsfilmen lastes ned dersom en ikke har tilgang til nett i opplærings-lokalet (filmene ligger på [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no)). En passord beskyttet side på hjemmesiden er forbeholdt kursholdere. Her finner kursholder alle hjelpemidlene en trenger til bruk under basiskurset inklusive Power-Point presentasjonene. Alt opplæringsmateriell oppdateres jevnlig.

### I etterkant av opplæringen (basiskurset)

- ▶ Kom i gang: det er viktig at personalet starter å bruke modellen på noen utvalgte beboere/brukere/pasienter så snart som mulig etter gjennomført kurs. Etter opplæringen har TID-administratorene ansvaret for implementering av modellen, planlegging og gjennomføring av refleksjonsmøtene i samarbeid med avdelingsleder.
- ▶ Oppfølging: kursholder bør delta ved fortrinnsvis det første refleksjonsmøtet i avdelingen etter avtale. Kursholder har da som oppgave å bistå TID-administratorene med veiledning under refleksjonsmøtet med vekt på møtestruktur og forståelse av modellen.

## Eksempel på opplæringsdag(er) i TID

### Agenda basiskurs (5 timer)

- ▶ 10:00 – 10:45 Demens og atferdsmessige og psykologiske symptomer
- ▶ 10:55 – 11:45 Tilnærming til - og behandling av demens
- ▶ 11:45 – 12:20 Lunsj
- ▶ 12:20 – 13:05 Opplæring i TID-modellen
- ▶ 13:15 – 14:00 Opplæring i TID-modellen
- ▶ 14:15 – 15:00 Vi prøver oss på et refleksjonsmøte: rollespill og tenkt case (f.eks. Anna)

### Agenda for TID-administratorer:

TID-administratorer deltar først på basisopplæringen (5 timer). Egen tilleggsundervisning for TID-administratorer om TID (3 timer, pluss veiledet deltagelse av et refleksjonsmøte for sin personalgruppe 1,5-2 timer). Her kan innholdet tilpasses det nivået TID-administratorene har fra tidligere av. Hvis TID-administratorene f.eks. har lite kunnskap om kartleggingsverktøy, bør man bruke mer tid på dette enn de andre temaene i denne opplæringen.

- ▶ 12:20 – 13:05 Opplæring i TID-modellen: TID-administratorrollen, utredningsfasen med vekt på bruk av ulike kartleggingsverktøy
- ▶ 13:15 – 14:00 Opplæring i TID-modellen: refleksjonsfasen og tiltaks – og evalueringsfasen
- ▶ 14:15 – 15:00 Vi prøver oss på et refleksjonsmøte med case fra egen praksis

## Krav til opplæring i TID som ikke bør fravikes

- ▶ Innholdet i undervisningen om TID (basiskurset) skal gjennomgås
- ▶ Opplæringen bør gjennomføres for flest mulig av personalet, ikke bare for en liten andel av personalgruppen
- ▶ TID-administratorene skal i tillegg til basiskurset gjennom en egen 3-timers opplæring så snart som mulig etter basiskurset

## Hva man kan tilpasse til lokale forhold i opplæringen

- ▶ Vurdere behovet for - og tilpasse de to første timene med opplæring om demens og APSD, avhengig av kunnskapsnivået i avdelingen/organisasjonen.
- ▶ Organisering/tidsbruk for opplæring: f.eks. for å nå flest mulig av personalet kan man velge å sette opp flere undervisningsdager (å 5 timer pr. dag), men ikke glem 3 timers tillegget for TID-administratorer.
- ▶ Hvor mye tid en har behov for å bruke i opplæring og øvelse i kartleggingsverktøy for TID-administratorene er avhengig av deres kunnskapsnivå og må tilpasses.

## Kontakt med kursledelsen etter kursholderkurset – bruk av hjemmesiden

Deltakerne på kursholderkurset vil motta en oppfølgings e-post fra kursledelsen 2-3 uker etter kursholderkurset. Ved spørsmål eller behov for samtale kan deltakerne kontakte kursledelsen ved forskningscenteret (AFS). Du finner kontaktinformasjon til kursledelsen på hjemmesiden. Det er også mulig å stille spørsmål og utveksle erfaringer med kursledelsen og de øvrige deltakere fra kursholderkursene på [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no), gjennom den passord beskyttede siden for kursholdere.

## Vedlikehold av TID i organisasjonen

For å sikre at bruken av TID videreføres, må en lage en plan for gjentatte basiskurs i organisasjonen. Målsettingen er at TID skal være godt kjent for alle og i kontinuerlig bruk også for nyansatte og vikarer.



# 17. Rettigheter – krav til opplæringen av TID – beskyttet av åndsverkloven

TID er beskyttet av loven om åndsverk (Lov om opphavsrett til åndsverk mv.) Sertifiserte kursholdere i TID har rett til å gjennomføre TID-basiskurs slik som skissert i denne manualen og på vår hjemmeside [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no). Det er en forutsetning at dette ikke skjer med et kommersielt formål eller til eget ervervs formål. Dette betyr at slik opplæring ikke kan skje til egen for-

tjeneste/inntekt eller en institusjons eller en organisasjons fortjeneste/inntekt. Reelle utgifter ved basiskursene kan om nødvendig kreves dekt av kursdeltakerne. Alle rettighetene til TID og til gjennomføring av kursholderkursene i TID, innehas av Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet.

FIGUR 7: Sjekkliste for gjennomføring av TID-basiskurs

Sjekkliste for gjennomføring av TID basiskurs			
	<b>Start:</b> Informasjonsmøte med leder/lege/nøkkelpersoner		
AKTIVITET	<b>Organisering</b>	<b>Dato</b>	
	<input type="checkbox"/> Skaff deg oversikt over antall deltakere		
	<input type="checkbox"/> Få en oversikt over navn og e-postadresse til TID-administratorer		
	<input type="checkbox"/> Skriv ut liste for påføring av deltakeroppmøte v/kurset		
	<input type="checkbox"/> Sjekk at TID-administratorer har forberedt case		
	<input type="checkbox"/> Skriv ut program for dagen, send på mail til leder		
	<input type="checkbox"/> Informasjons e-post før opplæringen til alle som skal delta, samt til leder		
	<input type="checkbox"/> Skal det ordnes med kaffe/servering?		
	<input type="checkbox"/> Avtale avklaringsmøte med leder som skal skje minst 3 uker før opplæringen (kontrollere at alt er i orden)		
	<input type="checkbox"/> Bestille manualer fra Forskningscenteret (minst 3 uker før basiskurset skal avholdes)		
	<b>Lokaler</b>		
	<input type="checkbox"/> Bestille/sett av egnet kurslokale		
	<input type="checkbox"/> Bestille/sett av egnet kurslokale (møteromn) til TID-administratorer		
	<input type="checkbox"/> Kontrollere at prosjektor, PC og høyttaler fungerer		
	<input type="checkbox"/> Kontrollere at tilstrekkelig stort lerret/vegg er tilgjengelig		
	<b>Gjennomføring</b>		
	<input type="checkbox"/> Lagre evt. undervisningsmateriell på minnepenn/PC		
	<input type="checkbox"/> Skrive ut kursmateriell til utdeling, PP-presentasjoner o.l.		
	<input type="checkbox"/> Gå gjennom praktiske oppgaver, vurder behovet for en kursassistent		
	<input type="checkbox"/> Gjennomføre basiskurset for avdelingen (5 timer)		
	<input type="checkbox"/> Gjennomføre TID-administratorkurset (3 timer, snarlig etter basiskurset, avklar dato)		
	<b>Etter undervisning</b>		
	<input type="checkbox"/> Avtale med TID-administratorene de 2-3 første personene hvor modellen skal brukes (viktig å komme i gang)		
	<input type="checkbox"/> Kontakte leder/TID-administratorene for «å høre hvordan det går»		
	<input type="checkbox"/> Bistå TID-administratorene ved deres første refleksjonsmøte		
	<input type="checkbox"/> Ordne kursgodkjenning (kontakt vårt forskningscenter)		
			ANSVARLIG / UTFØRT

# 18. Referanser

1. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(1):81-91.
2. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrøm JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;26(1):25-38.
3. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Myhre J, et al. TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16(233):1-12.
4. Lichtwarck B, Myhre J, Goyal AR, Rokstad AM, Selbaek G, Kirkevold O, et al. Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2018;1-10.
5. Myhre J, Lichtwarck B, Bergh S. Delt forståelse og felles forpliktelse - En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling. *Tidsskriftet Aldring og Helse*. 2018;22(1):41-5.
6. Lichtwarck B, Myhre J, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth JS, et al. TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):349.
7. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015;350:h369.
8. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(8):908-16.
9. Lichtwarck B, Tverå AM, Nystad HL. TID Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens Opplæringsfilm (Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms - an educational film) Mo i Rana: Rana Kommune; 2013 [Available from: [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no)].
10. Lichtwarck B. The development and evaluation of TIME - Targeted Interdisciplinary Model for Treatment and Evaluation of Neuropsychiatric symptoms (PhD Thesis). Oslo: University of Oslo; 2019.
11. Oestrich IH. Den kognitive model - tanker, følelser, sanser og adferd. In: samarbejde KM-Asebil, editor. Danmark: Dansk Psykologisk forlag; 2007. p. 35-58.
12. Kitwood T. *Dementia Reconsidered - the person comes first*. Birmingham: Open University Press; 1997.
13. Fenell MJV. Depression. In: Hawton K, Salkovskis PM, editors. *Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems- a practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications; 2002. p. 194-5
14. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Suppl 6):S10-6.
15. Engedal K, Haugen PK. Demens, fakta og utfordringer.: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2009.
16. Barca ML, Engedal K, Selbaek G. A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(5):438-47.
17. Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *Eur J Pain*. 2014;18(10):1419-30.
18. Strobel C, Engedal K. Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual. Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for aldring og helse; 2009.
19. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982;140:566-72.
20. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens (Norwegian National Guideline on Dementia) Oslo: Helsedirektoratet (The Norwegian Directorate of Health); 2017 [updated 2017.10.07. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>].
21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
23. Mørch MM, Rosenberg NK. Kognitiv terapi. In: Mørch MM, Rosenberg NK, editors. *Kognitiv terapi Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels forlag; 2005. p. 33-7.
24. Simonsen IE. Kognitiv miljøterapi. In: Berge T, Repål A, editors. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008. p. 704 -5.
25. Røen I, Storlien MS. Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Tønsberg: Aldring og Helse - Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2015. Report No.: 978-82-8061-246-5.
26. Rokstad AM, Rosvik J, Kirkevold O, Selbaek G, Saltyte Benth J, Engedal K. 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. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2013;36(5-6):340-53.
27. Røsvik J, Kirkevold M, Engedal K, Brooker D, Kirkevold O. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(3):227-36.
28. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. 'On one's own strength' Healthcare providers' experience with introducing Marte Meo Counselling in dementia care. *Int J Older People Nurs*. 2015.

# 19. Skjemaer

## Fargekoder for bruk i døgnregistreringskjema

### Atferdsmessige og psykologiske symptomer (nevropsykiatriske symptomer)

Basert på NPI-NH (Nevropsykiatrisk intervjuguide - sykehjemsværdsjener) og norsk oversettelse ved Dag Årslund og Elisabeth Dramsdahl (14)

FARVE	ATFERD	BESKRIVELSE
	ROLIG/ TILFREDS/ NORMAL ATFERD	Skal beskrives i starten av adferdsregistrering for hver enkelt person.
	SØVN	
	VRANGFORESTILLINGER	
	HALLUSINASJONER	
	AGITASJON / AGGRESJON	
	DEPRESJON / DYSFORI	
	ANGST	
	OPPSTEMTHET / EUFORI	
	APATI / LIKEGYLDIGHET	
	MANGLENDE HEMNING	
	IRRITABILITET/ LABILITET	
	AVVIKENDE MOTORISK ATFERD	
	APPETITT / SPISEENDRINGER	

SØVN		
1.	Har pasienten vansker med å sovne?	
2.	Står pasienten opp om natten (symptomer er ikke til stede hvis pasienten må på toalettet en eller to ganger om natten for deretter straks å sovne igjen)?	
3.	Vandrer pasienten omkring eller gjør andre upassende ting om natten?	
4.	Våkner pasienten om natten, kler på seg, og planlegger å gå ut fordi han/hun tror det er morgen og på tide å begynne dagen?	
5.	Våkner pasienten for tidlig om morgenen (tidligere enn de andre beboerne)?	
6.	Sover pasienten på dagtid?	
7.	Har pasienten noen annen nattlig atferd som vi ikke har snakket om?	

VRANGFORESTILLINGER		
1.	Tror pasienten at han/hun er i fare – at andre planlegger å skade ham/henne eller har skadet ham / henne?	
2.	Tror pasienten at andre stjeler fra ham/henne?	
3.	Tror pasienten at ektefellen hans/hennes er utro?	
4.	Tror pasienten at ektefellen, personale eller andre ikke er den de påstår å være?	
5.	Tror pasienten at personer fra fjernsyn eller blader faktisk er tilstede? (Prøver han/hun å snakke med dem?)	
6.	Har han/hun andre uvanlige oppfatninger som jeg ikke har spurt om?	

HALLUSINASJONER		
1.	Oppfører pasienten seg som om han hører stemmer eller beskriver å høre stemmer?	
2.	Snakker pasienten til folk som ikke er tilstede?	
3.	Ser pasienten ting som ikke er tilstede eller oppfører seg som om han/hun ser ting som ikke er tilstede (personer, dyr, lys, etc.)?	
4.	Kjenner pasienten lukter som andre ikke kan kjenne?	
5.	Forteller pasienten at han/hun kjenner ting på huden, eller oppfører han/hun seg som om noe kribler eller berører ham/henne?	
6.	Sier pasienten eller oppfører han/hun seg som om han/hun smaker ting som ikke er til stede?	
7.	Beskriver pasienten andre uvanlige sanseopplevelser?	

AGGRESJON/AGITASJON	
1.	Blir pasienten irritert på de som prøver å stelle for ham/henne, eller motsetter han/hun seg aktiviteter som bading eller klesskift?
2.	Ønsker pasienten alltid å gjøre ting på sin egen måte?
3.	Samarbeider pasienten dårlig og motsetter seg hjelp fra andre?
4.	Har pasienten annen type atferd som gjør han/hun vanskelig å ha med å gjøre?
5.	Roper, bråker eller banner pasienten med sint stemme?
6.	Slamrer pasienten med dørene, sparker i møbler eller kaster ting rundt?
7.	Prøver pasienten å skade eller å slå andre?
8.	Viser pasienten andre tegn på aggressiv eller oppfarende atferd?

DEPRESJON	
1.	Hender det at pasienten gråter?
2.	Sier pasienten at han/hun er trist eller i dårlig humør, eller oppfører han/hun seg som om dette var tilfelle?
3.	Bebreider pasienten seg selv eller sier at han/ hun føler seg som en mislykket person?
4.	Sier pasienten at han/hun er et dårlig menneske eller fortjener å bli straffet?
5.	Virker pasienten svært motløs eller sier at han/hun ikke har noen framtid?
6.	Sier pasienten at han/hun er en belastning for familien eller at familien ville hatt det bedre uten ham/henne?
7.	Uttrykker pasienten dødsønsker eller snakker han/hun om å ta livet av seg?
8.	Viser pasienten andre tegn på depresjon eller tristhet?

ANGST	
1.	Uttrykker pasienten bekymringer for planlagte begivenheter slik som avtaler eller besøk fra familien?
2.	Har pasienten perioder der han/hun føler seg skjelven, ikke klarer å slappe av eller føler seg veldig anspent?
3.	Har pasienten perioder med (eller klager over) tungpustenhet, gispning etter luft uten annen åpenbar grunn enn nervøsitet?
4.	Klager pasienten over sommerfugler i magen, rask puls eller hjertebank fordi han/hun er nervøs. (Symptomet skyldes ikke dårlig kroppslig helse)
5.	Unngår pasienten bestemte steder eller situasjoner som gjør ham/henne mer nervøs, slik som å treffe venner eller delta i aktiviteter på avdelingen?
6.	Blir pasienten nervøs og urolig når han/hun blir atskilt fra deg eller andre han/hun stoler på? (Klamrer han/hun seg til deg for å hindre deg i å forlate han/henne?)
7.	Viser pasienten noen andre tegn på angst?

	<b>OPPSTEMTHET/ EUFORI</b>	
1.	Synes pasienten å føle seg <u>for</u> vel eller <u>for</u> lykkelig?	
2.	Ser pasienten humoristisk på, eller ler av ting som andre ikke synes er morsomt?	
3.	Synes pasienten å ha en barnslig form for humor med tendens til å fnise og le upassende (som når noe uheldig skjer med andre)?	
4.	Forteller pasienten vitser eller kommer med bemerkninger som ikke er morsomme for andre en han/henne selv?	
5.	Gjør han/hun barnslige skøyestreker slik som å klype, eller leke gjemsel for moro skyld?	
6.	Snakker pasienten "stort" eller hevder han/hun å ha flere talent eller større formue enn det som er virkelig?	
7.	Viser pasienten andre tegn på å føle seg <u>for</u> vel eller <u>for</u> lykkelig?	

	<b>APATI/LIKEGYLDIGHET</b>	
1.	Har pasienten mistet interessen for verden omkring han/henne?	
2.	Begynner pasienten aldri en samtale?	
3.	Klarer ikke pasienten å vise følelsesmessige reaksjoner som man ville forvente (glede over besøk av en venn eller familiemedlem, interesse for nyheter, sport etc)?	
4.	Har pasienten mistet interesse for venner og familiemedlemmer?	
5.	Er pasienten mindre entusiastisk i forhold til hans/hennes vanlige interesser?	
6.	Sitter pasienten rolig uten å legge merke til hva som skjer rundt han/henne?	
7.	Viser pasienten andre tegn på at han/hun ikke bryr seg om å gjøre nye ting?	

	<b>MANGEL PÅ HEMNINGER</b>	
1.	Handler pasienten impulsivt uten å vurdere konsekvensene?	
2.	Snakker pasienten til helt fremmede personer som om han/hun kjente dem?	
3.	Sier pasienten ufølsomme eller sårende ting til folk?	
4.	Kommer pasienten med grovheter eller kommer med upassende seksuelle kommentarer?	
5.	Snakker pasienten åpent om veldig personlige eller private forhold som man vanligvis ikke diskuterer offentlig?	
6.	Beføler, berører eller klemmer pasienten andre på en upassende måte?	
7.	Viser pasienten noen andre tegn på tap av impulskontroll?	

	<b>IRRITABILITET/LABILITET</b>	
1.	Er pasienten hissig og farer opp på grunn av småting?	
2.	Har pasienten humørsvingninger, fra å være fin til å bli sint på et øyeblikk?	
3.	Får pasienten plutselige raserianfall?	
4.	Er pasienten utålmodig, har vanskelig for å takle forsinkelser eller venting på planlagte aktiviteter eller andre ting?	
5.	Blir pasienten lett irritert?	
6.	Er pasienten kranglevoren og vanskelig å komme overens med?	
7.	Viser pasienten noen andre tegn på irritabilitet?	

	<b>AVVIKENDE MOTORISK ATFERD</b>	
1.	Vandrer pasienten eller kjører rullestol i avdelingen uten mål og mening?	
2.	Åpner og tømmer pasienten skuffer og skap om og om igjen?	
3.	Kler pasienten stadig av og på seg?	
4.	Har pasienten gjentatte handlinger som han/hun utfører om og om igjen slik som å fikle med knapper, tvinne snorer, skifte sengetøy etc?	
5.	Har pasienten gjentatte handlinger eller "vaner" som han/hun utfører om og om igjen?	

	<b>APPETITT / SPISEFORSTYRRELSER</b>	
1.	Har han/hun dårlig matlyst?	
2.	Har han/hun uvanlig god matlyst?	
3.	Har han/hun gått ned i vekt?	
4.	Har han/hun gått opp i vekt?	
5.	Har han/hun endret spiseatferd, slik som å stappe for mye mat i munnen på en gang?	
6.	Har han/hun endret typen mat han/hun foretrekker, slik som å ønske seg for mye søtsaker eller andre spesielle matsorter?	
7.	Har han/hun utviklet spisemønster slik som å spise nøyaktig den samme maten hver dag, eller spise maten i nøyaktig samme rekkefølgen?	
8.	Har det vært noen andre endringer i matlyst eller spisemønster som jeg ikke har spurt om?	

# Døgnobservasjonsskjema til bruk i institusjon

Sett inn fargekoder med forklaring/beskrivelse av atferden eller symptomene som skal registreres

.....       .....       .....      Navn: .....  
 .....       .....       .....      F.dato: .....

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									



# Atferd- og symptomregistrering hos hjemmeboende

Sett inn fargekoder atferden og symptomene som skal registreres

<input type="text"/>	.....	<input type="text"/>	.....	<input type="text"/>	.....	Navn: .....
<input type="text"/>	.....	<input type="text"/>	.....	<input type="text"/>	.....	F.dato: .....

Ved start av besøk settes inn tidspunkt. Hver rubrikk er 5 minutt. Registrer inn atferd etter fargekode.  
Flere tilsyn på samme dag registreres på samme linje.

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

Dato																				
Kl.																				
Sett inn farge																				

# 5-kolonneskjema

## – for problemanalyse på refleksjonsmøtet

Dato: .....

Person: .....

Problem/utfordringer

Fakta	Tanker/tolkning	Følelser hos personalet	Tiltak (SMARTe)	Evaluering

## Kontaktinformasjon

### **Bjørn Lichtwarck**

lege, PhD, spesialist i allmennmedisin,  
kompetanseområde alders- og sykehjemsmedisin  
Alderspsykiatrisk avdeling/Forskningscenter for  
Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS),  
Sykehuset Innlandet HF  
bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no

### **Anette Væringstad**

spesialsykepleier (eldreomsorg og psykisk helse),  
prosjektsykepleier  
Alderspsykiatrisk avdeling/Forskningscenter for  
Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS)  
Sykehuset Innlandet HF  
anette.vaeringstad@sykehuset-innlandet.no

### **Kari-Anne Hoel**

spesialsykepleier (geriatri),  
PhD stipendiat, Universitet i Oslo,  
Forskningscenter for  
Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS)  
Sykehuset Innlandet HF  
kari-anne.hoel@sykehuset-innlandet.no

## Prosjektet har vært støttet av

*Den norske legeforeningens fond for kvalitetsforbedring  
og pasientsikkerhet*

*Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt  
og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet HF*

*Sykehuset Innlandet HF*

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Norges arktiske  
universitet (UiT)*

*Rana Kommune*



**Sykehuset Innlandet HF**  
**Divisjon Psykisk helsevern**

Forskningscenter for  
Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS)  
Sykehuset Innlandet  
Postboks 68, 2312 Ottestad  
Telefon 625 81 400

HELSE  SØR-ØST

