



Hamar kommune

SLUTTRAPPORT - 2019

Kompetanseheving i lindrende omsorg og behandling innen tjenester til personer med utviklingshemming



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hedmark

Innhold

1. Sammendrag	2
2. Bakgrunn	3
2.1. Helsenituasjonen til personer med utviklingshemming	3
2.2. Lindrende omsorg og behandling hos personer med utviklingshemming	5
3. Beskrivelse av prosjektet	6
3.1. Prosjektet hensikt og mål	6
3.2. Organisering, roller og ansvar	7
3.3. Prosjektfasene	8
3.4. Fase 1	8
3.4.1. Identifisering av behov	8
3.4.2. Valg av verktøy	8
3.5. Fase 2	9
3.5.1. Opplæring og utprøving	9
3.5.2. Prosedyre	11
3.5.3. Opplæringshefte	11
3.5.4. Felles fastlege	12
3.6. Fase 3	13
3.6.1. Opplæringsfilmer	13
3.6.2. E-læringskurs	14
3.6.3. Fagnettverk	15
3.7. Spredningsarbeid	16
4. Avslutning	17
5. Referanser	18
6. Vedlegg	21

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark, Hamar kommune
Desember 2019

Rikke A. Torgersen
Reidun H. Hov

1. Sammendrag

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark, Hamar kommune gjennomførte i perioden 2016 – 2019 et prosjekt innen lindrende omsorg og behandling til personer med utviklingshemming. Helsedirektoratet har gitt økonomisk tilskudd til prosjektet. Målet med prosjektet var å styrke tjenesten gjennom kompetanseheving av ansatte. Som en del av prosjektet ble det utviklet et opplæringshefte og et e-læringskurs. Dette er utarbeidet etter inspirasjon fra *Opplæringspakken i lindrende behandling og omsorg* som er utviklet ved Høgskolen i Innlandet, *Lindringens ABC* ved Aldring og Helse (27), samt de 13 normene som er beskrevet i *EAPCs White Paper* (28). I prosjektet er det også utarbeidet opplæringsfilmer om smerter og smertekartlegging. Disse er produsert med utgangspunkt i forskning og tilbakemeldinger fra ansatte som har prøvd ut smertekartleggingsverktøyet MOBID2 og deltatt på kurs om lindrende omsorg og behandling til mennesker med utviklingshemming (arrangert av USHT).

Prosjektet har blitt gjennomført i tre faser.

Første fase ble gjennomført som pilotprosjekt i Hamar kommune i en boenhet for syv eldre personer med utviklingshemming, seks hadde en mulig demenslidelse. Det ble gjennomført gruppeintervju av ansatte (n=13) for å identifisere deres behov for kompetanseheving. Tiltaksplaner i journalsystemet ble også analysert. Resultater viste behov for å styrke den grunnleggende kompetansen i lindrende omsorg og behandling til denne gruppe tjenestemottakere, med spesielt fokus på smerter og smertekartlegging.

I andre fase ble det gjennomført grunnleggende opplæring i lindrende omsorg og behandling, med ekstra fokus på smerter og bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID2. MOBID2 ble så anvendt i boenheten. Resultatene viste at MOBID2 avdekket smerter hos beboere, men også unødvendig bruk av smertestillende medikamenter i enkelte tilfeller. Evalueringen ble gjennomført med nye intervjuer av ansatte (n=12). De ansatte uttrykte at de fikk styrket sin kompetanse innen feltet «smerte» og at kommunikasjonen og bevissthet om temaet i personalgruppa, samt kommunikasjonen med fastlegen ble styrket. De mente bruk av MOBID2 er hensiktsmessig hos personer med utviklingshemming, men at det var behov for justeringer og tilpasninger av fremgangsmåter. I denne fasen ble også prosjektet utvidet slik at flere boliger i Hamar og Ringsaker kommuner fikk tilbud om kurs og utprøving av MOBID2. Det ble utarbeidet et forslag til en prosedyre som kan brukes som utgangspunkt når kommunene skulle utarbeide sine egne prosedyrer til sine kvalitetssikringssystemer. Videre ble det utredet

muligheter for å kunne ha en felles fastlege i et bofelleskap ble undersøkt og det ble skrevet et opplæringshefte om lindrende omsorg og behandling.

I tredje fase ble det utviklet filmer om smerter og smertekartlegging ved bruk av MOBID2. Filmene er publisert på en [temaside](#) om smerter og smertekartlegging, på nettsiden til Nasjonal Kompetansetjeneste for Aldring og Helse. Parallelt med produksjonen av filmene er det utviklet et [e-læringskurs](#) i lindrende omsorg og behandling for ansatte i tjenesten til personer med utviklingshemming, med utgangspunkt i opplæringshefte som ble skrevet i fase to. E-læringskurset er publisert på den nasjonale kursportalen KS-læring. I denne fasen ble det også etablert et fagnettverk i Hedmark fylke for ansatte innen tjenesten til personer med utviklingshemming.

Prosjektleder har vært Rikke Anita Torgersen. Prosjektveileder har vært Reidun Hov, som også har designet prosjektet og utformet søknad om midler til Helsedirektoratet.

2. Bakgrunn

2.1. Helsesituasjonen til personer med utviklingshemming

«Psykisk utviklingshemming» tilhører diagnosegruppene F70-F79 i diagnosesystemet ICD-10¹ og skyldes faktorer som kan oppstå både før- under- og etter fødsel. Det er vanlig å dele inn diagnosen i lett-, moderat, alvorlig, og dyp psykisk utviklingshemming. Verdens helseorganisasjon (WHO) mener at 1-3% av befolkningen har en utviklingshemming (1). I Norge er det i dag ca. 75 000 personer med utviklingshemming og ca. 7300 av disse er over 40 år og mottar kommunale tjenester. De fleste bor i bofelleskap, men i 2013 bodde ca. 370 på sykehjem eller aldershjem, i all hovedsak var disse de eldste (3).

Personer med utviklingshemming er mangfoldige, men diagnosen medfører alltid nedsatt kognitive ferdigheter. Dette gir ofte ulike utfordringer når det gjelder motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare dagligdagse aktiviteter. Slike utfordringer kan ikke bare forstås som en egenskap ved personen selv, men måten omgivelsene forstår- og tilrettelegger for den enkelte personen er også avgjørende for utvikling av tilleggsvansker (1, 2). Mange har også medfødte tilleggs diagnoser og syndromer, som kan påvirker deres helsetilstand og livskvalitet

¹ ICD-11 godkjent av WHO mai 2019, ikke tatt i bruk i Norge.

gjennom hele livet. Personer med utviklingshemming har også økt sårbarhet for å utvikle psykisk og fysisk sykdom eller lidelse (2).

Levealderen øker blant personer med utviklingshemming, som i den norske befolkningen for øvrig. Etter hvert vil derfor flere oppleve aldersrelaterte lidelser som artrose, kreft og demens (4). Hoveddelen av slike sykdommer fører med seg moderate til sterke smerter som vil trenge behandling, og forskning viser at personer med utviklingshemming kan ha økt sensitivitet for smerte, selv om myter ofte antyder det motsatte (5, 6). Det er heller ingen vitenskapelig bevis for at de har høyere smerteterskel. Derimot er det vist at mange kan ha utviklet høyere smertetoleranse. Årsaker til det kan være at de har levd med smerter hele sitt liv og opplever det som «normalt». De kan ha forsøkt å uttrykke smerte, men overtid kan de ha gitt opp da deres nærpå personer ikke har forstått hva de har forsøkt å uttrykke. Dermed har de måtte lære seg å leve med det. Noen kan på grunn av sine diagnoser også oppleve smerte mer intenst enn den generelle befolkningen (5, 16, 17).

Selv om helse- og sykdomsbildet i befolkningen for øvrig avspeiles hos personer med utviklingshemming, så er det verdt å trekke frem noen spesielle aspekter ved gruppen:

- De er særlig utsatt for sykdom, og mer sjeldne diagnoser som er forbundet med smerte. Disse kan være den underliggende årsaken til utviklingshemmingen, sykdommer som følger av disse, men også lavere motstandskraft og nedsatt helse generelt.
- De har en gjennomsnittlig lavere levealder enn befolkningen for øvrig (7, 3, 9).
- Flere har et atypisk aldringsforløp, det vil si at aldringsprosessen begynner tidligere. For eksempel kan personer med Downs Syndrom helt ned i 40-årsalderen ha en funksjonell alder tilsvarende en eldre person (8, 9, 10).
- Demens øker sterkt med alderen. For eksempel er det beskrevet at i aldersgruppen 50-59 år hadde 80% en demenslidelse, i gruppen 60-69 år hadde 91% en slik lidelse, og alle over 70 år hadde en demenslidelse (11).
- De utvikler kreft slik som i befolkningen for øvrig, om enn i noe mindre omfang. Personer med Downs syndrom har en øket risiko for leukemi som barn, og guttene har økt risiko for testikkelkreft i ung alder (4).
- Mange har følgesykdommer som for eksempel hjertesvikt. Sykdommer fra hjerte/kar, ulykker, infeksjoner, skader og selvskadning rammer dem hyppigere enn andre (12).
- Muskel- og skjelettrelaterte sykdommer innbefatter inflammatoriske sykdommer som podagra og artrose, men også osteoporose, skoliose og feilstillinger i eller andre ortopediske

tilstander. I tillegg forekommer også kontrakturer, stive ledd eller overbøyelige ledd, og hudsykdommer (12).

- Den underliggende diagnosen av utviklingshemmingen kan medføre kramper eller refluxsyndrom, som begge kan være smertefulle i seg selv, men som medfører svært ubehagelige undersøkelser for å bli diagnostisert. Smertefulle prosedyrer som følge av sykdommer kan også være tannbehandling, venepunksjon, skifte av bandasjer, gastroskopi eller annet (13).
- Smerter kan også være knyttet til trykksår, sittestilling i rullestol, daglige aktiviteter som å skifte bleie, personlig hygiene, toalettbesøk og annet som kan gjøre vondt. Det må også nevnes at smerter som følge av menstruasjon også kan gi smerte og ubehag som lett kan lindres, men det krever at den er identifisert (14, 15).

Studier fra utlandet viser at voksne og eldre med utviklingshemming blir innlagt oftere på sykehus og at de har flere liggedøgn enn gjennomsnittet. En nyere studie i Norge viser at personer med utviklingshemming ikke blir lagt inn på sykehus oftere enn befolkningen for øvrig, men at antall sykehusinnleggelse går nedover etter at de har fylt 60. Antatte forklaringer på dette kan være at flere blir utredet poliklinisk, eller at tegn på sykdom ikke blir oppdaget og fulgt opp på grunn av lav helsekompetanse blant ansatte (12). Både NOU 17:2016 «På lik linje» og forskning peker på en underbruk av helsetjenester blant personer med utviklingshemming generelt, og særlig blant de eldre (18, 19). Helsetilsynets rapport: *det gjelder livet* fra 2017 viser også omfattende avvik på dette området. Dette er svært alvorlig fordi mange med utviklingshemming ikke selv kan beskrive hva som gjør vondt, hvor, når, hvordan og hva som hjelper. På grunn av utviklingshemmingen har de utfordringer med å forstå sammenhenger og beskrive endringer de opplever i egen kropp som kan være knyttet til sykdom (2).

2.2. Lindrende omsorg og behandling hos personer med utviklingshemming

Fordi personer med utviklingshemming lever lengre, øker risikoen for at de utvikler flere alvorlige sykdommer som vil kreve lindrende omsorg og behandling (20). Prinsipielt sett er det ingen forskjell i behovet for lindrende omsorg og behandling for mennesker i livets siste fase. Dette innebærer at det som er trukket fram i senere tid gjelder også for personer med utviklingshemming (for eksempel Meld. St. 29 *Morgendagens omsorg* er omsorg (2012-2013) og NOU 2017:16 «*På liv og død*» (21). Det er likevel noen ekstra utfordringer knyttet til lindrende omsorg og behandling til personer med utviklingshemming. Eksempler kan være at det er vanskelig for den syke å forstå hva som skjer, og ord som kreft og død kan virke ekstra

opprørende. For mange kan det være vanskelig å kommuniserer smerte og andre faresignal knyttet til sykdom og plager og det vil være utrygt å skifte miljø (22). I tillegg er det ofte vanskelig for omgivelsene å forstå den som er syk. Tilrettelegging, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet blir derfor særlig viktig. For de fleste innebærer det å få tilbringe livets siste fase i eget hjem, hvor de har personalet som kjenner dem godt, og som tilbyr god lindrende omsorg og behandling som samsvarer med deres egne ønsker og behov (23, 24). Det er også spesielt viktig at man har fokus på og samarbeider med de pårørende, samt sørger for et godt tverrfaglig samarbeid (24).

Flere studier har vist at helsepersonell som gir tjenestene i det daglige mangler tilstrekkelig kompetanse innen lindrende omsorg og behandling, og at helsepersonell som jobber med lindring og i palliative team vet for lite om utviklingshemming (20, 26). Selv om alvorlig sykdom og død ikke er daglig forekommende innen tjenestene til personer med utviklingshemming konkluderer en studie av Tuffrey-Wijne og kollegaer (27) med at helsepersonell som arbeider for personer med utviklingshemming må utvikle sin kompetanse i kommunikasjon og oppdagelse av symptomer (endringer i helsetilstand). Dette er ikke viktig bare for å kunne kommunisere effektivt med personen, men også for å kunne føre gode samtaler med pårørende om personens alvorlige sykdom (28). Studier viser at ulikheter og utilstrekkelig omsorg og behandling av personer med utviklingshemming kan medføre for tidlig død (25, 26).

3. Beskrivelse av prosjektet

3.1. Prosjektet hensikt og mål

Prosjektet «kompetanseheving i lindrende omsorg og behandling innenfor tjenester til personer med utviklingshemming» ble til etter at ansatte i en døgnbemannet bolig for syv personer med utviklingshemming meldte behov for kompetanseheving i lindrende omsorg og behandling. Behovet for kompetanseheving på området ble bekreftet ved gjennomgang av forskning, Helsetilsynets rapport *Det gjelder livet* (2017) og NOU 2016:17 *På lik linje*.

Hensikten med prosjektet var at personer med utviklingshemming skal få målrettede og gode tjenester når de trenger lindrende omsorg og behandling. Prosjektets overordnede mål var:

- at ansatte har økt kompetanse i å gi lindrende omsorg og behandling
- å opprette en struktur for samarbeid mellom ulike aktører som arbeider med personer med utviklingshemming og som trenger lindrende omsorg og behandling

Prosjektet er gjennomført i tre faser med tilskudd fra Helsedirektoratet fra 2016 til 2018. Underveis har det vært gjort noen omprioriteringer av tiltak på grunn av ny kunnskap om behov, samt at hele søknadsbeløpet ikke ble innvilget.

3.2. Organisering, roller og ansvar

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark (USHT) har søkt midler og stått som eier av prosjektet. I prosjektet har så har det overordnede fokuset vært:

- Fase 1. Identifisering av kompetansebehov i lindrende omsorg og behandling hos ansatte i en boenhet i Hamar kommune. Det er gjort ved en gjennomgang av journalsystem og tiltaksplaner, og gruppeintervju med ansatte. Det ble gjort et valg av verktøy for systematisk kartlegging av smerte.
- Fase 2. Det ble gitt grunnleggende opplæring i lindrende omsorg og behandling med fokus på smertekartlegging og bedømming med bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID2. Etterfulgt av utprøving av MOBID2. Evaluering av utprøvingen, samt utvikling av opplæringshefte og prosedyre for smertekartlegging.
- Fase 3. Videreutvikling av opplæringsmateriell. Produserte filmer om smerter og smertekartlegging ved bruk av MOBID2, og et e-læringskurs. Etablering av fagnettverk for ansatte i bofellesskap i Hedmark.

I første del av fase 1 ble det innleid prosjektmedarbeider (sykepleier Line Lund) som gjennomførte kartlegging, intervjuer og analyser i tett samarbeid med Reidun Hov (prosjektveileder). Etter dette ble det engasjert egen prosjektleder, men denne sluttet etter kort tid. Deretter ble Rikke Anita Torgersen engasjert som prosjektleder. Hun har koordinert arbeidet og hatt hovedansvaret for gjennomføring av tiltak (fase 2 og 3) i samarbeid med Reidun Hov.

I påvente av prosjektleder ble det ikke etablert prosjekt- og arbeidsgrupper i 2016, men mulige medlemmer ble forespurt og bekreftet. Første møte ble avholdt mai 2017. I løpet av de tre prosjektfasene har det vært noen suppleringer og utskiftninger i gruppene. Da prosjektet ble utvidet til flere kommuner ble ansatte fra disse kommunene med, i tillegg var det utskiftninger på grunn av behovet for annen for kompetanse, noen byttet jobb underveis eller hadde av andre årsaker ikke lenger mulighet til å delta. Prosjektleder og prosjektveileder har deltatt i alle grupper (vedlegg 1: oversikt over deltakere i prosjekt- og arbeidsgrupper). Arbeidsgruppene og prosjektgruppen har bidratt med innspill, utvikling og testing av materialet. Vi har hatt kontakt

med andre fagpersoner ved behov. Totalt har cirka 60 ansatte som har vært målgruppen for prosjektet vært involvert i opplæring, utprøving og evalueringsprosesser.

3.3. Prosjektfasene

3.4. Fase 1

3.4.1. Identifisering av behov

Første fase ble gjennomført i Hamar kommune i en boenhet for syv eldre personer med utviklingshemming, hvorav seks hadde en mulig demenslidelse. Ved prosjektets oppstart (2016) ble beboernes tiltaksplaner gjennomgått. Disse viste behov for mer systematisk dokumentasjon og oppfølging. I tillegg ble det gjennomført intervju av 13 ansatte med fokus på deres kompetansebehov innen lindrende omsorg og behandling. Resultatene viste at de ansatte hadde lite erfaring med lindrende omsorg og behandling, og at de blant annet trengte mer kunnskap om enkel sykdomslære, behandling, medisiner, lindrende omsorg og behandling generelt, terminal omsorg og verktøy for å mestre egne reaksjoner. Det var spesielt behov for å få styrket kompetanse innen kartlegging, identifisering, lindring og dokumentasjon av smerter. Det ble også uttrykt behov for å utvikle strukturer for samarbeid, særlig med den enkelte beboers fastlege.

3.4.2. Valg av verktøy

En utfordring hos personer med utviklingshemming er at bedømming og behandling av smerter vil være komplisert, og godt samarbeid med blant andre fastlege og pleiere vil være en forutsetning for riktig diagnostisering og behandling. Et strukturert smertevurderingsverktøy kan være en god støtte i samarbeid og hjelpe omsorgsgivere til å skille mellom adferd som skyldes smerte fra adferd forårsaket av utviklingshemmingen eller situasjonen. Å ta i bruk slike verktøy kan redusere faren for feil behandling, eller at smerte ikke blir avdekket og lindret. Det kan også redusere faren for at alvorlige sykdommer blir oppdaget sent eller ikke i det hele tatt. Fravær av slike verktøy (hjelpemidler) kan hindrer lik tilgang på helsetjenester (23).

En gjennomgang av ulike verktøy for smertekartlegging av viste at det finnes få verktøy som er testet og validert til bruk hos personer med utviklingshemming. Vi fant to verktøy som er beregnet på og validert for personer med utviklingshemming: [CPS-NAID](#) (for voksne uten talespråk) og [NCCPC-R](#) (for barn uten talespråk). Begge inneholder mange sjekkpunkter som kan avdekke smerter, men de gir for eksempel ikke svar på hvor i kroppen smerten befinner seg. [Pediatrik smerteprofil](#) er utviklet for å kunne observere og vurdere smerteatferd og smerte

hos barn med alvorlige neurologiske funksjonsnedsettelse. Verktøyet er utviklet med særlig tanke på de som ikke er i stand til å fortelle om sine smerteopplevelser gjennom tale. Pediatrisk smerteprofil er svært omfattende. En ulempe med det kan være at det blir for tidskrevende og det kan være fare for at å bruke det kan bli nedprioritert i hverdagen.

I dette prosjektet ble det besluttet at det skulle gjennomføres utprøving av smertekartleggingsverktøyet Mobilisation - Observation - Behaviour - Intensity – Dementia - [MOBID2](#). Dette verktøyet ble utviklet og validert for kartlegging av smerter hos personer med demens og kognitiv svikt, og målet er å sikre kompetent smertevurdering og smertebehandling hos personer som selv ikke kan uttrykke smerte på en adekvat måte. Dette er, så langt vi vet, det eneste verktøyet i bruk som systematisk omfatter hele kroppen for å kartlegge lokalisasjon og intensitet gjennom observasjon og ved at helsepersonell leder personen gjennom ulike øvelser. Det er viktig at eventuell smerteatferd kartlegges under mobilisering av hele kroppen, da det er sannsynlig at skadeområder bevisst holdes i ro for å begrense smerte. Verktøyet er også enkelt å bruke og egner seg til bruk som en del av de daglige rutine. Før dette verktøyet ble valgt ble det innhentet erfaringer fra prosjekter med innføring av MOBID2 i Trysil kommune og Nedre Eiker gjennom møter og studiebesøk.

3.5. Fase 2

3.5.1. Opplæring og utprøving

I andre fase ble den ovennevnte boenheten fase en valgt ut til et pilotprosjekt. Som en del av pilotprosjektet ble det gjennomført et kurs på tre timer for ansatte i boenheten (vedlegg 2). Temaer ble valgt ut basert på resultatene fra intervjuene og omfattet lindrende omsorg og behandling generelt, smerter, smertekartlegging med bruk av MOBID2 og smertelindring. Kurset ble holdt av USHT og kreftkoordinator i Hamar. 26 ansatte, fordelt på to grupper deltok på kurset.

Det ble utpekt to superbrukere som fikk ekstra opplæring for å kunne veilede og følge opp de andre ansatte Superbrukerne utarbeidet, med veiledning fra prosjektleder, rutiner for bruk av MOBID2 på sin avdeling. Etter dette startet utprøvingen med MOBID2. For at ansatte skulle lære seg å bruke MOBID2 ble kartleggingene gjennomført til fastsatte tider, og i utprøvsperioden var det hyppigere enn det som er anbefalt. I tillegg ble MOBID2 benyttet ved behov, utenom de oppsatte tidspunktene. Det ble innhentet samtykke fra pårørende/verge før utprøvingen startet, og det ble lagt vekt på at dette skulle komme beboeren til gode og ikke

oppleves som en ekstra belastning for dem. Rutinene som ble utarbeide for bruk av MOBID2 ble tilpasset hver enkelt beboer. Dette ble blant annet gjort for å sikre lik praksis, der det motsatte ville være lite hensiktsmessig for tjenestemottakeren. I noen tilfeller var det behov for å tilpasse fremgangsmåtene som er beskrevet på MOBID2-skjemaet og da var det viktig at alle ansatte fikk informasjon om det og hva som ville være en alternativ fremgangsmåte som fortsatt vil være gyldig kartlegging. For eksempel så er det unaturlig å lede en person fra ene til andre siden i en seng, når personen har god fysisk funksjon og ikke har behov for bistand til å komme seg ut av sengen. Da kan et alternativ være å be personen snu seg på egenhånd og observere dette, eller observere denne type bevegelse på en annen måte som ikke innebærer en seng (må avklares med sykepleier og/eller lege).

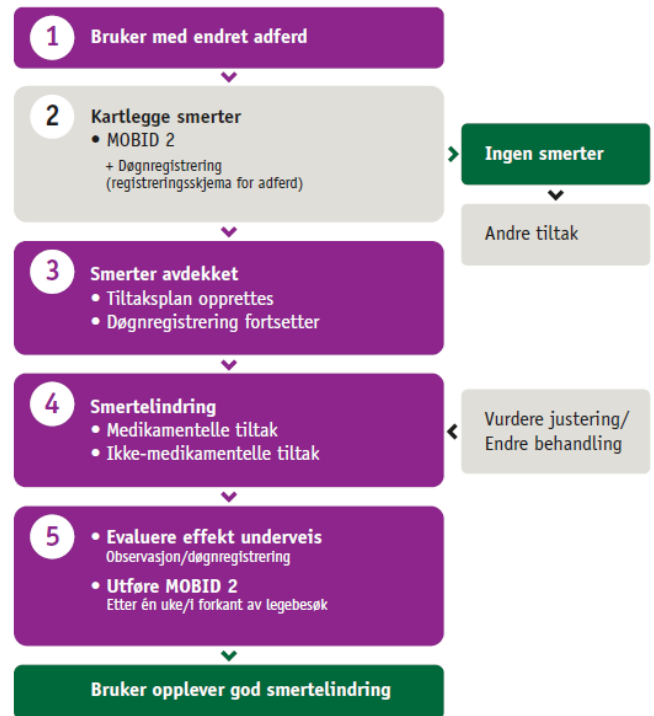
Utprøvingen ble evaluert gjennom intervjuer av ansatte (n=12) og evalueringsskjemaer (n= 11). For å kunne sammenligne resultater fra prosjektet i Nedre Eiker ble evalueringsskjemaet som ble benyttet der også tatt i bruk i dette prosjektet. Evalueringresultatene etter pilotprosjektet viste at gjennom bruk av MOBID2 ble det avdekket smerter hos tjenestemottakere der det ikke tidligere var oppdaget, men også at tjenestemottakere som fikk smertestillende fast ikke lenger hadde behov for dette. De ansatte uttrykte at de hadde fått styrket sin kompetanse og bevissthet innen lindrende omsorg og behandling, med spesielt fokus på smerter og at det hadde bruken av MOBID2 hadde gjort det enklere å kommunisere med hverandre og fastlegene om dette. De mente at MOBID2 er et hensiktsmessig verktøy å bruke hos personer med utviklingshemming, men at det var nødvendig med noen justeringer/tilpasninger.

Pilotprosjektet ble utvidet til å omfatte flere boliger i Hamar og Ringsaker, totalt deltok ansatte fra 20 boliger i de to kommunene med til sammen 50 personer på neste runde med kurs og opplæring. I hver av disse boligene ble det valgt ut to beboere som de ansatte mente at det ville være hensiktsmessig å benytte MOBID2 hos. Det ble innhentet samtykke fra pårørende/verge. Etter utprøvsperioden (tre måneder) fikk alle ansatte som deltok på kurs samme evalueringsskjema som ble brukt i første del av pilotprosjektet. Svarprosenten var lav (n=17). Ledere og ansatte ble i tillegg invitert til et møte for å dele erfaringer med bruk av MOBID2. Tilbakemeldingene fra møtet og evalueringsskjemaene, bekreftet resultatene fra første utprøving. Det var konkrete eksempler på uoppdaget smerte som kunne behandles. Andre fikk tilpasset allerede igangsatt behandling. Samarbeidet med fastlege ble også styrket, noe som blant annet førte til henvisninger til spesialist.

3.5.2. Prosedyre

I tillegg til at de ansatte får god opplæring viser erfaringen fra prosjektet at det er viktig at både kartlegging og opplæring settes i system. I kommunene hvor pilotprosjekt ble gjennomført utarbeidet vi et forslag til en prosedyre for smertekartlegging som kunne legges inn i kvalitetssystemet. Denne kunne kommunen selv videreutvikle og tilpasse sine tjenester. Som en del av prosedyren videreutviklet vi flytskjema, etter inspirasjon fra Trysil kommune (se bilde). I tillegg ønsket de ansatte at MOBID2 skulle gjøres tilgjengelig i journalsystemet og knyttes opp mot tiltaksplan for hver enkelt beboer, derfor ble de ansvarlige for journalsystemene kontaktet med forespørsel om å gjøre dette.

Smertelindring hos personer med utviklingshemming (USHT Hedmark 2017).



3.5.3. Opplæringshefte

I prosjekt har det blitt utarbeidet et [opplæringshefte](#) i lindrende omsorg og behandling til personer med utviklingshemming. Heftet var på høring hos prosjekt – og arbeidsgruppens medlemmer, og det ble prøvd ut av en gruppe ansatte fra en bolig. Det ble gjort justeringer og endringer etter tilbakemeldingene fra disse før heftet ble gjort offentlig tilgjengelig.

Målet med heftet er at både faglært og ufaglært helsepersonell som jobber innen tjenesten for personer med utviklingshemming skal få økt sin kompetanse innen lindrende omsorg og behandling. Det er primært boligpersonell som er hovedmålgruppen. Men det er også tema som kan være aktuelt for andre ansatte innen helse og omsorgstjenestene i kommunene eller spesialisthelsetjenesten. Inspirasjon for arbeidet er hentet fra:

- *Digitale opplæringspakken i lindrende omsorg og behandling* som er utarbeidet ved Høgskolen i Innlandet på oppdrag fra Helsedirektoratet
- *Lindringens ABC*, som er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse (27),
- *13 Europeiske standardnormer for lindrende omsorg* (EAPCs White Paper) (28).

Heftet inneholder grunnleggende informasjon om hva lindrende omsorg og behandling er og hvordan den kan gis. Det faglige innholdet i heftet er delt inn ni moduler:

1. helsetjenester til personer med utviklingshemming,
2. grader av utviklingshemming,
3. alvorlig sykdom,
4. lover, rettigheter og etiske betraktninger,
5. lindrende omsorg og behandling,
6. symptomer og symptomlindring,
7. fra tiltaksplan til palliativ plan,
8. avskjedsritualer,
9. oppfølging av personalgruppen

Hver enkelt ansatt kan tilegne seg stoffet på egenhånd ved å lese, følge de fordypende linkene og gjennomgå refleksjonsspørsmålene. Et godt tips er også å lage seg en liten refleksjonsbok og skrive ned sine tanker, opplevelser og spørsmål for hver del som gjennomgås. Disse kan trekkes fram i fagsamlinger på jobben eller når den enkelte jobber seg videre gjennom materialet.

Det kan også legges opp til at ansatte kan samarbeide og gå igjennom temaene i gruppe. Erfaringsmessig gir det best faglig utbytte når gruppene er tverrfaglig sammensatt. Dette kan også bidra til å styrke fellesskapskulturen på arbeidsplassen. Det kan være lurt å peke ut en ansvarlig som gruppeleder, som organiserer arbeidet i gruppene, som setter opp møtetider og hvilket kapittel/delkapittel som skal gjennomgås. Det må forventes at hver enkelt møter forberedt til samlingen i gruppen.

3.5.4. Felles fastlege

Som en del av gruppeintervjuene i fase 1 ble det avdekket at de tjenestemottakere og ansatte opplevde samarbeid og kommunikasjon med fastlege som utfordrende, inkludert å få til oppmøte på fastlegekontoret med noen av tjenestemottakerne. Over en periode på seks uker ble derfor all kommunikasjon med fastlegene til tjenestemottakerne i en boenhet kartlagt (boenheten fra første del av pilotprosjektet). De ansatte rapporterte at kartleggingsperioden hadde vært spesielt rolig. Likevel viste resultatene at ansatte hadde brukt over fire timer på kommunikasjon med lege (telefon og e-link), ni timer på legebesøk og drøyt to timer til undersøkelser (blodprøver etc.) i boligen. Selv om dette var en enkel kartlegging viste resultatet

en indikasjon på at behovet for legeoppfølging per tjenestemottaker i løpet av en måned er på drøyt 1 ½ time. De ansatte uttrykte behov for å styrke den medisinske oppfølgingen fra fastlege til tjenestemottakerne og mente at faste hjemmebesøk av fastlege kunne bidra til en tryggere hverdag for både tjenestemottakere og ansatte. Det ble derfor arrangert møte med leder ved boligen og en fastlege i kommunen som var spesielt dedikert for å følge opp personer med utviklingshemming. Lederen har ført arbeidet videre, blant annet for å avklare med verge/pårørende hvorvidt de ønsker at beboerne skal ha én felles fastlege.

3.6. Fase 3

3.6.1. Opplæringsfilmer

For å styrke personalets kompetanse om smerter og smertekartlegging har det i prosjektet blitt laget opplæringsmateriell i form av filmer. Filmene har blitt utviklet etter innspill og problemstillinger som er trukket frem av de ansatte som har vært involvert i prosjektet. Filmene er utviklet og produsert i samarbeid med Aldring og helse, som også har bidratt med tilskudd på kr 30 000 til innspilling, redigering og annet etterarbeid av filmene. Høgskulen på Vestlandet (HVL) har også vært samarbeidspartner på denne delen av prosjektet. I tillegg har det også vært med representanter fra arbeid- og aktivitetssenteret for personer med utviklingshemming i Hamar kommune. De jobber med ulike medieprosjekter, og produserer forestillinger innen musikk og teater. Det var to skuespillere med ledsagere som deltok.

Opplæringsfilmene og annen informasjon om smerter og smertekartlegging er publisert på en egen [temaside](#) på nettsiden til aldring og helse. Hovedfilmen omhandler bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID2, og er delt i fire deler:

- Del 1: introduksjon til hva MOBID2 er, og refleksjoner om bruk av MOBID2
- Del 2: forklarer hvordan man bruker side 1 på MOBID2-skjemaet
- Del 3: forklarer hvordan man bruker side 2 på MOBID2-skjemaet
- Del 4: anbefalinger for bruk av MOBID2.

I tillegg har vi spilt inn en forelesning om smerter, samt laget ti korte filmer med svar på de vanligste spørsmålene som stilles om smerter og bruk av MOBID2.



3.6.2. E-læringskurs

Innholdet i opplæringsheftet som ble skrevet i fase to av prosjektet er videreutviklet og tilpasset til et e-læringskurs om lindrende omsorg og behandling til personer med utviklingshemming. E-læringskurset er utviklet i samarbeid med reklamebyrået Ferskvann på Hamar. Gjennom pedagog, tekstforfatter, grafisk designer og programutvikler i sin stab har de hatt ansvar for å visualisere og digitalisere innholdet slik at det til slutt kunne publiseres på KS-læring. Dette innebærer at det er tilgjengelig for kommunalt ansatte i hele landet. Det ble også inngått samarbeid med fotografen Lars Martin Bøe som tok bilder til bruk i e-læringskurset. egne bilder I dette arbeidet deltok også skuespillere og ledsagere fra arbeid- og aktivitetssenteret i Hamar kommune på (de samme som deltok i filmer om MOBID2).

E-læringskurset består hovedsakelig av animasjonsfilmer, men det er også bygd opp slik at den som tar kurset kan følge linker til annet fagstoff for å kunne fordype seg i temaene. Dette samsvarer med innspill vi har fått med ønske om variasjon i hvordan fagstoffet presenteres. Kurset består av seks moduler som hver er inndelt i tre kapitler.

Modulene i e-læringskurset omfatter:

1. Helse og sykdom hos personer med utviklingshemming
2. Lover, rettigheter og etiske betraktninger
3. Lindrende omsorg og behandling
4. Symptomer og symptomlindring
5. Fra tiltaksplan til palliativ plan
6. Avskjedsritualer, sorg og oppfølging

Arbeidet med e-læringskurset har vært organisert i en egen arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen tilknyttet dette tiltaket bestod av ansatte fra bofelleskap (hjelpepleier og vernepleier), kreftkoordinator og en IT-konsulent i tillegg til prosjektleder og prosjektveileder. Arbeidsgruppen har bidratt med å revidere innholdet i opplæringsheftet og å utvikle e-

læringskurset. Underveis er det innhentet tilbakemeldinger fra de andre arbeidsgruppene og prosjektgruppen tilknyttet prosjektet (inkludert brukerrepresentant), noe som til sammen sikrer god bredde i tilbakemeldingene før e-læringskurset ble publisert.

3.6.3. Fagnettverk

I 2019 ble det som en del av prosjektet etablerte et fagnettverk for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming i kommunene i Hedmark. Nettverket skal arbeide med å sikre kunnskapsbasert praksis, samt å utveksle og utvikle kompetanse på tvers av kommunegrensene. Det ble arrangert en oppstartskonferanse i mars 2019. 18 av alle 22 kommuner i Hedmark meldte seg på med to til fire faste deltakere som skal være faste deltakere i nettverket. På oppstartskonferansen deltok også ledere fra hver kommune. Program for oppstartskonferansen var en kombinasjon av faglig innhold og en workshop hvor det ble lagt vekt på medvirkning og kartlegging av behovene til de enkelte kommuner. De ble blant annet utfordret til å si noe om hva de er gode på, og hva de trenger å bli bedre på. Dette brukes som utgangspunkt for tema på de neste fagnettverkstreffene. Andre nettverkstreff ble avholdt i september 2019, hvor vi avtalte februar 2020 for et tredje nettverkstreff.

Det er ble i forkant av oppstartskonferansen innhentet informasjon om behov, samt erfaringer om form og drift av andre fagnettverk. Hvordan nettverket skal driftes videre og hva som skal være innholdet, utover at USHT tar ansvar for koordinering, er opp til kommunene som deltar.

Til orientering er det som en del av nytt prosjekt fra og med 2019 inngått et samarbeid med USHT Oppland for blant annet å etablere et felles fagnettverk for hele Innlandet (Hedmark og Oppland slås sammen til nytt fylke fra 2020).

3.7. Spredningsarbeid

Resultatene fra prosjektet har blitt publisert og spredd via flere kanaler. I tillegg til å benytte de kanalene utviklingscenteret har lokalt og sentralt (nettsider og facebook) har prosjektet fått publisitet gjennom flere nettsaker om prosjektet hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og hos Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).

Prosjektet har blitt omtalt i et intervju med prosjektleder og prosjektveileder i «[Samfunn for alle](#)», medlemsbladet til Norsk forbund for utviklingshemmede.

Det ble også publisert reportasjer i [lokalavisen](#) og hos [Aldring og helse](#) da vi arrangerte premierefest i forbindelse med lansering av filmene om smertekartlegging.

I 2018 ble det skrevet en kronikk om tematikken til prosjektet, «*Svikter vi der ansvaret vårt er størst?*». Kronikken ble publisert på [forskning.no](#), og er skrevet av Reidun Sandvik (Høgskulen på Vestlandet og Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB), Reidun Hov (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark og Høgskolen i Innlandet) Stine Skorpen (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse) og Rikke Torgersen (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark).

Prosjektet og resultater fra prosjektet har blir presentert på fagdager og konferanser:

- Omsorgsforskningskonferansen, Gardermoen 2018. Arrangør: Senter for omsorgsforskning
- Demensdagene. Oslo, 2018. Arrangør: Aldring og helse
- Rehabiliteringskonferanse 2019, Ringsaker. Arrangør: Sykehus Innlandet
- Fagnettverkstreff for ansatte innen tjenesten til mennesker med utviklingshemming i Hedmark 2019. Arrangør: Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark
- Utviklingscenteret i Hedmark sin nettverkskonferanse. Elverum, 2019. Arrangør: Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark
- Konferanse arrangert for og av nettverk for sykepleiere innen palliasjon, Sundvolden 2019.
- Fagdag i etikknettverk for helse og omsorgstjenestene i Hedmark, Ringsaker 2019. Arrangør: KS – samarbeid om etisk kompetanseheving
- Konferanse om tjenester til personer med utviklingshemming, Lillehammer 2019. Arrangør: Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester Oppland og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming
- Personalsamling for alle ansatte i Habiliteringstjenesten i Sykehus Innlandet, Gjøvik 2019. Arrangør: Sykehus Innlandet

4. Avslutning

Resultatene fra pilotprosjektet viste at de ansatte hadde behov for økt kompetanse innen lindrende omsorg og behandling generelt, med spesielt fokus på å kunne skille smerte fra andre lidelser/symptomer. Videre viste utprøving av smertekartleggingsverktøyet MOBID2 at det, med visse tilpasninger av fremgangsmåter, egnet seg godt til kartlegging av smerte hos personer med utviklingshemming. Det er en forutsetning at de ansatte får god opplæring og veiledning i å bruke kartleggingsverktøyet. Økt fagkunnskap skaper også trygghet. Derfor har utforming av opplæringsmateriell og prosedyrer vært en viktig del av prosjektet. Opplæringsmaterialet som har blitt utviklet bidrar med viktig kunnskap på et området hvor det er stor etterspørsel og behov for kompetanseheving. Økt kompetanse bidrar til en styrking av tjenestene og et bedre tilbud for tjenestemottakerne.

5. Referanser

1. WHO. Definition: intellectual disability: World Health Organization; 2017 [Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>].
2. Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming. Nasjonalt kompetanse miljø om utviklingshemming, <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>
3. SSB. Statistikkområde Befolkning. 2016.
4. Westerberg T.H. *Eldre personer med utviklingshemming*. En nasjonal kartlegging av botilbud og forekomsten av demens- og kreftsykdommer. Rapport. Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse. 2013.
5. McGuire BE, Defrin R. Pain perception in people with Down syndrome: a synthesis of clinical and experimental research. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2015;9:194.
6. Defrin R, Amanzio M, de Tommaso M, Dimova V, Filipovic S, Finn DP, et al. Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science. *Pain*. 2015;156(8):1396-408.
7. Steinsland T. Erfaringer fra et prosjekt i Ørskog. *Innlegg på en konferanse om: Funksjonshemming og aldring*. Biografiske/selvbiografiske og kvalitative tilnæringer. Voksenåsen, Oslo. 17-18 september 2001.
8. Heslop P., Blair P. S., Fleming P., Hoghton M., Marriott A., & Russ L. The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *The Lancet*, 2014; 383(9920)889-895.
9. Bittles A. H., Petterson B. A., Sullivan S. G., Hussain R., Glasson E. J., & Montgomery P. D. The influence of intellectual disability on life expectancy. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2002; 57(7) M470-M472.
10. Larsen F.K. Personer med utviklingshemming og demens. I: A.M.M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens, møte og samhandling*. 1. utg. 2008; s. 277-301. Oslo: Akribe A.S.

11. Holden B., Gitlesen J.P., Vikin G. Ein studie av aldring hos personar med Downs syndrom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2007; 44(3)261-264.
12. Skorpen S., Nicolaisen M., Langballe E.M. Hospitalisation in adults with intellectual disabilities compared with the general population in Norway. *Journal of Intellectual Disability Research*. Early View (Online Version of Record published before inclusion in an issue). Article first published online: 24 FEB 2016. DOI: 10.1111/jir.12255
13. Carr EG, Owen-Deschryver JS. Physical illness, pain, and problem behavior in minimally verbal people with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(3):413-24.
14. Walsh M, Morrison TG, McGuire BE. Chronic pain in adults with an intellectual disability: prevalence, impact, and health service use based on caregiver report. *Pain*. 2011;152(9):1951-7.
15. Weissman-Fogel I, Roth A, Natan-Raav K, Lotan M. Pain experience of adults with intellectual disabilities - caregiver reports. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015;59(10):914-24.
16. Defrin R, Pick CG, Peretz C, Carmeli E. A quantitative somatosensory testing of pain threshold in individuals with mental retardation. *Pain*. 2004;108(1-2):58-66.
17. Yasuda Y, Hashimoto R, Nakae A, Kang H, Ohi K, Yamamori H, et al. Sensory cognitive abnormalities of pain in autism spectrum disorder: A case-control study. *Annals of General Psychiatry*. 2016;15 (1) (no pagination)(8).
18. NOU. *På lik linje: Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet, 2016:17.
19. Langballe EM, Skorpen S, Larsen FK, Engeland J, Kristiansen L, Kirkevold O, et al. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: Tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2017;137(14-15).
20. Tufreij-Wijne I. The palliative care needs of people with intellectual disabilities: A literature review. *Palliative Medicine*, 2003; 17(1)55-62.
21. Meld.St.29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse - og Omsorgsdepartementet.

22. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*. 2011;12(4):230-50.
23. Skorpen, S. Kreft hos voksne og eldre personer med utviklingshemming. Tønsberg: Aldring og helse; 2009
24. Helsedirektoratet. Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt. Å skape liv til dagene. Rapport IS-2278. Oslo; 2015
25. Tuffrey-Wijne I. A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliative Medicine*. 2013;27(1):5-12.
26. Ryan K., McEvoy J., Guerin S., Dodd P. An exploration of the experience, confidence and attitude of staff to the provision of palliative care to people with intellectual disabilities. *Palliative Medicine*, 2010; 24, 566-572.
27. Tuffrey-Wijne I, Hollins S., Curfs L. Supporting patients who have intellectual disabilities: a survey investigating staff training needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 2005; 11(4)182–182.
28. Dunkley S. & Sales R. The challenges of providing palliative care for people with intellectual disabilities: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 2014; 20, 279-284.
27. Steigen, A (2017) Lindringens ABC. Aldring og Helse. Nasjonalt kompetansesenter. <http://www.aldringoghelse.no/file/bokkatalog/om-lindringens-abc.pdf>
28. European Association for Palliative Care (2015) *Consensus Norms for Palliative Care of People with intellectual disabilities in Europe (EAPC White Paper)*. Taskforce on people with intellectual disabilities.

6. Vedlegg

Vedlegg 1: Deltakere i prosjekt- og arbeidsgrupper

Prosjektgruppe (styringsgruppe)

- Anne Grethe Skaug, pårørende og brukerrepresentant
- Merethe Johnstad, pårørende og brukerrepresentant
- Stine Skorpen, fagkonsulent, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse
- Reidun Sandvik, førsteamanuensis, institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet
- Iren Nygård Pedersen, kreftkoordinator, Trysil kommune
- Bente Tålesen, avdelingsleder, Ringsaker kommune
- Bente Ødegaard Kjøs (etter hvert Irene Røen), leder USHT
- Reidun Hov, prosjektveileder, USHT
- Rikke Torgersen, prosjekt leder USHT

Arbeidsgruppe fase 1 og 2

- Marte-Lill Solstad, kreftkoordinator i Hamar kommune
- Randi Iren Rosenberg, helsefagarbeider, Hamar kommune
- Hege Eriksen, sykepleier, Hamar kommune
- Line Lundberg, spesialsykepleier, Hamar kommune
- Stine Spangen, avdelingsleder, Hamar kommune
- Anbjørg Windju, brukerrepresentant og pårørende

Arbeidsgrupper fase 3

Arbeidsgruppe for film MOBID2:

- Stine Skorpen, fagkonsulent, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring&helse
- Reidun Sandvik, førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet
- Reidun Hov, prosjektveileder, USHT
- Rikke Torgersen, prosjekt leder USHT
- Solvår Schjerpen, skuespiller, dagsenter
- Anne Lise Østvang, skuespiller
- Linda Westlie Dufseth, ledsager fra dagsenter

Arbeidsgruppe for å etablere fagnettverk:

- Ina Øyan, fagkonsulent, Hamar kommune
- Wenche Wollum, avdelingsleder, Ringsaker kommune
- Liv Merete Brattlie, vernepleier, Grue kommune
- Irene Hansen, rådgiver, fylkesmannen i Hedmark
- Jane Sveen, fagansvar demens/aldring, Habiliteringstjenesten i Hedmark

Arbeidsgruppe for e-læringskurs:

- Kristin Elisabeth Kristoffersen, vernepleier, Hamar kommune
- Heidi Nordsveen, kreftkoordinator, Ringsaker kommune
- Randi Iren Rosenberg, helsefagarbeider, Hamar kommune
- Gunhild Smedås, IT-konsulent, USHT
- Cathrine Nilsen, prosjektleder, reklamebyrået Ferskvann

Vedlegg 2: 3 timers kurs i grunnleggende lindrende omsorg og behandling

Kurs: lindrende omsorg og behandling

I forbindelse med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark (USHT) sitt prosjekt om lindrende omsorg og behandling til personer med utviklingshemming inviteres ansatte i Ringsaker kommune til kurs i lindrende omsorg og behandling med spesielt fokus på smerter og smertekartlegging. Det vil også bli praktisk øving i bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID-2.

Tid: Mandag 6. november
Gruppe 1: kl. 08.30 til 11.30
Gruppe 2: kl. 12.00 til 15.00

Sted: Administrasjonsbygget på Sund, 2. etasje

Program

Informasjon om prosjektet

Reidun Hov og Rikke Torgersen (USHT)

Utviklingshemming

Rikke

Lindrende omsorg og behandling

Symptomer og smerter

Heidi Nordsveen, kreftkoordinator i Ringsaker kommune

Smerter og aldring hos personer med utviklingshemming

Reidun og Rikke

Pause

Mobid-2, hva det er og hvordan vi skal bruke det

Reidun og Rikke

Vi prøver ut skjemaet, øver på hverandre

Oppsummering og veien videre



Det blir servert drikke og frukt.

Velkommen!

Rikke Torgersen
Prosjektleder ved USHT
Tlf: 414 08 563 / 932 53 907

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark, Hamar Kommune

Ankerskogvegen 7

2319 Hamar

Telefon: 906 52 165

E-post: utviklingssenter@hamar.kommune.no

www.hamar.kommune.no/utviklingssenter

www.utviklingssenter.no