

Redaktør Anne Marie Mork Rokstad

Bedre hverdag for personer med demens

Utviklingsprogram for miljøbehandling
Demensplan 2015

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Bedre hverdag for personer med demens

Utviklingsprogram for miljøbehandling

Demensplan 2015

*Redaktør
Anne Marie Mork Rokstad*

Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
2012

© Forlaget Aldring og helse, 2012

Omslag: BK Grafisk, Tove Aasrum

ISBN: 978-82-8061-747-7 (PDF)



Aldring og helse

Forlaget

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Forord

På oppdrag av Helsedirektoratet ble det i perioden 2009 – 2011 gjennomført et nasjonalt utviklingsprogram for miljøbehandling (Miljøprogrammet) som en del av Demensplan 2015. Ansvarlig for arbeidet var et konsortium bestående av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehus Innlandet HF. Hovedmålsettingen med miljøprogrammet var å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens, kan bedres. Ulike metoder ble prøvd ut i en rekke utviklingsprosjekter. En felles overbygning for de metoder som ble brukt i programmet var personsentrert omsorg, et verdigrunnlag som er bredt anbefalt innen demensomsorgen. Miljøprogrammet besto av fem delprosjekter:

- Utpøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen)
- Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentrert omsorg
- Strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå
- Marte Meo praktikerutdanning
- Etablering av fagnettverk innen miljøbehandling
- Kartlegging av kompetansemiljøer og metoder som er i bruk i praksis

Medlemmene i konsortiet har hatt ansvar for ulike delprosjekter og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, ved prosjektkoordinator Anne Marie Mork Rokstad, har hatt ansvar for koordinering av programmet. Vi takker ledelsen ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehus Innlandet HF, for et godt og konstruktivt samarbeid i gjennomføringen.

En spesiell takk til prosjektlederne for de ulike prosjektene som også har beskrevet erfaringene i denne rapporten. Torbjørg Ferman ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, har hatt ansvar for å kartlegge kompetansemiljøer og hvilke metoder som er i bruk i praksis. Marianne Skram og Laila Helland ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, har stått for prosjektet med etablering av fagnettverk innen miljøbehandling.

Linn-Heidi Lunde, Marianne Munch og Marianne Skram ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, har vært ansvarlig for prosjektet om Marte Meo praktikerutdanning. Irene Røen og Marit Sund Storlien ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehus Innlandet HF, har prøvd ut et Strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå i sitt prosjekt. Marit Mjørud, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, har gjennomført prosjektet om utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen). Anne Marie Mork Rokstad har vært ansvarlig for prosjektet om bruk av Dementia Care Mapping som metode for å utvikle personsentrert demensomsorg. Hun har i tillegg vært redaktør for rapporten og vært ansvarlig for innledende og avsluttende kapitler. Takk til dere alle for god faglig innsats og godt samarbeid som har gjort det mulig å gjennomføre oppdraget.

Takk også til Helsedirektoratet for muligheten til å gjennomføre utviklingsprogrammet. Vi håper og tror at det arbeidet som er gjennomført skal være et viktig bidrag i utviklingen av gode tilbud for personer med demens i årene framover og ser fram til å delta i videreføring og implementering.

Vi håper rapporten leses av helsepersonell, administratorer og beslutningstakere både i kommune- og spesialisthelsetjeneste og at de anbefalinger som er gitt vil komme til nytte i videre utvikling av kvalitetsmessig god tilbud for personer med demens.

Tønsberg/Oslo, august 2012

Knut Engedal
Professor dr. med.
Fag- og forskningssjef

Arnfinn Eek
Psykologspesialist
Daglig leder

Redaktørens forord

Utviklingsprogrammet for miljøbehandling til personer med demens er et av satsingsområdene i Demensplan 2015. Det treårige programmet har bestått av seks delprosjekter og er gjennomført i regi av NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Sistnevnte organisasjon har hatt ansvar for koordinering og administrering av programmet. Målsettingen med programmet har vært å utvikle og videreformidle kunnskap om miljøbehandling gjennom innhenting av erfaringer fra utviklingsprosjekter og kartlegging av status på dette området.

I denne oppsummerende rapporten gis en innføring i hva som ligger i begrepet miljøbehandling. Videre presenteres delprosjektene med metode, evaluering og oppsummeringer av hovederfaringer og videre anbefalinger. Prosjektledere og prosjektmedarbeidere fra de ulike satsingsområdene har hatt årlige samlinger for å dele og drøfte erfaringer og for faglig nettverksbygging. Jeg vil takke alle prosjektledere, medforfattere, medarbeidere og samarbeidspartnere som med iver og entusiasme har bidratt til gjennomføringen av programmet. Spesiell takk til det helse- og omsorgspersonell som daglig yter den nødvendige miljøbehandlingen til personer med demens og bidrar til en bedre hverdag for pasientene. Takk også til lederne på ulike nivåer i sykehjemmene som har medvirket til at dette utviklingsarbeidet har vært mulig å gjennomføre og evaluere.

I arbeidet med rapporten har jeg hatt god hjelp av redaksjonskomiteen bestående av Birger Lillesveen, Marianne Skram og Øyvind Kirkevold. Fagkonsulenter for sluttrapporten har vært Knut Engedal og Aase-Marit Nygård. Jeg er dem stor takk skyldig.

Vi håper rapporten vil være nyttig for ansatte i helse- og omsorgssektoren i kommunene samt deres ledere som har ansvar for en demensomsorg med god kvalitet som gir høy grad av trivsel og velvære for personer med demens.

Oslo, august 2012

Anne Marie Mork Rokstad
Sykepleier, master i helse- og sosialfag
Programkoordinator

Innhold

Om forfatterne

KAPITTEL 1

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Innledning	14
Utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen	14
Målsetting for utviklingsprogrammet	14
Organisering	15
Satsingsområder	16
Referanser	18

KAPITTEL 2

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Hva er miljøbehandling?	19
Hva viser tidligere studier i sykehjem?	20
Hvilke anbefalinger foreligger?	21
Personsentrert omsorg som grunnlag for miljøbehandling	24
Referanser	25

KAPITTEL 3

Forfatter: Torbjørg Fermann

Kartlegging av kompetansemiljø	28
Hva er et kompetansemiljø?	28
Målsetting	30
Organisering og gjennomføring av kartleggingen	30
Kompetansemiljøer i miljøbehandling	32
Satsingsområder, prosjekter og formidling ved identifiserte kompetansemiljøer	34
Oppsummering	45
Referanser	46

KAPITTEL 4

Forfatter: Torbjørg Fermann

Miljøbehandling i praksis	47
Miljøbehandling ved et lite sykehjem i nær kontakt med lokalmiljøet	47
Bredt tilbud om miljøbehandlingstiltak med individuell tilpasning	50
Miljøtiltak i pakt med arbeid, natur og kultur	51

Struktur for aktivitet	53
Miljøbehandling i sykehjem – metoder som er i bruk	53
Diskusjon	57
Oppsummering av hovedpunkter	60
Referanser	61

KAPITTEL 5

Forfattere: Marianne Skram og Laila Helland

Stimulering til miljøbehandling

- etablering og drift av fylkesnettverk	62
Nettverk	62
Bakgrunn for satsing på nettverk i miljøprogrammet – erfaringer fra Hordaland	64
Organisering av nettverkene i Hordaland	64
Tidligere evalueringer	65
Prosjektet	66
Arbeid med videreføring av nettverket	70
Målemetoder	70
Resultater	72
Diskusjon	79
Metodiske begrensninger	81
Anbefalinger for praksis	81
Oppsummering	83
Referanser	84

KAPITTEL 6

Forfatter: Marit Mjørud

Utprøving av VIPS - rammeverk for personsentrert omsorg	85
Hva er VIPS rammeverk?	85
Prosjektet	87
Gjennomføring av prosjektet	89
Erfaringer fra refleksjonsgruppene	90
Neste skritt – konkretisering av VIPS modellen	92
Utprøving av VIPS i fagmøter	97
Metode for evaluering	98
Resultater	100
Diskusjon	105
Metodekritikk	107
Oppsummering av prosjektet – anbefalinger	107
Referanser	107

KAPITTEL 7

Forfattere: Linn-Heidi Lunde, Marianne Munch og Marianne Skram

Marte Meo - praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens

	109
Hva er Marte Meo-metoden?	109
Metodens anvendelse	110
Det teoretiske utgangspunktet for Marte Meo-metoden	110
Elementer for funksjonsstøttende kommunikasjon	111
Hvilken effekt har Marte Meo-metoden?	112
Metodens begrensninger	112
Etiske aspekter	113
Skolering i Marte Meo-metoden	114
Prosjektet	115
Organisering	115
Gjennomføring	117
Deltakere	117
Målemetoder	118
Etikk	120
Resultater	120
Diskusjon	126
Metodiske begrensninger	129
Anbefalinger for praksis	130
Oppsummering av anbefalinger	130
Referanser	131

KAPITTEL 8

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstadd

Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg

	134
Hva er Dementia Care Mapping (DCM)?	134
Praktisk bruk av DCM	135
Tidligere forskning	135
Prosjektet	136
Organisering	137
Deltakere	137
Gjennomføring	138
Målemetoder	139
Etikk	141
Resultater	141
Diskusjon	154

Metodiske begrensninger	155
Anbefalinger for praksis	156
Oppsummering	156
Referanser	157

KAPITTEL 9

Forfattere: Irene Røen og Marit Sund Storlien

Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe- og ledelsesnivå	159
Innledning	159
Begrepsavklaring	160
Hva innebærer den strukturerte miljøbehandlingsmodellen?	160
Gundersons miljøprosesser	161
Prosjektet	162
Organisering	163
Gjennomføring	164
Implementering av miljøbehandlingsmodellen på tre nivå	164
Planer som er utarbeidet og brukes i modellen	165
Deltakere	167
Målemetoder	169
Etikk	170
Resultater	171
Diskusjon, metodiske begrensninger og oppsummering	187
Anbefalinger for praksis	189
Referanser	191

KAPITTEL 10

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Hva fremmer og hemmer utvikling av miljøbehandling til personer med demens i sykehjem?	192
Ledelse – nøkkelen til et vellykket resultat	192
Forutsigbar, men ikke fastlåst organisering og struktur ønskes	193
Alle må med for å skape en personsentrert pleiekultur	194

KAPITTEL 11

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Oppsummering av utviklingsprogrammet	196
Vedlegg til kapittel 9	198

Om forfatterne

Torbjørgh Fermann, f. 1954. Sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap og ansatt som førstelektor ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold. Hun har arbeidserfaring fra kommunehelsetjenesten som sykepleier og som leder i hjemmehaserte tjenester og institusjon. Hun har lang erfaring fra utdanningsfeltet på ulike nivå både innen ledelse, FoU-arbeid, undervisning og veiledning med aldring og eldre som fagfelt.

Laila Helland, f. 1954. Utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Bergen. Videreutdanning i Helse- og sosialadministrasjon. Arbeidet ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus i 15 år. Arbeidet 6 år klinisk i utredningsavdeling, videre som fagkonsulent/ergoterapeut i Undervisningsavdelingen, endret til FoU-avdelingen fra 2008. Har blant annet hatt koordineringsansvar for Nettverk dagtilbud og Nettverk hukommelses-/utredningsteam i Hordaland.

Linn-Heidi Lunde, f. 1959. Psykolog og spesialist i klinisk aldringspsykologi. Hun har doktorgrad i psykologisk behandling av kroniske smertetilstander hos eldre. Lunde har lang erfaring fra arbeid med eldre innenfor ulike virksomheter. Hun er autorisert Marte Meo-terapeut, og har sammen med Marianne Munch vært en av pådriverne for å utvikle Marte Meo-metoden innenfor omsorgen for personer med demens. Nå ansatt som psykologspesialist ved Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus og som førsteamanuensis i klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.

Marit Mjørud, f. 1974. Sykepleier og master i klinisk helse. Hun har jobbet flere år på sykehjem. Er nå ansatt som prosjektleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Marianne Munch, f. 1952. Geriatrisk sykepleier og har master i kliniske hjelperelasjoner. Hun har lang erfaring fra å jobbe innen demensfeltet både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hun har vært med på å starte og drive Nettverk om demens for kommunene i Hordaland og vært en pådriver for å utvikle Marte Meo-metoden innen demensomsorgen i Norge. Munch er ansatt ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Hun er Lic Marte Meo supervisor, underviser og utdanner Marte Meo-terapeuter, veiledere og supervisorer innen demensfeltet.

Anne Marie Mork Rokstad, f. 1960. Sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og master i helse- og sosialfag. Godkjent sykepleiefaglig veileder og coach. Sertifisert veileder og underviser i Dementia Care Mapping. Hun har arbeidet innen utredning og behandling ved alderspsykiatrisk sengepost og poliklinikk, hatt lederstilling på flere nivå i sykehus og drevet prosjekt knyttet til demensomsorg. Forfatter og redaktør av faglitteratur innen demens og alderspsykiatri. Nå programkoordinator for utviklingsprogram for miljøbehandling og stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Irene Røen, f. 1963. Offentlig godkjent sykepleier. Videreutdanning i Aldring og eldreomsorg. Master i klinisk helsearbeid. Arbeidserfaring som sykepleier i sykehus, hjemmebasert omsorg, aldershjem, legevakt og arbeidskoloni samt som avdelingssykepleier ved sykehjem og som geriatrisk sykepleier ved alderspsykiatrisk avdeling, enhet for utredning. Har jobbet i ulike forskningsprosjekter tilknyttet Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF siden 2005, som studiesykepleier, prosjektkoordinator og prosjektleder, nå som forskningskoordinator.

Marianne Skram, f. 1965. Psykolog og spesialist i klinisk voksenpsykologi og samfunnspsykologi. Hun har arbeidet med psykososialt arbeidsmiljø ved Universitetet i Bergen, med barn og unge i PPT og som kommunepsykolog, og med voksne i psykiatrisk poliklinikk. Har arbeidet med eldre ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus de siste fem år. Har nå etablert egen praksis med hovedvekt på psykoterapi for voksne.

Marit Sund Storlien, f. 1964. Sykepleier med videreutdanning i veiledningspedagogikk og geriatri. Masterstudent ved Lovisenberg diakonale høgskole/Diakonhjemmet høgskole (Helsetjenester til eldre). Arbeidserfaring fra ulike stillinger i kommunehelsetjenesten siden 1987 til d.d., avbrutt av 1 år ved ortopedisk avdeling og prosjektarbeid ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF. Arbeider nå som spesialsykepleier i Ringsaker kommune.

KAPITTEL 1

Innledning

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen

Våren 2008 ble det utlyst midler fra Helsedirektoratet til et treårig utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen i regi av Demensplan 2015. (Demensplan 2015 – «Den gode dagen», Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Demensplan 2015 inngår i Omsorgsplan 2015 og er en oppfølging av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). I planen skrives det at det skal iverksettes et 3-årig utviklingsprogram om miljøbehandling og miljøterapi som skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Videre skal programmet utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak og vurdere effekt og nytteverdi av ulike miljøtiltak (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Programmet hadde en økonomisk ramme på 5 millioner kroner.

Det ble etablert et konsortium bestående av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet HF, som sendte inn felles søknad. Høsten 2008 fikk de tre samarbeidspartnerne i oppdrag å gjennomføre programmet.

Målsetting for utviklingsprogrammet

Hovedmålsettinger for programmet har vært:

- Å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens kan bedres ved miljøbehandling

- Å innhente erfaringer om hvordan den enkelte personen med demens kan støttes og settes i stand til å bruke sine ressurser og på denne måten opprettholde størst mulig grad av selvstendighet så lenge som mulig
- Å redusere forekomsten av atferdsmessige og psykiske symptomer ved hjelp av målrettet miljøbehandling.

For å nå disse målene har utvikling av personalets ferdigheter til å samhandle og kommunisere med beboerne vært viktig. Implementering av gode metoder for miljøbehandling er en utfordring, og utprøving og innhenting av erfaringer ved bruk av systematiske metoder for hvordan slik implementering kan gjennomføres, har derfor vært en viktig del av programmet. Faktorer som fremmer og hemmer slik implementering er identifisert og beskrevet.

Organisering

De tre institusjonene i konsortiet, som har hatt ansvar for utviklingsprogrammet, har vært likeverdige samarbeidspartnere. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har koordinert programmet og har hatt ansvar for administreringen av økonomi og rapporterting. Faglig ansvarlig for programmet har vært professor Knut Engedal, og programkoordinator Anne Marie Mork Rokstad har hatt det løpende ansvar for koordinering og fremdrift. Det ble etablert en styringsgruppe bestående av Arnfinn Eek, daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Geir Viksund, direktør ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, senere erstattet av direktør Frode Wikne fra samme institusjon og Birger Lillesveen, leder for Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet.

Prosjektgruppen som også fungerer som redaksjonskomité for slutt-rapporten, har bestått av prosjektlederne Birger Lillesveen og Marianne Skram fra henholdsvis Sykehuset Innlandet og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, seniorforsker Øyvind Kirkevold og programkoordinator Anne Marie Mork Rokstad, begge fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

De enkelte delprosjekter er gjennomført etter oppsatt tidsplan. Prosjektledere og sentrale medarbeidere i delprosjektene har hatt tre todagers samlinger der hensikten har vært å dele erfaringer, etablere nettverk og drøfte felles utfordringer.

Satsingsområder

I dette utviklingsprogrammet er det primært fokusert på miljøbehandling til personer med demens i enheter for heldøgns omsorg og pleie, og særlig på miljøbehandling i sykehjem. Grunnen til denne avgrensingen er at utvikling av dagtilbud og avlastningsordninger er dekket av et annet utviklingsprogram i Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Programmet har bestått av flere satsingsområder som er gjennomført som seks delprosjekter.

1. Kartlegging av kompetansemiljøer og praksis

Det er foretatt en nasjonal kartlegging av kompetansemiljøer innen miljøbehandling i demensomsorgen ved spørreundersøkelse blant landets høyskoler og universitet, alderspsykiatriske enheter i spesialisthelsetjenesten, utviklingssenter for sykehjem samt regionale og kommunale kompetansesentra. Eksempler på miljøterapeutiske metoder som er i bruk, er kartlagt og basert på en spørreundersøkelse blant et utvalg av norske sykehjem.

2. Utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis

Implementering av VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg er prøvet ut i to sykehjem. Personsentrert omsorg slik det i denne sammenhengen defineres, består av de fire hovedelementer:

- Anerkjennelse av menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon (V)
- En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos det enkelte menneske (I)
- Evnen til å forstå verden sett fra pasientens perspektiv (P)
- Tilrettelegging av det sosiale miljøet på en slik måte at den enkelte beboer kan oppleve trivsel og velvære (S).

3. Bruk av Dementia Care Mapping for utvikling av personsentrert omsorg

Systematisk bruk av Dementia Care Mapping (DCM) er gjennomført i tre sykehjem. DCM er en strukturert metode for kartlegging, evaluering og

utvikling av demensomsorgen utarbeidet på bakgrunn av studier i britiske sykehjem. Metoden bygger på elementene i personsentrert omsorg.

4. Marte Meo praktikerutdanning

Et av delprosjektene har brukt Marte Meo-veiledning gjennom praktikerutdanning på sykehjem. Marte Meo-metoden er en praktisk modell til utvikling av ferdigheter i daglig samspill og samhandling basert på elementene i såkalt funksjonsstøttende kommunikasjon. Video brukes som verktøy.

5. Etablering av fagnettverk innen miljøbehandling

I Sogn og Fjordane er modell for etablering og drift av fylkesnettverk for å stimulere til bruk av miljøbehandling, prøvd ut. Delprosjektet er basert på de gode erfaringene man har opparbeidet med nettverksmodellen i Hordaland.

6. Strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe-, og ledelsesnivå

Miljøbehandlingsprogrammet er utviklet på to sykehjem i Hedmark. Sykehjemmene har differensiert og lagt tilerette sykehjemsenhetene etter pasientenes funksjonsnivå, behov for hjelp og grad av kognitiv svikt. Det er utviklet verktøy for å strukturere den daglige oppfølgingen av pasientene.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har ansvar for de tre første delprosjektene og har vært ansvarlig for koordinering av programmene. NKS Olaviken har gjennomført delprosjekt fire og fem, mens Sykehuset Innlandet iverksatte tiltakene i delprosjekt seks.

Hovedinnfallsvinkel i evalueringen av programmet har vært prosess-evaluering der den enkelte enhet som har deltatt, er fulgt tett gjennom hele prosjektperioden. I tillegg er det innhentet data for å beskrive pasientpopulasjonen og enhetene som har deltatt. Videre er det innhentet data som har tatt sikte på å beskrive endringer i pasientgruppen og personalgruppen på deltakende enheter. Metoder for evaluering blir nærmere beskrevet under hvert delprosjekt.

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) «*Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*»

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015* – «*Den gode dagen*»

KAPITTEL 2

Hva er miljøbehandling?

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Begrepene miljøbehandling og miljøterapi brukes synonymt om behandling som legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i det miljø pasienten befinner seg i. Det er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Vatne 2006) og som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Miljøbehandling for personer med demens har som mål å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Å skape glede, trivsel og livskvalitet og derved redusere angst og uro, er et viktig mål. Målsettingen må hele tiden tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad, Smebye 2008).

Miljøbehandling innbefatter flere faktorer. De fysiske rammebetingelser inkluderer innendørs og utendørs forhold, eksempelvis utformingen og innredningen av rom, uteareal og bruk av hjelpemidler og redskap. De psykososiale rammebetingelser omfatter enhetens atmosfære, ofte omtalt som pleiekultur, som blant annet innbefatter kunnskap, menneskesyn, holdninger og verdier hos personale. Personalets rolle er sentral. De må evne å bygge en relasjon med pasienten og skape en kultur for støtte, involvering og verdsetting av det enkelte menneske gjennom kommunikasjon og samhandling. Organisering og gjennomføring av individuelt tilpasset miljøbehandling er avgjørende. Ulike metoder og tiltak må skreddersys for den enkelte.

Miljøbehandling foregår på ulike nivåer og spenner fra enkelttiltak overfor den enkelte beboer eller gruppe beboere, til et overordnet nivå som innbefatter organisasjonsstruktur, rammebetingelser og pleiekultur. God

miljøbehandling forutsetter at personalet behersker både de «tekniske» sidene ved gjennomføringen av det enkelte miljøtiltak, evner å tilpasse tiltak og metoder til den enkelte beboer og bygger sine handlinger på grunnleggende verdier og holdninger som organisasjonen legger til rette for gjennom struktur og rammer. Med miljøterapeutiske tiltak menes eksempelvis bruk av musikk i ulike former, sansestimulerings tiltak som massasje og berøring, bruk av lukt, synsinntrykk, farger og lyd. Tilrette lagte muligheter for aktiviteter som stimulerer til fysisk utfoldelse, kognitiv aktivitet og opplevelse av sanseinntrykk både ute og inne er viktig i miljøbehandling. Tiltakene kan prøves ut systematisk gjennom eksempelvis sansestimuleringsgrupper, individualisert musikk, grupper for kognitiv stimulering, aromaterapi i form av massasje og lignende (Rokstad, Smebye 2008). Når tiltakene brukes systematisk og baserer seg på et teoretisk fundament, kan en snakke om miljøbehandlingsmetoder. Miljøbehandling kan ikke kun ses som enkelttiltak men må settes inn i en sammenheng. For systematisk å innhente erfaringer om miljøbehandling til personer med demens, er det hensiktsmessig å prøve ut helhetlige modeller der alle nivåene er tatt inn. I Helsedirektoratets rundskriv knyttet til lov om pasientrettigheter kapittel 4 A, (Helsedirektoratet 2008) fremheves behovet for helhetlig tenkning og såkalt tillitskapende tiltak for å kunne gjennomføre pleie og omsorg uten bruk av tvang. Her understrekes behovet for helhetlig tenkning, kjennskap til pasienten, kartlegging av årsaker, bruk av tid, kommunikasjon, informasjon, samarbeid med pårørende og tilvenning til å motta helsehjelp.

I utviklingsprogrammet for miljøbehandling ønsket de tre samarbeidspartnere NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Sykehuset Innlandet HF og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse å prøve ut ulike modeller i spennet fra den tekniske utførelsen av enkeltstående miljøtiltak til de overordnede strukturer som setter rammene for hvordan disse tiltakene anvendes. Dette blir nærmere beskrevet under presentasjonene av de enkelte delprosjektene.

Hva viser tidligere studier i sykehjem?

Det er de siste årene gjennomført to store nasjonale studier som har beskrevet situasjonen i norske sykehjem. Kirkevolds (Kirkevold 2005) studie av bruk av tvang og rettighetsbegrensninger viste høy forekomst

av tvangsbruk. I en spørreundersøkelse som ble gjennomført i 1999, svarte 79 prosent av forespurte ledere at det daglig eller av og til ble brukt tvang i deres enheter. En studie som fulgte opp denne undersøkelsen, med nærmere kartlegging på pasientnivå (N=1501) ved 222 sykehjem spredt rundt i hele Norge, viste at 37 prosent av pasientene i vanlige sykehjems-avdelinger og 45 prosent i skjermede enheter var blitt utsatt for ett eller flere tvangstiltak i løpet av siste uke. Mekaniske tvangsmidler var mest utbredt, dernest bruk av tvang eller press for å gjennomføre daglig stell og pleie. Etter at denne undersøkelsen ble gjennomført, er det tatt i bruk nytt lovverk som regulerer adgangen til å bruke tvang overfor personer med demens i sykehjem (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A). Det er grunn til å anta at bruken av tvang i sykehjem er endret på bakgrunn av det nye lovverket, men det er ikke publiserte studier som sier noe om dette.

Selbæks (Selbæk 2008) studie, som blant annet beskriver kognitive, atferdsmessige og psykiske symptomer hos pasienter i sykehjem, viser forekomst av demens hos 81 prosent av pasientene målt med Klinisk demensvurdering (KDV). Han fant at 72 prosent av pasientene hadde klinisk signifikante psykiske eller atferdsmessige symptomer og at forekomsten av disse symptomene økte med økende grad av demens. Tre av fire pasienter fikk psykofarmaka. En av konklusjonene i denne studien var at det er behov for systematisk opplæring i sykehjemmene for å utvikle ferdigheter i miljøbehandling og retningslinjer for evaluering av behandlingen.

En studie av depresjon i norske sykehjem av Barca og medarbeidere viser en forekomst på 21 prosent, som innebærer at hver femte pasient har betydelige depresjonssymptomer (Barca, Engedal, Laks, Selbæk 2010).

Hvilke anbefalinger foreligger?

Så langt er det ikke utarbeidet konkrete anbefalinger om metoder for miljøbehandling eller verktøy for implementering av god praksis i Norge. Ifølge en bred nordisk oppsummering av forskningslitteratur om behandling av personer med demens, foretatt av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2006), må god pleie og omsorg baseres på en velfungerende relasjon mellom pleieren og pasienten og på at pleien og behandlingen har et godt og relevant innhold. Ifølge denne rapporten vil oppfatningen

av personer med demens få konsekvenser for hvordan man relaterer seg til dem. Holdninger og måten en kommuniserer på, vil påvirke relasjonen. Etter rådende prinsipper for vurdering og gradering av evidens, er det ikke dokumentert at spesielle miljøtiltak er å foretrekke. Utfordringen blir å finne redskap og metoder som kan bidra til å stimulere og utvikle den gode relasjonen som danner grunnlaget for kvalitet i demensomsorgen. Når personalet får innsikt i hvilke muligheter som finnes for å bedre omsorgen, kan effekten bli permanent i den betydning at pleierne behandler pasienten annerledes.

En litteraturstudie av dokumentert effekt av pleie- og omsorgsmetoder foretatt i Danmark (Lee 2004), konkluderer med at ulike metoder tilsynelatende har en positiv effekt på personer med demens eller på de ulike problemer som kan følge av demenssykdom. Det er dog ingen overbevisende dokumentasjon av metodenes effekt. Solid forskning i form av ensartede intervensjoner, relevante effektmål og valide målemetoder mangler.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia, som har utarbeidet veileder for klinisk praksis, konkluderer med at det ikke foreligger forskning av en slik kvalitet at en kan konkludere med at noen miljøterapeutiske metoder er bedre enn andre for å behandle utfordrende atferd hos personer med demens (NICE 2006). Veilederen beskriver nytten av individualisert, målrettet tilnærming som tar hensyn til type og forekomst av atferd og de mange faktorer som kan utløse atferden. Basert på gjennomgang av kvalitative studier påpekes også viktigheten av å unngå situasjoner der personer med demens opplever å komme til kort i gjøremål og deltakelse i aktiviteter og den ydmykelse som følger. Dette krever evne til varhet og refleksjon hos det personalet som samhandler med pasienten.

I Cochrane-databasen over systematiske forskningsgjennomganger, er det i perioden 2003 til 2008 vurdert følgende miljøterapeutiske metoder ved demens: Kognitiv rehabilitering og trening i tidlig stadium av demensutviklingen (Clare et al. 2003), musikkterapi (Vink et al. 2004), valideringsterapi (Neal, Briggs 2003), aromaterapi (Thorgrimsen et al. 2003), lysbehandling (Forbes et al. 2004), reminisens (Woods et al. 2005), massasje og berøring (Hansen, Jorgensen, Ortenblad 2006), ikke-medisinske

intervensjoner rettet mot vandring hos hjemmeboende personer med demens (Hermans, Htay, McShane 2007) og snoezelen (Chung, Lai, Chung, French 2002). Utvelgelseskriteriene for gjennomgang er at det skal være foretatt randomiserte kontrollerte studier der intervensjonsgruppen sammenlignes med kontrollgruppe. Konklusjonene er stort sett at det ikke foreligger evidens for signifikant effekt av de ulike behandlingsformene. Mye relateres til at studiene ikke fyller de kriterier som settes for inklusjon i databasens forskningsgjennomganger. De to behandlingstiltakene der det med forbehold antydes positiv effekt, er reminisens i grupper som synes å ha positiv effekt på kognisjon, sinnsstemning og atferdsmessig fungering, og aromaterapi som kan synes å ha effekt på agitasjon og nevropsykiatriske symptomer.

Det foreligger studier som viser at miljøbehandling basert på personsentrert omsorg kan gi redusert forekomst av agitasjon hos personer med demens i sykehjem (Chenoweth et al. 2009, Sloane et al. 2004). Dagens vanligste behandling av agitasjon og uro hos pasienter i sykehjem er imidlertid bruk av psykofarmaka, som har begrenset effekt og mange potensielle bivirkninger. Effekt av miljøbehandling er i liten grad undersøkt systematisk. I alle systematiske gjennomganger som er foretatt, konkluderes det med behov for forskning på dette området. I faglige tilrådninger understrekes at antipsykotiske medikamenter kun skal anvendes når en ikke-medikamentell tilnærming (miljøbehandling) er prøvd ut og ikke har ført frem (Salzman et al. 2008). Det er få studier som har undersøkt om miljøbehandling kan redusere bruken av psykofarmaka. Fossey (Fossey et al. 2006) fant at utvikling av personsentrert omsorg og god praksis i pasientbehandlingen utgjorde et effektivt alternativ til anti-psykotika. Ifølge SBU rapporten (SBU 2006) sies det at det er det behov for flere studier av ikke-medikamentell behandling for å kunne fastslå at miljøbehandling kan redusere bruken av psykofarmaka.

En gjennomgang av forskning om hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens, konkluderer med at det vitenskapelige grunnlaget for de faktorene som inkluderes i begrepet demensvennlig design, er svakt. De fleste studiene på dette området fokuserer på tiltak for å håndtere utfordrende atferd, færre på faktorer som kan fremme trivsel og velvære (Bergland, Kirkevold 2011).

Ut fra norske, nordiske og andre utenlandske studier som foreligger, vet vi at utfordringene i sykehjem er store. Dette er blant annet knyttet til sammensatte symptomer hos beboerne i form av høy forekomst av kognitiv svikt, psykiske symptomer som depresjon, angst og psykose, samt utfordrende atferd som apati, rastløs vandring samt fysisk og verbal utagering. En finner ingen klare forskningsbaserte føringer for hva som bør velges av miljøbehandlingstiltak. Nyere studier viser at tiltak basert på personsentrert omsorg i praksis, kan ha effekt på forekomst av agitasjon og bruk av psykofarmaka. Mye tyder på at kombinasjonen av tiltak knyttet til dyktiggjøring av personalet, tilgang til og kompetanse i bruken av en bred meny av miljøtiltak som målrettes og individualiseres mot den enkelte pasient, er å foretrekke. For at fagutviklingen skal føre til vedvarende forbedringer må ledernivået aktivt trekkes med. Utviklingsprogrammet har satset på systematisk utprøving av metoder for implementering av miljøbehandlingstiltak i utvalgte kommuner. Resultatene er basert på evaluering av prosess samt objektive data innhentet om pasientene og fra personalet.

Personsentrert omsorg som grunnlag for miljøbehandling

Personsentrert demensomsorg ble først introdusert av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1999). Han tar opp temaet «å være en person» i tilknytning til demensutvikling og bruker begrepet personhood som vi ikke har noe dekkende begrep for i det norske språket. Det nærmeste norske begrepet som kan være dekkende for personhood er trolig personverd. Personhood eller personverd defineres som den verdi eller status som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige relasjoner. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit.

Personverd kan bekreftes ved at personen verdsettes og møtes som det unike mennesket vedkommende er, eller undergraves ved at individuelle behov og grunnleggende rettigheter ikke blir ivaretatt. Hvorvidt personverdet bekreftes eller brytes ned, får konsekvenser som kan observeres i form av pasientens grad av trivsel, engasjement og velvære. I en konkretisering av innholdet i begrepet personsentrert omsorg vektlegger Brooker (2007) viktigheten av å basere demensomsorgen på et verdigrunnlag som verdsetter pasienten som et fullverdig medlem av samfunnet, har en individuell tilnærming som anerkjenner det unike hos hver enkelt,

tilstreber å ta pasientens perspektiv og tilrettelegger det sosiale miljøet på en slik måte at det støtter opp under pasientens grunnleggende psykologiske behov for identitet, trøst, inklusjon, engasjement og tilknytning. Målet med personsentrert omsorg er å anerkjenne pasientens verdi som menneske i all behandlingen som innebærer personlig tilnærming. Det må gis mulighet til pasientens deltakelse i samhandling. Pasientens atferd må forstås ut fra vedkommendes perspektiv og oppfatning. Relasjonen til pasienten må prioriteres like mye som de oppgavene som skal gjøres (Edvardsson et al. 2008). I utviklingsprogrammet ligger den personsentrerte tilnærmingen til grunn for alle delprosjektene. VIPS prosjektet (kapittel 6) tar direkte utgangspunkt i et definert rammeverk for personsentrert omsorg, og Dementia Care Mapping (kapittel 8) er et verktøy opprinnelig utarbeidet av Tom Kitwood og hans kolleger for å utvikle personsentrert omsorg i sykehjem. Marte Meo-prosjektet (kapittel 7) og den strukturerte modellen for miljøbehandling (kapittel 9) bygger også på personsentrert omsorg i sin tilnærming til pasientene.

Referanser

- Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G (2010) A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway; *Journal of Affective Disorders* 120 141-148
- Bergland Å, Kirkevold M (2011) Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien Forskning* 14-25
- Brooker D (2007) *Person-centered dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley Publisher
- Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial; *Lancet Neurol.* 8 317-325
- Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP (2002) *Snoezelen for dementia*; Cochrane.Database.Syst.Rev. CD003152

- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A (2003) Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD003260
- Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO (2008) Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol* 7: 362-367
- Forbes D, Morgan DG, Bangma J, Peacock S, Pelletier N, Adamson J (2004) Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD003946
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial; *BMJ* 332 756-761
- Hansen NV, Jorgensen T, Ortenblad L (2006) Massage and touch for dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD004989
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Stortingmelding nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Hermans DG, Htay UH, McShane R (2007) Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD005994
- Kitwood T (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press
- Kirkevold Ø (2005) *Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia*. Ph, Faculty of Medicine University of Oslo
- Lee A (2004) *Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte: Et litteraturstudie af den dokumenterede effekt*. København: Sosialministeriet og Center for Anvendt Sundhetstjenesteforskning og Teknologivurdering, CAST
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (2009). Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1393.html>
- Neal M, Briggs M (2003) Validation therapy for dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD001394
- NICE (2006) Supporting people with dementia and their carers in health and social care. *National Collaborating Centre for Mental Health*. 3-12-2006

- Rokstad AMR, Smebye KL (2008) *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe
- Salzman C, Jeste DV, Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg GT, Jarvik L, Kraemer HC, Lebowitz BD, Maslow K, Pollock BG, Raskind M, Schultz SK, Wang P, Zito JM, Zubenko GS (2008) Elderly Patients With Dementia-Related Symptoms of Severe Agitation and Aggression: Consensus Statement on Treatment Options, Clinical Trials Methodology, and Policy; *Journal of Clinical Psychiatry* e1-e10
- SBU Staten beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Demenssykdommer: en systematisk litteraturoversikt / Statens beredning för medicinsk utvärdering*, Lisbeth Nilsen (overs.). Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Selbæk G (2008) *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo
- Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, Stewart BJ, Talerico KA, Rasin JH, Zink RC, Koch GG (2004) Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial; *J.Am.Geriatr.Soc.* 52 1795-1804
- Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M (2003) Aroma therapy for dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD003150
- Vatne S (2006) *Korrigere og anerkjenne. Relasjonenes betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ (2004) Music therapy for people with dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD003477
- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S (2005) Reminiscence therapy for dementia; *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD001120

KAPITTEL 3

Kartlegging av kompetansemiljø

Forfatter: Torbjørgh Fermann

Et av oppdragene fra Helsedirektoratet i Utviklingsprogram for miljøbehandling til personer med demens, var å foreta en kartlegging av kompetansemiljø som finnes på dette fagområdet i Norge.

Hva er et kompetansemiljø?

Kompetansemiljø som begrep er ikke klart og entydig. I følge Store norske leksikon (<http://snl.no/kompetanse>) er kompetanse evner eller kvalifikasjoner til å uttale seg, inneha en stilling eller treffe beslutninger. Profesjonell kompetanse er det sentrale i denne sammenhengen, og spesifikt om miljøbehandling i demensomsorg.

Kompetanse omfatter både kunnskaper, ferdigheter og holdninger og har både en relasjonell, kontekstuell og funksjonell dimensjon. Kompetanse knyttes gjerne til konkrete personer. Skau (2010) utdyper dette individfokusert og omtaler det som samlet personlig profesjonell kompetanse hos den enkelte. Kompetansebegrepet omfatter både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og erfaringskunnskap. Satt inn i en praktisk og verdimestet sammenheng kan kompetanse betraktes som noe latent, inntil det aktiveres og gis retning i gitte sammenhenger.

Å være kompetent varierer ut fra fagfellesskapene den enkelte inngår og deltar i. Det innebærer at personer i et faglig fellesskap både har kunnskaper og evne til å omsette disse til praktisk handling rettet mot spesifikke oppgaver og funksjoner. Man kan for eksempel være kompetent innenfor ett fagområde, men ikke i et annet, fordi sammensetningen av kunnskapsgrunnlaget og hensikten er forskjellig. Anerkjennelse av kompetanse reflekterer også dominerende verdier i fellesskapet.

Miljøbegrepet er flertydig og vil kunne tolkes ulikt avhengig av sammenheng. Et profesjonelt kompetansemiljø kjennetegnes ved at enkeltpersoner inngår i et faglig fellesskap som uttrykkes gjennom en bestemt type praksis. Det avhenger av mer enn personlige og individuelle ferdigheter. Kompetanse er sosialt konstruert innenfor en sammenheng, og knyttes både til enkeltindividet og til fellesskapet (Nygren 2004). Det er bevegelige prosesser i en vekselvirkning mellom organisasjon og enkeltmennesker, der strukturelle, språklige og kulturelle forhold spiller en rolle. Kunnskaper er strukturerende ressurser for at kompetanse utvikles, gjøres gyldig og anerkjennes innenfor kontekstuelle rammer (Säljö 2001).

Et kompetansemiljø innen et fagfelt som utvikler og forvalter kunnskap, kjennetegnes av faglig selvstendighet, nettverkbasert arbeidsform, ofte i et tverrfaglig/tverrvitenskapelig miljø som arbeider med avgrensede tematiske områder.

Denne kartleggingsundersøkelsen definerer kompetansemiljø i miljøbehandling i demensomsorg som organisasjoner eller grupper sammensatt av fagpersoner som sammen utvikler, sammenfatter, anvender og/eller formidler kunnskap innen dette fagfeltet. Kunnskapsutvikling skjer både gjennom prosjektorientert forsknings- og utviklingsarbeid og erfaringsbasert kunnskap fra utprøvinger i praksis. Flere kompetansemiljøer har klinisk virksomhet, der kompetansen anvendes direkte for pasienter, brukere og klienter. Andre kompetansemiljøer finnes i mer senterbaserte organisasjoner uten klinisk virksomhet.

Kompetansemiljøer innen miljøbehandling slik vi har lagt til grunn for denne kartleggingen, arbeider med oppgaver rettet mot

- Kunnskapsutvikling i miljøbehandling
- Metodeutvikling, utprøving og implementering av metoder gjennom forsknings- og utviklingsprosjekter
- Anvendelse av miljøbehandling i klinisk praksis
- Tilrettelegging for og gjennomføring av interne og eksterne kompetanseutviklingstiltak
- Utdanning i miljøbehandling

- Formidlingsvirksomhet gjennom publisering, undervisning, veiledning og rådgiving

For å kartlegge norske kompetansemiljøer i miljøbehandling, har kriteriene som nevnt over, vært veiledende. Det har ikke vært et krav at alle kriteriene skal være oppfylt. Det er her lagt til grunn en skjønnsmessig vurdering. Ett kompetansemiljø kan ha sin hovedinnsats rettet mot innhenting, vurdering og anvendelse av allerede utviklede miljøbehandlingsmetoder i klinisk praksis for å utvikle erfaringsbasert kunnskap i egen praksis. Andre miljøer kan ha forskning og formidling som primær aktivitet, mens utdanning innen miljøbehandling i demensomsorg kan være hovedinnsatsen ved andre institusjoner/miljøer. Å drive utadrettet formidlingsarbeid for å spre kunnskap og erfaring er en sentral del av et kompetansemiljø.

Målsetting

Målsettingen med denne kartleggingsundersøkelsen var å få en oversikt over fagmiljøer som driver fagutvikling, forskning og formidling innen miljøbehandling til personer med demens i Norge. I tillegg var målet å gi et overblikk over hvilke miljøbehandlingsmetoder og tiltak som er i bruk på sykehjem og hvordan disse tilpasses beboernes behov og interesser.

Organisering og gjennomføring av kartleggingen

Kompetansemiljøene innen miljøbehandling i demensomsorg er ikke velkjent, verken innad i fag- og forskningsmiljøene, innen demensomsorgens tjenester eller blant «folk flest». Miljøbehandling i demensomsorg er et relativt nytt begrep. Noen fag- og forskningsmiljøer er etablert, men lite kjent. Kartleggingsundersøkelsen har lagt til grunn en antakelse av at miljøene finns og at miljøbehandlingsmetoder er tatt i bruk, men hvor og hvordan var i utgangspunktet mindre kjent.

Strategier for å identifisere kompetansemiljøer

For å identifisere norske kompetansemiljøer i miljøbehandling innen demensomsorg, ble det gjennomført en innledende kartlegging for å identifisere kompetansemiljø og kontaktpersoner. De tre samarbeidspartnerne som har gjennomført utviklingsprogrammet, består til sammen av forskere og fagpersoner med god oversikt over forsknings- og fagutviklingsfeltet på miljøbehandling i Norge via faglige kontakter og nettverk. De ga verdifulle

råd om hvem som kunne kontaktes for å starte kartleggingen. De miljøene som ble kontaktet innledningsvis ga tips om andre aktuelle miljøer, og nye kontakter ga igjen ytterligere tips. Samtidig informerte de om sykehjem som hadde tatt i bruk miljøbehandlingsmetoder.

Denne måten å finne informasjonskilder, har likhetstrekk med «snøball-metoden» (snowball sampling) fra etnografisk forskningsmetodologi. Hensikten var å kartlegge informanter som kjenner andre som har kompetanse innenfor et spesielt område, og som igjen kan henvise til enda flere personer eller relevante fagmiljø. Dette er en metodisk innfallsvinkel som ofte brukes for å finne «hidden populations» (van Meter 1998). I denne sammenhengen har hensikten vært å spore opp aktuelle fag- og forskningsmiljøer ved å kontakte enkeltpersoner og miljøer som allerede var kjent. Gjennom samtaler kom det frem opplysninger nye tips og anbefalinger om andre miljøer eller kontaktpersoner som kunne være aktuelle.

Nettsidene til sannsynlige fag- og forskningsmiljøer som undervisningssykehjem¹ og sentra for omsorgsforskning ble gjennomgått for å søke etter informasjon om miljøbehandling som satsingsfelt.

Innhenting av informasjon via telefonintervjuer

For å få nærmere informasjon fra mulige kompetansemiljøer ble det gjennomført telefonintervju i perioden høsten 2009 – våren 2010. Hensikten var å få nærmere informasjon om kompetansemiljøenes satsingsområder, samarbeidspartnere, prosjekter, formidlingsaktiviteter samt få tips om sykehjem som bruker miljøbehandlingsmetoder.

Telefonintervjuene ble gjennomført med en intervjuguide som verktøy, noe som ga et datagrunnlag av kvalitativ karakter. Det ble vurdert som en relevant og praktisk tilnærming for å fremskaffe informasjon som nærmere kunne beskrive og utdype det enkelte kompetansemiljøets særegenhet. Kartleggingen av kompetansemiljøer ble gjennomført først. Disse ble

¹⁾ Betegnelsen Undervisningssykehjem er etter undersøkelsestidspunktet erstattet med Utviklingssenter (Helsedirektoratet 2010) I rapporten brukes gjennomgående «Undervisningssykehjem»

videre spurt om tips på sykehjem der miljøbehandlingsmetoder var tatt i bruk (kapittel 4). Det var et strategisk valg for å kunne kartlegge miljøbehandling ved et utvalg av sykehjem som kompetansemiljøene kjente til. Det ble gjort et skjønnsmessig utvalg av sykehjem, som deretter ble kontaktet for å få mer utdypende informasjon.

Med utgangspunkt i intervjuguiden ble det tatt notater under intervjuet. Opplysningene ble enten lest opp på slutten av intervjuet eller tilsendt den intervjuede i ettertid, for gjennomgang og mulighet for korrigering og utdyping. Noen få valgte å fylle ut informasjon direkte i den tilsendte intervjuguiden, uten å gjennomføre intervju. Hvert intervju ble deretter gjennomlest og sammenfattet, og kategorisert ut fra aktuelle tema (Thagaard 2009).

I alt er 31 instanser intervjuet. I utvalget inngår fag- og forskningsmiljøer som er mulige kompetansemiljøer i miljøbehandling og sykehjem som har tatt metoder i bruk. Kriteriene for hva som defineres som et kompetansemiljø er lagt til grunn for de resultatene som presenteres.

Gjennomføringen av intervjuene var gjennomgående preget av velvillighet, interesse og engasjement. De som ble intervjuet, fortalte gjerne detaljert om hvordan de praktiserte miljøbehandlingsmetoder i den kliniske praksis. Underveis ble det åpnet for å utdype med eksempler. Metodisk resulterte det i et variert og detaljrikt datamateriale. Ut fra en ressursmessig vurdering ble telefonintervju vurdert som en hensiktsmessig metode.

Metodiske begrensninger

Kartleggingen ble gjennomført i 2009 - 2010. Miljøene som arbeider på dette feltet er i stadig utvikling og nye prosjekter og fagutviklingsprogrammer kan ha kommet til innen rapporten er blitt ferdigstilt. Noen aktuelle kompetansemiljøer kan derfor ha blitt utelatt i oversikten.

Kompetansemiljøer i miljøbehandling

Kompetansemiljøene finnes innenfor klinisk virksomhet, innen utdanningsinstitusjoner og som egne sentra. Innenfor det kliniske feltet finner

vi kompetansemiljøer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I en oversikt er kompetansemiljøene presentert i fem kategorier (tekstboks 3.1). Kompetansesentra har forskning og utviklingsprosjekter som sentral funksjon. Enheter innen spesialisthelsetjenesten med særlig fokus på miljøbehandling til personer med demens, er tatt med. Universitet og høyskoler er definert som egen kategori på grunn av sin primærfunksjon i formell utdanning i tillegg til forskning og utviklingsarbeid. I kommunehelsetjenesten er undervisningssykehjem med miljøbehandling som satsingsfelt tatt med i tillegg til andre institusjoner som driver utvikling og formidling på dette feltet.

Tekstboks 3.1. Oversikt over kompetansemiljø innen miljøbehandling til personer med demens

Nasjonale og regionale kompetansesentra	• Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse • Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet • Senter for omsorgsforskning i Nord Norge • Senter for omsorgsforskning i Midt Norge • GERIA, Oslo
Spesialisthelsetjenesten	• NKS Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter • NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus • Sykehuset Telemark, alderspsykiatrisk seksjon • Helse Nordmøre og Romsdal, alderspsykiatrisk enhet • Oslo universitetssykehus, alderspsykiatriske avdelinger • Stavanger universitetssykehus, alderspsykiatrisk seksjon
Universiteter og høyskoler	• Høyskolen i Volda • Høyskolen i Nord Trøndelag
Kommunehelsetjenesten	• Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, Oslo • Kroken undervisningssykehjem, Tromsø • Stokka undervisningssykehjem, Stavanger • Bergen Røde kors sykehjem • Ressursenter for demens, Trondheim • Verdal kommune
Andre kompetansemiljøer	• Kirkens bymisjon

Satsingsområder, prosjekter og formidling ved identifiserte kompetansemiljøer

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) driver forskning og utviklingsarbeid, rådgivning og veiledning, bibliotek- og litteraturtjeneste, undervisning, kurs og konferanser, utgivelse av lærebøker, fagrapporter og studiemateriale. Senteret er ansvarlig for ledelse og koordinering av Utviklingsprogram for miljøbehandling til personer med demens under Demensplan 2015.

Prosjekter

- *Dementia Care Mapping (DCM)* for utvikling av miljøbehandlingen til personer med demens i institusjon er et utviklingsprosjekt i Utviklingsprogram for miljøbehandling (kapittel 8)
- *Bruk av VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg for utvikling av miljøbehandling til personer med demens i sykehjem* er et utviklingsprosjekt i Utviklingsprogram for miljøbehandling (kapittel 6)
- I prosjektet *Person-centred care and Dementia Care Mapping among nursing home patients – a 18 months randomised controlled intervention study* skal en prøve ut og vurdere effekten av intervensjoner med DCM og VIPS-rammeverk for å utvikle personsentrert omsorg til personer med demens i sykehjem.

Formidling og utdanning

NKAH driver utstrakt undervisning, kurs og annen form for formidling innen demensfeltet, og også innenfor miljøbehandling. Demensdagene, Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, grunnkurs og fordypningskurs, utgivelser av lærebøker, temabøker og småskrifter er eksempler. Andre sentrale formidlingskanaler fra NKAH er litteratur- og bibliotek-tjenesten, web-siden og tidsskriftet Demens&Alderspsykiatri. Målgruppene er helse- og omsorgspersonell som arbeider med personer med demens og deres pårørende i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Innen miljøbehandling undervises det om aktivisering, Marte Meo, DCM, personsentrert omsorg, forebygging av utfordrende atferd og forebygging av bruk av tvang. NKAHs fagskole i demens og alderspsykiatri er en deltids-

utdanning over to år for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere. Det siste studieåret er en fordypning innen miljøbehandling.

Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet HF driver forsknings- og utviklingsarbeid for å bedre tilbudet til personer med alderspsykiatriske lidelser.

Prosjekter

- *Strukturert miljøbehandling innen demensomsorgen* fokuserer på utvikling av systematisk miljøbehandling ved FoU-sykehjem i regionen og er et delprosjekt i Utviklingsprogram for miljøbehandling (kapittel 9)
- *Samhandling mellom Alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem (SamAks)*. En alderspsykiater og ti prosjektsykepleiere ansatt i spesialisthelsetjenesten har fast kontakt og samarbeider blant annet med sykehjemmene om kartlegging og behandling av enkeltpasienter.

Formidling

Senteret formidler resultater fra FoU-arbeider i tidsskrifter, på konferanser og kongresser, samt at de underviser på oppdrag. Undervisningstema relevant for miljøbehandling er vanskelig atferd, pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A, organisering av tjenestene og etiske dilemmaer i praksis.

Senter for Omsorgsforskning i Nord-Norge er en integrert del av Universitetet i Tromsø, Institutt for helse og omsorgsfag. Formålet med senteret er å bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren med pleie og omsorgstjenesten i kommunene som målgruppe.

Prosjekter

- *Samiske livsfortellinger – erfaringer med alderdom, helse og sykdom* skal innhente kunnskaper om samiske eldres livserfaringer og erfaringer med alderdom, helse og sykdom
- *Muligheter for personer med demenssykdom som bor hjemme i Troms til å føre et meningsfylt liv ut fra sine tidligere interesser, aktiviteter og vaner* skal innhente kunnskap om hvordan eldre med demenssykdom

kan oppleve mening med tilværelsen ved at tidligere interesser, aktiviteter og vaner føres videre i sykehjemmet

- *Aktivitet i et livsløpsperspektiv hos eldre med helseproblemer* fokuserer på hvordan aktiviteter tidligere i livet påvirker prioriteringer av aktiviteter i eldre år
- *Å få og å ta i bruk et teknisk hjelpemiddel*. Her skal brukerens perspektiv frembringe kunnskap om brukernes erfaringer med å få et teknisk hjelpemiddel
- *Identitetsbevarende omsorg for personer med Alzheimers sykdom* har som mål å hjelpe personer med Alzheimers sykdom til å bevare sin identitetsfølelse, bevare familiens integritet og skape velvære.

Senter for omsorgsforskning Midt-Norge har demensforskning blant samer, kultur og aktivitet samt omsorgsteknologi som satsingsfelt.

Prosjekter

- *Gode øyeblikk* har målsetting om kulturell stimulering som kan bidra til å vedlikeholde sosial og kulturell kompetanse hos mennesker med tidlig demens
- *Opplevelses- og aktivitetsperspektivet i utøvelse av omsorg* stiller spørsmål ved om opplevelse og aktivitet kan bidra til å bedre livskvaliteten for eldre mennesker med kognitiv svikt og samtidig øke deres mulighet til å bo lengre hjemme.

GERIA – Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderpsykiatri har som hovedmål å bidra til en best mulig hverdag for personer med demens og eldre med psykiske lidelser.

Prosjekter

- *ALMA-visningsleilighet* for demensvennlige fysiske omgivelser, egnede hjelpemidler og teknologi- et forprosjekt
- *Forankring av miljøbehandlingsmetoder i hverdagen (SMET-prosjektet)*. Hensikten med prosjektet er å se nærmere på hvordan miljøbehandlingsmetodene sansehage, musikk, erindring og berøring kan forankres i den daglige omsorgen

- *Gylne øyeblikk* er en informasjonsfilm om bruk av miljøbehandling som viser hvordan helsepersonell kan bruke miljøbehandlingsmetodene musikk, erindring, berøring og sansehage som en del av den daglige omsorgen
- *Tilrettelagt omvisning for personer med demens* på tre museer i Oslo
- *Veileder for bruk av sansehage* utvikles.

Formidling

GERIA har flere opplæringsprogram i form av kompetansehevende kurs om demens for ansatte i hjemmebaserte tjenester og på sykehjem. De er lagt opp med fellesundervisning som følges opp med refleksjonssamlinger i mindre grupper der teori knyttes til egen praksis. Tema for opplæringsprogrammene er individualisert musikk, bruk av sansehage, berøring, erindring og demensvennlig miljø i sykehjem. GERIA publiserer hefter, veiledere og annen litteratur.

NKS² Kløveråsen A/S - Utrednings- og kompetansesenter er et utrednings- og kompetansesenter for personer med demens i Nordland fylke.

Prosjekt

- Deltar i miljøbehandlingsprogrammets delprosjekt DCM kartlegging (kapittel 8)

Formidling

Kløveråsen undervisningsavdeling har bidratt til at det er etablert flere kommunale nettverk innen demensfeltet, som har geografisk nærhet til hverandre i Nordland og driver utstrakt undervisning i hele Nordland fylke, der målgruppene er helsepersonell og pårørende til personer med demens.

NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus har utredning og behandling av personer med demens, alderspsykiatriske problemstillinger og Huntington's sykdom som sitt primære satsingsfelt.

²) Norske kvinners sanitetsforening.

Prosjekter

- *Hva påvirker bruk av psykofarmaka i sykehjem?* er et forskningsprosjekt om hva som påvirker bruk av psykofarmaka til urolige pasienter med demens i sykehjem
- *Motstand og samarbeid i morgenstell av personer med demens i sykehjem* er en kvalitativ studie med bruk av intervju
- *Marte Meo-veiledning* er en del av Utviklingsprogram om miljøbehandling med utprøving av systematisk bruk av Marte Meo veiledning (kapittel 7)
- *Med pasientens øyne* er et kvalitetsutviklingsprosjekt der hensikten er å styrke miljøbehandling og brukervedvirkning i Huntingtonavdelingen med fokus på musikk
- *Utprøving av etablering og drift av fylkesnettverk* gjennomføres som et delprosjekt i Utviklingsprogrammet for miljøbehandling til personer med demens (kapittel 5).

Formidling og utdanning

Målgruppene for undervisning og formidlingsvirksomhet er helsepersonell i kommunehelsetjenesten, studenter ved høyskoler og universitet, politikere og pårørende. Undervisningstemaene er miljøbehandling med fokus på kommunikasjon og relasjon, bruk av Marte Meo, behandling ved utfordrende atferd ved hjelp av eksempelvis sittedans, individualisert bruk av musikk eller håndmassasje. Det tilbys videreutdanning som Marte Meo-terapeut og Marte Meo-veileder.

Sykehuset i Telemark, Alderspsykiatrisk seksjon har valgt en praksisnær satsing med basis i erfaringskunnskap fra klinikken, der miljøbehandling står sentralt.

Prosjekter

- *Utprøving av musikk ved utfordrende atferd*
- *Utprøving av Dementia Care Mapping (DCM)* er et satsingsområde for å utvikle intern metodekompetanse og brukes både i den daglige praksis og som ledd i miljøbehandlingsprogrammets delprosjekt med utprøving av DCM (se kapittel 8)

- *Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk* under utvikling i spesialisthelsetjenesten i Telemark og Vestfold.

Formidling

Seksjonen driver utstrakt undervisning og kursvirksomhet til ansatte i Telemarkskommunene og i spesialisthelsetjenesten i Telemark, samt til studenter ved Høgskolen i Telemark. Undervisningen tar utgangspunkt i eget kompetansegrunnlag og resultater fra egne prosjekter som eksempelvis miljøbehandling rettet mot personer med frontotemporallappsdemens og demens med Lewy legemer, bruk av foto og musikk, samt sansestimulering.

Helse Nordmøre og Romsdal, alderspsykiatrisk enhet har en klinisk forankring med tverrfaglig profil og forebygging av utfordrende atferd som fokus ved sin poliklinikk og utredningspost. Miljøbehandlingen tar særlig sikte på å styrke funksjoner som kan gi opplevelse og kontakt med egen kropp.

Prosjekt

- *Relasjon og samhandling med personer med demens og utfordrende atferd* er et aksjonsforskningsprosjekt der fokus er medikamentell behandling, bruk av Marte Meo og sansestimulering.

Formidling

Undervisning, veiledning og formidling er en betydelig aktivitet i avdelingen, først og fremst som undervisning til primærhelsetjenesten i fylket, men også undervisning ved Høgskolen i Molde og i demensforeninger. Det undervises i sykdomslære i demens og alderspsykiatri, medikamentell behandling og miljøbehandling; eksempelvis håndmassasje og skrivegrupper.

Oslo universitetssykehus, alderspsykiatrisk avdeling har kompetanseutvikling i personalgruppen som et spesielt satsingsfelt gjennom deltakelse i aksjonslæringsprosjekter.

Prosjekter

- *Kunnskapsbasert praksis* er et prosjekt for å utvikle kunnskap basert på kliniske erfaringer og systematiske litteratursøk knyttet til problemstillinger de ansatte erfarer i pasientbehandlingen
- Det gjennomføres to intervensjonsprosjekter i forhold til angst gjennom bruk av aktivitet og musikk.

Formidling

Personalet har en utadrettet formidlingsaktivitet med undervisning på høgschooler, sykehjem og i avdelingen. De tar i mot grupper som ønsker innføring og undervisning i temaer som miljøbehandling ved angst, frontotemporalappsdemens, konflikthåndtering og utfordrende atferd, tilrettelegging av måltider spesielt med tanke på mestring, det vanskelige stellet og hvordan ivareta pasientens autonomi og rettigheter.

Stavanger universitetssykehus, alderpsykiatrisk seksjon har både klinisk virksomhet, forskning og forskningssamarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Det satses spesielt innen veiledning ved bruk av DCM og Marte Meo.

Prosjekter

- Det er opprettet et *Senter for eldremedisin* ved alderspsykiatrisk seksjon. Miljøbehandling er ett av to prioriterte områder, forankret i psykososial forskning om miljøterapi, forebygging, pasientsikkerhet, samhandling og brukervedvirkning
- Seksjonen er med i *Utviklingsprogram for miljøbehandling* i delprosjektene med utprøving av DCM i sykehjem (kapittel 8) og utdanning av Marte Meo-praktikere (kapittel 7).

Formidling

Målgruppen for undervisning er ansatte i kommunehelsetjenesten spesielt for sykehjemmene. Tema for undervisning er tiltak ved atferds- og psykiatriske symptomer hos personer med demens, pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A og bruk av DCM og Marte Meo.

Høgskolen i Volda har et bredt spekter av utdanningstilbud, i tillegg til å drive forsknings og utviklingsarbeid. Spesielt er en tverrfaglig videreutdanning i miljøterapi i demensomsorgen. Det er et studietilbud på deltid over ett år og gir 15 studiepoeng.

Prosjekt

- Et pågående forskningsprosjekt basert på casestudie design, omhandler det å være nære pårørende til personer med demens

Formidling og utdanning

Høgskolens videreutdanningstilbud i miljøterapi i demensomsorg, suppleres med utstrakt formidlingsvirksomhet. Målgruppene er frivillige organisasjoner, ansatte og brukere i kommunene, pårørende, og andre organisasjoner. Undervisningstema er personsentrert omsorg, demens, miljøarbeid, kommunikasjon og etikk.

Høgskolen i Nord-Trøndelag har en faglig profil rettet mot eldre. Satsingsområder er Hjemmet som omsorgsarena for helse- og sosialarbeidere

Prosjekter

- *Hvordan kan små kommuner ivareta omsorgstjenester når det er store avstander og få innbyggere?* Kartlegging for å få en oversikt over de spesielle forholdene som fordrer spesielle tiltak, herunder miljøtiltak for hjemmeboende med demens
- *Kartlegging av eldre sørsamer og kommunale omsorgstilbud.* Hva ønsker de og hvilke tilbud får de?
- *Det egne hjemets betydning.* Kvalitativ intervjustudie spesielt rettet mot små kommuner der eldre bor hjemme og det er interessekonflikt mellom den eldre selv og voksne barn som bor borte
- *FOLK-2: Gode øyeblikk* er et prosjekt om dagtilbud med kulturaktivitet

Abildsø bo- og rehabiliteringssenter i Oslo er undervisningssykehjem og Demensfyrtårn i Demensplan 2015.

Prosjekter

- *Bruk av musikk i demensomsorgen* er en litteraturgjennomgang (Bragestad, Kirkevold 2010)
- *Demensvennlig design* er en litteraturgjennomgang av tilretteleggingen av de fysiske omgivelsene i sykehjem (Bergland, Kirkevold 2011)
- Forankringsprosjektet *SMET* gjennomføres i samarbeid med GERIA og inkluderer flere sykehjem i Oslo. Det er et klinisk utviklingsprosjekt som skal forankre miljøbehandling og utvalgte metoder ut fra flere delprosjektene: bruk av sansehage, musikk, erindring, taktil berøring
- *Kjøkken og måltidssituasjon* er en kartleggingsundersøkelse om hva som skjer før og etter at personalet har gjennomført kurs om kjøkkentjeneste, mat og måltider
- *Ufaglærte om vanskelige situasjoner* er et prosjekt som gjennomfører refleksjonsmøter for ufaglærte om hensiktsmessig kommunikasjon.

Formidling

Målgruppen for formidling er personell i pleie- og omsorgssektoren, primært innen det geografiske nærområdet i Oslo, spesielt for ansatte i institusjonstjenesten Undervisningstema er pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A og tillitsskapende tiltak.

Kroken undervisningssykehjem i Tromsø er Demensfyrtårn i regi av Demensplan 2015 med spesielt ansvar for kompetanseutvikling blant ansatte som jobber i demensomsorgen.

Prosjekt

- *Miljøbehandling: Forståelse og mestring av utfordrende atferd* vektlegger kartlegging av atferd og trivsel som grunnlag for å kunne forstå personen med demens og ha et personsentrert utgangspunkt for kommunikasjon og tilnærming.

Formidling

Prosjektet gjennomføres som et undervisnings- og veiledningsopplegg. Målgruppene er ansatte i den kommunale demensomsorgen i Troms.

Stokka undervisningssykehjem i Stavanger har personsentrert omsorg, individualisert behandling, aktiviteter, kompetanseøkning og forskning på demens som overordnede satsingsområder.

Prosjekter

- *Demensplan Stokka* er et treårig utviklingsprosjekt der hensikten er å tilby personer med demens personsentrert omsorg og et variert aktivitetstilbud
- *Pasientrettighetslovens § 4a* er et treårig forsknings- og utviklingsprosjekt der hensikten er å følge innføring av loven med kartlegging av tvangsbruk i kommunen og gi veiledning underveis.

Formidling

Målgrupper for undervisning er sykepleiere, hjelpepleiere, leger, pårørende og assistenter. Tema er miljøbehandling ved demens, innføring av ny paragraf i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Bergen Røde Kors Sykehjem har et etablert miljø for sykehjemsforskning med fokus på de eldres behov for trygghet og palliativ omsorg. Verdighets-senteret som er en videreføring av prosjektet «En verdig alderdom – En livsgaranti», er knyttet til og lokalisert ved Bergen Røde Kors Sykehjem.

Prosjekter

- *Musikk som terapeutisk verktøy på sykehjem*
- *Det narrative – livshistorier av pasienter i livets slutt.*

Formidling

Det drives utstrakt formidling både via eksterne og interne kurs og undervisningstilbud, gjennom presentasjoner på kongresser og ved publikasjoner.

Ressurssenter for demens i Trondheim kommune er en del av kommunens tiltakskjede for hjemmeboende personer som er rammet av en demenssykdom og deres pårørende.

Prosjekt

- *Praktikerutdanning i Marte Meo* gjennomføres som en del av miljøbehandlingsprogrammet (kapittel 7).

Formidling

Ressurssenteret driver undervisning og veiledning. Målgruppene er pårørende, frivillige, besøksvenner, ansatte i Trondheim kommune, andre kommuner i regionen, spesialisthelsetjenesten og undervisning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Tema er kommunikasjon samhandling, pårørendesamarbeid, livshistorie- og erindringsarbeid, utfordrende atferd, musikktilnærming og Marte Meo.

Verdal kommune fremstår som et kompetansemiljø der Undervisnings- sykehjemmet Verdal bo – og helsetun er en ressurs i etableringen av et fylkesnettverk i miljøbehandling, med utgangspunkt i modellkommunene i Demensplan 2015 i Nord Trøndelag.

Prosjekter

- *Musikk i sykehjem* er utviklingsprosjekt med utgangspunkt i individualisert musikk
- Interkommunalt samarbeidsprosjekt for å utvikle *en veileder i demensomsorg*, utgi en lærebok i demensomsorg sammen med sykepleierstudenter og gi undervisning for tredje års sykepleierstudenter i miljøbehandling
- *Dagtilbud i Grønn omsorg* evaluerer brukernes og personalets erfaringer fra utviklingsprosjekter innen grønn omsorg.

Formidling

Kommunen har stor formidlingsaktivitet gjennom undervisning, kurs og foredrag. Aktuelle undervisningstema i miljøbehandling er hverdagen i skjermet enhet, pleiekultur og psykososialt arbeidsmiljø.

Kirkens bymisjon er et nettverk av diakonale stiftelser med stor virksomhet på et bredt faglig felt, og lokalisert i de største byene i Norge. Nettverket har kultur som satsingsfelt med musikk som konkret innfallsvinkel.

Prosjekter

- *Kulturarbeiderskole* for ansatte gjennomføres som en tre dagers kurs-samling per år
- *Håndbok i bruk av miljøtiltak* er utviklet som oppskriftsbok til bruk for kulturell aktivitet i sykehjem
- *Bevegelse fra hjertet* er et prosjekt med hensikt å utvikle undervisningsmateriale der dans, bevegelse og musikk brukes på en systematisk måte
- *Å få henge som en dråpe* er kurs i kreativ skriving for eldre der deltagerne får bevege seg fritt gjennom minner og fantasi ved hjelp av det poetiske språket
- *Sittedans som en aktivitet i sykehjem*. Det er utviklet et hefte og en DVD som beskriver og viser til sammen 20 forskjellige sittedanser med beskrivelse.

Formidling

Undervisning og kurs som dreier seg om miljømetoder er en stor del av Kirkens bymisjons virksomhet. Målgruppen er først og fremst dem som arbeider i demensomsorgen, samt frivillige og pårørende. Tematikk er kulturarbeid og sammenhengen mellom kultur og helse. Erindringsarbeide og sittedans er eksempler på undervisningstemaer.

Oppsummering

Resultatene fra kartleggingsundersøkelsen om kompetansemiljøer i miljøbehandling kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Kompetansemiljøene har en god geografisk spredning
- Kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten fungerer som ressurs for kommunehelsetjenesten
- Kunnskapsspredning og formidling er en vesentlig del av kompetansemiljøenes oppgaver og funksjon

Referanser

- Helsedirektoratet (2010) *Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing*. Overordnet strategi 2011-2015
- Nygren E (2004) *Handlingskompetanse – Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skau GM (2010) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4.utg. Oslo: Cappelen Akademisk
- Store Norske Leksikon*. Lest 20.10.2011: <http://snl.no/kompetanse>
- Säljö R (2001) *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Thagaard (2009) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Van Meter KM (1998) Methodological and Design Issues: Techniques for Assessing the Representatives of Snowball Samples i: Lamberth M (red). *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. Rockville U.S., National Institute on Drug Abuse (NIDA). US dep. of Health and Human Service

KAPITTEL 4

Miljøbehandling i praksis

Forfatter: Torbjørn Fermann

Kartleggingen av kompetansemiljøer i miljøbehandling (kapittel 3) resulterte i at miljøene ga tips om sykehjem som praktiserer miljøterapeutiske metoder, og 16 sykehjem ble kontaktet for nærmere kartlegging. Noen av disse er valgt ut som eksempler på hvordan miljøbehandlingsmetoder anvendes. Hensikten er å gi noen beskrivende nærbilder fra praksis i norske sykehjem. Deretter gis en oversikt over de miljøterapeutiske metoder og tiltak som praktiseres mest ved norske sykehjem i følge denne kartleggingsrunden.

Miljøbehandling ved et lite sykehjem i nær kontakt med lokalmiljøet

Ytterøy helsetun i Levanger kommune ligger på en liten øy med ca. 500 innbyggere der de fleste kjenner hverandre. Helsetunet består av 10 sykehjemsplasser, to omsorgsboliger, samt noen boliger som ligger rundt sykehjemmet. Fellesarealene i sykehjemmet brukes av alle, og har eget kjøkken. Kommunen har integrert pleie- og omsorgstjeneste som gjør at personalet kjenner brukerne både fra hjemmesykepleie og institusjonsomsorg.

Leder ved institusjonen har en fysisk nærhet til avdelingen og er synlig og delaktig i det daglige arbeidet. Tilstedeværelsen virker inspirerende gjennom kontinuerlig oppfølging, motivasjon og hjelp til å holde fokus på miljøbehandling i det daglige arbeidet. Det er lagt til rette for kompetanseheving ved at utredningsteamet brukes i undervisning for refleksjon og oppfølging av enkeltpersoner, spesielt om utfordrende atferd. Det har bidratt til en holdningsendring blant personalet. Ved at de har fått ny kunnskap og reflekterer sammen over erfaringene fra praksis, endres arbeidsmetodene mer og mer i retning av miljøbehandling.

En metode for beskrivelse av ansvars- og oppgavefordeling er «Hjerte-metoden». Den fungerer som en strukturerende metode for arbeidsdeling som er med på å styre og fokusere på miljøtenkningen i avdelingen. Det er en rød eller grønn knapp/button med hjerteform som festes på bryst-lommen til ansatte ved vaktstart. Den viser seg å være et virksomt symbol for å fordele og å holde fokus på arbeidsfordelingen, slik at miljøbehandling blir en klart definert del av den daglige aktiviteten. Konkret har «grønn-hjertet» ansvar for alle fellesaktivitetene som for eksempel å synge bord-vers ved måltidene, tilrettelegge for individuell plassering rundt bordene, være til stede og sitte ned. Øvrig personale støtter opp og bidrar i den praktiske gjennomføringen av grønnhjertets ansvarsfelt. «Rødhjertet» har et definert ansvar for å rydde beboernes rom, reie senger og andre oppgaver som ikke er direkte miljørettet arbeid. «Grønnhjerne» dokumenterer fra dag til dag, for å kunne følge opp hva som er gjort, hva som skjedde og hvordan det virket. I tillegg dokumenteres det i sykepleiedokumentasjonen.

Måltidene tilrettelegges for den enkelte beboer gjennom hele døgnet. Den første beboeren får frokost rundt halv seks, mens den siste inntar frokost først ved ellevetiden. Mat og måltider er individuelt tilpasset etter ønske og behov. Noen spiser frokost på senga, andre i fellesskapet. Tidspunkt for måltidene justeres etter dagsform og ønsker. Å ha eget kjøkken som tilbereder maten på institusjonen, verdsettes og skaper grunnlaget for at mat og måltider kan brukes som et aktivt og tilrettelagt miljøbehandlingstiltak.

Alle formiddager er avsatt til fellesaktiviteter for dem som ønsker og kan delta. «Grønnhjertet» har ansvar for gjennomføringen. To dager er det et fast program som gjennomføres, som for eksempel bingo hver fredag. De øvrige tre virkedagene er programmet åpent. Trim brukes ofte som en introduksjon til timen. De spiller Boccia (softutgave), kaster stor ball, trener strekk og bøy. De bruker også sang eller samtaler om et tema eller gjør andre aktiviteter.

Sang og musikk brukes bevisst som trivsels- og tillitskapende tiltak. Musikk brukes i flere sammenhenger og ut fra ulike hensikter. Musikk skal stimulere og bidra til opplevelse av trivsel og glede. Målrettet sansestimulering brukes for å forebygge uro, skape ro rundt måltider og ved stell. Fokus på individualisert musikk har resultert i at de har kartlagt musikkpreferanse

for hver beboer. De har en hylle på hvert rom med CD-spiller og tilpassede CD-er i to kategorier - oppvåkningsmusikk og avspenningsmusikk. De har en bevisst bruk av sang, rytme og musikk som miljø- og helsefremmende faktor. Når frokost serveres på senga, brukes gjerne musikk som beboeren liker å høre på. I stell har de god erfaring med bruk av musikk og rytme. Det gir stimuli som gjør stedet til en god situasjon. De synger, nynner, traller, bruker rytmer eller taktsanger. Som felles musikkaktivitet har de gruppesang en gang ukentlig i samarbeid med pårørende. Gammeldans arrangeres en gang i måneden. Da inviterer de menn fra bygda som kler seg i hvitskjorte og tversoversløyfe og er dansepartnere for beboerne, som i all hovedsak er kvinner. De har i tillegg et husorkester bestående av tre frivillige som spiller gitar, trekkspill og trombone.

Personsentrert omsorg ivaretas ved at deltakelse i gruppeaktiviteter skjer på den enkeltes premisser ut fra dagsform, interesser og ønsker. Ved kartlegging av nye beboeres situasjon, interesse og verdier er det pårørende som er informasjonskilde.

Yttertun har et variert og nært samarbeid med frivillige aktører. De frivillige er en ressurs som bidrar med varierte aktiviteter, og de har en kulturell nær tilhørighet til helsetunet. Sett i lys av miljøratsingen skjer det mye med relativt begrensede økonomiske midler. Mye er basert på frivillighet. Nøkkelen til at det skal lykkes er at personalet deltar i aktivitetene sammen med frivillige og har fokus på samhörighet, kreativitet og fleksible løsninger. Gjensidig nytte og glede er drivkraften i samarbeidet mellom helsetunet, skole, barnehage, kirke og frivillige organisasjoner. Helselaget arrangerer ettermiddagstreff en gang i måneden. De holder medlemsmøtene på helsetunet for at medlemmer som bor der skal kunne delta. Bygdekvinnelaget har adventarrangement, mens Røde Kors arrangerer påsketreff og spanderer påskeblomster til institusjonen. Pensjonistforeningen arrangerer samling hver 20. dags jul, mens venneforeningen arrangerer månedlige treff, juletreff, sommerfest og er med på en årlig sommertur. Presten er en viktig samarbeidspartner. Det holdes jevnlig andakt, noen ganger med nattverd, andre ganger mer enkle andakter. Frikirkesamarbeid er etablert, og flere beboere deltar på møtene i frikirka, som ligger like i nærheten.

Bredt tilbud om miljøbehandlingstiltak med individuell tilpasning

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter i Nøtterøy kommune bruker et bredt spekter av miljø- og aktivitetstiltak som er satt inn i en verdi- og holdningsmessig sammenheng. Album, bilder og film brukes aktivt overfor beboerne. Pårørende kommenterer, gir informasjon og supplerer hva bildene representerer eller handler om. Bilder brukes i individuelle samtaler og i gruppeaktivitet. Aktuelle filmer fra hvalfangsthistorier til Stompa, vises på stor TV-skjerm.

Fysisk aktivitet som for eksempel bowling, turgåing og luking i hager, brukes variert. Det er laget en egen løype i skogen, som brukes både til grupper og individuelle turer. De har bygget en egen lavvo som gjerne brukes i forbindelse med uteaktivitetene.

Hverdagsaktiviteter er en viktig del av miljøbehandlingen. Hensikten er å gjøre oppgaver som naturlig har sammenheng med dagliglivets aktiviteter eller det som har vært naturlig å gjøre tidligere i livet. For eksempel settes det poteter hver vår, det plukkes jordbær om sommeren, henges opp klær på tørkestativ ute i det fri, det klippes gress i hagen med manuell gressklipper og fra tid til annen hugges det ved. Sammen utføres malearbeid på vegger og hagemøbler, det brettes tøy og gjøres kjøkkenaktiviteter som å kutte grønnsaker og lage vaffelrøre. Alle aktivitetene gjennomføres ut fra den enkeltes forutsetninger og dagsform.

Fortellinger brukes aktivt. Ansatte skriver ned en del av det beboerne forteller. Ofte er det muntre historier, som når de gjenfortelles eller leses opp seinere, skaper god stemning og latter. Fortellingene videreføres og får fornyet betydning når de deles i fellesskapet.

Dyr er en viktig del av sykehjemmet. De har eget hønsehus som gir anledning til å sanke egg. Eggsankning og mating av høner skaper ro og glede for mange. Det bor også en katt på sykehjemmet som har stor betydning for det psykososiale miljøet. Den regnes som ansatt.

Robotselen Paro er et interaktivt robotdyr som er utviklet for et terapeutisk formål. Den er formet som en liten sel som kan bevege seg, lage lyder, respondere når den blir snakket til og kan åpne og lukke øynene. Den har

hvit, myk pels, er passe stor og kompakt nok til at den ligger stødig i fanget. Erfaring etter ett år viser at Paro har en forebyggende effekt ved begynnende uro. Når uroen har eskalert, har den ingen effekt. Et eksempel på hvordan robotselen kan virke inn er at en beboer som har Paro i fanget, ofte kommer i en god kontakt med sidemannen. En beboer som til vanlig har dårlig språk, pekte ved en anledning på Paro og utbrøt klart og tydelig: «Det der er meg, det!» En annen utbrøt med glimt i øyet mens han kikket på Paro; «Åhh - du er jaggu søtere enn kona mi!» Personalet spør seg om dette kan være et praktisk eksempel på hvordan behovet for bekreftelse og trøst kan dekkes.

Bjønnesåsen har en egen sansehage som brukes bevisst som et miljøbehandlingstiltak. Dette er individuelt tilpasset med fokus på opplevelse av å ha det godt. De har et reminisensrom, et eget sanserom og kasser med variert utstyr for å stimulere sanser og for å vekke gode minner. Massasje og berøring brukes i den daglige pleien. Et eksempel på bruk av berøring er beboeren som ikke vil inn i dusjen. Personalet innledet først med å gi et fotbad, deretter ble leggene forsiktig massert, og etter hvert ble det naturlig å fortsette med en dusj. Velbehaget som beboeren ga uttrykk for i etterkant viste at det var av stor betydning å følge hans rytme og gjøre det hele til en god stund.

Miljøtiltak i pakt med arbeid, natur og kultur

Undervisningssykehjemmet i Karasjok har samisk kultur og tradisjon som selve verdigrunnlaget for sykehjemmets virke, drift og innhold. Det grunnleggende i samisk liv og virke danner også rammen for dagliglivet på sykehjemmet.

Aktiviteter som gjennomføres ved sykehjemmet verdsetter samefolkets levesett og tette tilknytning til arbeid, natur og kultur. Dagliglivets aktiviteter hos samefolket styres ofte ut fra her og nå situasjonen. Naturkreftene som vær, vind, årstid og ressurser avgjør aktivitetene. Dagliglivet på sykehjemmet tar utgangspunkt i denne levemåten. Det er et gjennomgående trekk at aktiviteter gjennomføres ut fra hva «her og nå» - situasjonen innbyr til, mer enn at det er planlagt hva som skal skje. Det fysiske miljøet er godt tilrettelagt. Bygningene og omgivelsene danner rammene for miljøbehandlingen. Det finnes en stor stue midt i bygget med store vinduer

som vender ut mot tunet og lavvoen utenfor. Her samles folk til andakter og salmesang, noe som er viktig i den samiske kulturen der mange er læstadianere. Mat og måltider på samisk vis har en spesiell plass. De har laget en egen bok om bruk av blodmat, noe som har lange tradisjoner i samisk kultur. Høytider som samefolkets dag 6. februar markeres. Sykehjemmet legger opp til å markere dagen etter gammel tradisjon. På Sankthansaften spiser de stekt råmelk, lokale bær og blodpannekaker.

Samisk tun er bygget opp som en sansehage, og her er det bygget en lavvo. Ryker det av lavvoen, trekkes folk naturlig ut. Å finne seg sjøl i natur og kultur og delta i naturlige aktiviteter, er selve grunntanken i driften av sykehjemmet. Å skjære sennagress, kaste med fiskestang, dra på tur og borre hull for isfiske er årstidsavhengige aktiviteter som gjennomføres om situasjonen innbyr til det. Sang, spesielt salmesang, men også annen sang og joik brukes jevnlig. Spontane trimstunder skjer ved at personalet setter på musikk i fellesrom som gjør at noen beboere kommer ut fra rommene sine. De beveger seg etter rytmene og det skaper aktivitet, samling og kontakt. Samarbeid med skole om et strukturert og planlagt opplegg for hvert klassetrinn, gjennomføres hvert år. Poenget er at generasjoner treffes rundt et tema, og gjør noe sammen. Da oppstår kontakt og samtaler, og målet er å overføre kulturskatter mellom generasjonene. De unge lærer av de gamle å synge salmer på gammelt vis. Sammen deler de stunden og øyeblikket. Noen ganger er tradisjonelt håndarbeid tema. Å preparere saueskinnsfeller sammen er et eksempel på overføring av kunnskap mellom generasjonene. Skinnene vaskes, beredes, klippes til og garves. Det er et arbeid som elevene gjør og som de eldre deltar i. Åttende klasse er med på vedhugging om høsten. Da brukes hest og slede. Elevene er med på å sette poteter, noe som skjer midt i sansehagen. Årets konfirmanter tar de eldre med til julegudstjenesten. Undervisning gjennomføres for hver klasse i barne- og ungdomsskolen hver høst. Det gis informasjon om demens, og spesielle tema tas opp etter behov, for eksempel det å vise respekt, å kunne tilpasse seg og være gjester hos eldre med demens. Det er tiltak for å forberede elevene til å møte gamle med demens, da ikke alle har eldre pårørende i eget hjem.

Struktur for aktivitet

Høyås bo- og behandlingssenter i Oppegård kommune har som mål å utvikle en struktur for å implementere og gjennomføre aktiviteter og miljøterapeutiske tiltak. Konkret utgangspunkt er at det gjennomføres minst ett aktivitetstilbud hver dag både morgen, ettermiddag/kveld inklusive helger. Eksempler på etablerte tiltak er bruk av musikk og sanggruppe, og det er også en egen lesegruppe.

Det er gjennomført et utviklingsprosjekt ved sykehjemmet som har resultert i en timeplan som viser daglige aktiviteter. Hver dag har aktiviteter både på dag- og ettermiddagstid. På mandag er det for eksempel sanggruppe på formiddagen og lesegruppe på ettermiddagen. Pårørende og frivillige er viktige ressurspersoner i disse gruppene. Hver uke har en frivillig en samtalegruppe med beboere der de er opptatt av ordtak. Mens denne gruppeaktiviteten skjer, har personalet faglunsj.

Etablering av sanserom bygger på erfaringer fra andre sykehjem i regionen. Farger er utgangspunkt for sanserommenes funksjon. Rødt rom er stimulering, mens hvitt rom er for å berolige og dempe angst. Sanserommet på Høyås er et hvitt rom som har som mål å berolige og skjerme, og de bruker dufter og farger bevisst for å berolige.

Det kommer ukentlig en aromaterapeut til sykehjemmet, behandlingen skjer på beboernes egne rom, og beboerne betaler selv. Personalet har gode erfaringene og forteller at beboere som ikke har språk, ytrer seg gjennom lyder som «mmmmm» og «åhhhh» samtidig som de smiler og viser velbehag. «Jeg blir trøtt og rolig, kroppen mykner, det er så deilig, så godt», sier noen av dem som har språk. Det ser ut til at aromaterapi forebygger smerter, men det er ikke undersøkt systematisk. Terapeutens dyktighet og relasjonskompetanse har innvirkning på om denne er et godt tiltak som beboerne verdsetter. Tilbudet om aromaterapi er en forsøksordning som skal evalueres.

Miljøbehandling i sykehjem - metoder som er i bruk

Miljøbehandlingsmetoder spenner over et stort register og inkluderer både metoder for observasjon, kartlegging, tilrettelegging og trivsels-

fremmede aktiviteter. Metodene retter seg mot enkeltpersoner, grupper eller fellesskapet i sykehjemmet. I det følgende presenteres miljøbehandlingsmetoder som er i bruk ved noen norske sykehjem.

Sang og musikk

Den mest brukte metoden ser ut til å være sang og musikk. Alle sykehjemmene som er kontaktet i denne kartleggingsundersøkelsen, opplyser at sang og musikk brukes. Det er stor variasjon i hva hensikten er og hvilke metoder som brukes. Levende musikk brukes ofte. Det synges, nynnes, det spilles melodier og rytmer og takt brukes. Musikkinstrumenter som piano, trekkspill og gitar brukes både av personalet, frivillige og andre som arrangerer tilstelninger. Kor, sanggrupper, trekkspillgrupper og solister er en del av det generelle trivselsskapende arbeidet ved sykehjem. Musikk og rytmer brukes gjerne sammen med andre tiltak som for eksempel trim, dans, SPA-behandling, minnegrupper og under oppvåkning.

Noen bruker musikk basert på individuell kartlegging. Musikken er tilpasset den enkeltes preferanser og blir brukt til bestemte formål. For eksempel brukes spesielt utvalgt musikk for å skape ro i stell. Annen musikk brukes for å stimulere og aktivisere som ved oppvåkning. Noen forteller at de har CD-plater tilgjengelige på den enkelte pasients rom som passer for ulike situasjoner. Andre forteller om bruk av musikk i fellesrom, allsang for å skape samhold, hygge og trivsel og bruk av beroligende, meditativ musikk for å forebygge eller dempe uro og utfordrende atferd. Tilpasset musikk har betydning for å vekke minner, for å stimulere til kontakt med egen kropp gjennom rytme og takt, og for fysisk aktivitet som dans. Musikk synes å kunne forebygge eller dempe uro, angst, aggresjon og annen utfordrende atferd.

Mat og måltider

Mat og måltider er hyppig brukt som miljøterapeutisk tiltak. Kartleggingen viser at måltider brukes bevisst som en situasjon i dagliglivet som kan være utgangspunkt for gode opplevelser i øyeblikket. Hensikten er ofte å skape trivsel og fellesskap i tillegg til et ernæringsmessig aspekt. Felles måltider ved små bord der personalet sitter sammen med beboerne går igjen. Flere understreker betydningen av å forberede og tilberede mat sammen. Lukten og synet av mat, å hente grønnsaker, bær og frukt fra

egen hage er eksempler på at mat og måltider er utgangspunktet for ulike aktiviteter. Å innfri individuelle ønsker om å få frokost på senga, mat på natta, spesielle menyer eller plutselige lyster, tilstrebes. Flere understreker betydningen av å ha eget kjøkken ved sykehjemmet, og at det er en forutsetning for å kunne bruke mat og måltider som utgangspunkt for miljøbehandling.

Ved ett sykehjem har de en husmor ansatt for hver gruppe på til sammen åtte pasienter. Hun bestiller mat, forbereder servering, tilrettelegger for bordpassering, rydder og er behjelpelig i praktisk gjennomføring av måltider. Hun fungerer som en frokostvert og er på mange måter miljøskaperen for gjennomføring av måltidene. Hun kjenner etter hvert pasientene godt, og vet hva som fungerer og hva som bør unngås.

Kultur, tur og natur

Å dra på tur er en svært vanlig aktivitet og brukes både som fellesaktivitet, for mindre grupper eller som individuelt tiltak. Spasertur i nærområdet er vanlig. Bil- og bussturer benyttes ofte, og flere sykehjem har egen minibuss. Andre benytter kollektivtransport eller drosje. Det å dra på tur sammen, betyr mye for beboerne utover det konkrete målet for turen. Om målet er å besøke et museum, overvære en konsert eller dra på fisketur, er selve samværet i bussen og kaffepausen underveis ofte vel så betydningsfull og det beboerne snakker mest om etterpå.

Det er eksempel på at personalet drar på hytteturer med overnatting sammen med noen få beboere. Dette krever nøye planlegging av hva slags utstyr som skal tas med, utvelgelse av deltakere og forberedelser for beboerne. Det krever ofte frivillig innsats fra personalet.

Kunnskap blant personalet om lokal kultur, historie og tradisjon ser ut til å ha stor betydning og verdi for å kunne finne tiltak som fremmer glede, trivsel og opplevelse av tilhørighet. Å arrangere gammeldans med trekkspill treffer i én sammenheng, men vil være helt feil i en annen. Å skjære sennagress passer som kulturtiltak og kan inngå som et miljøbehandlings-tiltak i samisk kultur, men vil ikke skape gjenkjennelse eller styrke identitet hverken blant byfolk eller bygdefolk fra andre kultur- og lokalsamfunn.

Naturen brukes og vies oppmerksomhet på flere måter. Årstider er et hyppig tema. Det har betydning å være oppmerksom på tiden, på naturens skiftninger og overganger. Det gjøres på ulike måter, gjerne ved å dra på tur for å sanke blomster og løv, innhøsting av bær, grønnsaker og frukt, eller brukes gjennom fortellinger, bilder eller musikk. «Inn på tunet» prosjektene gir kontakt med både dyr, mennesker, natur og kultur. Mange sykehjem har etter hvert tilgang til sansehage eller andre tilrettelagte utearealer, gjerne med lysthus eller lavvo. Å sanke egg eller mate høner og andre dyr, er en del av det å bruke natur og kultur på en praktisk og dagligdags måte.

Det lokale musikkorpsset, trekkspillklubben, bilveteranklubben og markering av høytidsarrangement etter lokal tradisjon er andre eksempler på hvordan kultur brukes som miljøtiltak i demensomsorgen.

Fysisk aktivitet

Å spasere eller å gå på tur brukes ofte, særlig i forbindelse med å forebygge eller dempe uro. Noen bruker dans og rytmer, enten som spontane aktiviteter dersom stemningen tilsier det, eller som planlagte fellesaktiviteter. Trim er ofte brukt, mest som en planlagt fellesaktivitet i form av trimgrupper. Musikk og sang er gjerne brukt sammen med fysisk aktivitet. Aktiviteter utendørs består for eksempel i turgåing, tilbereding av mat ute, bruk av sansehager, og er tett knyttet til det å bruke naturen som arena for fysisk aktivitet.

Erindringsarbeid

Minnearbeid gjennomføres på mange forskjellige måter. Fotoalbum er en hyppig brukt metode. Noen bruker private album for å gjenkalle minner fra eget liv og nære relasjoner. Å bla og samtale om bildene er oftest en individuell syssel mellom beboer og ansatt eller en pårørende. Album brukes også i gruppesamtaler, der felles interesser er samlende. Det kan være bilder, avisutklipp og reportasjer som viser situasjoner og hendelser fra lokalmiljøet, bilder av kjente personer fra lokalpolitikk, kultur og samfunnsdebatt. Også film brukes, visning av gamle spillefilmer eller tidligere smalfilmopptak fra lokalmiljø og spesielle hendelser som er lagt over i DVD-format. Det er flere som har laget spesielle erindringsrom, utstyrt med interiør, tekstiler, farger og gjenstander fra «gamle dager».

Bruk av dyr

Katt, fisker og høner er mest vanlige. Det er ett sykehjem som forteller om at de bruker hund. Det er ikke en utdannet terapihund eller hund som bor på stedet, men en ansatt som tar med seg hunden sin på jobb hver dag. Hunden har «egen turnus» identisk med matmor. Erfaringen er at både hunden og beboerne trives i hverandres selskap, og hunden ser ut til å ha både en beroligende og stimulerende effekt. Robotdyr er i bruk ved ett sykehjem.

Diskusjon

Det er et gjennomgående trekk at fagmiljøene er opptatt av og har en holdning til at miljøbehandling må tuftes på personorientert tilnærming og en omsorgsidologi. Dette kommer til uttrykk på forskjellige vis. Formuleringer som «vi ser an dagsformen» og «livshistorien er viktig for å møte den enkelte ut fra egne forutsetninger» er illustrerende eksempler på utsagn om hvordan miljøbehandlingen tilrettelegges og organiseres for å sikre personsentrert omsorg.

Aktivitet gjennomføres både som individuelle tiltak og gruppe- eller felles-tiltak. Deltakelse er langt på vei tilpasset den enkeltes preferanse, og basert på en situasjonsvurdering av hva som passer best i øyeblikket.

Det er ulik bruk av metoder for systematisk kartlegging og observasjon i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Teoretisk utviklede metoder brukes mest ved kompetansemiljøene innen spesialisthelsetjenesten, eksempelvis DCM og Marte Meo. Andre instrumenter som brukes er velværeskjema, registrering av musikkpreferanser, livskvalitet, depresjon og smertekartlegging. I kommunehelsetjenestens ser det ut for at det er mindre bruk av systematisk kartlegging. Hvordan kartleggings-instrumentene er utviklet, er mindre vektlagt. Det viktigste ser ut til å være at metodene er praktisk nyttige. Det skjer imidlertid en bevisstgjøring gjennom å være med i prosjekter. Da skjerpes oppmerksomheten på betydningen av observasjon, kartlegging og vurdering for å kunne praktisere en personsentrert omsorg. Betydningen av å kjenne pasienten må vektlegges enda mer for å sikre en personsentrert tilnærming i miljøbehandlingen.

Aktivitetstiltakene som brukes som en del av miljøbehandlingen, varierer ut fra lokalsamfunnets tradisjon, kultur- og arbeidsliv og den enkelte institusjons muligheter og ressurser. For noen har det betydning å arrangere gammeldans med frivillige fra bygdas mannlige befolkning som kommer og er dansepartnere. For andre er det museer eller kunstutstillinger som er naturlig å oppsøke. Poenget er at det må være kulturelle aktiviteter som er gjenkjennelige, som skaper minner, gir bekreftelse på identitet og opplevelse av tilhørighet.

Frivillige utgjør en innsats som er viktig for å gjennomføre miljøtiltak. De er aktører uten formell kompetanse, men bidrar til gjennomføring av tiltak i nært samarbeid med fagpersoner.

I følge denne kartleggingen er det tydelig at miljøbehandling gjennomføres i utstrakt grad, i varierte former innenfor ulike rammer. Å drive et forsvarlig tilbud spesielt for personer med demens som har utfordrende atferd, forutsetter god ledelse, gode rammevilkår og variert kompetanse både i kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Flere gir uttrykk for at det er en utfordring å integrere miljøbehandling i praksis, og at det er avhengig av ildsjeler. Ledelsens betydning understrekes. I følge kartleggingen er det av stor betydning at avdelingsledere har nærhet til det som skjer i den daglige virksomheten, ved at de er til stede og delaktige i stell og aktiviteter for å motivere og veilede om betydningen av miljøbehandlingen og tilrettelegge for kompetanseutvikling. Betydningen av økt kompetanse for å målrette miljøbehandling på en mer systematisk måte er et kjernepunkt i resultatene fra denne kartleggingsundersøkelsen. Mangelen på systematikk i kompetanseutviklingen ved norske sykehjem dokumenteres i blant annet i undersøkelsen til Brenden, Storheil, Grov og Ytrehus (2011) som konkluderer med behovet for formelle strukturer for kompetanseutvikling og betydningen av ledelsens engasjement og innflytelse på utviklingsarbeidet.

Kompetansebehovene varierer, og behovet for ny kunnskap imøtekommes blant annet gjennom ulike kurs og konferanser, forsknings- og utviklingsprosjekter, nettverk, studiegrupper og internundervisning. Det utvises et stort engasjement og interesse for å utvikle miljøbehandling i demensomsorgen både som fag- og forskningsfelt og som praksis. Å fore-

bygge og å håndtere utfordrende atferd i demensomsorgen, er spesielt kompetansekrevende. Resultater fra en studie blant pleiere i demensomsorgen viser at pleiere opplever både maktesløshet, mislykkethet, redsel, frykt og engstelse, og har behov for etisk refleksjon og praktisk trening i å håndtere aggresjon (Rognstad, Nåden 2011).

Miljøbehandling har et potensial utover generelle trivselstiltak, som selvstendige behandlingsopplegg basert på kartlegging og individuell vurdering for å bevare eller styrke velvære, trivsel og livskvalitet. Både DCM, Marte Meo og dyreassistert terapi (DAT) er eksempler på metoder som er utviklet gjennom systematisk utprøving og som krever spesialutdanning og/eller sertifisering. Bruk av musikk derimot, som er den mest anvendte miljøterapeutiske tilnærmingen i følge denne kartleggingen, krever ingen spesialkompetanse. Myskja og Håpnes (2010) peker på at vi mangler fagbaserte metoder for terapeutisk bruk av sang og musikk for helsearbeidere uten musikkfaglig utdanning, og at det trengs gode modeller for integrering av musikk og andre former for miljøterapi i sykehjem.

Kartleggingsundersøkelsen viser at flere sykehjem bruker dyr i demensomsorgen som trivselstiltak. Myrens kartleggingsundersøkelse om bruk av dyr i norske sykehjem (2010), viser at ca. 30 prosent av sykehjemmene har dyr, og der katt, akvariefisk og burfugl er vanligst. Bruk av dyr som terapi kan redusere aggresjon og agitasjon og fremme trivsel og sosial atferd (Shibata, Wada 2011, William, Jenkins 2008). Robotselen Paro er i bruk ved ett av de sykehjemmene som inngår i denne kartleggingen. De viser til positive erfaringer. Bruk av robotdyr er imidlertid omdiskutert. I Helse- og omsorgsdepartementets utredning Innovasjon i omsorg (NoU 2011) etterspørres dokumentert effekt og etisk vurdering, og peker på at dersom robotdyr har beroligende effekt, vil det kunne forsvares foran bruk av psykofarmaka med store bivirkninger.

Oppsummering av hovedpunkter

På bakgrunn av denne undersøkelsen av miljøbehandling i praksis kan vi oppsummere følgende:

- Det er høy grad av bevissthet og intensjon om å utøve personsentrert omsorg og behandling i sykehjem
- Det varierer hvor vidt observasjon, kartlegging og vurdering av den enkelte sykehjemsbeboers livshistorie, situasjon, behov og preferanse baseres på systematiske metoder og bruk av validerte instrumenter
- Miljøbehandling varierer fra å være generelle trivselstiltak, til individuelt tilpasset behandling basert på kartlegging, vurdering og tilrettelegging
- Lokal tradisjon, historie og kultur har en vesentlig betydning i miljøbehandling
- Ledelsens nærvær, engasjement og deltakelse i den daglige virksomheten har betydning for å gjennomføre miljøbehandling
- Rammevilkår og kompetanse i miljøbehandling, varierer
- Frivillig innsats, inklusive pårørende, representerer en betydelig ressurs i miljøtiltak i sykehjem
- Erfaringskunnskap og situasjonsforståelse er et vesentlig vurderingsgrunnlag
- Miljøbehandling for yngre personer med demens er lite tematisert.

Betydningen av personsentrert omsorg og nærværende ledelse, behov for målrettet kompetanseutvikling og bruk av mer systematiske arbeidsmetoder i kartlegging og forskningsbaserte metoder og modeller i miljøbehandling er konklusjon fra denne kartleggingsundersøkelsen.

Referanser

- Bergland Å, Kirkevold M (2011) *Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?* Sykepleien Forskning 6(1):14-25
- Bragestad LK, Kirkevold M (2010) *Individualisert musikk for personer med demens.* Sykepleien Forskning 5(2): 110-118
- Brenden TB, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S (2011) *Kompetanseutvikling i sykehjem.* Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 7 (1) s. 61 - 75
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Innovasjon i Omsorg (NoU 2011:11).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Myren IK (2010) *Terapi- og selskapsdyr i norske sykehjem - en kartleggingsstudie.* Ås: Masteroppgave i folkehelsevitenskap, Universitetet for miljø og biovitenskap UMB.
- Myskja A, Håpnes O (2010) *Musikk og helse i et lokalsamfunn. Et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge.* Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 12(1), 3 – 15
- Rognstad M-K, Nåden D (2011) *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Pleiernes perspektiv.* Nordisk Sygeplejeforskning 1 (2) 143 - 155
- Shibata T, Wada K (2011) *Robot therapy: a new approach for mental health-care of the elderly - a mini-review.* Gerontology, 57(4), 378-386.
- William E, Jenkins R (2008) *Dog visitation therapy in dementia care: a literature review.* Nurs Older People, 20 (8), 31 - 35

KAPITTEL 5

Stimulering til miljøbehandling - etablering og drift av fylkesnettverk

Forfatter: Marianne Skram og Laila Helland

En utfordring i demensomsorgen er hvordan man kan anvende begrensede ressurser best mulig for å styrke ansattes kompetanse og bruk av miljøbehandling. Fagnettverk kan være en metode for å stimulere til erfaringsutveksling, kunnskapsspredning, utprøving og implementering av gode tiltak. I dette delprosjektet ble det etablert et fagnettverk med fokus på miljøbehandling til personer med demens, med deltakelse fra kommuner i Sogn og Fjordane. NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus ledet og koordinerte prosjektet.

Nettverk

Begrepet *nettverk* viser til en form for struktur som utgjøres av individer eller organisasjoner som på en eller annen måte er gjensidig knyttet til hverandre, gjennom felles interesser, felles mål, vennskap eller slektskap. Barnes (1954) anvendte begrepet sosiale nettverk systematisk for å analysere mønstre av bånd mellom mennesker i et samfunn. Nettverksanalyse er senere utviklet til et bredt forskningsfelt innen flere fagdisipliner.

I vår sammenheng er særlig studier av praksisfellesskap (Wenger 1998, Wenger, McDermott, Snyder 2002) av interesse. Begrepet praksisfellesskap anvendes om nettverk som dannes når praktikere innen et fagfelt møtes jevnlig på grunnlag av felles interesse og ønske om å lære av hverandre gjennom å utvikle, dele eller videreutvikle sin kunnskap (Wenger 1998). Dette kan skje gjennom formelt vedtatte og tilrettelagte prosesser, eller

oppstå spontant og uformelt. Et eksempel på uformelle nettverk gis i en etnografisk studie av hvordan leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten tar sine daglige faglige beslutninger. Studien viste at de i stor grad støttet seg til egen og kollegers erfaring og taus kunnskap. Uformelle nettverk av kolleger, pasienter og andre ble brukt som kunnskapskilder i langt større grad enn forskningslitteratur (Gabbay 2004).

Praksisfellesskap kan bidra til læring for nyansatte, gi raskere tilpasning til «kunders» behov og forventninger, mindre bruk av tid for å «finne opp hjulet på nytt», utvikling av nye ideer og tjenester (Lesser, Storck 2001). Gjennom tilrettelegging kan nettverk av praktikere brukes som redskap for å fremme mål for helsetjenester. De er særlig verdifulle for å dele taus kunnskap og muliggjøre dens anvendelse i en lokal kontekst (Robeson 2009, Bate, Robert 2002). Deres effektivitet fremmes av metoder og verktøy som bidrar til erfaringsutveksling og sosial interaksjon (Robeson 2009).

Nettverk kan være et godt verktøy for kunnskapsutveksling og kunnskapsutvikling, men kan også ha negative effekter. Nettverk kan utvikle og bruke maktstrukturer, både i positiv og negativ forstand. En gjennomgang av studier (Robeson 2009) viser at makt også kan misbrukes i nettverk. Deltakere kan være mest opptatt av å fremme egne interesser, skape lukkede prosesser og ensidig fremme egen eller bestemte andres status. En nettverkskultur som ikke ivaretar grunnleggende behov som tillit, kunnskapsdeling, gjensidighet eller demokrati kan lede til konkurranse. Isolerte undergrupper innen nettverket kan medføre unødig ressursbruk og redusere positive effekter (Robeson 2009).

Det har de senere år vært økende fokus på nettverk som et mulig effektivt redskap for forbedring av helsetjenester. Det er blitt påpekt at nettverks-etablering ofte skjer uten teoretisk forankring og kritisk anvendelse av eksisterende kunnskap om suksessfaktorer for å lykkes med nettverksdrift. En ateoretisk tilnærming bidrar ikke til forskning og kan komme til å redusere nettverkens verdi (Scott, Hofmeyer 2007). Kriterier for å vurdere effektiviteten av nettverk varierer, og det finnes få verktøy for evaluering. Som et resultat er kvaliteten av evaluering svært variabel, i den grad nettverk i det hele tatt blir evaluert (Robeson 2009). En systematisk oversikt over bruken av praksisfellesskap i bedrifter og i helsesektoren fant

stor variasjon i typer av nettverk, begrepsbruk og kvalitetsindikatorer. En fant ingen studier fra helsesektoren av tilfredsstillende kvalitet til å kunne si noe om effekter av eksisterende nettverk (Li et al. 2009).

Bakgrunn for satsing på nettverk i miljøprogrammet

- erfaringer fra Hordaland

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus har satset på kompetansebygging gjennom nettverksdrift i 12 år (Munch 2008; Kilian 2003). Bakgrunn for oppstart av demensnettverk i Hordaland i 1998 var at Fylkesmannen avdekket etterspørsel fra kommunene om mer kunnskap i fagfeltet demens og planarbeid på dette området. NKS Olaviken fikk prosjektmidler fra Fylkesmannen og Fylkeslegen til å etablere et fylkesnettverk som ett av flere kompetansehevende tiltak. Målsetting var å utvikle hensiktsmessige kvalitetstiltak for personer med demens i kommunene og å utvikle ressurspersoner som pådrivere for demensarbeid og kompetanseutvikling (Munch, 2008). Demensnettverk er etablert med deltakelse fra alle Hordalands 33 kommuner og alle bydeler i Bergen. På bakgrunn av gode erfaringer med denne nettverksmodellen er det opprettet nye nettverk for hukommelses-/utredningsteam og dagtilbud. I modellen vektlegges perspektiver som langsiktighet, kontinuitet og relasjonsbygging. Gjennom jevnlig treff over flere år er tanken at en bidrar til å opprettholde oppmerksomheten på sentrale tema i demensomsorg over tid. En tenker også dette som et bidrag til utvikling av ressurspersoner i kommunene, som får anledning til å bli kjent med andre kommuners ressurspersoner og andre kommuners tilbud. Nettverkene er fortsatt koordinert fra NKS Olaviken i den hensikt å sikre kontinuitet.

Organisering av nettverkene i Hordaland

Kommunene og bydelene velger ut nettverkskontakter fra egen organisasjon og legger til rette for at de kan delta på samlinger og i lokalt utviklingsarbeid. Nettverkskontaktene stimuleres til å orientere politikere, ledere og medarbeidere i egen organisasjon om det som foregår på nettverksamlinger. Ved at nettverkskontaktene møtes jevnlig, utvikles relasjoner og kjennskap til gode tiltak og hvilke tilbud de andre kommunene i fylket har (Munch 2008). Nettverkskoordinator ved NKS Olaviken tar ansvar for å sette opp program og innkalling til nettverkstreff. Program fastsettes på

bakgrunn av ønsker fra kommunene og kjennskap til gode tiltak og utviklingstrender. Det settes av hele dager til treffene der kommunene skifter på å være vertskap. Dette gir muligheter for å orientere om utfordringer og tiltak i egen kommune, samt ekskursjoner der tiltak blir vist i praksis. Nettverksdriften finansieres via et årlig tilskudd fra Fylkesmannen og bidrag fra kommunene for å dekke reiseutgifter, diett og eventuelle utgifter til vikar.

Demensnettverkene i Hordaland har primært vært drevet frem av engasjement og en pragmatisk tilnærming til hva som fungerer og gir resultater over tid. Dette gjenspeiles i det som er skrevet om demensnettverket i Hordaland (Munch 2008, Kilian 2003, Moen 2002) der man ser beskrivelser av praktisk tilnærming og faglige refleksjoner rundt hva som ser ut til å være virkningsfullt. Der er få henvisninger til teori og forskning. Beskrivelser av tilnærming og oppfatninger om virkningsmekanismer har imidlertid mange fellestrekk med de perspektiver på nettverk som ble presentert innledningsvis.

Tidligere evalueringer

Tilbakemeldingene på nettverksmodellen har gjennomgående vært positive i de tolv årene de har vært drevet. Nettverkskontakter har formidlet at de gjennom nettverksdeltakelse har fått et forum for faglige diskusjoner som har vært et viktig bidrag til å holde ut i krevende jobber. En har erfaringer med at nettverkskontakter har engasjert seg og fått oppdrag med kommunalt plan- og utviklingsarbeid, iverksettelse av kompetansehevende tiltak som innføringskurs i demens, opprettelse av og bidrag til lokale demensforeninger.

Evalueringer av demensnettverket i Hordaland i 2001 og 2003 konkluderte med at nettverksmodellen bidrar til en prosessorientert form for kompetanseutvikling og at den vurderes positivt av nettverkskontaktene. (Kilian 2003, Munch 2008). Det var på bakgrunn av disse erfaringene at en ønsket å prøve ut et tilsvarende fagnettverksetablering med fokus på miljøbehandling i Sogn og Fjordane.

Prosjektet

Målsetting med prosjektet

Fagnettverksprosjektet ble valgt for å utvikle en praksisnær modell for opplæring og kompetanseheving i miljøbehandling. Basert på erfaring med nettverksdrift i Hordaland ønsket en å prøve ut om en tilsvarende nettverksmodell kan være effektiv for å stimulere til miljøbehandling for personer med demens. En ønsket å samle erfaringer og vurdere bruken av ulike miljøbehandlingstiltak på et bredt utvalg av pasienter og institusjoner og stimulere til lokal fokusering på miljøbehandling. Målet var å etablere et nettverk som etter prosjektperioden skulle videreføres under ledelse av lokale fagmiljø. Dette ville forde at prosjektet var tilstrekkelig vellykket til at lokale fagmiljø så seg tjent med å påta seg ansvar for videre nettverksdrift. Nabofylket Sogn og Fjordane ble valgt, av praktiske og geografiske hensyn.

Målsetting med evaluering

Det er etablert en rekke svært ulike nettverk i demensfeltet. Man ser imidlertid sjelden systematiske evalueringer. Det har ikke vært gjennomført forsøk med etablering av fylkesnettverk for miljøbehandling i demensomsorgen tidligere. En har derfor ikke kunnskap om hvorvidt dette vil føre til mer aktiv, systematisk og kunnskapsbasert bruk av miljøtiltak. En har heller ikke kunnskap om hvorvidt det vil være tilstrekkelig interesse for et slikt nettverk som et langsiktig prosjekt, ut over den perioden miljøprogrammet muliggjør nettverksdrift.

I evalueringen ønsket en svar på følgende spørsmål:

- Er der interesse for å etablere et nettverk for miljøbehandling i demensomsorg i Sogn og Fjordane?
- Hvilke forventninger må innfris for at et slikt nettverk skal kunne sies å være en suksess?
- Vil lokale fagmiljø videreføre nettverket etter prosjektperioden?
- Vil et nettverk bidra til mer eller bedre miljøbehandling?

Organisering

Prosessen med etableringen av fylkesnettverket startet i mai 2009 da prosjektet ble presentert på Fylkesmannen i Sogn og Fjordane sin årlige ledersamling. I juni 2009 ble det sendt skriftlig invitasjon om å delta til alle sykehjemmene i fylkets kommuner. En ressursgruppe av representanter fra fagmiljøet i fylket ble etablert med deltakelse fra Undervisnings-sjukeheimen i Førde kommune, Høgskulen i Sogn og Fjordane og Sogn og Fjordane fylkeskommune. Fylkesmannen ble forespurt om å ha en representant med i ressursgruppen, men valgte å takke nei. Representant fra Fylkesmannen er blitt informert om all aktivitet i ressursgruppen og i nettverket i prosjektperioden og har fått kopi av alt skriftlig materiale som er sendt ut, inkludert referater fra ressursgruppens møter.

Deltakere

Deltakere i nettverket har vært omsorgspersonell og ledere fra sykehjems-avdelinger ved 17 av totalt 36 institusjoner i fylket. Av fylkets 26 kommuner deltok 12 i nettverket. Kommunene har vært spredd over hele fylket. I utgangspunktet var 13 kommuner påmeldt, men nettverksdeltakerne fra en kommune møtte bare på de første tre samlingene. Utvelgelsen av deltakere til nettverket ble overlatt til den ansvarlige ved det enkelte sykehjem i kommunene. Det var ikke satt opp noen bestemte utvelgelseskriterier, men i invitasjonen ble ledelsen oppfordret til å melde på to representanter til nettverket. Det ble anbefalt å velge en person som arbeider i avdelingsmiljøet og en person med en lederfunksjon som for eksempel gruppeleder eller avdelingsleder. Det ble presisert at det ble sett som mest hensiktsmessig at de som ble valgt kunne være med hele prosjektperioden. Etter at påmeldingsfristen var gått ut, ble kommuner som ikke var påmeldt kontaktet på telefon. Det kom da noen flere påmeldinger.

Totalt 30 personer ble påmeldt til nettverket. Til sammen 49 personer har deltatt på minst en nettverkssamling. I alt 16 personer har deltatt på minst 75 prosent av samlingene (seks av totalt åtte). Ved første kartlegging var det 26 nettverkskontakter som gav opplysninger om organisatoriske forhold. Noe over halvparten (15) hadde ordinære stillinger som hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider (6), sykepleier (6), aktivitør (2) eller vernepleier (1). Noe under halvparten (11) hadde lederstillinger på gruppenivå (3), avdelingsnivå (5), på institusjonsnivå (1) eller som faglig leder (2).

Gjennomføring

Virksomheten i nettverket hadde form av heldags samlinger for nettverkskontaktene og temadager i form av dagskurs som var åpne både for nettverkskontakter og for andre interesserte. Program for nettverkssamlinger og temadager ble satt opp på bakgrunn av data fra kartlegging av eksisterende miljøtiltak ved oppstart, forventningsanalyse, drøftinger i ressursgruppen og en henvendelse fra Fylkesmannen. Tekstboks 5.1 gir en oversikt over tema som har stått på programmet for nettverkssamlingene i prosjektperioden.

Tekstboks 5.1: Tema for nettverkssamlinger

Hva er miljøbehandling?

- Presentasjon av aktuell teori og forskning – diskusjon (1. samling).
- Miljøbehandling: Hvordan arbeide systematisk med skriftlige tiltaksplaner i forhold til personlig hygiene/stell og i forhold til spesielle tiltak ved utfordrende atferd, uro etc. - eksempler og gruppearbeid (3. samling).
- Gjennomgang av data fra kartlegging av status for miljøbehandling ved oppstart (6. samling)

Miljøterapeutiske tiltak og bevisstgjøring

- Miljøterapeutisk bruk av musikk – flere presentasjoner av aktuell teori, praktiske tiltak og prosjekter (2. samling) (representanter fra Fylkeskommunen og Høgskulen)
- Kultur og eldre – bare moro eller målrettet arbeid? (2. samling)
- Håndmassasje som tilnærming – teori og praktisk øvelse (3. samling)
- Organisering og erfaring med drift av reminisensgruppe, med erfaringsutveksling og diskusjon (4. samling) (Presentasjon fra nettverkskontakt)
- Presentasjon av sittedans og praktiske øvelser, erfaringsutveksling og diskusjon (4. samling)
- Fysisk aktivitet som miljøtiltak for personer med demens, presentasjon og erfaringsutveksling (5. samling)

Forventninger

- Avklaring av forventninger til nettverket (1. samling)
- Gjennomgang av forventningsanalysen (3. samling)

- Idé- og erfaringsutveksling om hvordan lykkes i forhold til forventninger om å tilføre egen arbeidsplass ny kunnskap og inspirasjon (5. samling)
- Evaluering av nettverket i forhold til forventningsanalysen (6. samling)

Andre tema

- Undervisningssykehjemmets rolle (2. samling)
- Informasjon om arbeidet til ressursgruppen i hjemmesykepleien i Førde (6. samling)
- Presentasjon for skisse av videre nettverksdrift ved ressursgruppen, med drøfting og innspill fra nettverket (6. samling)

I prosjektperioden ble det arrangert seks heldags samlinger for nettverkskontaktene, to per semester. På nettverkstreffene deltok i gjennomsnitt 25 personer. Samlingene ble arrangert i Førde og på Skei, basert på deltakernes vurdering av geografisk mest praktiske plassering. Treffene ble arrangert i leide lokaler med bevertning inkludert. Nettverkskoordinator fra NKS Olaviken tok ansvar for praktisk organisering og tilrettelegging av samlingene. Dette inkluderte å sette opp program, sende ut innkalling, ta imot påmeldinger, bestille lokale og bevertning, samt å lede nettverkstreffene. Etter første nettverkstreff ble det satt opp adresselister for e-post, og alle skriftlige henvendelser til nettverket har senere gått gjennom e-postkontakt. Invitasjoner ble sendt ut i god tid. I innkallinger til nettverkstreff ble dagens program angitt uten fastsatte tidsrammer for det enkelte tema. For øvrig var «Eventuelt» et fast punkt på dagsorden. Dette ga rom for at problemstillinger som dukket opp underveis, kunne bli gjenstand for erfaringsutveksling. Den som tok opp en problemstilling, fikk innspill og forslag til løsninger fra de andre.

Det ble i tillegg arrangert to temadager som har vært åpne både for nettverkskontaktene, deres kolleger fra egen institusjon og fra andre institusjoner og kommuner i fylket. Tema for den første var samhandling med personer med demens, med fokus på funksjonsstøttende kommunikasjon og Marte Meo. På denne dagen var det 75 deltakere, blant dem 25 nettverkskontakter. Den andre temadagen fokuserte på helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A med vektlegging av tillitsskapende tiltak. Deltakerantall var 105, 17 av disse var nettverkskontakter.

Arbeid med videreføring av nettverket

Nettverk er i utgangspunktet tenkt som langsiktig arbeid, og en viktig del av prosjektet var å legge til rette for videreføring av nettverket etter prosjektperioden. Dette ble gjort ved å presentere målsettingen om videreføring av nettverket i regi av lokale fagmiljøer for ressursgruppen allerede fra starten. Før prosjektet startet var både ressursgruppen og Fylkeslegen usikre på om det var behov for et nettverk for miljøbehandling i demensomsorg, og hvilken plass dette nettverket eventuelt burde få i forhold til andre eksisterende nettverk i fylket.

Invitasjonen til kommunene avdekket tilstrekkelig stor interesse til å starte et nettverk, og videre kartlegging i nettverket ga nye opplysninger om forventninger til og opplevd nytte av nettverksdeltakelse. Kartlegging ved prosjektavslutning avdekket nettverkets syn på en eventuell videreføring. Kartleggingsdata ble presentert for ressursgruppen og drøftet gjennom hele perioden. Det ble også spørsmålet om videre nettverksdrift etter prosjektperioden. De lokale fagmiljøene representert i ressursgruppen påtok seg ansvar for å ta stilling til videre nettverksdrift.

Målemetoder

Det ble utarbeidet egne kartleggingsinstrumenter for evaluering, og en har gjort analyser ved hjelp av enkel deskriptiv statistikk.

Opplysninger om organisatoriske og demografiske forhold

Det ble utarbeidet et kartleggingsskjema som ble fylt ut av nettverkskontaktene ved oppstart. Her ble det innhentet opplysninger om navn, institusjonstilknytning, stilling, telefon og e-postadresse.

Kartleggingsskjema for miljøbehandlingstiltak

Et skjema for kartlegging av miljøbehandlingstiltak ble utarbeidet og administrert ved oppstart og ved avslutning av prosjektperioden. Det inneholdt spørsmål om tilrettelegging av fysiske omgivelser, måltider, personlig hygiene/stell, tiltaksplaner, innhenting og bruk av bakgrunnsopplysninger, album, fysisk aktivitet, musikk og andre miljøtiltak, samt metoder for kartlegging av funksjonsnivå og samspill. Svarmuligheter ble gitt ved avkrysning på en enkel nominell skala (ja/nei), på fire spørsmål

utvidet til en firepunktsskala (ja/nei/delvis/vet ikke). I tillegg ble det gitt mulighet for kommentarer under hvert punkt. Ved den siste kartlegging ble svarene fra kartleggingen ved oppstart gitt til respondentene med instruksjon om å beskrive kun endringer i forhold til første kartlegging.

Selvutfyllingsskjema om forventninger til nettverket

Det ble utarbeidet et enkelt skjema om forventninger til deltakelse i nettverket, som ble fylt ut under første nettverkstreff. Deltakerne ble bedt om å fullføre setninger om sine forventninger til nytteverdi av å delta i nettverket, forventninger til nettverksledelsen, til de andre nettverksdeltakernes og til egne bidrag, samt å uttrykke positive (håp) og negative (frykt) forventninger til deltakelse. Etter utfylling av skjemaene individuelt ble nettverkskontaktene invitert til å reflektere om forventninger i plenum. Skjemaene ble bearbeidet ved hjelp av tekstanalyse der setninger som ble vurdert å ha samsvarende meningsinnhold ble samlet i kategorier.

Evalueringsskjema om innfrielse av forventninger

Ved avslutning av prosjektperioden ble det på grunnlag av tekstanalysen og de temaene som var trukket ut, utarbeidet et spørreskjema med femten påstander for kartlegging av i hvilken grad nettverksdeltakerne opplevde at forventningene var innfridd. Svaralternativer ble gitt etter en fempunkts skala med svaralternativer fra «slett ikkje sant» til «heilt sant». Det ble i tillegg stilt spørsmål om en ønsket videreføring av nettverket etter prosjektperioden og om forutsetninger som måtte være til stede for at en eventuelt skulle se det som aktuelt å fortsette i et slikt nettverk for egen del.

Nettverkskontaktene førte loggbok etter hver nettverkssamling. Når de ved prosjektavslutning skulle evaluere i hvilken grad forventninger var innfridd, ble de oppfordret til å bruke loggdata som støtte for hukommelsen.

Resultater

Presentasjon av resultater er organisert i forhold til de spørsmål som ønskes besvart.

Etablering og videreføring av nettverk

Påmelding til nettverket og oppslutning om nettverkssamlinger viste tilstrekkelig interesse for et nettverk om miljøbehandling i demensomsorg til at man valgte å starte nettverket. Omtrent halvparten av kommunene i fylket har deltatt. Oppmøtelister viser noen bevegelser ut og inn av rollen som nettverkskontakt, og at langt flere enn de 30 nettverkskontaktene har vært innom nettverket i perioden.

På spørsmål om nettverket bør fortsette etter prosjektperioden svarte 87 prosent av de 24 deltakerne på siste samling *ja*, 13 prosent svarte at de var *usikre*. Kommentarer i svarskjema, plenumsdrøfting på siste nettverkssamling og e-post, der også de som ikke var til stede på den siste samlingen fikk anledning til å si sin mening, utdypet ønsket om å videreføre nettverket.

Status for nettverket i mai 2011 er at det blir videreført etter prosjektperioden. Det skifter navn til *Nettverk for miljøbehandling innan eldreomsorga*, og åpnes både for ansatte på sykehjem og i hjemmetjenesten i kommunene i Sogn og Fjordane. *Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenester i Sogn og Fjordane* lokalisert i Førde kommune har påtatt seg ansvar for finansiering og drift av nettverket for en toårsperiode. Det er opprettet ny ressursgruppe. Samarbeidspartnerne bidrar med planlegging og faglig innhold. Kommunene bidrar med kost og reiseutgifter. Det planlegges tre fagdager/temadager i prosjektperioden, samt en samling for erfaringsutveksling og evaluering våren 2013.

Prosessevaluering – måloppnåelse i forhold til deltakernes forventninger

Kartlegging ved oppstart avdekket at nettverkskontaktene hadde forventninger om å få styrket egen kompetanse, få muligheter for erfaringsutveksling og ny inspirasjon til beste for nettverksdeltakerne selv og deres arbeidsteder. Det var forventninger om at nettverket skulle ha en god struktur og ledelse. Tekstboks 5.2 angir gjennomgående tema i forventningsanalysen.

Tekstboks 5.2: Forventningsanalyse – gjennomgående tema

Styrke egen kompetanse:

Forventninger om å få styrket egen kompetanse – både i form av økt innsikt i fagfeltet og tilførsel av praktiske ideer, råd og tips.

Erfaringsutveksling og inspirasjon:

Forventninger om å bli inspirert og å inspirere, at en selv og andre i nettverket deler egne erfaringer på godt og vondt, bidrar til en åpen og god dialog om hvordan en kan møte utfordringer i egen hverdag.

Overføringsverdi:

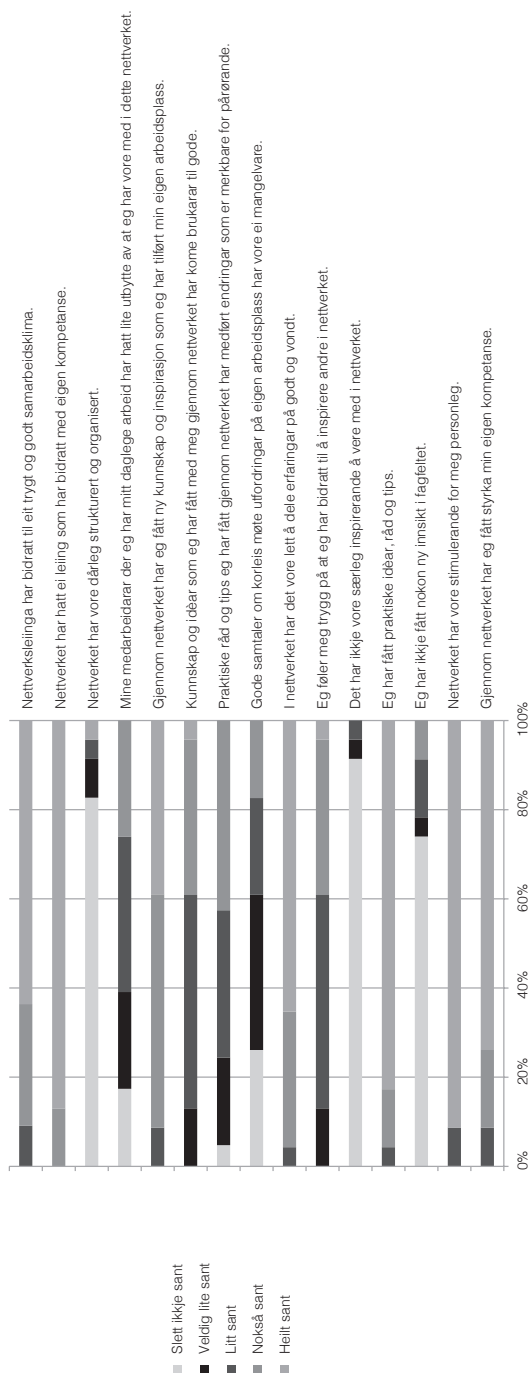
Forventninger om å kunne tilføre egen arbeidsplass ny kunnskap og inspirasjon, til beste for medarbeidere, brukere og pårørende.

Ledelse:

Forventning om at nettverksledelsen skal strukturere og organisere nettverksarbeidet, bidra med egen kompetanse og god prosessledelse for etablering av et trygt og stimulerende gruppeklima.

Evaluerings ved prosjektavslutning om i hvilken grad nettverksdeltakernes forventninger var innfridd er angitt i figur 5.1. Figuren viser vurderinger av grad av sannhet i forhold til ulike påstander om nettverket gradert fra 0 = slett ikke sant, til 4 = heilt sant. Evalueringen viser best resultat i forhold til forventninger om å få styrket egen kompetanse. Ca. 80 prosent angav det mest positive svaralternativet, ved å svare «heilt sant» på positivt ladede påstander om dette temaet og «slett ikke sant» på negativt ladede påstander. Utsagn om forventninger til god ledelse ga omtrent like godt resultat. For utsagn om muligheter for erfaringsutveksling og inspirasjon valgte over 70 prosent et av de to mest positive svaralternativene. I forhold til forventninger om overføringsverdi anga noe over 50 prosent de to mest positive svaralternativene.

Figur 5.1: Deltakernes vurderinger – forventninger ved oppstart og resultat (N=24)



Kartlegging av miljøtiltak og endring i løpet av prosjektperioden

Data fra kartleggingen av miljøtiltak vises i tabellform for ulike tema som er kartlagt. Resultater for kartlegging ved oppstart og rapporterte endringer ved avslutning av prosjektet vises i samme tabell. Ved oppstart kom det inn 20 svar og ved avslutning 13. Noen nettverksdeltakere med samme arbeidssted valgte å fylle ut skjema i fellesskap, og dette ble talt som ett svar. På grunn av lavt antall svar og en del ubesvarte spørsmål er det ikke gjort statistiske beregninger.

Tabell 5.1: Tilrettelegging av fysiske omgivelser ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

Fysiske omgivelser	Høst 2009 (N=20)			Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Delvis	Endret til ja	Endret til nei
Omgivelser tilpasset pasientgruppen	11	3	6	0	0
Tilgang til egne møbler og gjenstander	16	1	3	1	0
Tilgang til hage og uteareal	19	1	0	0	0
Tilrettelagt hage/uteareal	9	2	7	1	0

Tabell 5.1 viser at de fleste institusjonene ga pasientene tilgang til egne møbler og gjenstander, samt tilgang til hage og uteareal. Noe over halvparten svarte ja på spørsmål om de fysiske omgivelsene var tilrettelagt for pasientgruppen. Tre av 20 svarte nei, mens seks beskrev omgivelsene som delvis tilpasset.

Tabell 5.2: Tilrettelegging ved måltider og personlig hygiene ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

Måltider og personlig hygiene	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Prosedyrer for organisering av måltid	12	7	2	1
Individuelle tiltaksplaner for måltid	6	12	4	0
Deltakelse i aktiviteter knyttet til måltid	14	3	2	0
Individuelle stalleplaner	15	3	1	1

Tabell 5.2 viser minst bruk av individuelle tiltaksplaner for måltid ved oppstart og størst endring på samme område.

Tabell 5.3: Bruk av andre tiltaksplaner ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Andre tiltaksplaner				
Tiltaksplaner ved APSD	5	15	5	0
Tiltaksplaner aktiviteter og stimuleringstiltak	6	14	5	0
Planer for fellesaktiviteter	12	8	0	0

Tabell 5.3 viser minst bruk av tiltaksplaner ved APSD og ved aktiviteter og stimuleringstiltak ved oppstart. Den viser størst endring på de samme områdene i løpet av prosjektperioden.

Tabell 5.4: Innhenting og bruk av bakgrunnsopplysninger ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Bakgrunnsopplysninger				
Innhenting av bakgrunnsopplysninger	20	0	0	0
Bruk av bakgrunnsopplysningsskjema	17	3	1	0

Tabell 5.4 viser at samtlige innhentet bakgrunnsopplysninger, mens noen få ikke brukte disse. Ved prosjektavslutning var det én institusjon som endret sitt svar til ja.

Tabell 5.5: Organisert fysisk aktivitet ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Fysisk aktivitet				
Trim i gruppe	12	8	1	0
Ballspill	12	8	0	0
Individuelle fysiske treningsopplegg	4	14	5	0
Gå/spasere på tur	17	2	2	0
Dans	8	12	4	0
Sittedans	7	13	4	0

Tabell 5.5 viser at mest vanlig tiltak ved oppstart var å gå på tur. Endringer ved avslutning var mest i form av økt bruk av individuelle fysiske treningsopplegg, bruk av dans og sittedans.

Tabell 5.6: Organisert bruk av musikk ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Bruk av musikk				
Sangstund i gruppe	18	2	1	0
Sangstund individuelt	8	10	1	0
Lytte til musikk i gruppe	18	1	2	0
Lytte til musikk individuelt	14	5	3	0
Musikkterapi	4	15	2	1
Sangkor for pasienter og personale	3	15	3	0
Konserter	17	2	2	0
Kartlegging av musikkpreferanse	6	13	1	0
Skjema for kartlegging av musikkpreferanse	1	18	1	1

Som vist i tabell 5.6 brukte de fleste allerede ved oppstart musikk som tiltak i en eller annen form. Noen hadde mer kompetansekrevende tiltak som musikkterapi og sangkor. Kartleggingsskjema for musikkpreferanser var nesten ikke brukt.

Tabell 5.7: Andre miljøtiltak ved oppstart av nettverket og ved avslutning av prosjektperioden.

Andre miljøtiltak	Høst 2009 (N=20)		Høst 2010 (N=13)	
	Ja	Nei	Endret til ja	Endret til nei
Album tilpasset den enkelte	9	10	0	0
Hobbyaktiviteter (striking, snekring osv.)	17	3	1	0
Diverse spill (ludo, sjakk etc.)	18	2	1	0
Bilturer	11	9	2	0
Aktiviteter tilknyttet hage/uteareal	14	6	3	1
Bruk av daglige gjøremål som aktiviteter	17	3	1	0
Massasje og berøring	1	19	7	0
Erindringsgruppe/reminisens	7	13	2	0
Skrivegruppe	0	20	0	0
Avislesing i gruppe	16	4	1	0
Samtale (en til en)	19	0	0	0
Samtale (gruppe)	20	0	0	0
Andakter	19	1	0	0
Middagsselskap	7	12	2	0
Sosiale tilstellinger	17	3	0	0

Tabell 5.7 viser et utvalg av tiltak som i varierende grad var i bruk ved oppstart av prosjektet. Størst endring ved avslutning hadde skjedd for bruk av massasje og berøring.

Kartleggingen viste at strukturerte metoder som Dementia Care Mapping og Marte Meo nesten ikke var tatt i bruk, og det var ingen endring etter prosjektperioden.

Diskusjon

46 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane deltok i fylkesnettverket som ble etablert for miljøbehandling i demensomsorgen. Resultatene tyder på at deltakernes forventninger ved oppstart i stor grad ble innfridd. Et stort flertall mente at nettverket burde videreføres. Nettverket videreføres etter prosjektperioden under ledelse av Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetjenester i Sogn og Fjordane.

Deskriptive data tyder på at nettverket har vært bredt sammensatt når det gjelder kompetanse, stillingskategorier og geografisk spredning. Nettverket hadde ved oppstart 30 nettverkskontakter, som formelt kan defineres som nettverkets kjerne. I praksis ser man at kjernen av faste deltakere har vært noe mer enn halvparten så mange personer, mens et betraktelig større antall har vært innom nettverkssamlinger. I forhold til evaluering har dette vært en utfordring, mens det i forhold til nettverkets drift har fungert bra. Den faste kjernen har bidratt til kontinuitet. Andre som har vært til stede i mindre grad, har fått et innblikk i hva nettverket gjør og har deltatt aktivt når de har vært der.

Kartlegging av miljøtiltak ved oppstart og avslutning av prosjektperioden viser at det var en betydelig aktivitet allerede før nettverket startet i de involverte institusjonene og en stor bredde av eksisterende miljøtiltak. Kartleggingen viste forbedringspotensial særlig i forhold til struktur, systematikk og helhetstenkning. Dersom man sammenholder rapporterte endringer i bruk av miljøbehandling med tema som har vært fokusert i nettverkssamlinger, ser man stor grad av sammenfall. Det er for eksempel rapportert økt bruk av tiltaksplaner på flere områder, økt bruk av ulike musikktiltak, økt bruk av tiltak som massasje, fysisk aktivitet og sittedans. Alle disse temaene har vært fokusert i nettverkssamlinger. Et unntak er Marte Meo, som har vært i fokus på temadag, men der det ikke er rapportert noen endring i bruk av denne metoden. Kommentarer fra nettverkskontakter tyder på at endringene er små og at det er forhold i hverdagen som gjør det krevende å få til endring.

Evalueringen tyder på at nettverket i stor grad har svart til forventningene ved oppstart. Resultatene indikerer at deltakerne synes de har fått styrket sin kompetanse og at nettverket har vært ledet på en god måte. Rundt halvparten har svart at det er helt sant eller nokså sant at nettverket har ført til merkbare endringer for kolleger, pasienter og pårørende ved eget arbeidssted. Dette vurderes som et godt resultat tatt i betraktning at nettverket kun har eksistert halvannet år. Funnene i denne undersøkelsen samsvarer godt med funn i tidligere evaluering av en tilsvarende nettverksmodell (Kilian 2003, Munch 2008).

For lokale fagmiljøer og myndigheter kan nettverket fungere som et forum der formidlingsoppgaver kan ivaretas. Koordinator ved Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenesta i Førde har etter prosjektperioden gitt uttrykk for at nettverket har fungert som et egnet forum for formidling og kontaktetablering, som også har resultert i nye formidlingsoppdrag i kommunene. En nettverkskontakt kommenterte at frykten for å kontakte jurist hos Fylkesmannen var borte etter juristens presentasjon på temadag to, og at en dermed kom videre i arbeid med tvangsvedtak i hennes kommune.

Muligheten til utveksling og videreutvikling av kunnskap mellom praktikere som møtes på grunn av et felles engasjement, fremheves av nettverksteoretikere som vesentlig for spredning av god praksis. Særlig muligheten til å dele og anvende taus kunnskap for praktiske formål anses som viktig. Nettverkets effektivitet fremmes av de muligheter som gis for erfaringsutveksling og sosial interaksjon (Robeson 2009). Slike perspektiver og funn kan anvendes for å belyse følgende kommentar som tilbakemelding fra en nettverkskontakt:

«For min del har det vore veldig lærerikt, eg har blitt tryggare på korleis eg skal utøve jobben min, og eg har fått stadfesting på at ein del av dei «småtinga» som eg gjere er veldig viktige. Ein får og idear frå andre, og ein kan dele eigne erfaringar med andre,...så sånn sett kjem vi mykje lenger. Nettverket føler eg skapar nettverk på arbeidsplassen og, for oss to som er med, for dei som har delteke på temadagar.»

Den samme nettverkskontakten har også poengtert at prosessen ikke er ferdig med dette:

«Utfordringa blir å få kunnskapen ut til resten av personalgruppa, og ta kunnskapen meir i bruk i det daglege.»

En annen nettverkskontakt har i sin kommentar til fortsatt drift pekt på den betydning som nettverkskontaktene kan ha som pådrivere for videre utvikling lokalt:

«Eg tykkjer det har vore svært interessant og lærerikt og det trengst fokus på dette ute i kommunane, tykkjer det fortsett er eindel mangel på forståing for denne gruppa sine utfordringar og problem og der kan nettverkskontaktane vere med og hjelpe til.»

Metodiske begrensninger

Nettverket har ikke vært en fast sammensatt gruppe, det er ikke det samme utvalget av personer som har fylt ut alle måleinstrumenter i prosjektperioden. Måleinstrumenter har vært utviklet for dette prosjektet, og begrenser mulighetene for å sammenligne resultater med resultatene fra andre prosjekter, som har brukt andre måleinstrumenter. Det er kun utført enkel deskriptiv statistikk, og en må derfor være forsiktig med tolkning av data og hypoteser om sammenhenger. Det er ikke mulig å generalisere på grunnlag av våre data. Utvalget er lite og prosjektperioden er kort. Det er neppe realistisk å forvente store endringer etter så kort tid. Med de enkle analysene som er gjort er det risiko for å overse endringer av betydning for enkeltpersoner og i enkelte involverte institusjoner.

Et problem med evaluering av nettverk er manglende konsensus om sentrale begreper, stor variasjon i nettverksmodeller, manglende konsensus om hvordan nettverk bør evalueres og mangel på måleinstrumenter. En rekke nettverk eksisterer uten at det skjer systematisk evaluering. Det mangler dermed undersøkelser å sammenligne våre resultater med.

Anbefalinger for praksis

Helsepersonell er i en årrekke blitt oppmuntret til samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av profesjons- og institusjonsgrenser. Det finnes et mangfold av begreper og innfallsvinkler til studier av nettverk, og et

mylder av nettverksmodeller anvendt på en rekke ulike fagfelt, inkludert både studier av formelt tilrettelagte og uformelle nettverk. Dette gjør det krevende å orientere seg i feltet og vanskelig å sammenligne resultater av studier. Det er behov for evalueringsmetoder som er anvendelige for praktiske læringsformål og som kan anvendes til sammenlignende studier. Beslutningstakere har behov for evaluering for å kunne ta stilling til hvilke nettverk som bør etableres, videreføres og hvilke som bør endres eller avvikles. Det er behov for videre forskning for å få mer kunnskap om suksessfaktorer i forhold til nettverk som redskap i demensfeltet, og hvilket potensial nettverk kan ha som redskap for implementering av miljøbehandling.

For å kunne besvare retoriske spørsmål som: «Trenger vi enda et nettverk?» er det behov for metodeutvikling og kritisk gjennomgang av eksisterende teori og praksis. Det er viktig for oppmerksomhet om muligheter og fallgruver, og rett og rimelig i og med den populariteten nettverk har fått i helsevesenet og de ressurser som investeres (Huerta 2006).

Denne rapporten beskriver en nettverksmodell knyttet til demensfeltet som tidligere har vært anvendt i forhold til noe ulike fokusområder over en periode på 12 år. Videreutvikling av denne og andre nettverksmodeller kan skje gjennom ytterligere beskrivelse av den tause kunnskapen som nettverksdriften baseres på og større grad av integrering med teoretiske perspektiver som har vært nevnt i rapporten. En ny evaluering av nettverkene i Hordaland ville kunne gi nye data om nettverkens utvikling over tid. En ny evaluering av nettverket i Sogn og Fjordane er planlagt i 2013 og vil være interessant av samme grunn. I forhold til videre drift av nettverket for miljøbehandling er det gjort en del endringer i form og innhold. Foreløpig vet vi ikke hvilken virkning disse endringene vil ha for nettverket som forum for spredning av kunnskap og idéer, erfaringsutveksling og gjensidig inspirasjon. Vi vet heller ikke hvilken effekt endringene vil ha for implementering av miljøbehandling for personer med demens i fylket. Evalueringen bør adressere disse temaene.

Det anbefales at nye fylkesnettverk koordineres av lokale fagmiljø, for eksempel alderspsykiatriske fagmiljøer eller utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Det bør avsettes midler til nettverksdrift. Det kan

være anslagsvis 10-20 prosent stilling for en nettverkskoordinator. I tillegg anbefales at det settes av midler som muliggjør at kommunenes utgifter til nettverkssamlinger avgrenses til reiseutgifter og vikarutgifter.

Oppsummering

Interessen har vist seg å være tilstrekkelig til å starte et nettverk om miljøbehandling i demensomsorg i Sogn og Fjordane. Nettverket videreføres under ledelse av det lokale utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i samarbeid med andre lokale fagmiljø.

Prosjektet har resultert i følgende hypoteser om suksessfaktorer:

- Fokus på praktiske, enkle tiltak som kan iverksettes raskt i egen organisasjon uten tilførsel av ekstra ressurser
- Presentasjoner av teori og metodikk med rom for faglig refleksjon og at det settes ord på taus kunnskap
- Økt fokus på faglige innlegg fra nettverksdeltakere om egne tiltak etter hvert
- Ledere og medarbeidere i samme nettverk
- Lokale fagmiljø involvert fra starten og aktivt invitert til å delta i nettverket og bidra med faglige innlegg
- Nettverkets forventninger gjenstand for kontinuerlig oppmerksomhet
- Kartleggingsdata som redskap for refleksjon og temavalg underveis
- Ekstern koordinator med ansvar for praktisk organisering og ledelse av samlinger
- Ledelse ved å legge til rette for erfaringsutveksling og kunnskapsdeling, gjensidig tillit og åpenhet.

Referanser

- Barnes JA (1954) Class and Committees in a Norwegian Island Parish, *Human relations*, 7:39-58
- Bate SP, Robert G (2002) Knowledge management and communities of practice in the private sector: lessons for modernizing the National Health Service in England and Wales. *Public Administration*, 80, 643-663.
- Gabbay J (2004) Evidence based guidelines of collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*, vol.329, nr. 7473
- Huerta TR, Casebeer A, VanderPlaat M (2006) ”Using networks to enhance health service delivery: Perspectives, paradoxes and propositions.” *Health-carepapers*, 7:10-26
- Kilian J (2003) Evaluering av prosjekt; undervisningsavdelingen. Metoder i kompetanseoppbygging på feltet aldersdemens for kommunene i Hordaland, 1999-2003. Erdal: Rapport utgitt lokalt.
- Moen E (2002) Nettverk – et resultat av Handlingsplan for eldreomsorgen *DEMENS*, vol.6(4), s2-4
- Munch M (2008) Nettverk om demens for kommunene i Hordaland. Et eksempel på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å utvikle og støtte hensiktsmessige tiltak til personer med demens. I Eidem Krüger RM (red.): *Å leve med demens, erfaringsbasert utvikling av tilbud*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Lesser LE, Storck J (2001) Communities of Practice and organizational performance. *IBM Systems Journal*, vol 40 (4):831-841
- Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyote MC, Graham ID (2009): Use of communities of practice in business and health care sectors, a systematic review. *Implement science*, 17; 4:27
- Robeson P (2009) *Networking in Public Health: Exploring the value of networks to the National Collaborating Centres for Public Health*. ON: National Collaborating Centre for Methods and Tools. Ontario, Canada. http://www.nccmt.ca/pubs/NetworkingPaperApr09EN_WEB.pdf
- Scott C, Hofmeyer A (2007) Networks and social capital: A relational approach to primary healthcare reform. *Health Research Policy and Systems*, 5:9
- Wenger E (1998) *Communities of Practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wenger E, McDermott R, Snyder WM (2002) *Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business Press, 1.ed.

KAPITTEL 6

Utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg

Forfatter: Marit Mjørud

I dette delprosjektet ble VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg prøvd ut, evaluert og videre konkretisert i samarbeid med to sykehjem i Oslo og Akershus.

Hva er VIPS rammeverk?

VIPS rammeverk for personsentrert omsorg er utviklet av professor Dawn Brooker (2007) ved Universitetet i Bradford. Hennes arbeid er basert på professor Tom Kitwoods (1997) arbeid med å beskrive og implementere personsentrert omsorg for personer med demens. VIPS er et redskap tenkt brukt i personalgruppen som har den daglige omsorgen for personer med demens og deres ledere. Personsentrert omsorg for personer med demens slik det i denne sammenheng defineres, består av fire indikatorer som danner grunnlaget for forkortelsen VIPS. V står for et verdigrunnlag som verdsetter personen med demens som et fullverdig medlem av samfunnet, I står for individualisert omsorg ut fra den enkeltes behov, P innebærer å gi omsorg ut fra perspektivet til personen med demens og S er indikatoren for at det skal legges til rette for å dekke behov for positiv sosial kontakt. Personsentrert omsorg er i følge Brooker (2007) V+I+P+S. Hver av de fire indikatorene V,I,P og S har seks underpunkter som beskriver dem nærmere.

Indikator V – står for verdier og visjoner i organisasjonen.

- Visjon – har organisasjonen en klar målsetting om å gi personsentrert omsorg?
- Verdssettelse av personalet – er det systemer i organisasjonen som sikrer at personalet føler seg verdsatt?

- Bemyndigelse av personalet – har personalet anledning til å endre rutiner slik at de til en hver tid kan gjøre det som er best for personen med demens?
- Kompetanseutvikling – finnes rutiner som sikrer kompetanseheving blant personalet?
- Miljøet - er det fysiske og sosiale miljøet tilrettelagt for personer med kognitiv svikt?
- Kvalitetssikring – har organisasjonen prosedyrer som sikrer kontinuerlig kvalitetssikring?

Indikator I – står for individuell pleie og omsorg

- Tiltaksplaner – har alle beboerne tiltaksplaner?
- Oppdatering av tiltaksplaner – er tiltaksplanene oppdaterte og relevante?
- Personlige eiendeler – kan personer med demens ha sine egne eiendeler på sykehjemmet?
- Preferanser – tar personalet hensyn til individuelle ønsker og meninger som personen med demens har?
- Livshistorie – brukes livshistorien aktivt i samtaler og for valg av aktiviteter?
- Aktiviteter – er aktivitetene i sykehjemmet tilpasset den enkelte beboer?

Indikator P – står for evnen til å se verden slik personen med demens ser den

- Kommunikasjon – er kommunikasjonen tilpasset personen med demens?
- Empati og akseptabel risikovurdering – evner personalet å se og forstå verden slik personen med demens opplever den?
- Fysisk miljø – er det fysiske miljøet tilrettelagt for personen med demens?
- Fysisk helse – blir fysisk helse regelmessig vurdert?
- Utfordrende atferd som kommunikasjon – ser personalet på atferd som kommunikasjon?

- Å være talsmann for – hvordan tar personalet vare på og er talsmann for personer med demens, særlig de som skaper uro i avdelingen?

Indikator S – står for det sosiale miljøet som personen med demens bor i

- Inkludering – blir personen med demens inkludert i fellesskapet?
- Respekt – blir personen med demens møtt med forståelse og respekt?
- Varme – er det sosiale miljøet varmt og inkluderende?
- Validering – blir personen med demens sett, hørt og forstått?
- Tilrettelegging og støtte – oppmuntres og hjelpes personen med demens til å greie mest mulig selv?
- Deltakelse i nærmiljøet – blir personen med demens inkludert i nærmiljøet?

Prosjektet

Målsetting

Vi ønsket å undersøke om bedre samhandling mellom personalet og pasientene, kunne bidra til å redusere forekomsten av nevropsykiatriske symptomer og utfordrende atferd hos pasientene, redusere bruken av rettighetsbegrensninger og bedret pasientenes livskvalitet. I prosjektet ble det prøvd ut en strukturert tilnærming metode for å utvikle personalets kompetanse og ferdigheter om miljøbehandlingen til personer med demens ved bruk av VIPS. Intervensjonen var rettet mot det personale som har den daglige oppfølgingen av pasientene.

Erfaringene fra prosjektet ble videreført i forberedelsene og gjennomføringen av en kontrollert forskningsstudie. I den forbindelse ble studien ansett som en eksplorativ hypotesegenererende pilotstudie uten bruk av kontrollgrupper.

Deltakere

To sykehjem heretter kalt sykehjem A og B ble forespurt om de ville være med i studien. Sykehjemmene var ulikt organisert.

Sykehjem A har 67 plasser for personer med demens. Sykehjemmet er organisert med institusjonssjef, sykepleierbase med tre sykepleiere som var mellomledere og hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider eller sykepleier som gruppeledere. Sykepleietjenesten er organisert i sykepleierbasen. Basesykepleierne hadde primært ansvar for hver sine avdelinger, men når de andre ikke var til stede, hadde de ansvar for alle avdelingene. Sykepleierne i basen hadde kontor utenfor avdelingene.

Sykehjemmet har fire avdelinger.

- Avdeling 1: Skjermet åpen avdeling med to poster. Denne avdelingen ble ledet av en sykepleier
- Avdeling 2: Forsterket skjermet avdeling som ledes av en sykepleier
- Avdeling 3: Skjermet avdeling med 3 poster. To av postene ble ledet av hjelpepleiere, den tredje av sykepleier. Det var låste dører mellom postene
- Avdeling 4: Skjermet avdeling med to poster som begge ble ledet av hjelpepleier.

Pasientene i sykehjemmet ble plassert i avdelingene på bakgrunn av funksjonsnivå.

Sykehjem B har 55 plasser for personer med demens. Sykehjemmet var tradisjonelt organisert med institusjonssjef og avdelingssykepleier på hver avdeling.

Sykehjemmet hadde to skjermede avdelinger fordelt på fire etasjer.

- Avdeling 1: Skjermet avdeling med låste dører fordelt på to etasjer.
- Avdeling 2: Skjermet avdeling med låste dører fordelt på to etasjer.

I tillegg hadde sykehjemmet et eksternt bokollektiv for personer med mild grad av demens. Sykehjemmet hadde også et dagsenter for personer med demens.

Før inkludering i prosjektet fikk sykehjemmene besøk av prosjektleder og/eller prosjektmedarbeider for informasjon om hva prosjektet ville innebære. På informasjonsmøtene deltok institusjonsleder, avdelingsledere/teamledere og andre fra sykehjemmet som ledelsen ønsket å ha

med. De fikk informasjon om bakgrunn for Utviklingsprogram om miljøbehandling og om hva VIPS innebærer.

Gjennomføring av prosjektet

Sykehjemmene satte sammen refleksjonsgrupper på tvers av avdelingene. Både sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere deltok i gruppene. Det var ca seks personer i hver refleksjonsgruppe. På sykehjem A ble det etablert tre grupper, mens det på Sykehjem B var to grupper.

Gruppmøtene ble ledet av prosjektmedarbeider. Hvert møte varte en time, og gruppene møttes ca en gang i måneden. Sykehjem A begynte med refleksjonsgrupper i juni 2009, mens sykehjem B begynte med refleksjonsgrupper i oktober samme år. Prosjektmedarbeider satte i gang diskusjonen og veiledet i løpet av diskusjonen.

Målet med refleksjonsgruppene var at deltagerne i fellesskap og med utgangspunkt i rammeverktøyet skulle vurdere egen arbeidsplass og reflektere over egen praksis. Refleksjonsgruppene skulle øke personalets oppmerksomhet og bevissthet om måten de møter personer med demens på. Slik skulle de avdekke eventuelle områder med behov for forbedring. De forbedringsområdene gruppene fant, skulle følges opp med tiltak som personalgruppen selv valgte ut.

Gruppene på sykehjem A startet med å diskutere V-indikatorene knyttet til visjon og verdigrunnlag for sykehjemmet. I utgangspunktet skulle gruppene gå systematisk gjennom hvert av de seks underpunktene i indikatoren. Dette ble endret i løpet av prosessen da underpunktene i praksis viste seg å gå over i hverandre. Det ble derfor vanskelig å skille dem fra hverandre under diskusjonen. Gruppene endte opp med å reflektere over og evaluere flere underpunkter på møtene. Gruppene brukte to møter på å diskutere og reflektere over V-indikatorene. Hver gruppe hadde fem møter, og i løpet av disse møtene gikk de gjennom hele rammeverket. Gruppene fulgte VIPS oppsettet kronologisk, og gikk gjennom alle indikatorene. Etter å ha diskutert alle punktene i rammeverket og evaluert grad av personsentrert omsorg i egen virksomhet, skulle gruppene etter planen finne konkrete satsingsområder for forbedring basert på de man-

glene de hadde identifisert gjennom evalueringen. Disse områdene skulle de jobbe mer konkret med for å finne tiltak som kunne bedre deres forståelse og kompetanse på området. Etter at tiltak for forbedring av egen praksis var iverksatt, var det meningen at gruppene på nytt skulle jobbe seg gjennom rammeverket for en ny intern evaluering av egen praksis.

Sykehjem A ga uttrykk for at det å starte refleksjonene med indikator V var vanskelig, fordi ansvaret for praksis knyttet til visjon og verdigrunnlag ligger på et ledelsesnivå, som pleierne på avdelingen opplevde at de ikke hadde så stor innflytelse på. På bakgrunn av disse erfaringene, startet sykehjem B sine gruppemøter med å diskutere og reflektere rundt S-indikatorene som omhandler tilrettelegging av det sosiale miljøet for beboerne. De to gruppene på sykehjem B gjennomførte to møter hver. Prosessen i gruppene ble deretter stoppet på bakgrunn av erfaringene fra sykehjem A og sykehjem B kom derfor ikke gjennom alle indikatorene.

Alle gruppene evaluerte sin egen praksis i løpet av refleksjonsmøtene. Alternativene for evaluering var «trenger forbedring», «ok», «bra» og «utmerket». På begge sykehjemmene og i alle gruppene ble alle indikatorene evaluert som bra.

Erfaringer fra refleksjonsgruppene

Bruk av VIPS som utgangspunkt for refleksjon var nyttig. Gruppene på begge sykehjemmene syntes de fikk mange gode diskusjoner. Disse diskusjonene var bevisstgjørende og satte i gang refleksjonsprosessen. Likevel var diskusjonene for lite konkrete i forhold til de utfordringene personalet hadde i sykehjemmet til at de kunne bruke dette i den praktiske hverdag og møtet med beboerne.

Det var ulike utfordringer ved å bruke VIPS som utgangspunkt for diskusjon i refleksjonsgrupper. Hovedutfordringen var at gruppene var satt sammen av personer fra ulike avdelinger. Sammensetningen av gruppene påvirket den praktiske nytten av refleksjonene. For det første ble diskusjonene ført på et overordnet nivå, da ikke alle i gruppen kjente pasientene på de andre avdelingene. Diskusjonene gikk naturlig nok på de temaene de hadde felles. Det ble av den grunn vanskelig å evaluere grad av personsentrert omsorg på hver enkelt avdeling. Fordi refleksjonene ble ført på

et overordnet plan, ble de kun tatt opp i gruppene og i liten grad tatt med tilbake til avdelingene.

Fordi gruppen var satt sammen på tvers av avdelinger var det vanskelig å vurdere kvalitet på egen praksis og hva som eventuelt måtte endres for at denne skulle bli bedre. Det er usikkerhet om verdien av selvevalueringer i gruppene. En sykepleier sa i et intervju etter at sykehjemmet hadde avsluttet refleksjonsgruppene: «De sier alt er så bra, men det er det jo ikke». Hun mente med dette at gruppedeltakerne evaluerte sin egen praksis for positivt.

Hierarki og maktforhold i sykehjemmet syntes å gjøre det vanskelig å være åpne og ærlige. Dette ble særlig synlig ved diskusjon rundt V-indikatoren hvor personalet kom inn på mulighetene for å melde fra om feil og mangler. Det syntes vanskelig for hjelpepleierne å snakke åpent om dette når mellomlederne satt og hørte på.

Deltakerne mistet fort interessen for refleksjonene når samtalen dreide seg om pasienter på andre avdelinger.

Praktiske forhold som påvirket refleksjonsgruppene var at det gikk det for lang tid mellom hvert møte. Deltagerne glemte hva de hadde snakket om forrige gang de møttes, og syntes det var vanskelig å ta opp igjen tråden fra sist. Samtidig syntes deltagerne at de var for lenge borte fra avdelingene. Fordi refleksjonene i liten grad kom avdelingene til gode, mente de at det ble for mye arbeid på den ene pleieren som var igjen på avdelingen, til at det kunne rettferdiggjøre tidsbruken i refleksjonsmøtene.

Den fortløpende prosessevalueringen av bruken av VIPS i refleksjonsgrupper konkluderte med at det var nødvendig med en spissing og konkretisering av måten å bruke VIPS på, for å få en modell som opplevdes nyttig for personalet i praksis.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra deltagerne i refleksjonsgruppene ble det i januar og februar 2010 gjennomført intervjuer med personale som hadde deltatt i refleksjonsgruppene på sykehjem A. Intervjuene dreide seg om hvordan VIPS kan brukes for å bli et praktisk verktøy til bruk i hver-

dagen på sykehjemmet. Det var to grupper som ble intervjuet, en sykepleiergruppe og en hjelpepleiergruppe. Begge gruppene syntes refleksjonsgruppene hadde vært nyttige på et overordnet nivå, men de evnet ikke å ta refleksjonene og tankene med tilbake til avdelingene slik at resten av personalgruppen fikk nytte av det. De ønsket en mer konkretisert versjon hvor man kunne diskutere beboerne og situasjoner knyttet til daglig praksis.

Neste skritt - konkretisering av VIPS modellen

På bakgrunn av fokusgruppeintervjuene ble VIPS videreutviklet og konkretisert til et verktøy som skal kunne brukes i konkrete situasjoner som oppstår i sykehjemmet.

Funnene i fokusgruppeintervjuene viste at VIPS-metoden måtte knyttes til det pleiepersonalet som er nærmest pasientene. Det er i møte mellom pleieren og pasienten at pasienten virkelig opplever om pleien og omsorgen er personsentrert. Derfor er det viktig at spesielt pleieren som er hos pasienten daglig, har kunnskap om personsentrert omsorg.

I tillegg til fokusgruppeintervjuene innhentet man synspunkter fra en ekspertgruppe bestående av sykehjemsledere og ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse på hva som skal til for å implementere personsentrert omsorg i sykehjem. På bakgrunn av denne informasjonen ble videre utvikling og utprøving av VIPS-rammeverket planlagt.

Bruken av VIPS ble endret fra å være tema i refleksjonsgrupper på tvers av avdelingene, til å bli et konkret utgangspunkt for bruk i fagmøter om pasientene på avdelingene. Et fagmøte er et ukentlig møte for de ansatte på avdelingen eller enheten som til daglig jobber sammen om ivaretagelsen av en gruppe pasienter. Møtet skal vare i ca én time. I fagmøte diskuterer personalet på avdelingen konkrete enkeltsituasjoner som de opplever som utfordrende eller vanskelige og som de ønsker å finne en bedre løsning på. Diskusjonen på fagmøtene skal ta utgangspunkt i indikatorene i VIPS-rammeverket. Fagmøte ledes av en ressursperson (heretter kalt RP). RP skal være en hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider. Sammen med RP har primærpleieren en viktig rolle i fagmøtene. Primærpleieren er den som kjenner pasienten best, og vedkommendes rolle i møtet er å legge

frem situasjonen ut fra pasientens perspektiv. Avdelingsleder bør være tilstede på fagmøtene for å gi autoritet og legitimitet til ressurspersonen og konklusjonene i møtet. For øvrig bør alle som er på jobb den dagen fagmøtet avholdes, delta. Det bør være minst fire personer tilstede for at pleierne sammen skal kunne diskutere og utvikle en felles forståelse av situasjonen. Tanken bak fagmøtet er at når alle pleierne har en felles forståelse og er med på å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes og hvordan tiltakene skal gjennomføres, er det større sjanse for at tiltakene blir gjennomført. Når hele personalgruppen gjør det samme og drar i samme retning, er det større sannsynlighet for at pasienten har nytte av tiltaket.

Fagmøte har en fast struktur (tekstboks 6.1). RP innleder møtet med å fortelle hvilken situasjon som skal drøftes. Så beskriver primærpleieren hvordan situasjonen trolig oppleves for pasienten. RP spør så de andre om de opplever situasjonen på samme måte. Når alle har fortalt hvordan de opplever situasjonen, drøfter gruppen situasjonen ut i fra de ulike indikatorene, og da spesielt indikator P og S. Et aktuelt tema kan for eksempel være om pasienten inkluderes i samtale, eller om personalet snakker over hodet på pasienten. Tar personalet hensyn til de individuelle preferanser pasientene har? P- og S-indikatorene er de mest relevante i hverdagen til pasientene, og omfatter de områdene som personalet har størst innflytelse på. Hvis personalet føler de ikke har oversikt over situasjonen eller det er noe de burde vite mer om, kan tiltaket de kommer frem til være å kartlegge situasjonen nærmere. Det kan være aktuelt å snakke med pårørende for å finne ut mer om hva som eksempelvis kan være årsak til atferd som oppleves utfordrende. Hvis personalet føler de har nok kunnskap om situasjonen, blir de enige om et eller flere miljøtiltak. Dette dokumenteres og rapporteres til de andre på avdelingen. Det er primærkontakten sin oppgave å dokumentere tiltakene. Fagmøte avrundes med at de bestemmer hvor lenge tiltaket skal prøves ut før det evalueres.

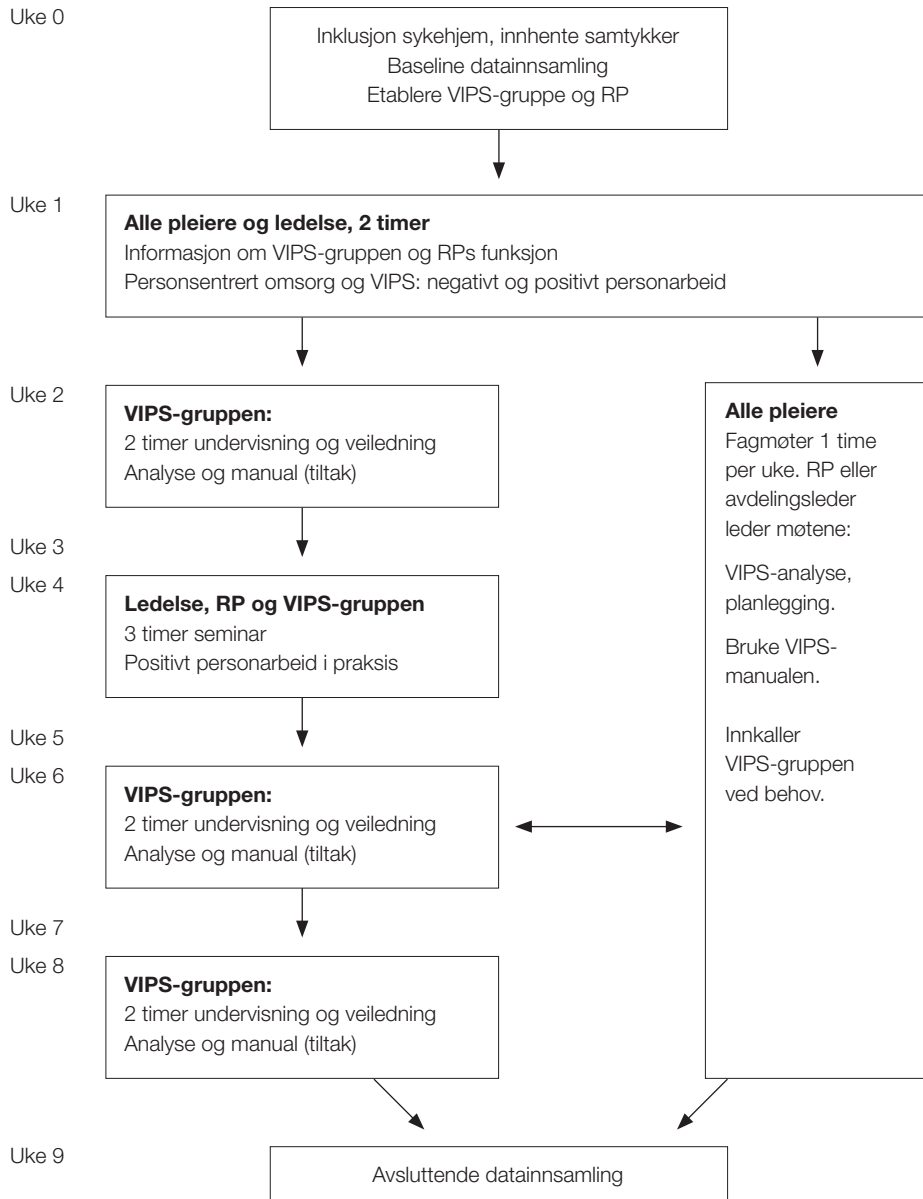
Tekstboks 6.1: Struktur for gjennomføring av fagmøtet

Fagmøte på enheten	1. Redegjørelse fra primærkontakt med vekt på perspektivet til personen med demens 2. Se situasjonen i lys av I-P-S 3. Drøfting av tiltak 4. Beslutninger og tidsramme for tiltak 5. Dokumentasjon og evaluering 6. V: Hvorfor er dette viktig for personen med demens?
Teoretisk rammeverk VIPS	

I tillegg til fagmøte og RP ble det opprettet en VIPS-gruppe på sykehjemmene. Deltakerne i VIPS-gruppen fikk spesialopplæring i VIPS og skulle være en ekstra ressurs på fagmøtene og til støtte for ressurspersonene. På sykehjem A var det fire personer i VIPS-gruppen, de fagansvarlige basesykepleierne og en hjelpepleier. På sykehjem B var det 11 personer i VIPS-gruppen. Der bestemte de at de ville ha ressurspersonene fra alle avdelingene med på undervisningen som ble gitt til VIPS-gruppen, slik at de fikk samme kunnskap som de personene som i utgangspunktet skulle være veiledere for bruk av VIPS-verktøyet i fagmøtene. I tillegg inkluderte sykehjemmet ansatte ved dagsenteret og det eksterne bokollektivet i veiledningsgruppene. Disse var i utgangspunktet ikke med i prosjektet, men sykehjemmet ønsket at også disse enhetene skulle få undervisning om personsentrert omsorg og opplæring i bruken av VIPS.

I figur 6.1 vises et flytskjema over veiledning og undervisning i VIPS-prosjektet med tema, til de ulike aktørene som deltok.

Figur 6.1: Flytskjema for bruk av VIPS



Det ble utarbeidet en VIPS-manual til hjelp for personalet og til bruk på fagmøtene. Manualen er bygget opp etter indikatorene i VIPS og beskriver personsentrert omsorg ved at hver indikator er presentert ved eksempler og historier. Et eksempel er historien om Agnes:

«Agnes hjelper til med å rydde av bordet etter kaffen og tørker av bordene. Pleier er takknemlig og sier; hva skulle vi gjort uten deg, Agnes?»

I forbindelse med historien står en beskrivelse og forklaring på hva det er pleier gjør når hun støtter Agnes på en slik måte. Det er også beskrevet ulike tiltak som kan være til hjelp i forskjellige situasjoner.

I manualen er det beskrevet vanskelige situasjoner hvor personalet ikke vet hva de skal gjøre. Situasjonen er beskrevet slik personalet opplever den og hvordan de gjennom diskusjon på fagmøte kommer frem til tiltak som de prøver ut. Historiene er fulgt opp med teori og tiltak som kan prøves ut.

Manualen beskriver med enkle ord hvordan et miljø kan være med på å degradere en person eller bygge vedkommende opp som menneske. I manualen er det beskrevet ulike kommunikasjonsregler som gjelder personer med demens.

Manualen er skrevet med tanke på at den skal være lett å lese og at historiene skal være gjenkjennbare for personal i sykehjem. I tillegg inneholder manualen kartleggingsverktøy som kan hjelpe personalet i kartlegging av situasjoner eller symptomer de føler at de ikke vet nok om. Følgende kartleggingsverktøy er inkludert i manualen:

- Registreringsskjema for trivsel – registrerer situasjoner hvor personen med demens viser at han trives og har det bra. Personalet registrerer hvem som deltok i situasjonen, hva de gjorde, hvor det skjedde og hvor lenge situasjonen varte
- Registreringsskjema for problematferd – registrerer situasjoner hvor personen med demens viser mistrivsel og at han ikke har det bra. Personalet registrerer hvem som deltok i situasjonen, hva som skjedde, hvor det skjedde og hvor lenge det varte

- Confusion assessment scale (CAM) kortversjon (Inouye et al. 1990) – et skjema for å vurdere om personen med demens har delirium
- MOBID – 2 smerteskala (Husebø et al. 2007) – et skjema for å vurdere smerter hos personer med demens.

Utpøving av VIPS i fagmøter

Etter at utpøvingen av en mer konkret struktur av VIPS i fagmøter var avsluttet, ble det gjennomført nye fokusgruppeintervjuer på begge sykehjemmene. Fokusgruppene var satt sammen på samme måte som i første runde med intervjuer, en gruppe med hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere og en gruppe med sykepleiere fra hvert sykehjem. Oppsummeringen viste at modellen med fagmøte fungerte bedre enn refleksjonsgruppene. Personalet på begge sykehjemmene syntes det var en nyttig og konkret måte å sikre at man jobber personsentrert i praksis. Metoden fungerte bedre i de tradisjonelt organiserte avdelingene med tilstedeværende avdelingsleder, enn ved avdelingene som hadde baseorganisering. Tilbakemeldingen i fokusgruppeintervjuene viste at den opplevde nytten av VIPS-modellen med fagmøter var ulik ut fra hvilken posisjon en hadde i sykehjemmet. Hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne/helsefagarbeiderne og sykepleierne som hadde den næreste kontakten med beboerne i det daglige opplevde at fagmøtene var nyttige, mens enkelte fra ledernivå på det ene sykehjemmet ikke fant fagmøtene egnet til å fremme diskusjoner om personsentrert omsorg til pasientene på sykehjem. De mente at fagmøtene var for lange og at de allerede hadde denne type møte. For hjelpepleiegruppene ble modellen opplevd positiv fordi den ga dem en sentral rolle, økt ansvar, oppgaver og mulighet for å påvirke beslutninger som gjaldt deres eget arbeid. For primærkontaktene opplevdes det positivt å få oppmerksomhet og tilbakemelding på eget arbeid og den omsorgen de ga sine primærpasienter. Fagmøtet ga pleierne tid til å planlegge tiltak som krevde koordinering og oppfølging, og ga dem anledning til å bruke kunnskap de allerede hadde. De satte pris på muligheten for faglig drøfting.

Med bruk av VIPS som innfallsvinkel i fagmøte, får man samkjørt personalet i en felles forståelse av situasjonen og enighet om tiltakene de kommer frem til. Dette gir konkret og organisert personsentrert omsorg i

praksissituasjoner i sykehjemsavdelingen. På denne måten blir VIPS et konkret og nyttig verktøy for personalet. Det skal ikke være nødvendig med ekstraressurser i sykehjemmet for å klare å gjennomføre fagmøtene. Det kan likevel være nødvendig med samarbeid på tvers av avdelingene i det tidsrommet fagmøtet skal gjennomføres. Det er viktig at flest mulig av personalet er med på møtene. Avdelinger eller poster som ligger ved siden av hverandre kan for eksempel avtale å hjelpe hverandre med tilsyn til pasientene når fagmøtene holdes.

VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg brukes videre av doktorgradsstipendiat Janne Røsvik i et forskningsprosjekt. Det utgjør en av intervensjonsmetodene som prøves ut i en kontrollert studie for å utvikle personsentrert omsorg til personer med demens i sykehjem. VIPS-manualen vil bli publisert og gjort tilgjengelig i løpet av 2012.

Metode for evaluering

Foruten den løpende prosessevalueringen som førte til korrigeringer og konkretisering av VIPS-rammeverket underveis i prosjektet, ble det foretatt datasamling på pasientnivå og blant personalet for å kunne beskrive og evaluere prosjektet nærmere. Prosjektet ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskning (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og det ble gitt dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsedirektoratet.

Før oppstart med bruk av VIPS-rammeverket, ble det innhentet data fra personalet og pasientene. Samtykke til deltakelse i datasamlingen ble innhentet fra både pasienter og personalet. Sykehjemmene innhentet samtykke fra pasientene. For pasienter uten samtykkekompetanse ble det innhentet samtykke fra pårørende. Datasamlingen ble gjennomført tre ganger. Baselinekartlegging ble gjort i mai/juni 2009 på sykehjem A og i august/september 2009 på sykehjem B. Andre gangs kartlegging ble gjennomført på begge sykehjemmene i februar/mars 2010 og tredje kartlegging ble gjennomført i juni 2010 på begge sykehjemmene. Følgende skjemaer ble benyttet for å innhente pasientdata i første kartlegging:

- Cornell skala for depresjon ved demens (Alexopoulos et al. 1988)
- Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) måler psykiatriske symptomer og atferdssymptomer hos personer med demens (Cummings et al. 1994)
- Livskvalitet ved langtkommen demens (QUALID – Quality of life in late stage dementia scale) (Weiner et al. 2000)
- Brief Agitation Rating Scale (BARS) registrerer ulike former for agitert atferd og apati (Finkel et al. 1993)
- Registrering av bruk av tvang registrerer ulike tvangstiltak som er brukt i løpet av siste uke (Kirkevold 2005)
- Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter (P-ADL) skårer praktisk og fysisk funksjonsnivå (Lawton, Brody 1969)
- Pasientenes medisinerbruk og diagnoser ble kartlagt
- Demografiske fakta som alder, kjønn og hvor lenge pasientene hadde vært i sykehjemmet ble innhentet fra pasientenes journaler.

Pasientdata ble innhentet ved at en forskningsmedarbeider intervjuet en pleier som kjente pasienten godt. Fortrinnsvis var dette primærpleieren, eller det kunne være en sykepleier som kjente pasienten godt. Hvert intervju tok ca 20 minutter.

Følgende skjemaer ble benyttet for å innhente personaldata ved alle tre kartleggingsrundene:

- Evalueringsskjema for personsentrert omsorg (P-CAT) er en selvutfyllingsskala som består av 13 utsagn om personsentrert omsorg (Edvardsson et al. 2010) som personalet skal vurdere hvorvidt de er enige i eller ikke på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig)
- Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet måler tilfredshet med jobb og arbeidsmiljø på en skala fra 1 (meget dårlig) til 6 (meget bra) (Sund 1992)
- I tillegg ble data om kjønn, alder, utdanning, stillingsstørrelse og antall år på aktuelle arbeidssted innhentet.

Personalet fylte ut skjemaene og de ble videre behandlet anonymt.

Resultater

Beskrivelse av pasientene

Av sykehjemmenes 122 pasienter fikk vi samtykke fra og data om til sammen 90 pasienter. Det var 70 prosent kvinner og 30 prosent menn. Gjennomsnittsalderen ved oppstart var 84,2 år (SD 5,84). Den yngste var 60 år og den eldste 103. Over halvparten hadde en alvorlig grad av demens (tabell 6.1). Fire personer hadde ingen demens, en hadde usikker demens.

Evalueringen i form av endringsmål er begrenset grunnet flere årsaker. Sykehjem B fullførte ikke gjennomgangen av VIPS i de innledende refleksjonsgruppene, og prosessen kunne derfor ikke forventes å ha effekt. Det gikk forholdsvis lang tid, 4 måneder, fra sykehjem A avsluttet refleksjonsgruppene til de begynte med VIPS-grupper. Tilbakemeldingene fra personalet på sykehjem A tilsa at det ikke var merkbare endring hos pasientene på bakgrunn av refleksjonsgruppene. I målingene var det ingen statistisk signifikante endringer.

Tabell 6.1: Grad av kognitiv svikt vurdert med Klinisk demensvurdering

Grad av kognitiv svikt	Baseline N = 84 Antall pasienter [%]	Måling mars 2010 N = 93 Antall pasienter [%]	Måling juni 2010 N = 88 Antall pasienter [%]
Lett	24 [28]	19 [20]	20 [22]
Moderat	42 [50]	39 [42]	34 [39]
Alvorlig	18 [21]	35 [38]	34 [39]

Atferdsmessige og psykiatriske symptomer vurdert ved Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) forekom relativt hyppig i pasientgruppen målt ved baseline (tabell 6.2). Hyppigst forekommende var irritabilitet, depresjon, agitasjon og vrangforestillinger, manglende hemninger og apati.

Tabell 6.2: Forekomst av atferdsmessige og psykiatriske symptomer målt med NPI ved baseline

Symptom	Antall pasienter med symptomet [%] N = 90
Vrangforestillinger	31 [34,4]
Hallusinasjoner	14 [15,6]
Nattlig uro	23 [25,6]
Endret appetitt	15 [16,7]
Avvikende motorisk aktivitet	14 [15,6]
Depresjon	36 [40,0]
Angst	22 [24,4]
Oppstemthet	21 [23,3]
Apati	28 [31,1]
Manglende hemninger	30 [33,3]
Irritabilitet	47 [52,2]
Agitasjon	35 [38,9]

Bruk av tvangstiltak i pasientgruppen siste uke før baselinekartlegging, ble kartlagt. Denne endret seg lite ved oppfølgingsmåling. Forekomsten fremgår av tabell 6.3 og kun de tiltakene som ble rapportert, er tatt med.

Tabell 6.3: Bruk av tvangstiltak i pasientgruppen siste uke før baselinemåling

Tiltak	Antall [%] N = 48
Bruk av sengehest	9 [10,0]
Bruk av brett på stol	5 [5,6]
Fysisk tilbakeholdelse	3 [3,3]
Bruk av alarmbrikke	6 [11,5]
Alarm som varsler at pasienten forlater sengen	1 [1,1]
Medisin tilsatt i mat eller drikke	7 [7,8]
Holding av hender ved hjelp til personlig hygiene	3 [3,3]
Dusjing som pasienten verbalt motsetter seg	9 [10,0]
Henting til dusj som pasienten motsetter seg	1 [1,1]
Dusjing eller bading som pasienten motsetter seg	4 [4,4]

Tabell 6.4 viser gjennomsnittlig agitasjon målt med BARS, depresjon målt med Cornell, praktisk fungering målt med Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter og livskvalitet målt med QUALID.

Tabell 6.4: Gjennomsnittlig forekomst av agitasjon og depresjon, vurdering av praktisk fungering og livskvalitet i pasientgruppen

	Baselinemåling N = 90 Gjennomsnitt (SD)	Måling i mars 2010 N = 104 Gjennomsnitt (SD)	Måling i juni 2010 N = 96 Gjennomsnitt (SD)
Agitasjon målt med BARS	19,1 (8.5)	Ikke målt med BARS	Ikke målt med BARS
Depresjon målt med Cornell	5.2 (5.1)	5,5 (4,6)	4,3 (3,9)
Praktisk fungering målt med Lawtons P-ADL skår	16.0 (5,4)	17,1 (5,3)	17,2 (5,4)
Livskvalitet målt med QUALID	18,4 (5,9)	18,1 (5,9)	18,0 (5,2)

Beskrivelse av personalgruppen ved de to deltakersykehjemmene.

Av de ansatte på de to sykehjemmene som deltok, svarte 56 på spørreskjema som ble brukt for evaluering av prosjektet. Det var 95 prosent kvinner med en gjennomsnittsalder på 45 år (SD 10,0). Den yngste var 24 år og den eldste 63. Av dem som besvarte spørreundersøkelsen, hadde 78 prosent fra 75 til 100 prosent stilling. Tabell 6.5 viser utdanningsfordeling i personalgruppen og tabell 6.6 viser antall år på det aktuelle sykehjemmet. På spørsmål om videreutdanning svarte 48 av de 56. Fire ansatte hadde videreutdanning i geriatri, mens tre hadde videreutdanning innen psykiatri. En hadde videreutdanning i demens. 60 prosent hadde ingen form for videreutdanning.

Tabell 6.5: Utdanningsfordeling i personalgruppen

Utdanning	Antall [%] N = 56
Ufaglært	5 [8,9]
Annet	3 [5,4]
Hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider	36 [64,3]
Sykepleier	12 [21,4]

Utdannelsesfordelingen var ikke uventet. Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere utgjør den største gruppen ansatte i sykehjem. At så mange som 85 prosent av dem som svarte på skjema hadde hjelpe- eller sykepleierutdanning kan skyldes at det var disse som var bedt om å delta i studien. I tillegg er sykehjemmene spesialsykehjem for personer med demens og har derfor en stor andel fagutdannede.

Tabell 6.6: Antall år på aktuelle arbeidssted

Antall år på aktuelle arbeidssted	Antall personale [%] N = 56
Mindre enn ett år	6 [10]
Fra ett til fem år	12 [21]
Fra fem til ti år	26 [46]
Fra ti til femten år	6 [10]
Mer enn femten år	6 [10]

Personalet ble bedt om å ta stilling til en rekke utsagn knyttet til graden av personsentrert omsorg slik de vurderte den på eget arbeidssted, ved hjelp av Evalueringsskjema for personsentrert omsorg. Tabell 6.7 viser gjennomsnittsskåringene fra de to sykehjemmene samlet. Personalet er uenig i påstanden om at arbeidsplassen hindrer dem i å yte personsentrert omsorg. De er enige i at de ofte diskuterer hvordan de kan yte personsentrert omsorg.

Tabell 6.7: Personalets skåringer på Evalueringsskjema for personsentrert omsorg

Påstander som personalet har tatt stilling til i hvilken grad de er enige i	Gjennomsnittsskår N = 56	SD
1. Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte personsentrert omsorg	4,04*	0,7
2. Vi har regelmessige teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg	3,32*	1,0
3. Beboernes livshistorie brukes regelmessig i planleggingen av omsorgen	3,80*	0,6
4. Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og beboerne er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	3,93*	0,8
5. Vi har anledning til å endre arbeidsrutiner etter beboernes ønsker	3,86*	0,8
6. Beboerne gis mulighet til deltakelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	3,82*	0,9
7. Beboernes behov vurderes daglig	3,87*	0,9
8. Vi har faktisk ikke tid til å yte personsentrert omsorg	3,89**	0,9
9. Miljøet oppleves kaotisk	3,92**	0,9
10. Vi må få arbeidsoppgavene unnagjort før vi kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø	3,65**	1,1
11. Denne arbeidsplassen hindrer meg i å yte personsentrert omsorg	4,08**	0,8
12. Det er vanskelig for beboerne å finne frem i avdelingen	3,41**	1,0
13. Beboerne kan bruke uteområdet når de måtte ønske det	3,00*	1,3

*Jo høyere skår på påstand nummer 1-7 og 13, jo mer enig i påstanden

** Jo høyere skår på påstand 8-12, jo mer uenig i påstanden

Personalet besvarer spørsmålene i evalueringsskjema for personsentrert omsorg på en skala fra helt uenig til helt enig.

Personalet ble bedt om å vurdere i hvilken grad de var tilfredse med det psykososiale arbeidsmiljøet og jobbsituasjonen generelt på Skjema for skåring av psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. De hadde seks alternative svarmuligheter fra (1) meget dårlig til (6) meget bra. Gjennomsnittsskåringene fra personalet går frem av tabell 6.8. De var mest

fornøyd med den sosiale støtten i fellesskapet med kollegene og generell jobbtillfredshet, tryggheten de følte i jobben og forholdet til nærmeste leder. De var minst tilfreds med arbeidsmengde og variasjon i oppgavene.

Tabell 6.8: Skåring av psykososialt arbeidsmiljø og jobbtillfredshet

Tillfredshet i forhold til	Gjennomsnittskår (SD) N = 55
Generell jobbtillfredshet	5,00 (0,9)
Arbeidsmengde – vurdering av arbeidspress	4,15 (0,9)
Variasjon – varierte og meningsfylte oppgaver	4,33 (1,1)
Egenkontroll – innflytelse og medansvar	4,73 (0,8))
Sosial støtte – fellesskap og samarbeid	5,05 (1,0)
Selvutfoldelse – mulighet for personlig og faglig utvikling	4,40 (1,2)
Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle – klare og tilpasset dine forutsetninger	4,19 (1,1)
Ledelse – forhold til nærmeste overordnede	4,58 (1,2)
Informasjon og kommunikasjon – åpenhet, muligheter for å bli hørt	4,35 (1,1)
Trygghet i jobben – at den ikke står i umiddelbar fare	4,87 (1,1)
Tilhørighet og trivsel i enheten	4,93 (1,0)

Diskusjon

VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg har ikke vært brukt som grunnlag for refleksjon i grupper i norske sykehjem tidligere, og det var derfor usikkert hvordan metoden ville fungere. Ingen vil være uenig i at verdiene i personsentrert omsorg er viktig for personer med demens, men for personale var det å faktisk bruke verdiene i omsorgen overfor den enkelte pasient vanskelig så lenge de brukte rammeverket til åpne og uforpliktende refleksjoner. VIPS-rammeverket gir en beskrivelse av hva personsentrert omsorg er og dermed et felles språk som personalet kan bruke. VIPS er således godt egnet som utgangspunkt for refleksjon over hva som er viktig å tenke gjennom og vektlegge når omsorgen for den enkelte pasient skal utformes.

Tilbakemeldinger fra refleksjonsgruppene og funn i fokusgruppene viste at VIPS brukt som utgangspunkt i refleksjonsgrupper ikke nådde målet om å bedre samhandlingen mellom pleier og pasient, redusere nevro-psykiatriske symptomer og bedre livskvalitet hos pasientene. Personalet syntes det var for mange punkter å forholde seg til og opplevde lite konkret nytte av VIPS brukt på denne måten i sin utøvelse av praksis på sykehjemmet. Dette kunne ha noe med sammensetningen av gruppene å gjøre, siden deltagerne var fra forskjellige avdelinger i tillegg til at det interne makthierarkiet i sykehjemmet kunne spille en rolle. Det at pleierne som deltok i refleksjonsgruppene ikke klarte å ta med innholdet i diskusjonene tilbake til avdelingene, kan blant annet skyldes at det i ikke finnes et fast forum for diskusjon, refleksjon og kunnskapsdeling i avdelingene. I de muntlige rapportene er det ofte knapt med tid og mange praktiske gjøremål som må formidles og avtales. Selv om personalet hver for seg har mye kunnskap, mangler de et forum hvor de kan drøfte, reflektere og diskutere hvordan omsorgen de gir kan bli mest mulig personsentrert.

Personalet ønsket en spissing og konkretisering av VIPS, og med VIPS manualen der indikatorene for personsentrert omsorg ble nærmere forklart og eksemplifisert, fikk personalet et verktøy som ga dem muligheten til å vurdere alle sider rundt pasienten som person. VIPS brukt systematisk i fagmøter er en metode som ikke krever ekstraressurser på avdelingen. Det tas utgangspunkt i en konkret situasjon og er spesifikt rettet mot enkeltpasienter. Gjennom fagmøtene får personalet et faglig forum for diskusjon av hvordan behandlingen til den enkelte pasient skal utføres. De får anledning til å diskutere og etablere en felles forståelse for hvordan pasienten har det og kan samkjøre behandlingen slik at pasienten blir møtt på en forutsigbar og trygg måte. VIPS-fagmøte ble prøvd ut i ni uker på de to sykehjemmene. Det var kort tid for å ta mål av seg til å endre pleiekulturen på avdelingene, men fokusgruppeintervjuene viste at personalet likte metoden og fant den nyttig.

Under utprøvingen av den konkretiserte VIPS-modellen ble ledere på alle nivå i sykehjemmet inkludert. Dette gjorde at alle var informert om hva som foregikk og de fikk et større eierforhold til måten å tenke og arbeide på. I tillegg fikk den største gruppen blant personalet, hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne/helsefagarbeiderne, en sentral rolle i anvendelsen av

VIPS i fagmøtene. Dette var en stor fordel siden det er denne gruppen som er mest hos pasientene i sykehjemmet.

Metodekritikk

VIPS brukt i refleksjonsgrupper og som verktøy for vurdering i konkrete situasjoner er nye metoder. De har ikke vært prøvd ut i norske sykehjem tidligere og det er behov for større og kontrollerte studier for å avgjøre om det er evidens for at de har effekt. Sykehjemmene som deltok var ikke tilfeldig utvalgt. En styrke i å bruke disse sykehjemmene var at de er demenssykehjem og personalet har grunnleggende kunnskap om demens.

Oppsummering av prosjektet - anbefalinger

Erfaringene fra refleksjonsgruppene viste at VIPS som grunnlag for åpne refleksjoner var for lite konkret til å oppleves nyttig i praksis. Personsentrert omsorg i miljøbehandling må være innrettet på enkeltpasienter og enkeltsituasjoner for at det skal være til praktisk nytte for personalet på sykehjemmet. Det bør høstes bredere erfaring med hvordan VIPS kan anvendes for å utvikle personsentrert omsorg i praksis.

Referanser

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 23:271-84.
- Brooker D (2007) *Person-centered dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley Publisher
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44:2308-14.
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S (2010) Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr* Feb;22(1):101-8.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* Dec 15;113(12):941-8.

- Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL (1993) A brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc* Jan;41(1):50-2.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Snow AL, Ljunggren AE (2007) Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage*, Jul;34(1):67-80.
- Kirkevold Ø (2005) Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia.: University of Oslo
- Kitwood T (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self -maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9:179-86.
- Sund A (1992) Selektiv helseovervåkning med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. I B.E. Moen (red.). *Håndbok for bedriftshelsetjenesten*. Vol 3. Universitetet i Bergen.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fountaine CS (2000) The Quality of life in Late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* (1):114-6.

KAPITTEL 7

Marte Meo – praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens

Forfattere: Linn-Heidi Lunde, Marianne Munch og Marianne Skram

En av de største utfordringene i møte med personer med demens er vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk som meningsfulle i en samhandlingssituasjon. Marte Meo-metoden kan gjøre omsorgsgiver bedre i stand til å imøtekomme behov for gjensidig kontakt og samspill når pasienten har svekkete kommunikasjonsferdigheter.

Hva er Marte Meo-metoden?

Begrepet Marte Meo er utledet fra det latinske Mars Martis som betyr «ved egen kraft» (Aarts 2000). Marte Meo-metoden er kommunikasjonsbasert og løsningsorientert og bruker video for å belyse og illustrere temaer til bruk i veiledning (Lunde, Hyldmo 2001). Metoden ble utviklet av den nederlandske sosialarbeideren Maria Aarts på slutten av 1980-tallet. Utgangspunktet for metoden har vært observasjoner av det som naturlig skjer i samspill mellom barn og foreldre eller andre omsorgspersoner, når dette samspillet ikke er preget av problemer eller dysfunksjonalitet, såkalt utviklingsstøttende dialog eller kommunikasjon. Maria Aarts ide var å bruke denne informasjonen til å styrke samspillet mellom barnet og dets omsorgsgivere, spesielt i de tilfeller der det foreligger brudd eller problemer i kommunikasjonen. Video interaksjonsanalyse viste seg, ifølge Maria Aarts, å være det redskapet som gav terapeuten eller veilederen den beste innsikten i Marte Meo-metodens muligheter og effekt. I Marte Meo grunnbok (dansk oversettelse 2000) skriver Maria Aarts følgende:

«Det sentrale fokus i Marte Meo på alle nivåer er å oppmuntre mennesker til ved egen kraft å fremme og stimulere utviklingsprosesser slik at barn, foreldre, profesjonelle omsorgsgivere og supervisorer dermed lærer å utnytte sin kapasitet best mulig.»

Metodens anvendelse

Marte Meo-metoden har gjennom de siste 20 årene fått en stadig større utbredelse på verdensbasis. I Norge anvendes metoden blant annet i arbeid med familier og ved veiledning av personale i skoler, barnehager, i omsorgen for mennesker med utviklingshemming og i omsorgen for personer med demens (Hyldmo, Hafstad, Nordhus 2004, Munch 2008). Siden 2000 har metoden vært prøvd ut ved en rekke aldersinstitusjoner i Norge.

I omsorgen for personer med demens blir Marte Meo-veiledning benyttet for å hjelpe omsorgsgivere til å finne nye løsninger når samspillet med pasienten blir utfordrende (Lunde, Hyldmo 2001, Munch 2008). Målet er ikke den utviklingsstøttende dialogen, men derimot å ivareta og opprettholde gjenværende ressurser og identitet gjennom det vi har valgt å kalle funksjonsstøttende kommunikasjon (Lunde, Hyldmo 2001, Lunde 2003, Munch 2008). Den funksjonsstøttende dialogen bidrar til å skape forutsigbarhet og trygghet for pasienten, og gjennom dette øker sannsynligheten for gode øyeblikksopplevelser.

Det teoretiske utgangspunktet for Marte Meo-metoden

Maria Aarts har først og fremst lagt vekt på den praktiske anvendelsen av metoden, og at den skal være så konkret og enkel som mulig å kunne bruke i ulike sammenhenger. Hun har i langt mindre grad vært opptatt av å knytte metoden til en grunnleggende teori og forståelsesmodell, og dette har vært en av hovedinnvendingene mot metoden (Hyldmo, Hafstad, Nordhus 2004). Marte Meo grunnbok inneholder eksempelvis ingen referanser eller litteraturhenvisninger. En del forskere og akademisk orienterte klinikere har imidlertid latt seg inspirere av metoden, og har forsøkt å knytte den til utviklingspsykologiske, kommunikasjonsbaserte og tilknytningsteoretiske forståelsesmodeller (for eksempel Bråten 2007, Hafstad, Øvreide 2004).

Slik vi ser det tar funksjonsstøttende kommunikasjon utgangspunkt i grunnleggende prinsipper for mellommenneskelig samhandling, der individets behov for å bli sett og bekreftet står helt sentralt (Rogers 1961, Stern 2000, Sabat 1992, 1994). Dette er også sentrale mål ved personsentrert omsorg (Edvardsson, Winblad, Sandman 2008). Det henvises forøvrig til innledningskapittelet for nærmere beskrivelse av hva personsentrert omsorg er. Det som i størst grad skiller Marte Meo-metoden fra andre personsentrerte tilnærminger er bruk av video som hovedredskapet som tas i bruk for å skolere omsorgspersonell.

Elementer for funksjonsstøttende kommunikasjon

I veiledning etter Marte Meo-metoden blir omsorgspersonell som arbeider med personer med demens skolert i prinsippene for funksjonsstøttende kommunikasjon (Lunde, Hyldmo 2001, Munch 2008) (tekstboks 7.1). Rammebetingelser som fysisk tilrettelegging og tydelig ledelse er nødvendig, og danner utgangspunkt for grunnelementene for funksjonsstøttende kommunikasjon. Elementene henger sammen og går over i hverandre og kan brukes enkeltvis eller samlet, avhengig av pasientens behov i samhandlingssituasjonen. (Se for øvrig Munch 2008 for en grundigere beskrivelse av elementene). Korte sekvenser av ulike hverdagslige samspillsituasjoner mellom omsorgsperson og pasient blir filmet. Omsorgspersonell blir, med utgangspunkt i disse situasjonene, gjort oppmerksom på pasientens behov, initiativ og kompetanse i samhandlingsøyeblikket. I veiledningen fremheves først og fremst det som fungerer godt i samspillet og hvorfor det er slik, heller enn det som ikke fungerer. Video er et svært virkningsfullt verktøy og hjelper omsorgspersonen til selv å oppdage hva som skjer under samhandling. Små øyeblikk der det kommuniseres hensiktsmessig og støttende kan fryses fast og repeteres. Fokus er hele tiden på pasientens behov og hva omsorgsgiver kan gjøre for å støtte disse behovene. Dermed dreies fokus fra omsorgsgivers kompetanse og over på hvordan vi best mulig kan hjelpe pasienten. Ofte er det lite som skal til for å skape endring i mestringsopplevelser under samhandling. De små nyansene som kan være svært sentrale for pasienten, blir ofte oversett av omsorgsgiver. Gjennom videoveiledning blir omsorgsgiver gjort oppmerksom på viktigheten av de små nyansene i samspillet, og vi har sett at dette har økt omsorgsgivers interesse og nysgjerrighet for pasienten (Lunde, Hyldmo 2001, Lunde 2003).

Tekstboks 7.1: Grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon

Behovet for å bli møtt på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte (relasjonell oppvarming). Kontaktetablering: ved å bli møtt med smil, blikkontakt og et engasjert kroppsspråk, kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes, og forventninger om å lykkes styrkes. Gjentas under handlingsforløpet.

Hvilken effekt har Marte Meo-metoden?

Tilbakemeldingene på effekten av Marte Meo-metoden i omsorgen for personer med demens har gjennomgående vært positive gjennom de 10 årene metoden har vært i bruk i Norge. Personale som har fått veiledning i metoden formidler at de er blitt mer nysgjerrige og oppmerksomme på hva som skjer i ulike samspillsituasjoner, og hvilke behov pasienten til enhver tid har (Lunde, Hyldmo 2001). Det har videre vært gjennomført evaluering i form av intervjuer av omsorgsgivere som har gjennomført Marte Meo-terapeututdanning. I sin masteroppgave i helsefremmende arbeid har ergoterapeut og Marte Meo-supervisor Astrid Andersen dybdeintervjuet et utvalg Marte Meo-terapeuter, som har benyttet Marte Meo-metoden i sitt arbeid med personer med demens (Andersen 2009). Informantene har gitt beskrivelser av hvilken betydning det har hatt for dem å lære metoden og å bruke den i veiledning av annet omsorgspersonell. Andersen sammenfatter tilbakemeldingene fra informantene i fire hovedkategorier: 1) Å få et konkret arbeidsredskap, 2) Å få økt bevissthet, 3) Å få felles kunnskap, 4) Å få opplevelsen av å møte pasientenes individuelle behov på en bedre måte. I Danmark har det vært gjennomført en tilsvarende kvalitativ intervjuundersøkelse ved Lindegården plejehjem, der Marte Meo-metoden har vært benyttet siden 2001 (Gudex, Horsted, Bakke 2008).

Metodens begrensninger

En av de største innvendingene mot Marte Meo-metoden har vært at den mangler basis i forskning, og at det er et begrenset antall studier å vise til når det gjelder effekt. Ved søk i anerkjente databaser finnes få treff når det gjelder vitenskapelige publikasjoner (Alnæs, Kirkevold, Skovdahl 2010). De studiene som foreligger er først og fremst av kvalitativ art, og hvor man har intervjuet foreldre, lærere og omsorgspersonell om nytten av

metoden. I Norge pågår det for tiden to doktorgradsstudier med utgangspunkt i Marte Meo-metoden, en av disse er rettet mot personer med demens og omsorgspersonell (Alnæs et al. 2011). Begge prosjektene har fokus på fenomenologiske og kvalitative aspekter. I en svensk ukontrollert studie rettet mot barn med atferdsproblemer, har forskerne sammenlignet en systembasert skoleintervensjon der Marte Meo-metoden har vært en integrert del av intervensjonen, med vanlig rådgivning «treatment as usual» (Axberg, Hansson, Broberg, Wirtberg 2006). Resultatene viste en signifikant nedgang i atferdsproblemer hos den gruppen av skolebarn der Marte Meo-metoden var en del av intervensjonen. I sammenligningsgruppen fant man ingen endringer. Etter det vi kjenner til har det så langt ikke vært gjennomført noen kontrollerte studier der forsøkspersonene er blitt tilfeldig plukket ut (randomisert) til ulike behandlingsbetingelser. Dette innebærer en begrensning som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner når det gjelder metodens effektivitet fremfor andre metoder.

Mangel på eksperimentelle studier (randomiserte, kontrollerte forsøk) er for øvrig en begrensning ved en rekke ulike kommunikasjonsbaserte metoder som har vært prøvd ut i institusjoner for eldre og personer med demens (Levi-Storms 2008). På den annen side er det også blitt stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig å ta utgangspunkt i et eksperimentelt oppsett som eneste farbare vei for å dokumentere effekt av hva som er god behandling og omsorg for personer med demens (Moser 2010).

Etiske aspekter

Et sentralt aspekt som kompliserer bruk av Marte Meo-metoden og evaluering av og forskning på metoden, er de etiske sidene ved det å bruke film som et redskap ved behandling og omsorg for personer som har redusert eller manglende evne til å samtykke til helsehjelp. Manglende samtykkekompetanse gjelder et betydelig antall av de personene med demens som befinner seg i aldersinstitusjoner. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) er det utgangspunktet som en hver vurdering må utgå fra når metoden skal anvendes. Det er helsepersonell, som regel behandlingsansvarlig lege, som tar avgjørelser i helse spørsmål på vegne av myndige personer som ikke har samtykkekompetanse, dersom tiltaket er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 første

ledd. I de tilfellene der det blir vurdert at pasienten mangler samtykkekompetanse, skal det tas med i vurderingen hva som er i pasientens interesse, og at det kan antas at pasienten ville gitt sitt samtykke dersom vedkommende hadde vært samtykkekompetent (§ 4a). Dette kalles for et antatt (presumert) samtykke. Det skal videre innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende der det er mulig.

Uavhengig av om pasienten vurderes å ha samtykkekompetanse eller ikke, skal pasienten informeres om bruk av film og få anledning til å uttrykke enighet eller uenighet til det å bli filmet. Dersom pasienten motsetter seg filming eller viser tegn på ubehag ved å bli filmet, blir opptaket avbrutt.

Film og videoopptak anses som sensitivt materiale på lik linje med journalopplysninger, og skal behandles og oppbevares i henhold til retningslinjer nedfelt i lovverket (Helsepersonelloven, forskrift om pasientjournal, Personopplysningsloven). Det er viktig å kvalitetssikre rutiner for innhenting av samtykke til filmopptak, oppbevaring av filmopptak og sletting. Dette er noen av rammebetingelsene som må være på plass før Marte Meo-metoden i det hele tatt kan tas i bruk.

Skolering i Marte Meo-metoden

Marte Meo-metoden krever at den som veileder etter metoden, har autorisasjon som Marte Meo-terapeut. Dette er en toårig videreutdanning med krav om minimum 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning for å kunne gjennomgå programmet. Per 2010 er det nærmere 50 Marte Meo-terapeuter som jobber innenfor omsorgen for personer med demens i Norge, og flere er under utdanning (Andersen 2009).

For å skolere personell som ikke har 3-årig høyskoleutdanning, eller i de tilfellene der det er uhensiktsmessig å gjennomføre Marte Meo-veilederutdanning, er det utviklet et alternativt utdanningsprogram. Marte Meo-praktikerutdanning har som mål å lære omsorgspersonell å praktisere de grunnleggende funksjonsstøttende kommunikasjonselementene ved hjelp av video, til bruk på egen arbeidsplass. Praktikerutdanningen ledes av autoriserte Marte Meo-terapeuter som enten kan være ansatt ved institusjonen, eller som har sin arbeidsplass i annen virksomhet. Se for øvrig nærmere beskrivelse av innholdet i praktikerutdanningen nedenfor.

Prosjektet

Det har ikke vært gjennomført en systematisk evaluering av effekten av Marte Meo-metoden i omsorgen for personer med demens. Vi har derfor ikke tilstrekkelig kunnskap om hvorvidt Marte Meo-veiledning faktisk fører til varige endringer i personalets væremåte overfor pasienten, og om slik veiledning fører til endringer i symptomer og atferd. Som et ledd i miljøprogrammets evaluering av Marte Meo-metoden, er praktikerutdanning blitt tilbudt omsorgspersonell ved et utvalg sykehjemsavdelinger. Omsorgspersonell som har deltatt i praktikerutdanningen har fylt ut to selvrapporteringsskjema før utdanningen startet og umiddelbart etter avslutning. For å få nærmere beskrivelser av deltakernes opplevelser og erfaringer med praktikerutdanningen, har et utvalg omsorgspersonell gjennomgått fokusgruppeintervju og deres ledere dybdeintervju. Likeledes er pasienter ved de ulike avdelingene kartlagt før igangsetting av praktikerutdanning og umiddelbart etter avslutning.

Målsetting

De spørsmålene vi ønsket besvart er:

1. Fører Marte Meo-praktikerutdanning til endring i omsorgspersonells opplevelse av å yte personsentrert omsorg?
2. Endrer praktikerutdanningen omsorgspersonells grad av jobbtilfredshet og opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø?

Organisering

Marte Meo-praktikerutdanning er et innføringskurs som strekker seg over fire til seks måneder. Gruppene har vært organisert på den enkelte arbeidsplass eller avdeling, og kurset har bestått av enten fem heldagssamlinger a seks timer, eller 10 halvdagssamlinger a tre timer. I tillegg har det vært gjennomført en heldagssamling med fokus på kommunikasjon. Samlingene har vært ledet av autorisert Marte Meo-terapeut. På samlingene veksles det mellom undervisning og praktiske øvelser, og deltakerne får en introduksjon i og demonstrasjon av grunnelementene for funksjonsstøttende kommunikasjon. Det er i utgangspunktet ikke blitt lagt føringer når det gjelder hvilke samspillsituasjoner som skal vektlegges. Erfaringsmessig er det likevel slik at måltider og stell eller personlig hygiene er de

situasjonene der det i størst grad blir gitt veiledning. Hver deltaker har bidratt med minimum to videoopptak av seg selv i samspill med pasient/pasienter. Grunnelementene er blitt gjennomgått og drøftet, og deltakerne har fått trening i å lese pasientens kroppsspråk ved å studere filmsekvenser fra egne filmopptak. (Se tekstsaks 7.2 for en oversikt over Marte Meo-praktikerutdanningen.)

Tekstsaks 7.2: Marte Meo-praktikerutdanning

Organisering

- Gruppe på inntil 10 personer
- Samlingene ledes av Marte Meo terapeut
- Teoretisk introduksjon av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon
- En dagsamling om kommunikasjon
- Fem dagsamlinger à seks timer eller 10 samlinger à tre timer
- Omsorgsgiver sjekker at informasjonskjema er fylt ut

Innhold

- Trene seg i å lese pasientens kroppsspråk ved å studere filmklipp
- Gjennomgang og drøfting av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon
- Bli veiledet på medbrakte filmer

Krav til egeninnsats

- Deltakerne må sørge for, i samarbeid med avdelingsleder/gruppeleder/primærsykepleier, at tiltak og resultater blir fulgt opp
- Deltakerne må lære seg grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon
- Deltakerne tar med egne filmopptak

Krav til godkjenning

- Ha innsikt i og mestrer kommunikasjonselementene i samhandling med egne pasienter
- Ikke overstiger 20 prosent fravær fra kurset

Gjennomføring

Gjennomføring av praktikerutdanningen og evaluering har foregått parallelt, og startet opp i januar 2010. I utgangspunktet var seks sykehjem plukket ut til å være med i evalueringsprosjektet. To sykehjem trakk seg på grunn av utskiftning i ledelsen. Det lot seg imidlertid gjøre å rekruttere ett nytt sykehjem, slik at omsorgspersonell og pasienter ved totalt fem avdelinger ved fire sykehjem ble inkludert i evalueringen. Institusjonene er geografisk plassert på Vestlandet og i Trøndelag. En sykehjemsavdeling startet et halvt år etter de øvrige fire, og avsluttet sin praktikerutdanning i november 2010. Utvelgelsen av deltakerne ble overlatt til den ansvarlige for den praktiske gjennomføringen av kurset ved den enkelte avdeling. Ved fire av de inkluderte avdelingene var dette avdelingsleder, ved en avdeling valgte Marte Meo-terapeut/veileder ut deltakerne. Det var på forhånd ikke satt opp noen felles utvelgelseskriterier, men gjennomgående ble deltakerne valgt ut på bakgrunn av interesse og ønske om å tilegne seg ny kunnskap. At det skulle være en noenlunde lik fordeling av sykepleiere/vernepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere er også trukket frem som et mulig kriterium. En avdeling har videre lagt vekt på at praktikerutdanning skulle tilbys dem som hadde lavest sykefravær.

Deltakere

Omsorgspersonell

Totalt 30 personer ble inkludert i praktikerutdanningen. En person trakk seg på grunn av sykdom rett etter oppstart, slik at 29 fullførte utdanningen. Halvparten av deltakerne har 3-årig høyskoleutdanning som sykepleier eller vernepleier, de øvrige er hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere (se tabell 7.1 under resultatdelen av kapittelet). Ved fire av avdelingene har avdelingsleder deltatt i praktikerutdanningen. Til sammen syv Marte Meo-terapeuter har vært involvert, og har gjennomført veiledning av praktikerne. To avdelinger har hatt to Marte Meo-terapeuter til disposisjon, de tre øvrige har hatt en Marte Meo-veileder. Ved tre av sykehjemmene har Marte Meo-veilederne vært eksterne, det vil si de har vært ansatt i annen virksomhet som for eksempel alderspsykiatri.

Pasienter

Totalt 71 pasienter fra de fem avdelingene ble inkludert i evalueringen fra starten av. En pasient falt ut i forbindelse med baselinemåling (første

måletidspunkt) og er derfor ikke tatt med i dette tallet. Ved måletidspunkt to, det vil si etter at praktikerutdanningen var gjennomført, var til sammen 12 pasienter falt ut. Ti pasienter var døde, mens to var falt ut av andre grunner. I alt 59 pasienter ble derved kartlagt umiddelbart etter at praktikerutdanningen var ferdig.

Målemetoder

I vår evaluering har vi valgt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode for datainnsamling og analyse. Alle som deltok i praktikerutdanningen fylte ut selvrapporteringsskjema før og etter gjennomført utdanning. Det ble gjennomført intervju av et utvalg deltakere i praktikerutdanningen. I tillegg fylte deltakerne ut et evalueringsskjema utviklet for å vurdere grad av demens, på samtlige pasienter som var med i prosjektet.

Evalueringsskjema for personsentrert omsorg (P-CAT)

The Person-centered Care Assessment Tool (Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay, Gibson 2010) måler i hvilken grad omsorgspersonell ved aldersinstitusjoner opplever at omsorgen er personsentrert. P-CAT er et selvrapporteringsinstrument og består av totalt 13 ledd som skåres på en fem punkts Likertskala der 1 = helt uenig, og 5 = helt enig.

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (Sund 1992) er et selvutfyllingsmål utviklet for å kartlegge og vurdere risikoforhold i det psykososiale arbeidsmiljøet i forbindelse med det som forfatteren kaller selektiv helseovervåkning. Skjemaet består av 10 påstander eller spørsmål som skåres på en sekspunkts skala der 1 = meget dårlig, og 6 = meget bra. Høy skåre indikerer stor tilfredshet.

Klinisk demensvurdering (KDV)

Klinisk demensvurdering kartlegger grad av demens (Hughes et al. 1982). KDV skåres på seks områder: hukommelse, orientering, vurderingsevne, samfunnsaktiviteter, hjem og fritidsinteresser, egenomsorg. Hvert punkt gis en skår på 0, 0,5, 1, 2 eller 3. Ved hjelp av en algoritme som gir mest vekt til området hukommelse, beregnes en total KDV-skår. En skår på 0 indikerer ingen tegn til kognitiv svikt, 0,5 indikerer mulig kognitiv svikt, mens skår 1, 2 og 3 indikerer henholdsvis mild, moderat og alvorlig demens.

Dataanalyse

SPSS versjon 18 ble benyttet for å gjennomføre de statistiske analysene. Det ble brukt deskriptiv statistikk for å beskrive begge utvalgene (prosjenter, gjennomsnittsverdier, standardavvik). For å måle endring etter intervensjon ble T-test for avhengige utvalg, repeterte målinger gjennomført. Gjennomsnittsverdier ved måletidspunkt 1 og måletidspunkt 2 ble sammenlignet for pleierutvalget.

Kvalitative intervju

For å undersøke deltageres erfaringer med praktikerutdanningen ble det gjennomført fokusgruppeintervju ved tre av de fem sykehjemsavdelingene som deltok (12 informanter), og dybdeintervju av deres ledere, til sammen 15 informanter. Informantene hadde, i likhet med de øvrige deltakerne i utdanningen, ulik faglig bakgrunn. En vernepleier, seks hjelpepleiere/helsefagarbeidere og åtte sykepleiere. I analyse av materialet ble tre av Kvaless seks analysetrinn brukt, trinn 1 – datainnsamling, trinn 3 – fortolkning av mening under selve intervjuet, og trinn 4 – en tredelt analyseprosess. Trinn 2, 5 og 6 var ikke relevante for denne undersøkelsen (Kvale 2008).

Intervjuene ble transkribert «ad verbatim». Teksten ble klargjort for analyse ved at digresjoner, gjentakelser, uforståelige utsagn og lignende ble fjernet. Kvaless beskrivelse av meningsfortetning ble benyttet (Kvale 2008). Etter at naturlige meningsenheter ble merket, ble gjennomgående tema identifisert. Temaene ble fordelt under de fem hovedoverskriftene fra intervjuguiden. Temaene ble så sortert under hoved- og subtema. Analysen frembrakte ti hovedtema. Hovedtema som beskrives og diskuteres er:

1. Endret måte å møte personer med demens i samspill
2. Økt fokus på faglighet og refleksjon
3. Betydning av å se film for ny erkjennelse og for læring
4. Pasientens endring fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid og initiativ
5. Mer fornøyde pasienter der kroppsspråket endret seg fra negativt til positivt
6. Konsekvenser for det psykososiale avdelingsmiljøet og jobbtilfredshet
7. Anbefalinger

Etikk

Evalueringsprosjektet ble i utgangspunktet fremlagt for Regional etisk komité for forskningsetikk i Helse-Vest (REK-vest), som vurderte at prosjektet faller utenfor Helseforskningsloven. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, og pårørende til pasienter som mangler samtykkekompetanse har skrevet under samtykkeskjema.

Omsorgspersonell som har deltatt i praktikerutdanningen har fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet.

Resultater

Egenskaper ved utvalgene

Gjennomsnittsalderen på personalet som deltok var 43,4 år (aldersspenn 28-60 år), og 93,3 prosent var kvinner. Øvrige egenskaper ved deltakerne i praktikerutdanningen er presentert i tabell 7.1.

Tabell 7.1: Karakteristika ved omsorgspersonell som deltok i praktikerutdanningen

Karakteristika ved omsorgspersonell	Prosentvis fordeling N = 30
Utdanning:	
Sykepleier	43
Vernepleier	7
Hjelpepleier/helsefagarbeider	43
Ufaglært	7
Videreutdanning:	
Geriatrici	23
Psykiatrici	10
Annet	33
Ingen	33
Stillingsstørrelse:	
75 – 100 %	90
50 – 74 %	3
Under 50 %	7
Antall år ansatt ved institusjonen:	
15 – 20 år	30
10 – 15 år	27
5 – 10 år	27
Under 5 år	17

Gjennomsnittsalder på pasientene som deltok i evalueringen (n=70) var 87,2 år (aldersspenn 69-107 år). Det var 77,5 prosent kvinner. 74,3 prosent av pasientene fikk en sumskåre på 2 eller 3 på KDV, noe som indikerer moderat til alvorlig demens.

Evalueringsskjema for personsentrert omsorg (P-CAT)

Omsorgspersonell skåret statistisk signifikant høyere på total skåre på P-CAT (høyere skåre indikerer større grad av personsentrert omsorg) etter gjennomført praktikerutdanning (M=41,11; SD=4,81) sammenlignet med måletidspunkt 1 (M=38,53, SD=5,13), $t(27) = -3,18$, $p < 0.05$ (to-halet), med en moderat effektstørrelse ($d = -.51$).

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Omsorgspersonell skåret statistisk signifikant høyere på total skåre på Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (høyere skåre indikerer større tilfredshet) etter gjennomført praktikerutdanning (M=49,70, SD= 6,25) sammenlignet med før igangsetting av utdanningen (M=46,48; SD= 6,10); $t(26) = -3,10$; $p < 0,05$ (to-halet), med en moderat effektstørrelse ($d = -.52$).

Fokusgruppeintervju

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene presenteres i tekstmaks 7.3 og 7.5. Temaene beskrives under to hovedoverskrifter: betydning for personalet og betydning for pasientene. Materialet belyser også betydningen av organisatoriske forhold og lederoppfølging, samt praktikerutdanningens form og suksessfaktorer. For å anskueliggjøre prosessene som skapte endring i pleieratferd og derigjennom endringer i pasientatferd, presenteres også tre anonymiserte pasienthistorier.

Betydning for personalet

Alle informantene forteller at Marte Meo-praktikerutdanning har fått konsekvenser på en rekke områder i deres arbeid. Lederne forteller om positiv effekt på måten pasientene blir møtt på, så vel som for arbeidsmiljøet. Endringene i psykososialt arbeidsmiljø handler, i følge lederne, om at pleierne tidligere var mer problemorienterte og oftere viste misnøye, og at de i løpet av prosjektperioden har blitt mer løsningsorienterte. En leder mener personalet har fått mer tid fordi de jobber på en annen måte,

og viser til at sykefravær på hennes avdeling er gått ned. Alle informantene beskriver betydningen av å se film. Ved å studere korte filmopptak av seg selv og kolleger i samspill ble de bevisst pasientens reaksjoner på deres tilnæringsmåter og handlinger. Ifølge informantene hadde det ikke vært mulig å formidle elementene i funksjonsstøttende kommunikasjon gjennom tradisjonell undervisning. Film var nødvendig. Informantenes beskrivelser av hvilken betydning metoden har fått for dem i deres arbeid med personer med demens, fordeler seg i hovedsak i følgende hovedtema: Endret måte å møte personer med demens på, økt fokus på faglighet og refleksjon, betydningen av å se film for ny erkjennelse og læring, samt konsekvenser for det psykososiale avdelingsmiljøet og jobbtilfredshet.

Tekstboks 7.3: Betydningen for personalet

Hovedtema	Subtema	Utsagn
Endret måte å møte personer med demens i samspill	Økt bevissthet på betydningen av pasientenes og eget kroppsspråk for utfallet av samspillet. Informantene beskriver hvordan de i større grad tilpasser sin kommunikasjon og sine handlinger til pasientenes funksjonsnivå og emosjonelle tilstand.	<i>Det er blitt mer aksept for at når det er uro i avdelingen, lar vi det praktiske ligge for å skape en god stemning. Det er det som er den viktigste oppgaven å gjøre. Om det er litt klær til nattevakten ikke spiller noen rolle, for det er ikke derfor vi er der. Vi er der for å gi dem en god hverdag. (Informant HH)</i>
	Informantenes utsagn tydet på at det er mer rom for å omprioritere fra praktiske oppgaver til å ta hensyn til hvordan pasientene har det.	<i>Jeg forklarer alltid det jeg skal gjøre med pasientene og vi snakker veldig tydelig for at de skal forstå oss. Jeg tror det at vi bruker Marte Meo metoden er veldig bra. Jeg synes at vi lærte mye i praktikerutdanningen. (Informant KS) (Se pasienthistorie 1)</i>
	Informantene formidler at kommunikasjonselementene oppleves som nyttige verktøy som de bruker fra de kommer inn til pasienten om morgenen og i løpet av hele dagen	
Økt fokus på faglighet og refleksjon	Informantene oppgir at de er mer opptatt av å drøfte forhold i miljøet som kan føre til utfordrende atferd.	<i>Før var det fokus på andre ting under rapporten, nå opplever jeg at det er litt mer fokus på hva en gjør med pasientene. (Informant HH)</i>
	At de har fått økt felles forståelse av ulike utfordringer. De diskuterer i tillegg ulike tilnæringsmåter som de så enes om å utføre likt.	<i>Før var det sånn at vi kunne bli enige om ting, men at ikke alle var like lojale mot det vi ble enige om. Nå føler jeg at lojaliteten til de tiltakene som vi bestemmer er blitt sterkere. (Leder HL)</i>

Betydningen av film for ny erkjennelse og for læring	Informantene beskriver hvordan de reflekterer over både pasientens og eget kroppsspråk, over hva som fungerer og hva som ikke fungerer for den enkelte pasient. Det å reflektere mens de ser på film fører til aha opplevelser. De oppdager detaljer i samspillet som ikke hadde vært mulig å oppdage i en travel hverdag, eller ved å få det fortalt og som har bidratt til endret væremåte.	<i>Ja, vi kunne se ansiktsuttrykkene så tydelig på film. Det blir så tydelig at:»her er hun skremt og her slapper hun av!». Vi kunne stoppe der og se den enkeltes ansiktsuttrykk. Om pasienten vil avvise oss eller om hun/han kommer oss i møte. Det er ikke det samme uten film. (Leder RD)</i> <i>Du får sånn aha opplevelse. Som når du følger blikket - er pasienten med, er han ikke med? Klart du kan ikke se det uten film. (Leder HL)</i>
Konsekvenser for det psykososiale avdelingsmiljøet og jobbtilfredshet	Informantenes utsagn tyder på at de er mer løsningsorienterte og mindre problemorienterte. To av lederne formidler at personalet viser mindre misnøye og er mer fornøyde. Ifølge en leder preges avdelingen av mer ro, harmoni, mer tid. En annen leder vektlegger personalets opplevelse av å lykkes som viktig for deres trivsel og at sykefraværet er gått merkbart ned. En del av informantene mener det har skjedd en holdningsendring både når det gjelder syn på pasientene og på hverandre som kolleger. Noe som blant annet har ført til bedre samarbeid, sterkere samhold og økt trygghet dem imellom.	<i>Selv pleiere som var vekke fra jobb kom på Marte Meo-veiledning. Det var mye mer sutring før. Mye fokus på det negative, «Åh, har han pisset i blomsterpotten nå igjen!» Bjørn var fortvilet en dag og lei seg, og da var det sånn «hva gjør vi for at han skal få det bra igjen?» Fokus var ikke på at «nå er han så vanskelig igjen». Han var jo lei seg og da gikk Andrea inn med Marte Meo for fullt. Hun snakket om hva som var ubehaglig og klappet og strøk han. Tidligere har pleierne kanskje vært mer rådville på hva man kan gjøre i slike situasjoner og så har de kanskje trukket seg unna. (Leder HL)</i> <i>Jeg tror det er sånn på avdelingen at du mer kan si at «jeg lykkes ikke, men jeg vet hva jeg gjorde feil og kan komme inn igjen etter ti minutter». Så går en inn om ti minutter og gjør noe med det som var feil. (Informant GH)</i>

Tekstboks 7.4: Pasienthistorie

Pia var en sprek og sterk kvinne som hadde mye angst. Hun kunne i noen situasjoner bli aggressiv og enkelte av personalet var redd henne. Selvskading var ikke uvanlig når hun ble urolig. For å dempe noe av uroen trengte hun en del fysisk aktivitet i form av turgåing. Enkelte av personalet var redd for å gå på tur med henne. Pia likte å synge. Turgåing med to pleiere ble filmet, mens alle tre sang sanger Pia var glad i. Personalet så hvordan Pias ansiktsuttrykk endret seg. Hun smilte når hun sang og opplevde mestring. Ifølge avdelingsleder, gjorde dette stort inntrykk på resten av personalet. De gav uttrykk for at de kunne tenke seg å prøve det samme, selv om de tidligere ikke hadde villet gå ut på tur med henne. Avdelingslederen formidlet at Pias angst ble dempet og hun fikk det mye bedre.

Betydning for pasientene

Endringer hos pasientene i løpet av og i etterkant av prosjektet handler både om endringer fra motstand til samarbeid hos enkeltpasienter, til at informantene mener at de fleste pasientene profiterer på endrede tilnæringsmåter. Lederne beskriver en holdningsendring som innebærer et mer positivt syn på pasientene og økt oppmerksomhet på betydningen av at pasientene har det bra. Beskrivelsene fordeler seg innen følgende hovedtema; endring fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid og initiativ i ADL og ved miljøbehandlingstiltak, mer fornøyde pasienter der kroppsspråket/ansiktsuttrykk har endret seg fra negativt til positivt.

Tekstboks 7.5: Betydningen for pasientene

Hovedtema	Subtema	Utsagn
Endring fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid og initiativ	Informantene beskriver eksempler der pasientens atferd endrer seg fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid, initiativ i morgenstell, toalettbesøk, munnstell, måltid, samt tur og musikk som miljøbehandling. (Se pasienthistorie 2).	<i>Vi kan jo ikke vite om pasientene er redd for å gå på do eller noe. Eller at vi begynner å kle av pasienten, vi ser motstand i kroppsspråket og hvordan pasienten opplever situasjonen. Spesielt når vi har filmet musikk og pasientene får sånne gode opplevelser. Vi ser på ansiktsuttrykket og det at de begynner å synge med, at de opplever mestring. De blir annerledes, du ser det. (Leder RD)</i> <i>Når han kom i avdelingen så var det bestemt at pasienten skulle bruke heis når vi skulle hjelpe han, men han nektet. Vi så at han ville stå alene, så vi var to stykker for å hjelpe han å stå opp for at han skulle flytte seg til en annen stol. Etter Marte Meo kan han stå skikkelig på beina, alene, bare gjennom å veilede han «Her kan du holde». (Informant TS)</i>

Mer fornøyde pasienter der kroppsspråket har endret seg fra negativt til positivt	Informantene beskriver hvordan flere pasienter viser dem positiv oppmerksomhet i form av smil og berøring, etter at de selv har endret måten de møter pasientene på. (Se pasienthistorie 3)	<i>I begynnelsen var han så redd når han skulle på toalettet. Han spiste veldig forsiktig fordi han var redd for å gå på do etterpå. Det strevde han veldig med. Nå er han så forandret. Ikke noe problem. Ingen ting! Han spiser, drikker, og smiler, så ringer han og sier; «Jeg skal på do!» Før valgte han alltid hvem som skulle følge han. Nå får alle følge han fordi vi bruker samme metode. (Informant KS)</i> <i>Han som vi skjermer nå er så mye mer fornøyd, og da er det hyggelig å gå inn til han. Du får ikke dette negative. Så pleierne møter han på en måte som gjør at relasjonen blir positiv. (Leder HL)</i> <i>Vi så det veldig tydelig, for han var jo hjelpeløs. Vi så hvordan han klappet oss på skulderen og var så fornøyd. Det er takken for at han mestret noe selv. (Informant TS)</i>
--	---	---

Tekstboks 7.6: Pasienthistorie 2

Da Truls Aga kom til avdelingen ble det bestemt at personalet skulle bruke heis når han skulle på toalettet fordi han var ustø og tung. Truls nektet å bruke heisen. Han ville ikke samarbeide og ble sint. Han insisterte på å stå alene. Primærkontakten avgjorde at det ikke skulle brukes heis, men at Truls skulle støttes fra sengen og over i stol eller ut på toalettet. Samtidig skulle personalet prøve ut elementene for funksjonsstøttende kommunikasjon ved trinnvis å benevne det Truls skulle gjøre. På film så personalet at Truls klarte å stå og gå med støtte, og at han klarte å vaske og tørke seg når han fikk konkret og trinnvis benevnning. Informantene understreket betydningen av å avpasse tempoet til hans rytme og ikke stresse. Truls nekter å samarbeide når pleierne stresser.

Informantene har studert Truls sitt ansiktsuttrykk på film og er av den oppfatning at heisen fremkaller smerte. De tror Truls spiste og drakk lite fordi han ikke ville på toalettet når det ble brukt heis. Truls er nå forandret. Han klarer å gå alene, smiler mer, spiser og drikker bedre. Han bruker ringeklokken for å gi beskjed om at han vil på toalettet. Informantene har prøvd å fortelle sine kolleger hva de gjør og hva Truls klarer. Noen av kollegaene har fulgt tiltakene primærkontakten har skrevet i pleieplanen og formidlet i rapporten. Andre har ikke hatt tro på at det vil fungere, og de har gitt uttrykk for at de på grunn av dårlig rygg og andre plager må bruke heis. Informantene og leder bestemte seg for å vise film der det kom tydelig fram at Truls klarte seg uten heis og tok mye initiativ i stell. Kollegaene ble veldig overrasket over det de så, særlig at Truls klarte så mye selv. I møtet ble det enighet om hvilke kommunikasjons-elementer som skulle brukes og at det ikke skulle benyttes heis. Informantene tror Truls sluttet å skille mellom pleierne fordi alle nå gjennomfører tiltakene likt.

Tekstboks 7.7: Pasienthistorie 3

Tore motsatte seg morgenstell og kunne i tillegg være ufin mot medpasienter og personalet under måltider. Personalet var uenige i om han skulle spise i fellesrommet sammen med andre eller inne på sitt eget rom. Ifølge leder var det uenighet om hvorvidt medpasienter burde skjermes for Tores atferd, og om Tore ville bli mindre stresset av få måltidene inne på eget rom. Enkelte av personalet mente det ville være feil å isolere Tore inne på rommet. De fikk skyldfølelse av å tenke på at han ville miste det sosiale fellesskapet som måltidene representerte. Nye tiltak og tilnæringsmåter ble diskutert mens personalet så på film. Tiltakene ble prøvd ut. I morgenstell ble lagt vekt på kontaktabling og småsnakk, og pasienten fikk en kaffekopp på sengen. Han fikk deretter frokost servert inne på rommet. Informantene observerte at Tore fikk det mye bedre og at atferden endret seg betydelig. De mener dette henger sammen med flere ting. Tores opplevelse av morgenstunden ble mer positiv. Han fikk mer udelte oppmerksomhet av personalet ved at de serverte frokosten inne på hans rom. Informantene beskriver at de etter hvert ble møtt på en positiv måte av en mann som gav dem komplimenter. Å vise dette på film ble viktig for å skape oppløsning og enighet om tiltakene. Tore responderte positivt på tiltakene, og personalet fikk faglige begrunnelser for å gjennomføre tiltakene. Noe som reduserte skyldfølelse og diskusjonene omkring de ulike «synsingene». Tiltakene førte til mer ro i avdelingen.

Diskusjon

I dette prosjektet har vi gjennomført en systematisk evaluering av Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. Hovedmålsettingen har vært å undersøke hvorvidt skolering i metoden fører til endringer i personalets opplevelse av å yte personsentrert omsorg, og om dette fører til økt jobbtillfredshet.

Vi har innledningsvis pekt på at elementene for funksjonsstøttende kommunikasjon (tekstboks 7.1) tar utgangspunkt i grunnleggende prinsipper for mellommenneskelig samhandling, og at disse prinsippene er sentrale i personsentrert omsorg. Resultatene fra evalueringen tyder på at Marte Meo-praktikerutdanning er en tilnærming som gjør omsorgspersonell bedre i stand til å ivareta personens behov og «personhood», slik det er målt ved hjelp av Evalueringsskjema for personsentrert omsorg P-CAT (Edvardsson et al. 2010).

Vi er kjent med at to av de øvrige prosjektene i utviklingsprogrammet har benyttet dette kartleggingsinstrumentet. Utover disse har vi ikke funnet noen andre sammenlignbare prosjekter og studier som har tatt i bruk P-CAT for å måle grad av personsentrert omsorg før og etter en intervensjon som kan defineres som personsentrert. Dette kan ha sammenheng med at instrumentet er såpass nytt, og ennå ikke tilstrekkelig evaluert og validert (Edvardsson et al. 2010). Der er for øvrig få stringente empiriske studier å vise til generelt når det gjelder effekten av personsentrert omsorg, både i forhold til omsorgspersonells egne opplevelser av å yte personsentrert omsorg, og når det gjelder endringer i symptomer og atferd hos pasienter. De fleste publiserte arbeider er basert på kliniske erfaringer og anekdotiske beskrivelser (Edvardsson et al. 2008).

En av de få effektstudiene som eksisterer er en randomisert kontrollert studie med fokus på en personsentrert tilnærming ved dusjing og bading av personer med moderat til alvorlig demens (Sloane et al. 2004). I intervensjonen ble det lagt vekt på å tilrettelegge miljøet på en måte som i størst mulig grad imøtekom pasientens behov i den aktuelle samspillsituasjonen. Ubehag og agitasjon ble tolket som symptomer på udekkete behov. Det interessante med denne studien og bakgrunnen for å trekke den frem her, er at video ble benyttet for å belyse det som skjedde i badesituasjonen før intervensjonen ble introdusert. Personalet fikk så veiledning i hvordan de skulle håndtere pasientene, med hovedfokus på pasientens behov i situasjonen. Slik sett har intervensjonen i studien klare likhetstrekk med funksjonsstøttende kommunikasjon og Marte Meo-veiledning. Resultatene viste en signifikant reduksjon av symptomer på ubehag og agitasjon hos pasientene i eksperimentgruppen, men ikke i kontrollgruppen. Omsorgspersonell i intervensjonsgruppen viste videre signifikant bedring i måten å støtte pasientenes funksjon i form av større grad av verbal støtte og varsomhet, sammenlignet med omsorgspersonell i kontrollgruppen (Hoeffer et al. 2006). I etterkant av studien er det utviklet et undervisningsmateriale der videofilm om personsentrert bading er blitt distribuert til alle offentlig godkjente sykehjem i USA (Sloane et al. 2004).

I fokusgruppeintervjuene gir informantene uttrykk for at praktikerutdanningen har ført til økt bevissthet på pasientens signaler og betydningen av eget og kollegers kroppsspråk i samhandlingssituasjonen. Elementene

for funksjonsstøttende kommunikasjon oppleves som nyttige verktøy i møte med pasienten, og bidrar til større oppmerksomhet på pasientens behov i situasjonen. Tilsvarende beskrivelser kommer frem i resultater fra andre kvalitative undersøkelser av Marte Meo-veiledning i omsorgen for personer med demens (Andersen 2009, Alnæs et al. 2011, Hansen, Ytrehus 2011). Å studere filmsekvenser, med mulighet for tilbakespuling og fastfrysing, gir rom for refleksjon over pasientens signaler og kroppsspråk, og betydningen av omsorgsgivers tilpasning av eget kroppsspråk for å fungere funksjonsstøttende vis a vis pasienten. Informantene i vår evaluering fremhever det å studere filmklipp som svært nyttig. En slik filmanalyse synes å ha skapt en reorganisering av omsorgspersonens tenkning og opplevelse av pasienten, og har gitt grunnlag for nye handlinger, noe som er i tråd med erfaringer ved bruk av Marte Meo-metoden i forhold til andre målgrupper (Hafstad, Øvreeide 2004).

Evalueringen viser at omsorgspersonell som har gjennomført Marte Meo-praktikerutdanning opplever større grad av tilfredshet når det gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet. I intervjuene kommer det frem at praktikerutdanningen har fått konsekvenser på en rekke områder i arbeidshverdagen. Lederne beskriver positiv effekt for det psykososiale arbeidsmiljøet med mindre misnøye og problemfokusering. Ved en av avdelingene har sykefraværet gått ned. Omsorgspersonalet beskriver betydningen av oppfølging fra leder og det at resten av personalgruppen er blitt informert og involvert. De opplever at en slik felles forståelse har fått positive konsekvenser for avdelingsmiljøet. Studier har vist at en støttende leder, samt innflytelse og kontroll over arbeidssituasjonen er de faktorene som har størst innvirkning på psykososialt arbeidsmiljø i omsorgssektoren (for eksempel Testad, Mikkelsen, Ballard, Aarsland 2009). Kontroll og innflytelse over arbeidssituasjonen innebærer at omsorgspersonell opplever en reell mulighet og frihet til å ta valg i arbeidshverdagen, samtidig som det gis støtte og tilbakemelding fra leder (Testad et al. 2009).

Marte Meo-praktikerutdanningen synes å ha bidratt til en holdningsendring hos personalet der de er blitt mer løsningsorienterte og mindre problemfokuserede. Denne holdningsendringen har gjort dem tryggere både på seg selv som omsorgsgivere og på hverandre som kolleger. De har fått felles kunnskap og et felles språk, noe som i sin tur har en positiv virkning på teamarbeid og arbeidsmiljø (Andersen 2009).

Metodiske begrensninger

Hovedfokus i evalueringen har vært å undersøke om omsorgspersonell opplever at Marte Meo-praktikerutdanning øker deres ferdigheter når det gjelder å yte personsentrert omsorg. En styrke ved evalueringen er at vi har samlet både kvantitative data og kvalitative data i form av fokusgruppeintervju. Likeledes at vi har brukt et kvantitativt mål på grad av personsentrert omsorg, selv om dette instrumentet ennå ikke er tilstrekkelig evaluert og validert (Edvardsson et al. 2010).

En begrensning ved evalueringen er et relativt lite utvalg av omsorgspersonell, og at de som har deltatt i praktikerutdanningen sannsynligvis ikke er helt representative for populasjonen omsorgspersonell i demensomsorgen. Vi må derfor vise varsomhet når det gjelder å generalisere funnene. Majoriteten i vårt utvalg har bestått av stabile, velutdannende og velkvalifiserte pleiere, der en stor andel har hatt videreutdanning i psykiatri og geriatri. De har vært spesielt interesserte, motiverte og engasjerte pleiere, og ledelsen ved de ulike avdelingene som har vært inkludert, har vært spesielt opptatt av videreutvikling av metoder for personsentrert omsorg. Fremtidige evalueringsprosjekt og studier bør inkludere større og mer representative utvalg av omsorgspersonell, rekruttert fra ulike typer omsorgsnivå, både fra hjemmebasert omsorg og fra institusjoner for heldøgns pleie- og omsorg.

Dette er først og fremst en systematisk evaluering av en metode for personsentrert omsorg som i begrenset grad har vært evaluert til nå. Vår evaluering kan ikke si noe om Marte Meo-metodens fortrinn fremfor andre tilnærminger. I introduksjonen har vi pekt på mangelen på forskningsbasert kunnskap om metoden, og at dette har vært en av de største innvendigene mot Marte Meo-metoden. Resultatene fra den foreliggende evalueringen og tilsvarende evalueringer (for eksempel Alnæs et al. 2011, Andersen 2009) tyder på at tiden nå er moden for å gjennomføre studier med fokus på kontrollerte design, der effekten av Marte Meo-veiledning sammenlignes med effekten av andre tilnærminger, og der man studerer endringer på pasient- og pleiernivå, så vel som endringer i organisasjonsstruktur og ledelse.

Anbefalinger for praksis

Resultatene fra den foreliggende evalueringen og tilsvarende evalueringer av skolering i Marte Meo-metoden i omsorgen for personer med demens (Horsted et al. 2008, Andersen 2009, Alnæs et al. 2011, Hansen, Ytrehus 2011), viser at metoden gir omsorgspersonell et redskap som gir en opplevelse av å yte personsentrert omsorg. En ytterligere positiv effekt av slik skolering er opplevelsen av økt jobbtilfredshet. Selv om vi på bakgrunn av evalueringen har begrenset og utilstrekkelig kunnskap om hvorvidt skolering i Marte Meo-metoden fører til endringer i pasientenes symptomer og atferd, er personalets inntrykk at de viser mindre motstand og større grad av samarbeid i samspillsituasjonene.

Å studere filmklipp av samspillsituasjoner gir personalet en mulighet til å gjøre oppdagelser av detaljer og små nyanser i samspillet som ofte blir oversett, og som kan ha stor betydning for pasientens velvære. Oppdagelsene eller «aha»-opplevelsene synes å ha en overføringsverdi til andre samspillsituasjoner og andre pasienter, og fører til endring i arbeidsmåte og holdning overfor personer med demens. Personalet blir mer nysgjerrig og oppmerksom på at personer med demens har større kompetanse enn det som vanligvis tilkjennes en person med alvorlig kognitiv svikt. Oppdagelsene går også på egen væremåte i samspillsituasjonene, og betydningen av inntoning til pasientens funksjonsnivå og behov i øyeblikket.

Oppsummering av anbefalinger

- Praktikerutdanningen ledes og gjennomføres av Marte Meo-terapeuter/veiledere
- Deltakerne bør være fra samme avdeling slik at flest mulig tilegner seg den samme kompetansen
- Lederforankring og tilstrekkelige ressurser mens utdanningen pågår er viktig, slik at deltakerne kan ha hele kursdager uten å måtte gå på jobb først
- Lederoppfølging og tilrettelegging før, under og etter er nødvendig
- Lederdeltagelse anbefales
- Mellom samlingene er det viktig at deltakerne får konkrete oppgaver som å filme, prøve ut tiltak og lage tiltaksplaner

Referanser

- Aarts M (2000) *Marte Meo: grundbog*. Oversat af Lone Bakke, Pernille Roug. Harderwijk, Aarts Productions
- Alnæs RE, Kirkevold M, Skovdahl K (2011) Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 123-132.
- Andersen AE (2009) *Metoden som kan forandre praksis. En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen*. Master of public health (upublisert materiale). Nordiska högskolan för folkhällovetenskap i Göteborg.
- Axberg U, Hansson K, Broberg AG, Wirtberg I (2006) The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Family Process*, 45, 375-389.
- Bråten S (2007) *Dialogens speil i barnets og språkets utvikling* Oslo: Abstrakt forlag
- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2. utgave). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Dallner M, Elo AL, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindstrøm K, et al. (2000) *Validation of the General Nordic Questionnaire* (QPS Nordic) for Psychological and Social Factors at work (Nor2000, vol. 12). Copenhagen: Nordic Council
- Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO (2008) Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362-367.
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S (2010) Development and initial testing of the person-centred care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101-108.
- Gudex C, Horsted C, Bakke L (2008). Marte Meo anvendt på plejehjem. *Sygeplejersken*, 18, 52-57.
- Hafstad R, Øvreide H (2004) Marte Meo – en veilednings- og behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 447-456.
- Hansen A, Ytrehus S (2011) Hvordan påvirker Marte Meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Forskning*, 6, 36-43.
- Hoeffler B, Talerico KA, Rasin J, Mitchell M, Stewart BJ, McKenzie D, et al. (2006) Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist*, 4, 524-532.

- Horsted C, Gudex C, Bakke L (2008) *En retrospektiv evaluering af Marte Meo-metoden på Plejehjemmet Lindegården*. Odense: CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Hyldmo I, Hafstad R, Nordhus IH (2004) Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(1) 16-20
- Kvale S (2008) *Det kvalitative forskningsintervju*. 11. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Levi-Storms L (2008) Therapeutic communication training in long-term care institutions: recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*, 73, 8-21.
- Lov om pasientrettigheter*, Rundskriv 15-10, 2008. Helse-og omsorgsdepartementet.
- Lunde L-H (2003) Videoveiledning. Marte Meo i praksis. To kasuistikker. *Demens*, 1, 24-27.
- Lunde L-H, Hyldmo I (2001) Marte Meo-metoden i arbeid med personer med demens – en metode med fokus på samspill. *Demens*, 4, 18-20.
- Moser I (2010) Diagnosing and acting upon dementia: Marte Meo. I: M. Bücher, D. Goodwin, J. Nusman (Eds.), *Etnographics of diagnostic work* (s 193-208). N.Y. Palgrave Macmillan.
- Munch M (2008) Marte Meo som veiledningsmetode. I: K.L. Smebye & A.M.M.Rokstad (red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s 312-339). Oslo: Akribe forlag.
- Rogers C (1961) *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Sabat S (1992) Facilitating conversation via indirect repair: a case study of Alzheimer's disease. *Georgetown Journal of Language and Linguistics*, 2, 3-4, 284-296.
- Sabat S (1994) Language function in Alzheimer's disease: A critical review of selected literature. *Language & Communication*, 4, 331-335.

- Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell MC, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, et al. (2004) Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 1795-1804.
- Stern D (2000) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sund A (1992) Selektiv helseovervåkning med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. I B.E. Moen (red.). *Håndbok for bedriftshelsetjenesten*. Vol 3. Universitetet i Bergen.
- Testad I, Mikkelsen A, Ballard C, Aarsland D (2009) Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 789-797.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS (2000) The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Directors Association*, 1, 114-116.

KAPITTEL 8

Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

I dette prosjektet ble Dementia Care Mapping (DCM) brukt som systematisk metode for evaluering og utvikling av personsentrert omsorg i miljøbehandling til personer med demens i tre sykehjem.

Hva er Dementia Care Mapping (DCM)?

DCM er et observasjons- og evalueringsverktøy som er utviklet for å forbedre kvaliteten på den omsorg som gis til personer med demens. Metoden bygger på personsentrert omsorg og er beskrevet som et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved bruk av en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet (Kitwood 1997). Det innebærer empatisk innleving i pasientens mulige opplevelse i konkrete situasjoner, basert på observasjon. Grunnantakelsen er at god omsorg skal styrke de ressurser personen med demens har på det gitte tidspunkt i forløpet. Tenkningen bak DCM er å hjelpe personalet til større bevissthet om og refleksjon rundt de holdninger som kommer til uttrykk gjennom måten de kommuniserer og samhandler med pasientene.

Grunnlaget for metoden ble lagt i forbindelse med evaluering av kvaliteten på demensomsorgen i britiske sykehjem på 1980-tallet. Metoden er senere videreutviklet og justert basert på erfaringer med bruk av metoden i en rekke land, og den foreligger nå i sin åttende versjon (Brooker, Surr 2007). Det bygges etter hvert opp et anselig internasjonalt forskningsbasert erfaringsgrunnlag om hvordan metoden kan brukes i forbedring av

demensomsorg. Metodens styrke er at den både er et redskap for konkret å kunne vurdere kvaliteten på den omsorg som blir gitt, og en metode for å skape konstruktive forandringer i den daglige pleie og omsorg.

Bruken av metoden krever sertifisering gjennom tre dagers standardisert kurs med eksamen.

Praktisk bruk av DCM

DCM metoden består av en observasjonsperiode på fire til seks timer og påfølgende tilbakemelding til personalgruppen basert på de observasjoner som er foretatt. Forut for observasjonsperioden blir personalet informert om hva metoden går ut på og får en innføring i personsentrert omsorg som verdigrunnlag. Observasjonene foregår i felles oppholdsrom i avdelingen. Observatøren registrerer blant annet pasientenes atferd/aktivitet og humør/engasjement i løpet av observasjonsperioden. Eksempler på god omsorgspraksis i samhandling mellom personale og pasientene registreres og beskrives. Også eventuelle samhandlingssituasjoner som er eksempler på uheldig omsorgspraksis, registreres.

Etter at data fra observasjonene er analysert og bearbeidet gis det tilbakemelding til personalet og ledelsen for avdelingen, vanligvis innen en uke etter at observasjonene er foretatt. En bestreber seg på å ta utgangspunkt i positive eksempler på omsorgspraksis under tilbakemeldingen. Målet med tilbakemeldingen er å skape refleksjoner i personalgruppen og etablere en dialog om hvordan omsorgspraksis og miljøbehandling på den aktuelle avdeling kan utvikles. Basert på tilbakemeldingen og drøftingen av funnene, utarbeides det tiltaksplaner for den enkelte beboer som går inn i de individuelle behandlingsplanene. Det er aktuelt å etablere konkrete planer for utvikling av tilbudet til grupper av beboere, eksempelvis knyttet til organisering av måltider, gruppeaktiviteter og systematisk innhenting og bruk av beboernes bakgrunnshistorie. Tiltakene følges opp med ny kartlegging etter seks til åtte måneder med påfølgende tilbakemelding og evaluering av igangsatte tiltak.

Tidligere forskning

I en gjennomgang av forskning om pleie og omsorg til personer med demens understrekes det at pleierens holdning og innsikt i muligheter

for forbedring for denne pasientgruppen danner grunnlag for varig effekt i betydningen av at pleieren behandler pasienten annerledes (SBU 2006). Tidligere studier av DCM-metoden brukt i utviklingsprosjekter har vist klare kvalitetsforbedringer i demensomsorgen (Brooker et al. 1998), høyere grad av trivsel hos pasienter i sykehjem og dagsenter (Barnett 1995) og reduksjon i tilfeller av negativ omsorgspraksis (Lintern, Woods, Phair 2000). En nyere randomisert kontrollert studie viser at systematisk bruk av DCM blant annet reduserte forekomst av agitasjon hos pasientene i Australske sykehjem (Chenoweth et al. 2009). Det er holdepunkter for at DCM kan si noe om kvaliteten på demensomsorgen og kan brukes som redskap for praksisforbedring (Brooker 2005). Innvendinger har gått på at metoden er ressurs- og tidkrevende, og studier som utdyper DCMs innvirkning på personalet etterlyses (Beavis, Gimpson, Graham 2002).

På bakgrunn av litteraturgjennomgang av tidligere forskning rundt metoden kan følgende oppsummeres:

- DCM synes å være en godt utprøvd og veldokumentert metode for kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen når gjentatte kartlegginger gjennomføres som ledd i et systematisk utviklingsarbeid
- Personalet har behov for tilvenning i bruken av DCM, da direkte tilbakemelding på egen atferd i møtet med pasientene kan være truende. Engstelsen for dette avtar betydelig når kartleggingene gjentas flere ganger
- Undersøkelser om personalets egne opplevelser av nytteverdi av metoden er lovende i forhold til målsetting om å utvikle en bedre pasientomsorg
- Pasientene som blir observert synes å ha god toleranse for metoden
- Det er rettet kritikk mot tidsbruken og den anbefalte lengden på observasjonene på seks timer.

Prosjektet

Målsetting

I Utviklingsprogram for miljøbehandling til personer med demens ble DCM-metoden systematisk utprøvd på tre sykehjem som deltok med to avdelinger fra hver institusjon. Målsettingen var å innhente erfaringer med hvordan DCM kan brukes for å utvikle personsentrert omsorg til

pasienter i norske sykehjem og hvilken nytte metoden oppleves å ha for personalet. Hensikten var også å evaluere om bruk av metoden hadde effekt på pasientenes livskvalitet, forekomst av nevropsykiatriske symptomer og bruk av medikamenter.

Organisering

Sertifiserte DCM-brukere fra spesialisthelsetjenesten hadde ansvaret for DCM-kartleggingen og tilbakemeldingen til personalgruppen på sykehjemmene. Ledere og personalet på de respektive institusjonene hadde ansvaret for å lage tiltaksplaner og sette de tiltakene som en kom frem til i fellesskap, ut i praksis. Prosjektet ble koordinert av prosjektleder fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Deltakere

Sykehjem A deltok med to enheter, en enhet på 10 plasser som er definert som skjermet enhet og en på åtte plasser. Institusjonen har en sykehjemsdel med til sammen 50 sykehjemsplasser fordelt på to etasjer med tre enheter i hver etasje, som defineres som avdelinger med avdelingssykepleier som daglig leder. Avdelingssykepleierne har ansvar for henholdsvis 24 og 26 pasienter og ca 50 ansatte i ulike stillingsstørrelser hver. Bemanningen på den skjermede enheten med 10 beboere var tre pleiere samt en frokostvert med ansvar for kjøkkentjenesten på dagtid, og tre på kveld. Enheten med åtte beboere hadde to pleiere i tillegg til frokostvert på dagtid og to på kveld.

Personale fra N.K.S (Norske kvinners sanitetsforening) Kløveråsen i Bodø gjennomførte DCM-kartleggingen på sykehjemmet. Kløveråsen er et utrednings- og kompetansesenter innen demens, og driver med utredning og diagnostisering ved poliklinikk og sengepost. Undervisning og veiledning til Nordlandskommunene og utprøving av nye metoder innen demensarbeid er noe av aktiviteten ved senteret. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter eies av N.K.S. Nordland og har driftsavtale med Helse Nord RHF.

Sykehjem B har 127 beboere fordelt på sju avdelinger med differensierte tilbud for pasienter med demenssykdom og rusmisbrukere. Det er i tillegg somatiske avdelinger og intermedisæravdeling. Som utviklingscenter for

sykehjem har institusjonen egen seksjon for fagutvikling og forskning. Sykehjemmet deltok med to enheter på henholdsvis 16 og 17 beboere. Enhetene er deler av større avdelinger, og avdelingslederne har ansvar for 34 pasienter og ca 70 ansatte hver. Enhetene som deltok har en bemanning på fem personale på dagtid.

Alderspsykiatrisk seksjon ved Stavanger universitetssykehus hadde ansvar for DCM- kartlegging og tilbakemelding til personalet på sykehjem B. Foruten klinisk virksomhet med utredning og behandling av personer med alderspsykiatriske lidelser, har seksjonen etablert forpliktende samarbeid med de 18 kommunene i sykehusets opptaksområde i Rogaland. Dette innebærer blant annet å gi veiledning på sykehjem.

Sykehjem C har 64 plasser fordelt på de tre enhetene: somatisk enhet, enhet for personer med demens og lindrende enhet. Demensenheten består av fire grupper på til sammen 32 beboere, som enhetsleder har ansvaret for. To grupper fra demensenheten med åtte beboere i hver, deltok i prosjektet. De var bemannet med to personal både på formiddag og ettermiddag.

DCM-prosessen ble gjennomført av personale fra seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Telemark. De driver utadrettet arbeid med vurdering av pasienter og gir veiledning til sykehjem i Telemark som en del av sin virksomhet.

Til sammen var seks enheter med 63 pasienter med i prosjektet.

Gjennomføring

De ansvarlige for gjennomføringen av DCM-prosessen, fire fagpersoner sertifisert for å bruke DCM fra de respektive enhetene i spesialisthelsetjenesten, introduserte seg selv og bakgrunnen for prosjektet på de tre sykehjemmene. Som forberedelse til prosjektet fikk personalet og lederne skriftlig og muntlig informasjon om DCM og personsentrert omsorg som grunnlag for metoden, på et informasjonsmøte. Lederne ble oppfordret til å delta på møtet, og det ble gitt god mulighet for spørsmål fra personalets side.

Etter introduksjonen ble det gjennomført en DCM-kartlegging på seks timer i hver enhet. To kartleggere arbeidet sammen. Antall pasienter som

ble kartlagt var avhengig av hva som var praktisk mulig, men en tilstrebet å få med så mange som mulig. I etterkant ble observasjonsmaterialet analysert og gjort klart for tilbakemelding til personalet. En la opp til å gjennomføre denne tilbakemeldingen innen en til to uker etter kartleggingen. På tilbakemeldingsmøtet var ønsket at hele personalgruppen skulle delta for å delta i felles refleksjon og diskusjon om hvilke tiltak som skulle prøves ut for hver enkelt pasient og for gruppen av pasienter. Videre fikk sykehjemsenehetene selv ansvaret for å dokumentere og gjennomføre de tiltakene en var blitt enige om på tilbakemeldingsmøtet. I fortsettelsen ble det gjennomført to tilsvarende DCM-kartlegginger med påfølgende tilbakemelding med seks til åtte måneders mellomrom. For hver av de påfølgende rundene ble tidligere planlagte forbedringstiltak evaluert og nye identifisert for videre utprøving. Prosjektet ble gjennomført etter oppsatt plan på alle sykehjemmene.

Målemetoder

For innhenting av data om gjennomførbarhet og resultat av prosjektet på de tre sykehjemmene, ble det innhentet systematisk informasjon om pasientene før, under og etter at prosjektet var avsluttet. Personalet ble bedt om å fylle ut strukturerte spørreskjema om jobbtilfredshet og personsentrert omsorg. Som prosessevaluering ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med lederne og personalet på de enhetene som var med.

Datasamling om pasientene

Det ble gjennomført baseline datasamling om pasientene før prosjektstart og på nytt med samme verktøy, ved andre DCM-kartlegging etter seks til åtte måneder og ved avsluttet prosjekt. Datasamlingen ble foretatt ved at personalet som kjenner pasienten godt, ble intervjuet av prosjektmedarbeiderne fra enhetene innen spesialisthelsetjenesten, som hadde det lokale ansvaret for DCM prosjektene.

Følgende standardiserte kartleggingsverktøy ble brukt til pasientene:

- Klinisk demensvurdering (KDV) – brukes for å vurdere kognitiv funksjon og grad av demens (Hughes et al. 1982)
- Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter (P-ADL) – en skala for vurdering av praktisk funksjonsnivå (Lawton, Brody 1969)

- Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) – for kartlegging av atferdsendringer og psykiatiske symptomer (Cummings et al. 1994)
- Brief Agitation Rating Scale (BARS) – en skala for kartlegging av agitasjon (Finkel, Lyons, Anderson 1993)
- Quality of life in late-stage Dementia (QUALID) – en skala for vurdering av livskvalitet ved langt kommet demenssykdom (Weiner et al. 2000)
- Cornell skala for depresjon ved demens (Alexopoulos et al. 1988)
- Kartlegging av rettighetsbegrensinger og bruk av tvang (Kirkevold 2005)
- I tillegg ble data om alder, kjønn og medikamentbruk registrert.

Følgende verktøy ble brukt for innhenting av data fra personalet:

- Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (Sund 1992) - måler personalets opplevelse av arbeidsmiljøet og grad av tilfredshet i sin arbeidssituasjon. Skjemaet består av 10 påstander eller spørsmål som skåres på en sekspunkts skala der 1 = meget dårlig, og 6 = meget bra. Høy skåre indikerer stor tilfredshet.
- Evalueringsskjema for personsentrert omsorg er en oversatt versjon av Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT), et spørreskjema der personalet blir bedt om å vurdere grad av personsentrert omsorg på egen avdeling (Edvardsson et al. 2010). Det skåres på en fem punkts skala der 1 = helt uenig, og 5 = helt enig.
- I tillegg ble data om kjønn, alder, utdanning, stillingsstørrelse og antall år på aktuelle arbeidssted innhentet.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av prosjektleder fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, som ikke hadde vært direkte involvert i DCM prosessen. Intervjuene ble foretatt etter andre DCM-kartlegging og ved prosjektslutt. Gruppeintervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide med fokus på opplevelsene av hele DCM-prosessen, det vil si forberedelser, gjennomføring, tilbakemelding til personalet og tiden mellom kartleggingsrundene. En var særlig interessert i hvordan resultatene fra kartleggingene ble brukt i etterkant, hvordan engasjementet hos personalet og lederne var, hvilken nytteverdi metoden hadde og hensyn som må tas hvis en ønsker å benytte DCM videre. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og analysert etter kvalitative metoder.

Etikk

Det ble gitt godkjenning til prosjektet fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og tilrådning om at prosjektet kunne gjennomføres ble gitt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten for å innhente nødvendige data om pasientene. Skriftlig samtykke ble innhentet fra pasienter med samtykkekompetanse, alternativt fra pårørende dersom beboeren ble vurdert å ha manglende samtykkekompetanse. Personalets deltakelse var basert på informert skriftlig samtykke.

Resultater

Pasienter

Det deltok i alt 52 pasienter i prosjektet fra starten av. Det var 81 prosent kvinner og 19 prosent menn. Gjennomsnittsalderen ved oppstart var 84,4 år (SD 5,84). Den yngste var 69 år og den eldste 95. Over halvparten hadde en alvorlig grad av demens (tabell 8.1).

Tabell 8.1: Grad av kognitiv svikt vurdert med klinisk demensvurdering ved oppstart av prosjektet

Grad av kognitiv svikt	Antall pasienter [%]
Lett	12 [23 %]
Moderat	13 [25 %]
Alvorlig	27 [52 %]

Atferdsmessige og psykiatriske symptomer vurdert ved Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) forekom hyppig i pasientgruppen målt ved baseline (tabell 8.2). Hyppigst forekommende var depresjon og angst, vrangforestillinger, irritabilitet og manglende hemninger. Det var ingen statistisk pålitelig endring i forekomsten av disse symptomene ved de påfølgende målingene.

Tabell 8.2: Forekomst av nevropsykiatriske symptomer målt med NPI ved baseline

Symptomer	Antall pasienter med symptomet [%] N = 52
Vrangforestillinger	17 [32,7]
Hallusinasjoner	12 [23,1]
Nattlig uro	14 [26,9]
Endret appetitt	7 [13,5]
Avvikende motorisk aktivitet	9 [17,3]
Depresjon	23 [44,2]
Angst	20 [38,5]
Oppstemthet	11 [21,2]
Apati	14 [26,9]
Manglende hemninger	16 [30,8]
Irritabilitet	25 [48,1]

Bruk av tvangstiltak siste uke før baselinekartlegging var begrenset i pasientgruppen og endret seg lite ved oppfølgingsmålinger. Forekomsten fremgår av tabell 8.3 og kun de tiltakene som ble rapportert, er tatt med.

Tabell 8.3: Bruk av tvangstiltak i pasientgruppen siste uke før baselinemåling

Tiltak	Antall [%] N = 52
Bruk av sengehest	8 [15,4]
Bruk av brett på stol	1 [1,9]
Fysisk tilbakeholdelse	3 [5,8]
Bruk av alarmbrikke	6 [11,5]
Alarm som varsler at pasienten forlater sengen	8 [15,4]
Medisin tilsatt i mat eller drikke	3 [5,8]
Holding av hender ved hjelp til personlig hygiene	6 [11,5]
Dusjing eller bading som pasienten motsetter seg	7 [13,5]

Endringer i forekomst av agitasjon viste statistisk signifikant forbedring i pasientgruppen fra baselinemåling til første oppfølgingsmåling (tabell 8.4), men det er ingen signifikant endring ved avsluttet prosjekt sammenlignet med baseline. Pasientgruppen er da redusert fra 52 til 33 pasienter på grunn av dødsfall og flytting til andre enheter. Det er ingen endring i forekomst av depresjon. Det praktiske funksjonsnivå er forverret i pasientgruppen ved begge oppfølgingsmålingene, noe som er naturlig som følge av progredierende demensutvikling. Grad av livskvalitet er uendret.

Tabell 8.4: Endringer i forekomst av agitasjon og depresjon, vurdering av praktisk fungering og livskvalitet i pasientgruppen.

Tiltak	Baselinemåling N = 52 Gjennomsnitt (SD)	1. oppfølging ved 2. DCM-kartlegging N = 41 Gjennomsnitt (SD)	2. oppfølgingsmåling ved avsluttet prosjekt N = 33 Gjennomsnitt (SD)
Agitasjon målt med BARS	20,3 (8,5)	16,2 (7,6) p=0,008 **	17,8 (8,6) p=0,114
Depresjon målt med Cornell	5,9 (5,7)	5,2 (5,8) p=0,216	4,3 (5,1) p=0,207
Praktisk fungering målt med Lawtons P-ADL skår	18,1 (6,0)	18,2 (5,6) p=0,012 *	18,7 (5,1) p<0,001**
Livskvalitet mål med QUALID	20,8 (7,0)	20,2 (7,4) p=0,806	20,9 (8,2) p=0,796

P-verdiene viser endring i gjennomsnittsskår sammenlignet med baseline målt med Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tabell 8.5 viser pasientenes bruk av legemidler innenfor sentrale medikamentgrupper. Det var en signifikant økning i bruken av analgetika i pasientgruppen fra første til tredje måling. Vi ser reduksjon både i bruk av antipsykotika, anxiolytika, sedativa og antidepressiva, men disse endringene var ikke statistisk signifikante. Bruken av antidemensmidler er stabil.

Tabell 8.5: Endringer i medikamentbruk

Medikament- gruppe	Antall pasienter brukte ved baseline [%] N = 52	Antall pasienter brukte ved 1. oppfølging [%] N = 41	Antall pasienter brukte ved 2. oppfølging [%] N = 33
Analgetika	9 [17,3]	9 [22,0]	15 [45,5]
Antiepileptika	6 [11,5]	1 [2,4]	3 [9,0]
Antipsykotika	13 [25,0]	7 [17,1]	4 [12,1]
Anxiolytika	8 [15,4]	6 [14,6]	3 [9,1]
Sedativa	17 [32,7]	10 [24,4]	8 [24,2]
Antidepressiva	25 [48,1]	18 [43,9]	12 [36,4]
Antidemensmidler	11 [21,2]	10 [24,4]	10 [30,3]

Personalgruppen

Av de ansatte på de seks sykehjemsavdelingene som deltok, har 54 svart på de spørreskjema som ble brukt for evaluering av prosjektet. Det var 93 prosent kvinner med en gjennomsnittsalder på 43 år (SD 12.8). Den yngste var 19 år og den eldste 67. Av de som besvarte spørreundersøkelsen, hadde 78 prosent fra 75 til 100 prosent stilling. Tabell 8.6 viser personalets fagbakgrunn og tabell 8.7 viser antall år på det aktuelle sykehjemmet. Kun tre av de ansatte hadde videreutdanning i geriatri, mens to hadde videreutdanning innen psykiatri. Hele 78 prosent hadde ingen form for videreutdanning.

Tabell 8.6: Personalets fagbakgrunn

Yrke	Antall [%] N = 54
Ufaglært	7 [13 %]
Omsorgsarbeider	6 [11 %]
Hjelpepleier	21 [39 %]
Sykepleier	20 [37 %]

Tabell 8.7: Antall år på aktuelt arbeidssted

	Antall personale [%] N = 53
Mindre enn ett år	7 [13 %]
Fra et til fem år	22 [41 %]
Fra fem til ti år	12 [23 %]
Fra ti til femten år	2 [4 %]
Mer enn femten år	10 [19 %]

Personalet ble bedt om å ta stilling til en rekke utsagn knyttet til graden av personsentrert omsorg slik de vurderte den på eget arbeidssted, ved hjelp av Evalueringsskjema for personsentrert omsorg. Tabell 8.8 viser gjennomsnittsskåringene fra de tre sykehjemmene samlet. Personalet er i liten grad enige i påstanden om at arbeidsplassen hindrer dem i å yte personsentrert omsorg, men de er i noen grad enige i at de må få arbeidsoppgavene unnagjort før de kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø. De er i mindre grad enige i at beboerne kan bruke uteområdet når de måtte ønske det.

Tabell 8.8: Personalets skåringer på Evalueringsskjema for personsentrert omsorg

Påstander som personalet har tatt stilling til i hvilken grad de er enige i	Gjennomsnitt skårare N = 42	SD
1. Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte personsentrert omsorg	4,12*	0,9
2. Vi har regelmessige teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg	3,86*	1,2
3. Beboernes livshistorie brukes regelmessig i planleggingen av omsorgen	3,74*	0,9
4. Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og beboerne er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	3,95*	0,9
5. Vi har anledning til å endre arbeidsrutiner etter beboernes ønsker	4,19*	0,9
6. Beboerne gis mulighet til deltakelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	4,12*	0,9
7. Beboernes behov vurderes daglig	3,95*	1,1
8. Vi har faktisk ikke tid til yte personsentrert omsorg	4,05**	0,8
9. Miljøet oppleves kaotisk	3,95**	1,0
10. Vi må få arbeidsoppgavene unnagjort før vi kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø	3,63**	1,1
11. Denne arbeidsplassen hindrer meg i å yte personsentrert omsorg	4,31**	0,9
12. Det er vanskelig for beboerne å finne frem i avdelingen	3,71**	0,8
13. Beboerne kan bruke uteområdet når de måtte ønske det	3,69*	1,3

*Jo høyere skår på påstand nummer 1-7 og 13, jo mer enig i påstanden.

**Jo høyere skår på påstand 8-12, jo mer uenig i påstanden.

Det var ingen statistisk signifikante endringer i personalets skåringer for grad av personsentrert omsorg ved de to oppfølgingsmålingene.

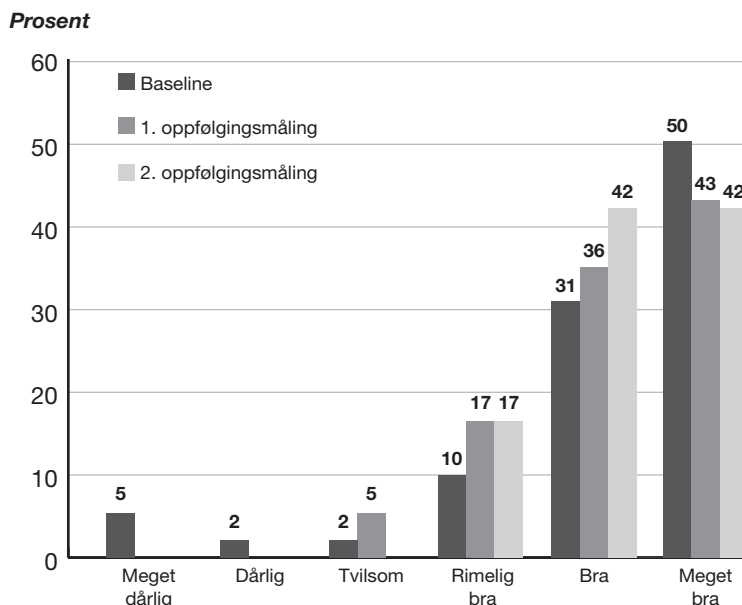
Personalet ble bedt om å vurdere i hvilken grad de var tilfredse med det psykososiale arbeidsmiljøet og jobbsituasjonen generelt, på Skjema for skåring av psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. De hadde seks alternative svarmuligheter fra (1) meget dårlig tilfreds til (6) meget bra tilfreds. Gjennomsnittsskåringene fra personalet går frem av tabell 8.9.

De var mest fornøyd med tryggheten de følte i jobben, forholdet til nærmeste leder og den sosiale støtten i fellesskapet med kollegene. De var minst tilfreds med arbeidsmengde, variasjon i oppgavene og muligheten for selvutfoldelse.

Tabell 8.9: Skåring av psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Tilfredshet i forhold til	Gjennomsnittsskåre (SD) N = 42
Arbeidsmengde – vurdering av arbeidspress	4,31 (1,2)
Variasjon – varierte og meningsfylte oppgaver	4,38 (1,1)
Egenkontroll – innflytelse og medansvar	5,02 (0,8)
Sosial støtte – fellesskap og samarbeid	5,10 (1,2)
Selvutfoldelse – mulighet for personlig og faglig utvikling	4,55 (1,3)
Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle – klare og tilpasset dine forutsetninger	4,83 (1,0)
Ledelse – forhold til nærmeste overordnede	5,17 (0,9)
Informasjon og kommunikasjon – åpenhet, muligheter for å bli hørt	5,00 (1,1)
Trygghet i jobben – at den ikke står i umiddelbar fare	5,31 (1,1)
Tilhørighet og trivsel i enheten	5,00 (1,3)

Skåringer av generell jobbtilfredshet ved baseline og ved oppfølgingsmålinger viser en tendens til at flere av personalet skårer rimelig bra, bra eller meget bra ved oppfølgingsmålingene (figur 8.1). Ved siste måling skårer alle rimelig bra eller bedre, men den generelle jobbtilfredsheten var i utgangspunktet bra for de fleste.



Figur 8.1: Generell jobbtifredshet hos personalet

Lederne og personalets erfaringer med å delta i DCM prosjektet

I intervjuene med ledere og personale underveis og ved avslutningen av prosjektet var en opptatt av erfaringer med DCM-prosessen og hvilken innvirkning DCM som verktøy, hadde på utviklingen av miljøbehandlingen til personer med demens i avdelingene som deltok. I analyseprosessen ble materialet inndelt i hovedtema og videre kategorisert i undergrupper som fremgår i tekstboks 8.1.

Tekstboks 8.1: Hovedtema og underkategorier som ble identifisert i den kvalitative analysen av intervjudata

Hovedtema	Kategorier
Erfaringene med DCM-prosessen	Viktigheten av felles refleksjon og diskusjon rundt pasientene Inspirasjon i arbeidet Viktigheten av "øyne utenfra" Dokumentasjon på effekt av tiltak Opplevelse av å bli observert
Bevisstgjøring på personsentrert omsorg	Visjoner og mål Holdninger til pasientene Tolking og håndtering av utfordrende atferd
Leders avgjørende rolle	Mulighet for tilstedeværelse Myndiggjøring av personalet Tilrettelegge møteplasser Tydelig og stø kurs

Erfaringer med DCM-prosessen

Både personalet og lederne hadde en rekke spennende erfaringer rundt å ta del i DCM-prosjekt. Mange erfaringer var sammenfallende på alle tre sykehjemmene, men det var også ulike opplevelser av i hvilken grad prosessen hadde ført til endringer i pasientenes miljøbehandling.

Viktigheten av felles refleksjon og diskusjon rundt pasientene i etterkant av DCM-kartleggingene ble fremhevet av alle deltakerne.

Jeg føler vi fikk tenkt mer gjennom hvordan vi skal jobbe sammen fremover – det er veldig bra!

De ga uttrykk for at informasjonen de fikk fra kartleggerne var tankevekkende og skapte refleksjon i personalgruppen både under tilbakemeldingsmøtet og i etterkant av dette. Nyten av den felles diskusjonen de hadde rundt enkeltpasienter og rutiner i avdelingen, ble understreket både av ledere og personal. Flere ga uttrykk for at prosessen bidro til bevisstgjøring og muligheten for å sette seg felles mål.

Vi blir bevisstgjort på egen atferd og samhandling, og samspill er jo det som jobben vår egentlig dreier seg om.

Prosessen ble opplevd som inspirerende og matnyttig og lederne fremhevet at de opplevde stor interesse hos personalet. Personalet opplevde at positive tilbakemeldinger løftet dem, og de ga uttrykk for at de opplevde dette som kjekt. På et av sykehjemmene ble det særlig trukket fram at materialet fra DCM-kartleggingen ble en viktig dokumentasjon og evaluering på den omsorgskvaliteten de hadde i avdelingen.

Tidligere har vi sagt at vi tror vi får det til, men nå kan vi si at vi vet vi får det til.

At kartleggerne kom utenfra og så på deres pasienter og praksis med «nye øyne» gjennom DCM-verktøyet, ble vektlagt som viktig. De opplevde at de ble sett på en ny måte, og gjennom dette fikk en annen type bekreftelse enn den de til vanlig får. Flere nevnte at en lett går seg blind i egen omsorgspraksis uten den nødvendige korrigeringen som ligger i å bli «sett i kortene».

For når du går i det samme dag ut og dag inn, så ser du det ikke på denne måten. Du kjører deg litt fast i samme spor.

Særlig på et av sykehjemmene opplevde personalet det unaturlig og litt beklemt å være på jobb med DCM-kartleggere sittende i stua for å observere pasientene og samhandlingen mellom personalet og beboerne.

Det var to rare arbeidsdager – vi var veldig bevisst på at de (DCM kartleggerne) var der.

Bevisstgjøring på personsentrert omsorg

Personal og ledere hadde ulik grad av kjennskap til personsentrert omsorg før prosjektet startet. På en av institusjonene hadde temaet vært oppe på fagdag for personalgruppen, mens det for andre var mer ukjent. Alle sykehjemmene hadde overordnede visjoner og mål som skulle danne verdigrunnlag for den daglige driften. Disse visjonene var mer eller mindre kjent for personalet. For de fleste opplevdes de litt for fjerne og overordnede til at de kunne sette normen for løpende praksis.

Den visjonen hadde vi en lang og grundig prosess på for fire fem år siden, men det var så mange verdier at det er vanskelig å huske alle.

Det var i liten grad konkretisert hva de overordnede målene egentlig betydde på avdelingsnivå. Det ene sykehjemmet gjennomførte i løpet av

prosjektet en bred prosess med utvikling av en konkret visjon med tilhørende målsettinger for den løpende driften. I dette arbeidet ble den personsentrerte tenkningen dratt inn. På et sykehjem satte personalet og lederen ord på uskrevne mål som de var enige om, for eksempel at beboerne skulle ha en meningsfull hverdag og bli møtt som unike individ.

Det handler jo om å la folk være folk og ikke bare pasienter – at de får lov å være seg selv – det er jo grunnleggende.

Personalets holdninger og vilje til en personsentrert tilnærming ble beskrevet som avgjørende av en av lederne.

I bunnen er det holdningen til hva vi gjør med tida vår som avgjør – er man villig til å gå inn i lesetunda, er man villig til å gi handmassasje? Skjønner man hvorfor det er viktig og er man lojal til det som er bestemt?

Et av hovedelementene i den personsentrerte omsorgen er å forstå og møte utfordrende atferd som eksempelvis agitasjon, som et potensielt forståelig uttrykk for en opplevelse eller følelse hos personen med demens. I DCM blir dette vektlagt og brukt aktivt som innfallsvinkel under tilbagemeldingen. Personalet på det ene sykehjemmet setter ord på hvordan prosessen blant annet har endret holdninger til bruk av beroligende medikamenter ved uro.

Vi har en dame her som kan være ganske urolig og som tidligere har fått mye medisiner for å roe seg ned. Hun liker å være ute. De siste dagene har vi vært ute sammen med henne og laga snølykt og snømann, og da er hun så fin. Hun har kommentert det selv også at hun har det så bra, og hun har ikke brukt mye medisin. Så det er ikke alltid at medisiner har den beste effekten.

Andre synes utfordrende atferd fortsatt er vanskelig.

Vi har aldri lært om det heller – det har ikke vært prioritert i undervisningen, og de fleste har stort sett jobbet med somatiske pasienter. De demente har alltid vært der, men det har aldri vært noe fokus på dem så jeg synes det er litt vanskelig noen ganger med sånn vanskelig atferd.

Andre vektlegger at det er den individuelle tilnærmingen og de enkle tiltakene som ofte gir best effekt.

Å bli kjent med personen og skaffe seg innsikt i hvilket liv de har levd er viktig. Hva liker de? Ofte har de dårlig evne til å forklare seg og språket er så redusert at vi ikke har noen nøkler til å nå inn. Da føler vi oss hjelpeløse og kan lett ty til medisiner. Så ser vi at sånne små tiltak som vi ikke tror betyr noe, har stor betydning for personer med demens.

Leders avgjørende rolle

De tre sykehjemmene som deltok i DCM-prosessen, hadde ulik organisering og lederstruktur. Størrelsen på avdelingene var forskjellig, og antall ansatte som nærmeste leder hadde personalansvar for varierte, fra ca 50 til ca 70 personer. Dette ga ulike muligheter for lederne til å delta aktivt i det praktiske arbeidet og være til stede i avdelingen, og det medførte ulik grad av deltakelse i DCM-prosessen. På det ene sykehjemmet ble viktigheten av nærmeste leders tilstedeværelse understreket både av personalet og lederne. Ved å følge prosessen tett kunne lederne bidra til å sette de tiltakene en var blitt enige om, ut i praksis.

Vi har vært nødt til å holde dette varmt hele tida.

Og personalet setter pris på det.

Vi har en leder som er med oss hele tida og det er alfa og omega! Lederen er kjempeflink til å skryte av hvor flinke vi er.

Andre avdelingsledere har store avdelinger med mange ansatte og føler de ikke har mulighet til å være ledere for den daglige fagutøvelsen.

Jeg har en stor avdeling med 70 ansatte og jeg har ikke kapasitet til å ta meg av det. Tingene må gå gjennom andre. Det er sykepleieren på avdelingen som må være modell for den faglige biten og så blir jeg veileder til sykepleieren. Av og til prøver jeg å ta et skippertak der jeg prøver å spre noen faglige impulser, men så er det liksom ingen som vil ha det.

Personalet kommenterer det slik.

Jeg kan ikke huske å ha sett avdelingslederen ute i avdelingen nei. Av og til går hun gjennom og er bortom og snakker med noen pasienter.

På den avdelingen synes heller ikke tiltakene etter DCM-kartleggingen å bli fulgt opp. Personalet sier:

Det (oppfølging av tiltakene) tror jeg har runnet vekk i sanden.

En avgjørende faktor for implementering av personsentrert omsorg i miljøbehandlingen er i hvilken grad personalet blir bemyndiget til å utøve omsorgen. Dette har sammenheng med hvordan leder opptrer overfor sine ansatte og hvordan personalet opplever støtte og oppmuntring fra nærmeste leder. På en avdeling opplever en av de ansatte en fin balanse mellom krav og støtte fra leder.

Jo mer vi finner på, jo gladere blir sjefen. At beboerne har det bra er jo det som er det viktige. Jeg synes det er bra med en leder som respekterer hver enkelt og tillater mange ting samtidig som vi må bidra selv for å få til noe. Så er det veldig kjekt når vi har gjort noe som vi ser er blitt vellykket – da har vi lyst til å fortsette på den måten.

Flere av lederne understreker at de ser på rollen som tilrettelegger og koordinator som viktig. Ikke minst i form av å legge til rette og organisere møteplasser for faglige diskusjoner og refleksjoner i personalgruppen.

Noe som var veldig lurt i dette prosjektet var at vi tok ut hele personalet til en felles undervisning og tilbakemelding – det tror jeg vil være kjempesmart også videre.

Personalet er enige i dette.

Vi ønsker at vi i alle fall en gang i halvåret har en skikkelig felles gjennomgang av pasientene. Det tror jeg vil være veldig positivt.

Betydningen av å velge en kurs for virksomheten som lederne tar ansvar for å holde fast ved, trekkes frem som en forutsetning for positiv fagutvikling. Institusjonsleder ved et av sykehjemmene sier:

Vi har staket ut en kurs og den kursen skal vi holde. Vi er ikke så veldig glad for avvik fra den kursen – da må vi hente oss inn.

Ofte er det uskrevne normer og regler som skaper pleiekulturen og forutsetningen for personsentrert omsorg i en avdeling. På det ene sykehjemmet ble de spurt om de aldri følte at de hadde for dårlig tid til beboerne. Da kom det et unisont svar fra hele personalgruppe.

Det får vi ikke lov til å si (latter), vi har den tida vi har, og den skal vi bruke!

Diskusjon

I dette prosjektet ble Dementia Care Mapping (DCM) som evaluerings- og utviklingsmetode for første gang prøvd ut systematisk i større målestokk i Norge. Prosjektet ble gjennomført ved at enheter innen alderspsykiatrien lokalisert i spesialisthelsetjenesten gikk ut til de kommunale deltaker-sykehjemmene og gjennomførte DCM-kartlegging med påfølgende strukturerte tilbakemeldinger til personalet. Prosjektet ble gjennomført etter oppsatt plan, og de generelle tilbakemeldingene fra deltakersykehjemmene var positive.

Evaluering av pasientene

Evalueringen av pasientene som ble gjennomført ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy, viste i liten grad statistisk pålitelige endringer. Dette kan ha sammenheng med at utvalget av pasienter som deltok var begrenset til 52 personer i utgangspunktet, og at frafallet, grunnet flytting og dødsfall var såpass stort at det på siste oppfølgingsmåling kun var 33 pasienter igjen. Forekomsten av agitasjon var redusert hos de 41 pasientene som var med ved første oppfølgingsmåling. Bruken av psykofarmaka gikk ned. Dette gjaldt særlig for antipsykotika som har de mest alvorlige bivirkningene for personer med demens.

Evaluering av personalet

Evalueringen som ble foretatt ved hjelp av standardiserte skjema på personalnivå, viste små endringer, men ga et bilde av hvordan de opplever personsentrert omsorg og det psykososiale arbeidsmiljøet på sin arbeidsplass. De føler seg ikke hindret i å yte personsentrert omsorg av organisatoriske forhold, men opplever i noen grad at de praktiske oppgavene må gjøres unna før de kan tenke på å skape et godt psykososialt miljø for

pasientene. Av det kvalitative intervjumaterialet går det frem at DCM-prosjektene har bidratt til at personal og ledere har fått en mulighet til felles detaljert gjennomgang av hver enkelt pasient, noe som har skapt bevisstgjøring, engasjement og refleksjon rundt behandlingstiltak for den enkelte og på gruppenivå. Det å bli "sett i kortene" av DCM-kartleggere utenfor egen virksomhet er blitt opplevd både som skummelt og som svært nyttig. Etter at tilbakemeldingene ble gitt, erfarte de fleste av personalet nettopp nytten av at det var fagpersoner utenfra som kom med sine observasjoner og la opp til diskusjon om mulige utviklingstiltak. Utvikling av personsentrert demensomsorg i praksis krever langsiktig arbeid for at personale skal bli dyktiggjort til å velge gode og individuelt tilpassede tiltak for beboerne. Det er nødvendig å skape et felles verdigrunnlag som underbygger både pasientenes og personalets grunnleggende verdier som mennesker. I dette arbeidet er ledernes rolle som modeller og pådrivere helt sentralt.

Evaluering av DCM-metoden

Kritikken som oftest rettes mot DCM-metoden er at den er tids- og ressurskrevende. Det kreves sertifisering basert på et tre dagers innføringskurs, for å kunne anvende DCM i praksis. En sertifisert kartlegger bruker vanligvis tre til fire arbeidsdager til forberedelse, kartlegging, analyse av observasjonene og tilbakemelding til personalet for hver runde med DCM. Det kreves ikke ekstra personale i avdelingen under kartleggingen, men det er ønskelig at flest mulig av personalet er til stede under tilbakemeldingsmøtet som varer fra halvannen til tre timer. Ideelt sett bør DCM-kartlegginger gjentas hver sjetten til åttende måned og ikke sjeldnere enn en gang årlig.

Metodiske begrensninger

Prosjektet ble gjennomført på et begrenset antall pasienter. I og med at det er et betydelig frafall ved oppfølgingsmålingene grunnet dødsfall og flytting, er det vanskelig å trekke pålitelige konklusjoner hva gjelder bedring hos deltakerne. Det var ingen kontrollgruppe av pasienter å sammenligne resultatet med. Vi har valgt evalueringsverktøy som er standardiserte og mye brukt, men det er mulig at andre kartleggingsskjema eller metoder ville være bedre egnet til å fange opp de eventuelle endringene som skjer

hos personer med demens. Det er imidlertid en styrke ved prosjektet at resultatene er evaluert både med kvalitative og kvantitative metoder.

Ved utviklingsprosjekter som dette kan det å delta i prosjekt i seg selv gi personalet et faglig løft uavhengig av metode som brukes, og det vil derfor være vanskelig å si at positive endringer alene skyldes DCM-metoden.

Anbefalinger for praksis

Basert på erfaringene fra dette utviklingsprosjektet anbefales at DCM blir etablert som en tilgjengelig og alternativ metode for sykehjem som ønsker å satse systematisk og langsiktig på utvikling av personsentrert omsorg. DCM er ikke den eneste metoden som kan brukes for å oppnå dette, og andre metoder er prøvd ut med gode resultater i flere delprosjekter i Utviklingsprogrammet for miljøbehandling til personer med demens. Deltakersykehjemmene fremhevet nytten av at DCM-kartleggingen og tilbakemeldingen ble gitt av fagpersonell med alderspsykiatrisk kompetanse som så deres praksis med nye øyne. Vi vil anbefale at de alderspsykiatriske enhetene som har utadrettet virksomhet og veiledningsansvar overfor kommunale sykehjem, skaffer seg kompetanse og kan tilby DCM som en av sine arbeidsmetoder. Alternative muligheter for å organisere systematisk bruk av metoden bør prøves ut, eksempelvis ved kommunale ressurscenter eller demensteam, ved sykehjem med særlig ansvar for demensomsorg eller ved Utviklingssentre for sykehjem (tidligere undervisningssykehjem).

Oppsummering

DCM-prosjektet ble gjennomført på tre sykehjem som fikk kartlegging og tilbakemelding fra fagpersoner med alderspsykiatrisk kompetanse. Resultatene viser en tendens til bedring av utagerende atferd hos pasientene samt reduksjon i bruk av antipsykotika. Personalet vektlegger felles refleksjon, økt motivasjon og bedre dokumentasjon av praksis som positive erfaringer fra prosjektet. Leders aktive involvering og felles bevisstgjøring av hva personsentrert omsorg innebærer, fremheves som forutsetninger for et positivt resultat.

Referanser

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* Feb 1;23(3):271-84.
- Barnett E (1995) A window of insight into quality of care. *Journal of Dementia Care* 3:23-6.
- Beavis D, Simpson S, Graham I (2002) A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* Dec;9(6):725-36.
- Brooker D (2005) Dementia care mapping: a review of the research literature. *The Gerontologist* Oct;45 Spec No 1(1):11-8.
- Brooker D, Foster N, Banner A, et al. (1998) The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging and Mental Health* 2:60-70.
- Brooker D, Surr C (2007) *Dementia Care Mapping: Principper og Praksis*. University of Bradford & Daniae
- Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, et al. (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* Apr;8(4):317-25.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* Dec;44(12):2308-14.
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S (2010) Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr* Feb;22(1):101-8.
- Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL (1993) A brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc* Jan;41(1):50-2.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* Jun;140:566-72.
- Kirkevold Ø (2005) *Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia*. Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Kitwood T (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* Sep;9(3):179-86.

- Lintern T, Woods R, Phair L (2000) Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care* 8:15-7.
- SBU Staten beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Demenssykdommer: en systematisk litteraturoversikt / Statens beredning för medicinsk utvärdering*, Lisbeth Nilsen (overs.). Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Sund A (1992) *Selektiv helseovervåkning med fokus på psykososialt arbeidsmiljø*. In: Moen, B.E, editors. Håndbok for bedriftshelsetjenesten. Bergen: Universitetet i Bergen
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS (2000) The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* May;1(3):114-6.

KAPITTEL 9

Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe- og ledelsesnivå

Forfattere: Irene Røen og Marit Sund Storlien

Innledning

I dette prosjektet ble en strukturert metode basert på Gundersons modell for miljøbehandling utprøvd i to sykehjem i Hedmark. Arbeidet har vært innrettet både mot individ-, gruppe- og ledelsesnivå.

Psykologen John F Gunderson beskrev i 1978 en modell for miljøbehandling bygget på prosesser han kalte trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse. Etter hans oppfatning eksisterer disse prosessene i ethvert miljø, uavhengig av størrelse, bemanning og behandlingsfilosofi (Gunderson 1978).

Stiftelsen Psykiatrisk opplysning gir en beskrivelse av miljøterapi som bygger på Gundersons tenkning på følgende måte (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2001, s. 5):

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være i og handle i og utenfor postmiljøet over tid.

Bearbeidelse av teorien for å brukes overfor personer med demens ble gjort av Taft (Taft et al. 1993) og er omtalt av Rokstad og Smebye (Rokstad, Smebye 2008) og Jakobsen (Jakobsen 2007).

I dette delprosjektet anvendes Gundersons miljøprosesser som teoretisk bakgrunn for en strukturert og individuelt tilrettelagt miljøbehandlingsmodell i sykehjem.

Begrepsavklaring

Følgende begreper er brukt: Strukturert miljøbehandling er miljøbehandling som er planlagt og dokumentert, som bygger på faglig kunnskap og kjennskap til pasienten. Gundersons miljøbehandlingsteori er et teoretisk grunnlag for planlegging av miljøbehandling. Holdningsplan brukes som benevnelse på plan for miljøbehandling til en pasient. Med funksjonsinndeling menes at gruppeinndeling i sykehjemmet blir foretatt slik at pasientene i hver gruppe har mest mulig likt funksjonsnivå. Helsefagarbeider inkluderer de tidligere yrkene hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Lokal prosjektleder er en sykepleier ansatt i forbindelse med prosjektet, som er ansvarlig for gjennomføringen i sykehjemmet. Teamkontakt er opprettet i prosjektet og er en helsefagarbeider som er lokal prosjektleders forlengede arm i personalgruppa. Enhet beskriver her gruppen miljøbehandling planlegges for, en fellesbetegnelse på avdeling, gruppe og team. Implementere er brukt i betydningen å systematisk innføre og iverksette ny praksis.

Hva innebærer den strukturerte miljøbehandlingsmodellen?

Ifølge Gunderson er miljø omgivelsene vi befinner oss i, og miljøbehandling skilles fra miljø ved at den er planlagt for å nå et generelt mål, som eksempelvis å forhindre negative hendelser og legge til rette for positive. I artikkelen "Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus" beskriver Gunderson de fem sentrale terapeutiske prosessene trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse som han mener forekommer i de fleste miljøer. Prosessene brukes som hjelpemiddel i utvikling av strukturert behandlingsmiljø (Gunderson, 1978).

Symptomatologien ved demenssykdom er ulik fra person til person. Personer som rammes har forskjellig personlighet, ulik forhistorie og varier-

ende evne til mestring. De forskjellige sykdommene som fører til demens gir ulike symptombilder. Derfor vil personer med demens ha behov for miljøbehandling som er tilpasset deres individuelle behov og som legger til rette slik at de får brukt sine ressurser. Målet er at det er demenssykdommen som setter begrensningene for mestring og ikke omgivelsene. I dette prosjektet brukes prosessene fra Gundersons miljøbehandlings-teori systematisk som teorigrunnlag for miljøbehandling overfor personer med demens. Prosessene brukes generelt som grunnlag for miljøbehandling tilpasset en pasientgruppe, og konkret i utforming av individuelt planlagt behandlingsplan, kalt holdningsplan.

Gundersons miljøprosesser

Trygghet er nødvendig i omsorgen for personer med demens på grunn av den kognitive svikten som oppstår ved demenssykdom. Farlige situasjoner må avverges ved tilsyn og tilrettelegging. Trygghet innebærer bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll (Gunderson, 1978). Det innebærer å opprettholde pasientens funksjonsevne ved å tilrettelegge miljøet både fysisk, psykisk og sosialt. Målet er å gi trygghet både for pasient og omsorgsgiver. Hos personer med demens vil trygghet være en grunnleggende forutsetning for omsorgen og innebærer ivaretagelse av pasienter som ikke evner å ivareta seg selv (Jakobsen 2007). Tiltakene under trygghet kan deles i to hovedgrupper, ivaretagelse og kontrolltiltak. Eksempel på tiltak under trygghet er skjerming, grensesetting, ivaretagelse av fysiske behov og medikamentell behandling.

Støtte er bevisste planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten føler seg bedre, er mer fornøyd og øker selvfølelsen (Gunderson 1978). Støttende tiltak legger til rette slik at pasienten selv kan utføre aktiviteter som vedkommende mestrer, noe som bidrar til opplevelse av tillit, trygghet og egenverd, samt redusere angst (Rokstad, Smebye 2008). Tilrettelegging av det fysiske miljøet, både for hele gruppen og for den enkelte er støttetiltak. Det fysiske miljøet skal være oversiktlig og gjenkjennbart og tilrettelagt individuelt for eksempel under måltid og stellesituasjoner. Kommunikasjon, verbalt og nonverbalt er også viktige støttefunksjoner.

Struktur er tiltak som gjør tilværelsen forutsigbar og trygg både for pasienten og for omsorgsgiver (Gunderson 1978). Struktur innebærer oversikt over hvem som skal være hvor til hvilken tid, samt oversikt over døgnrytme og aktiviteter som balanseres i forhold til den enkelte gruppe og den enkelte pasients funksjonsevne (Rokstad, Smebye 2008). Planlegging og oversikt over miljøbehandlingen for pasienten, gruppen og personalet er eksempel på tiltak under struktur.

Engasjement innebærer at personen med demens aktiviseres og gis mulighet til delaktighet i et sosialt miljø både innenfor og utenfor avdelingen (Gunderson 1978). Det innebærer tilrettelegging av aktiviteter etter pasientens interesser og mulighet for deltagelse, at pasienten er aktiv i miljøet og får samhandle ut fra sine forutsetninger. Engasjement er bruk av gjenværende ressurser i hverdagsutfordringene pasienten møter (Jakobsen 2007) og bygger på respekt for og viten om pasientens livshistorie.

Bekreftelse dreier seg om bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bekrefter pasientens individualitet og egenart (Gunderson 1978). Det innebærer å anerkjenne pasienten med grunnlag i den personen han er og det livet han har levd (Jakobsen 2007). Bekreftelse er også toleranse for sviktende fungering og for utfordrende atferd som må oppfattes som forsøk på kommunikasjon (Rokstad, Smebye 2008). Bekreftelse fordrer kunnskap om pasientens individualitet og forhistorie og til det kreves samarbeid med pårørende.

Gundersons miljøprosesser foregår parallelt og påvirker hverandre. Wogn-Henriksen (2001) beskriver at «elementene interagerer og blander seg til en helhet som er større enn summen av delene».

Prosjektet

Målsetting

Mål med delprosjektet er å utvikle og prøve ut en metode for strukturert og individuelt tilpasset miljøbehandling. Det er to målgrupper i prosjektet; personalet som gjennom opplæring i metoden skal utføre intervensjonen, og pasientene som får en bedre tilpasset behandling. Vi vil undersøke om innføring av strukturert miljøbehandling reduserer forekomsten

av psykiatriske symptomer og utfordrende atferd, reduserer bruken av psykofarmakologisk behandling og øker pasientenes livskvalitet, samt se hvilken innvirkning intervensjonen har på personalets opplevelse av jobbtilfredshet, psykososialt arbeidsmiljø og sykefravær. Det er også et mål å identifisere faktorer som hemmer og fremmer implementering av denne metoden for miljøbehandling i sykehjem.

Organisering

Delprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet og sykehjem i to kommuner i Hedmark fylke.

Disse sykehjemmene deltok fra 2007 i *Forsknings- og fagutviklingsprosjektet* (FOU-sykehjemsprosjektet), et samhandlingsprosjekt om forskning og fagutvikling i sykehjem mellom Sykehuset Innlandet og sju kommunale sykehjem i Hedmark og Oppland. Fagutviklingsprosjektene *Hvordan forstå og håndtere utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem* og *En bedre hverdag for pasienter med alvorlig demens gjennom strukturert dagsprogram*, ble samkjørt og inkludert i Utviklingsprogram for miljøbehandling.

Alderspsykiatrisk forskningssenter har hatt ansvar for gjennomføringen av prosjektet. Prosjektgruppen ved Alderspsykiatrisk forskningssenter med leder, Birger Lillesveen, forskningsleder Geir Selbæk og prosjektkoordinator Irene Røen har vært ansvarlige for utforming av prosjektbeskrivelse, opplæring av prosjektmedarbeidere, undervisning om modellen samt fremdrift og gjennomføring av prosjektet.

Det ble engasjert en sykepleier ved hvert sykehjem som lokal prosjektleder i henholdsvis 40 og 50 prosent stilling. Disse gjennomgikk en felles opplæring i utfylling av kartleggingsskjemaene som brukes i prosjektet, sammen med to andre sykepleiere fra hvert sykehjem. Hvert sykehjem opprettet prosjektgruppe som ansvarlig for den daglige fremdriften i prosjektet og en styringsgruppe som prosjektgruppen rådførte seg med.

Gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført i denne rekkefølge:

- Ansettelse av lokale prosjektledere.
- Prosjektorganisering lokalt tilpasses ledelsesstruktur i sykehjem/kommune.
 - Opprettelse av lokal ressursgruppe med kontakter knyttet til hver enhet (Teamkontakter)
- Innføring i modellen og teorigrunnlaget for strukturert miljøbehandling
 - informasjon om prosjektet til hele personalet ved sykehjemmene før oppstart
 - eget undervisningsopplegg med gjennomgang av teorigrunnlaget og praktiske øvelser i utfylling av holdningsplan
 - arbeidsseminar med utfylling av pasientenes holdningsplaner
 - fagdager med eksterne forelesere
- Utarbeidelse av kriterier for funksjonsinndeling for hver enhet
- Funksjonsinndeling av pasientene ble gjennomført på grunnlag av systematisk kartlegging, og pasienter ble flyttet til «riktig» plass i sykehjemmet
- Personalplanlegging med vurdering av hvilken kompetanse som er nødvendig på hvilken enhet
- Primærkontaktsystem etableres eller videreutvikles
- Utarbeidelse av døgnrytmeplan for hver enhet.
- Utarbeidelse av holdningsplaner for alle pasienter
- Ukeplan/aktivitetsplan utarbeides for enheten
- Dagsplan og kveldsplan fylles ut daglig under morgenmøte.

Implementering av miljøbehandlingsmodellen på tre nivå

Individnivå

Miljøbehandlingsmodellen tilrettelegges for den enkelte pasient i form av en holdningsplan. Holdningsplanen utarbeides med bakgrunn i miljøprosessene trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse. Gundersons beskrivelse av disse grunnleggende prosessene utgjør en teoretisk ramme for miljøbehandlingsmodellen på individnivå. Holdningsplanen inneholder

strukturerte og individuelt tilpassede tiltak for hver enkelt pasient. Den gir en grundig beskrivelse av tiltakene og gjennomføring av disse overfor den enkelte pasient. Planen bidrar til at pasienten får brukt sine ressurser maksimalt og ikke settes til å gjøre aktiviteter utover det vedkommende har muligheter for å mestre. Å gi pasienten mulighet til å opprettholde sin selvstendighet lengst mulig, antas å forebygge utfordrende atferd.

Gruppenivå

Miljøbehandlingsmodellen tilrettelegges for pasientgruppen i den enkelte avdeling. Det settes opp ukeplan og dagsplan med oversikt over aktiviteter i den enkelte enhet. Planene inneholder oversikt over ukens og dagens faste aktiviteter som måltider og miljøterapeutiske gruppeaktiviteter, eksempelvis bruk av musikk. Aktiviteter som stimulerer til fysisk utfoldelse, kognitiv trening og opplevelse av sanseinntrykk både ute og inne tilpasses pasientgruppen på den enkelte enhet.

Organisasjonsnivå

Utvikling og implementering av miljøbehandlingsmodellen forutsetter en forankring i og støtte av ledelsen ved sykehjemmet. Ledelsen må delta i utviklingsarbeidet og legge til rette og støtte opp. Pasientenes behov danner grunnlag for døgnrhythmeplan og turnus. Endringer i personalsammensetning gjøres hvis nødvendig. Fysisk miljø i enhetene tilpasses behovet til pasientene som bor der. Avdelingene funksjonsinndeles slik at pasienten tilbys plass i den enheten som er best tilpasset deres funksjonsnivå. Grundig kartlegging danner grunnlag for funksjonsinndeling.

Planer som er utarbeidet og brukes i modellen

Holdningsplan

Benevnelsen holdningsplan understreker betydningen av relasjonen mellom omsorgsgiver og pasient. Den tydeliggjør betydning av hvordan personalet møter og behandler pasienten samt hvordan miljøtiltakene tilrettelegges og iverksettes. Fokus rettes mot at samhandling mellom pasient og den som yter omsorg, er vesentlig for at målene i miljøbehandlingen skal oppnås (Rokstad, Smebye 2008). Det er ikke tiltaket alene som vektlegges, men like mye måten tiltaket utføres på. Holdningen omsorgsgiveren viser overfor pasienten og til tiltaket som skal gjennomføres er

avgjørende for at det miljøterapeutiske tiltaket skal kunne gjennomføres og gi best mulig effekt.

Holdningsplanen skal være konkret og dynamisk. Den som fyller ut planen må ha god kjennskap til pasienten, og hvilke behov for hjelp og tilrettelegging han har. Planen må evalueres og endres når pasientens behov endres. Primærkontakt skal ha ansvar for utfylling og evaluering av planen. Øvrige i personalgruppa må forholde seg lojalt til det som er nedfelt i planen og være deltagende i evalueringen ved å gi tilbakemelding til den som er ansvarlig.

Det er utarbeidet en mal og guide som hjelpemiddel for utfylling av holdningsplan. Mal for holdningsplanen foreligger i to utgaver (vedlegg 1). I den ene utgaven i stående format, utgjør Gundersons prosesser (trygghet, støtte, struktur, engasjement, bekreftelse) strukturen, og miljøbehandlingstiltak planlegges under hver enkelt prosess. I den andre utgaven i liggende format, planlegges tiltakene med utgangspunkt i situasjonen, og prosessene beskrives for hver situasjon. I praksis kombineres prosessene som miljøbehandlingstiltak. For å sikre forståelse for hver enkelt miljøprosess, bør en i en startfase jobbe med dem atskilt før de konkretiseres opp i mot enkeltsituasjoner og nedfelles i en holdningsplan som er lett å forstå og arbeide etter (se guide for utfylling i vedlegg 2).

Døgnrytmeplan

Dette er en plan som utarbeides for hver enhet og gir oversikt over når ulike oppgaver gjennomføres ut i fra behovet til pasientene som bor der (vedlegg 3). Den gir blant annet oversikt over når pasientene vanligvis våkner og står opp og når måltider skal gjennomføres. Plan legges for samarbeid mellom det personalet som tilhører enheten og eventuelt andre enheter, når det er behov for det. Planen skal være dynamisk og endres når pasientenes behov endres. Den danner grunnlag for en mer detaljert dagsplan.

Dagsplan

For hver enhet fylles det daglig ut plan med oversikt over hvem gjør hva, når og hvor (vedlegg 4). Planen er et arbeidsredskap for personalet og gir oversikt over hva som skal skje i løpet av dagen. I denne planen føres

opplysninger fra andre planer, som dagens aktivitet fra ukeplanen, faste gjøremål fra døgnrytmeplanen samt hver enkelt pasients gjøremål fra de individuelle holdningsplanene. Ved utfylling av denne planen planlegges og samkjøres alle oppgaver personalet har ansvar for.

Ukeplan/aktivitetsplan

Planen gir oversikt over ukens aktiviteter som er felles for alle pasientene i den enkelte enhet og som er tilpasset deres funksjonsnivå (se eksempel fra sykehjem B i vedlegg 5)

Deltakere

To sykehjem fra Hedmark fylke deltok i prosjektet.

Sykehjem A har 39 plasser. To enheter er tilrettelagt for personer med demens med henholdsvis seks og åtte plasser. De øvrige plassene ved sykehjemmet er fordelt på 13 plasser i åpen avdeling, syv plasser på kort-tidsenhet og fem plasser i bokollektiv. Bokollektivet deltok ikke i prosjektet. Alle pasientene ved sykehjemmene deltok i prosjektet, mens 29 pasienter samtykket til deltagelse i evalueringsundersøkelsen. To døde under oppfølgingsperioden.

Som grunnlag for miljøbehandling og individualisert omsorg ble det gjennomført en funksjonsinndeling av enhetene i sykehjemmet. Sykehjemmet hadde tidligere utarbeidet retningslinjer for tildeling av plass. Retningslinjene ble grunnlaget for en funksjonsinndeling av sykehjemmet som en del av miljøbehandlingsprosjektet. (Se oversikt over kriteriene i tekstboks 9.1).

Differensiering av pasientene ble gjort på grunnlag av systematisk kartlegging av pasientenes funksjonsnivå, hjelpebehov og grad av kognitiv svikt. En omorganisering av personalet ble også gjennomført. Med grunnlag i kompetanse og interesse valgte personalet hvilken pasientgruppe de skulle jobbe med. Endringsprosessen ble gjennomført av leder ved sykehjemmet.

Tekstboks 9.1: Retningslinjer for funksjonsfordeling

Hovedtema: Retningslinjer for funksjonsinndeling ved sykehjem A

Team 2 A:

- Pasienter med ulike somatiske diagnoser og kan i tillegg ha en mild eller moderat form for demens. Trenger mye hjelp under måltider
- Trenger mye hjelp til personlig hygiene
- Pasienter som er selvfungerende, men med nedsatte funksjoner, og som ved god tilrettelegging opprettholder funksjonene
- Pasienter som ikke har behov for skjerming

Team 2 B:

- Pasienter med alvorlig demens
- Trenger mye hjelp under måltidene
- Trenger mye hjelp til personlig hygiene
- Pasienten kan ha behov for skjerming

Team 3 A:

- Pasienter med moderat demens
- Mestrer situasjonen ved måltidene
- Trenger litt veiledning til personlig hygiene
- Fysisk mobile og har glede av sosialt fellesskap

Team 3 B:

- Pasienter med moderat til alvorlig demens
 - Kan med veiledning spise og drikke selv
 - Trenger veiledning til personlig hygiene
 - Kan ha tilleggsproblematikk i form av nevropsykiatriske symptomer
 - Fysisk mobile og har glede av sosialt fellesskap
-

Sykehjem B har 40 plasser fordelt på fem enheter. Enheten som ble inkludert i utviklingsprogrammet er for personer med langt kommet demens og har åtte plasser. Alle pasientene samtykket til deltagelse i prosjektet.

I forbindelse med miljøbehandlingsprosjektet ble det utarbeidet kriterier for tildeling av plass i enheten:

- Pasienten har alvorlig demens (KDV skår 3)
- Pasienten har en atferd uforenlig med å være på andre enheter
- Pasienten har demensdiagnose
- Hvis kriteriene etter 1 måned ikke oppfylles og demensdiagnose ikke er fastsatt, vurderes andre bomuligheter, pasienten henvises eventuelt til alderspsykiatrisk avdeling for diagnostisering

Totalt ble 37 pasienter og 44 personale inkludert i prosjektet.

Målemetoder

Det er samlet kvantitative data om pasientene og personalgruppen. For å identifisere og beskrive forutsetninger i miljøet som har hemmet og fremmet implementering av modellen er det benyttet en kvalitativ tilnærming.

Kvantitativ datainnsamling

Pasientdata

Følgende opplysninger om pasientene ble innhentet fra journal og ved kartlegging:

- Opplysninger om kjønn, fødselsår og sivilstand
- Grad av demens er vurdert med Klinisk demensvurdering (KDV) (Hughes et al. 1982)
- Fysisk fungering er vurdert ved hjelp av Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter (Lawton, Brody 1969)
- Kartleggingsverktøyet Livskvalitet ved langtkommen demens (QUALID) ble brukt for å vurdere pasientenes grad av livskvalitet (Weiner et al. 2000)
- Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) (Cummings et al. 1994) kartlegger grad og frekvens av nevropsykiatriske symptomer samt belastning for omsorgspersonale knyttet til disse symptomene. Det finnes to versjoner, en med ti punkter og en med tolv punkter. I denne studien brukes versjonen med ti punkter (NPI-10)

- Cornell skala for depresjon ved demens for vurdering av depresjon (Alexopoulos et al. 1988)
- Faste ordinerte psykofarmaka registreres.

Personaldata

- Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (Sund 1992)
- Personalets egen vurdering av hvorvidt omsorgen er personsentrert, gjøres ved utfylling av skjemaet Evalueringsskjema for personsentrert omsorg (P-CAT) (Edvartsson et al. 2010).

Data fra kartleggingen er bearbeidet og analysert ved hjelp av SPSS (Statistical Product and Service Solution) versjon 15.0.

Kvalitativ datainnsamling

Prosessevalueringen har hatt en kvalitativ tilnærming. Ansattes erfaringer fra deltagelse i prosjektet ble innhentet i kvalitative intervju. Prosjektsykepleiernes prosesslogg og refleksjonsnotater fra ledere er også tatt med i prosessevalueringen.

Etikk

Pasientene som ble inkludert i prosjektet ble rekruttert fra et annet prosjekt, FoU-sykehjemsprosjektet, som var i gang ved Alderspsykiatrisk forskningssenter. Dette prosjektet er godkjent av Regional etisk komité og Personvernombudet, og Helsedirektoratet har gitt dispensasjon fra taushetsplikten. Regional etisk komité godkjente endringsmelding om at to sykehjem fra dette prosjektet ble innlemmet i miljøbehandlingsprosjektet.

Mange av pasientene i sykehjem mangler eller har redusert samtykkekompetanse. Forsknings- og utviklingsprosjekter som igangsettes krever derfor nøye etisk overveielse.

Av pasientene som skal kartlegges og som er målgruppen for fagutviklingsprosjektene som inngår i dette prosjektet vil mange ha begrenset innsikt i sin sykdom, og dermed ha problemer med å forstå innholdet i prosjektet. Det er likevel ønskelig at det gjøres forskning og fagutviklingsarbeid overfor denne pasientgruppen, som ellers vil få en dårligere tilpasset utredning og behandling. Alle pasientene har fått skriftlig og muntlig informasjon om

studien, men ikke alle har evne til å gi samtykke til deltagelse. Hvis pasienten ble vurdert til ikke å kunne samtykke til deltagelse ble det gitt informasjon til pårørende, som kunne reservere seg på vegne av pasienten.

Det er sannsynlig at bedre rutiner for utredning av demens og psykiatriske tilleggssymptomer vil gi økt kunnskap og oppmerksomhet om pasientens sykdom, og dermed være til nytte for den enkelte pasient. Resultatene fra studien vil videre bidra til den nasjonale kunnskapsbasen og derigjennom trolig bedre tjenestene for pasienter i sykehjem. Dataene som registreres er en del av sykehjemmets eget journalmateriale. Det samles ikke inn opplysninger ut over det som er vanlig i klinisk virksomhet. Belastningen på den enkelte pasient er således minimal. Vi mener ulempen for den enkelte pasient ved å delta i studien oppveies av den potensielle nytten for enkeltpasienten og for samfunnet.

Resultater

Pasientdata fra evaluering av modellen

Ved sykehjem A deltok alle pasientene i prosjektet, men ikke alle ga samtykke til å delta i evalueringsundersøkelsen. I enheten som deltok ved sykehjem B deltok alle pasientene, og samtlige ga samtykke til deltagelse i evalueringen. Totalt ble 37 pasienter inkludert i evalueringsundersøkelsen ved baseline. To pasienter døde før oppfølgingsundersøkelsen slik at oppfølgingsdata er basert på de 35 som fullførte begge datainnsamlinger.

Tabell 9.1: Demografiske og kliniske data (N = 37)

Baseline	
Alder: gjennomsnitt	85,4 (SD 6) range 73-96
Kvinner	60 %
Sivilstatus enslig (enke/enkemann, ugift, skilt)	73 %
Samtykke gitt fra pårørende	68 %
Grad av demens (KDV):	
Mulig kognitiv svikt	8 %
Demens av mild grad	16 %
Demens av moderat grad	32 %
Demens av alvorlig grad	43 %
Funksjonsnivå gjennomsnittsskår	16,7 (SD 5,8)

Gjennomsnittlig observasjonstid fra baselinemåling til oppfølgingsmåling var 446 dager (SD 148).

Tabell 9.2: Endringer i atferdsmessige og psykiatriske symptomer, livskvalitet og fysisk fungering fra baseline til oppfølgingsmåling.

	Baseline N = 35 Gjennomsnitt (SD)	Oppfølgings- måling N = 35 Gjennomsnitt (SD)	p-verdi ved Wilcoxon Signed Ranks Test
NPI 10 sum	21,2 (22,0)	23,7 (18,1)	0,51
NPI agitasjon subsyndrom (sum agitasjon, irritabilitet, manglende hemning og avvikende motorisk atferd)	7,9 (9,6)	8,4 (9,2)	0,98
NPI affektive subsyndrom (sum depresjon og angst)	3,7 (5,7)	4,4 (5,4)	0,92
NPI psykose subsyndrom (sum vrangfore- stilling og hallusinasjon)	3,8 (5,8)	4,7 (7,0)	0,35
NPI 10 belastning på personalet	6,1 (7,2)	7,8 (6,7)	0,14
Cornell depresjonsskala	5,3 (5,7)	6,6 (4,5)	0,037*
QUALID	20,4 (8,7)	21,4(6,3)	0,41
Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter	16,3 (5,7)	19,4(6)	<0.001*

Tabell 9. 2 viser at funksjonsnivået er lavere, og en ser høyere depresjons-
skår ved oppfølgingsmåling. Endringene er statistisk signifikante.

Tabell 9.3: Endring i andel som bruker psykofarmaka

Medikamentgruppe	Antall brukere ved baseline (%) N = 35	Antall brukere ved oppfølging (%) N = 35	Mc Nemar test
Psykofarmaka (alle grupper)	24 (68,6 %)	17 (48,6 %)	0,04*
Antidepressiva	13 (37,1 %)	9 (25,7 %)	0,34
Antipsykotika	5 (14,3 %)	4 (11,4 %)	1,0
Sedativa	10 (28,6 %)	7 (20,0 %)	0,45
Anxiolytika	5 (14,3 %)	3 (8,6 %)	0,50
Medikament mot demens	3 (8,6 %)	3 (8,6 %)	1,0

Det er en tallmessig nedgang i bruk av alle typer psykofarmaka unntatt legemidler mot demens. Det er statistisk signifikant lavere psykofarmaka-bruk totalt.

Beskrivelse av personalgruppen

Antall personale som deltok i første utfylling av spørreskjema var 44. Beskrivelse av personalgruppen går frem av tabell 9.4. Helsefagarbeidere utgjorde 68 prosent. Halvparten hadde 75 prosent stilling eller mer, og 45 prosent hadde jobbet ved sykehjemmet i over 10 år. 64 prosent hadde ikke noen form for videreutdanning.

Tabell 9.4: Beskrivelse av personalgruppen

Antall år ved sykehjemmet	Antall [%] N = 44
Mindre enn 1 år	7 [16]
Fra 1 inntil 5 år	11 [25]
Fra 5 inntil 10 år	4 [9]
Fra 10 inntil 15 år	8 [18]
Mer enn 15 år	12 [27]
Ikke besvart	2 [5]
Stillingsstørrelse	
100 %	3 [7]
75 – 99 %	19 [43]
50 – 74 %	11 [25]
25 – 49 %	1 [2]
< 25 %	1 [2]
Ikke besvart	9 [21]
Yrke	
Ufaglært	4 [9]
Hjelpepleier	23 [52]
Omsorgsarbeider	7 [16]
Sykepleier	7 [16]
Vernepleier	1 [2]
Annet	2 [2]

Tabell 9.4 fortsetter neste side.

Tabell 9.4 fra forrige side.

Videreutdanning	
Ingen	28 [64]
Psykatri	4 [9]
Geriatric	2 [5]
Annen	4 [9]
Ikke svart	6 [14]

Ved oppfølgingsundersøkelsen deltok 23 personer. Endringer i skåringer av arbeidsmiljø og jobbtilfredshet samt grad av personsentrert omsorg går frem av tabell 9.5.

Tabell 9.5: Endringer i personalets skåringer av psykososialt arbeidsmiljø og grad av personsentrert omsorg

	Baselinemåling gjennomsnittsskår (SD) N = 44	Oppfølgingsmåling gjennomsnittsskår (SD) N = 23
Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (minimum skår 10, maks 60)	46,1 (6,7)	47,0 (4,2)
P-CAT (minimum skår 13, maks 65)	47,6 (7,2)	51,4 (10,4)
P-CAT subskår personsentrert omsorg (sum spørsmål 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11 og 13)	29,5 (4,6)	31,7 (6,0)
P-CAT subskår organisatorisk og miljømessig støtte (sum spørsmål 7, 8, 9, 10 og 12)	18,1 (3,5)	19,7 (4,8)

Det var betydelig færre som svarte i oppfølgingsundersøkelsen, og forskjellen i resultatene er derfor ikke analysert med statistiske tester.

Oppsummering av funn ved analyse av kvantitative data

Kun 35 pasienter var inkludert i den kvantitative evalueringen og det er derfor vanskelig å trekke konklusjoner på bakgrunn av dette materialet. Funksjonsnivået har blitt dårligere i løpet av oppfølgingsperioden. Forverring i funksjonsnivå forklares antagelig av progresjon i pasientenes demenssykdom i løpet av tiden som har gått.

Det er en tallmessig nedgang i bruk av alle medikamenter med unntak av demenslegemidler, og nedgang i total bruk av psykofarmaka er statistisk signifikant.

Høyere depresjonsskår ved oppfølgingsundersøkelsen kan muligens ha sammenheng med reduksjon i medikamentell behandling (tabell 9.3). Imidlertid vet vi ikke om den medikamentelle behandlingen er blitt bedre ved de endringene som er gjort for pasientene i denne studien. Vi har ikke undersøkt effekten for den enkelte pasient av de seponeringer som er gjort. Det kan også tenkes at personalet har utviklet en bedre observasjon av pasientene gjennom prosjektdeltagelsen, slik at depressive symptomer registreres nøyere. Uttalelser i fokusgruppeintervjuene kan tyde på det.

Til sammen 44 personale deltok i første utfylling av spørreskjema som viste at gruppen besto av 68 prosent helsefagarbeidere. Halvparten hadde 75 prosent stilling eller mer og 45 prosent hadde jobbet ved sykehjemmet i over 10 år. Til sammen 64 prosent hadde ikke noen form for videreutdanning.

Ved oppfølgingsundersøkelsen var det bare 23 av disse som besvarte spørreskjemaene. Frafallet skyldes flere forhold, både sykefravær i personalgruppa og at noen av personalet flyttet til annen gruppe.

Personalets erfaringer

Kvalitativt tilnærming gir muligheter for detaljert og nyansert kunnskap om spesielle mønstre som beskriver et fenomen. (Alvesson, Sköldberg 2008, Johannessen et al. 2010) Det ble gjennomført fokusgruppeintervju ved hvert sykehjem. På sykehjemmet der kun en avdeling deltar i prosjektet, besto fokusgruppa av hele personalgruppa med en vernepleier og fem helsefagarbeidere. Intervjuer har ingen tilknytning til sykehjemmene der intervjuene ble foretatt og intervjuene ble gjennomført i et nøytralt lokale utenfor arbeidsplassen. Ved sykehjemmet som deltok med samtlige avdelinger med langtidsplasser, ble teamkontaktene intervjuet i gruppe og teamlederne individuelt. Teamkontaktene er helsefagarbeidere, mens teamlederne har 3-årig høgskoleutdanning som sykepleier eller vernepleier. Begrunnelsen for at disse ble intervjuet hver for seg var teamledernes posisjon som faglige ledere av fire ulike team. Det var av interesse å innhente deres erfaringer uten at de ble påvirket av hverandres synspunkter

(Ryen 2002). Lederne ved sykehjemmene har beskrevet sine erfaringer i implementeringsperioden i refleksjonsnotater. Prosjektmedarbeidernes logg fra arbeidet har også vært en datakilde. Dette er tatt med som supplement til data fra intervjuene av personale. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert som fulltekst.

Av anonymitetshensyn behandles erfaringene samlet fra begge sykehjemmene, og informasjon fra refleksjonsnotat og prosjektmedarbeidere flettes inn i dette. Ut fra hensikten om å få innsikt i hva som har påvirket implementeringsprosessen og hvordan modellen har fungert i praksis, ble det valgt en intervjuform med åpne spørsmål både i fokusgruppene og de individuelle intervjuene. Det ble spurt om hvordan det har vært å delta i prosessen med utvikling og implementering av den strukturerte miljøbe-handlingsmodellen, og hvordan det har vært å arbeide etter denne modellen i praksis. Det er lagt spesiell vekt på å beskrive hva som eventuelt har vært til hinder og hva som har gjort at de har lyktes i dette arbeidet. Deltakerne ble bedt om å utdype hva implementering av modellen har betydd på individ-, gruppe- og ledelsesnivå.

Den transkriberte teksten er gjennomgått i tre faser inspirert av metode-beskrivelse hos Ryen (2002) og Johannessen og medarbeidere (2010). Ved første gjennomlesing ble det dannet et inntrykk av hva teksten handler om. I neste fase er teksten delt inn i meningsbærende enheter. Innholdet er delt opp i kategorier etter hva intervjuobjektene har formidlet som betydningsfullt for seg. Det falt naturlig å tematisere i to hovedkategorier med flere undergrupper. Den ene hovedkategorien beskriver ulike erfaringer fra samhandling i miljøet som hemmer eller fremmer innføring og utvikling av miljøbehandling, mens den andre omhandler erfaringer fra det å arbeide med miljøbehandlingsmodellen i praksis (tekstboks 9.2). I tredje fase er eksempler på meningsinnhold valgt ut fra hva informantene har formidlet. Sitater er markert med kursiv tekst.

Tekstboks 9.2: Hovedtema og undertema i analyse av intervjudata

Hovedtema	Undertema
Erfaringer fra samhandling i arbeidsmiljøet	• Rolleavklaring og medbestemmelse • Leders rolle • Å få alle med • Tilgang på kompetanse • «Et ørlite snev av engasjement»
Erfaringer med modellen i praksis	• Bruk av planer som struktur for miljøbehandling • Funksjonsinndeling • Fleksibilitet i forhold til rammer

Erfaring fra samhandling i arbeidsmiljøet

Til tross for ulike erfaringer underveis, beskriver personalet i ettertid innføring av strukturert miljøbehandling som en prosess der motstand er blitt byttet ut med en opplevelse av mestring og engasjement.

Veldig mye papirer til å begynne med. Det trur jeg de fleste opplevde! Men så skjønner jeg at vi må ha ned på papiret litt før vi kommer i gang ordentlig. Nå tror jeg ikke vi tenker så mye på det lenger, det går av seg sjøl.

Rolleavklaring og medbestemmelse

Helsefagarbeidere er den største faggruppe som arbeider i sykehjem. Ved å opprette ei prosjektgruppe som besto av representanter fra denne yrkesgruppen, deltok de som arbeidet nærmest pasientene i utviklingen av prosjektet. Helsefagarbeiderne beskriver dette først og fremst som en positiv erfaring.

Det jo bra at vi hjelpepleierne blir tatt med på noe da! Det er jo en erfaring, litt all right å bli tatt litt på alvor og..at vi kan vise at vi får til noe!

På denne måten plasseres ansvar for fagutvikling og gjennomføring nærmest mulig pasienten. Samtidig beskriver helsefagarbeiderne en opplevelse av usikkerhet som har virket hemmende i oppstartfasen.

Var ikke sikker på hvor plassen min var og hva som skulle forventes av oss.

De beskriver at det skjedde en positiv endring da teamledere ble inkludert i prosjektgruppa.

At det ikke bare var jeg alene, men at teamlederen også måtte vise litt interesse og... så vi diskuterte litt mer

Her beskrives et samarbeid mellom personale på ulikt nivå som preges av respekt for at ulike arbeidsoppgaver har like stor verdi. Sykepleiergruppa understøtter dette ved å trekke fram betydningen av entusiasmen disse medarbeiderne viser.

De er kjempeinteresserte og kan masse og er veldig positive. Tar imot med åpne armer og synes det er veldig interessant...

Leders rolle

Erfaringer som beskrives, viser at leders rolle har stor betydning i både positiv og negativ retning ved endring i organisasjonen. Ved å kreve oppmøte på informasjonsmøter, kompensere for oppmøte på fritid og leie inn vikarer for fast personale i arbeidstida, skapes en bevissthet om at miljøbehandlingsmodellen er viktig. Det motsatte har vært tilfelle når informasjon om prosjekt nedprioriteres, ignoreres eller legges til tidspunkt med få møtedeltakere. Hvordan ledere profilerer prosjektet utad i presse og kommune for øvrig, påvirker personalgruppas opplevelse av om arbeidet de gjør er av betydning eller ikke.

At leder viser interesse for arbeidet oppleves som motiverende i en implementeringsprosess.

Den lederen jeg har opplevd som mest støttende kommer faktisk fra en annen avdeling! Her trur jeg at de er flinke, pasientene er så rolige, de er så velstelte støtt, ser så bra ut.

En direkte og spontan oppmuntring gir opplevelse av at det en holder på med betyr noe.

Det beskrives hvordan fravær av ledelse påvirker endringsprosesser.

Tror egentlig at de vil at det skal være sånn på alle avdelinger, men de vil ikke gjøre noe med det sjøl, de vil at det skal vi gjøre. Men muligheten til å gjøre det, den må vi finne sjøl. Men jeg mener at slike ting går ikke av seg sjøl, det må styres littegranna og lages rom for det.

At ledere på alle nivåer er tydelige i personalgruppa si og følger opp de som ikke viser engasjement, trekkes spesielt fram som betydningsfullt.

Noen må i grunnen tøy seg litt mer enn andre! Og det er greit noen ganger, men det er ikke greit hele tida!

Ledere som ikke engasjerer seg blir av noen oppfattet som hemmende for prosessen, og blir indirekte støttespillere til de som motarbeider denne.

Hun skulle være med i dette prosjektet, men så har vi liksom ikke fått noe støtte der heller!

Tilsynslegen ved sykehjem blir betraktet som en person med ansvar for behandling. I hvilken grad han deltar i denne prosessen er av betydning.

Det en føler litt på er det at ikke legen vår blir dratt inn i dette.

Selv om legen er invitert med, oppfatter ikke personalgruppa at han har deltatt.

Å få alle med

Tross omfattende informasjon, grundig opplæring og muligheter for å delta i utforming av miljøbehandlingsprosjektet, oppleves det ikke at hele personalgruppa arbeider mot samme mål.

Alle skulle være litt med på det hvis det hadde gått an...

Dette beskrives som et hinder i implementeringsprosessen.

De møter jo ikke opp på møtene om du sier du skal ha informasjon... de innhenter ikke opplysninger heller, selv om de nesten får de utdelt!

Å møte negative holdninger, oppleves som ressurstappende.

...de syter og klager når noe er bestemt, men å komme og ytre hva de ønsker og ikke ønsker, det er på en måte ikke et tema...

Å ta høyde for at implementeringsprosesser tar tid, og at en hele tida må samarbeide om å holde fokus oppe ved å vise til målsettinger, trekkes frem som positive måter å møte dette på.

Den enkeltes holdning ved uforutsette hendelser, kommer til syne i endringsprosesser. Noen ser det som en del av arbeidet å tilpasse seg nye situasjoner.

Så er det noe nytt da, vi er i det, og vi lever tross alt i 2011! Det går mye på en sjøl!

Bevissthet på hvordan en sjøl påvirker miljøet er viktig når miljøbehandling utøves.

Ved å styrke ressurspersoner med spesielt ansvar fra ulike avdelinger, øker muligheten for en god implementeringsprosess. Gjennom ekstra oppfølging og kompetanseutvikling, internt og eksternt, utvikles et fellesskap som bidrar til å holde fokus på prosjektutviklingen.

Forsto mer etter å ha deltatt i seminar med andre delprosjekt, jeg lærte SÅ mye av det som jeg kunne bruke etterpå!! Skjønnte bedre at alt har en sammenheng...

Hvordan det er å være utpekt til ressursperson oppleves ulikt. Det erfares at ressurspersoner på skjermet avdeling, der miljøbehandling er kjent fra tidligere, i større grad møtes med interesse og engasjement fra kolleger enn i tradisjonelle sykehjemsavdelinger. Der gir tilbakemeldingene signaler om feil prioritering av tid og oppgaver. Dette kan tyde på at der det finnes faginteresse i miljøet, møtes nye tanker med interesse, mens lavere kompetanse lettere gir grobunn for motstand mot nye måter å tenke på.

Det har vel noe med at de viser aldri noe engasjement sjøl, tror ikke de helt skjønner hva som skal til for at ting ska kunne gå!

Tilgang på kompetanse

Tilgjengelig kompetanse oppleves som fremmede i endringsprosessen. Kompetanseheving gjennom undervisning har fremmet implementeringsprosessen og kommer til uttrykk gjennom begeistrede uttalelser fra personalet:

Det har jo vært veldig mye bra da, vi har jo vært på kurs med kjente forelesere og spesialisthelsetjenesten har fulgt opp med jevnlig besøk, virkelig mye bra, når en tenker tilbake på de åra som har gått.

Av størst betydning trekkes likevel fram muligheten til å få veiledning og støtte når vanskelige spørsmål dukket opp.

Da trakk jeg inn prosjektsjukepleier så hun kunne være med å svare litt mer. For da følte jeg at jeg ble litt usikker hvis det kom litt kritiske spørsmål. Men så har det liksom gått seg litt mer til etter hver.

Det nevnes som spesielt nyttig at personalet fikk arbeide sammenhengende og i fellesskap, under veiledning, når planer skulle utarbeides.

Et ørlite snev av engasjement

Interesse og engasjement beskrives som en viktig forutsetning for å lykkes med innføring av en ny modell å arbeide etter. Dette er forutsetninger for generering av eget initiativ hos personalet.

Vi bestemte oss for at nå har vi kveldsvakt sammen, så da skriver vi holdningsplaner hvis det er rom for det. Så nå kan du sitte og skrive, mens jeg gjør det andre.

Her beskrives samtidig et godt samarbeid og betydningen av kontinuitet.

Det er viktig at det er fast personale. De som er faste, ser ting mye lettere og arbeidsbelastningen blir mindre. Samarbeidet i hverdagen bedres. Kanskje behøver vi ikke å si noe, men vi ser det og hører det.

De som viser engasjement opplever også å møte motstand. Å skylde på manglende tid, oppleves som en anerkjent unnskyldning for ikke å delta i miljøbehandling.

Mange mener at det er ikke tid til å gjøre noe, og det mener de før de starter dagen.

Andre motargumenter handler om å forsvare tidligere praksis.

Dette her har vi gjort i alle år, så hvorfor skal vi skrive ned dette her?

Å møte argumenter som en ikke kan avvise som direkte usanne, men som innebærer avvisning av nye arbeidsmetoder, oppleves som tøft.

Det blir jo påstand mot påstand føler jeg da! Sitt att med lua i fanget sjøl syns jeg...

Her beskrives en avmaktsfølelse der det oppleves at ny kunnskap ikke har gjennomslagskraft eller når fram slik at praksis endres. I slike sammenhenger kan drøfting i ei bredere sammensatt gruppe gi muligheter for at flere handlingsalternativer blir anerkjent og tatt i bruk.

Tid til refleksjon verdsettes i personalgruppa.

Syns det er godt å ha den tida på morgenen, for da har vi et lite møte der vi planlegger dagen. Og det har vært godt hvis noe har vært utfordrende, da kan en kan ta opp det.

Når miljøet er preget av trygghet, gjensidig respekt og interesse, øker muligheten for å lære av hverandre. Samtidig gis det rom for motsetninger og uenighet slik at utfordringer kan møtes på en hensiktsmessig måte.

Under denne prosessen her – du er ikke enig i alle forslag, men det er lov å si fra, lov å diskutere, komme fram til ting, og når du får vinklet det i frå andre, ja da er det kanskje slik likevel.

Rom for slike refleksjoner fremmer et godt samarbeid på avdelingen og gir trygghet til å kunne utvikle handlingsalternativer sammen.

Erfaringer med modellen i praksis

Når den teoretiske modellen er implementert og planene utarbeidet danner dette en helhet som utgjør grunnlaget for det daglige arbeidet.

Det handler jo litt om å legge opp dagen sin lite grann, du må tenke litt i forkant hele tida! Du har litt tid å gå på, hvis jeg gjør det så kan jeg gjøre det... du har det i bakhodet hele tida, at du skal prøve å få til noe mer enn akkurat det å ta dem opp å gi dem mat, tenke på det da du kommer på jobb og ikke bare ta det som det kommer! Da har plutselig dagen gått uten at du har fått gjort noen av de planlagte aktivitetene!

Bruk av planer som struktur for miljøbehandling

Individuelle holdningsplaner danner grunnlaget for all planlagt aktivitet på avdelingen. Det gjør at det arbeides systematisk og det er ikke tilfeldig hva som skjer. Pasientene skal ha behandling som planlagt uavhengig av hvem som er på jobb.

Miljøbehandling fordrer detaljert kjennskap til hver enkelt pasient.

Jeg føler at når du sitter og skriver en holdningsplan på en pasient, så blir du veldig godt kjent med han ... da bruker du bakgrunnsopplysninger. Det er litt lettere å forholde seg til pasienten etterpå.

For personale som er ukjente, er holdningsplanene nyttig verktøy.

Jeg synes det er fryktelig viktig når jeg er på andre avdelinger, da leser jeg holdningsplanen i stedet for å spørre hele tida. Dessuten er det veldig greit hvis det kommer inn en vikar, vi kan vise holdningsplanen, så blir de kjent med pasienten før de går inn.

Nytteverdien er spesielt synlig ved alvorlig demens.

Vi har et par pasienter der alle må gjøre nøyaktig det samme, ellers så blir det tull.

Ved mindre alvorlige sykdomsforløp der pasienten har større evne til å tilpasse seg personalets rutiner, beskrives likevel fortvilelse over kollegaer med manglende interesse for å tilegne seg pasientkjennskap:

Pasienten var jo uroligere når folk ikke gjorde seg kjent og leste ... da ble det også oftere gitt eventuelt medisiner.

Det oppleves som viktig at holdningsplaner integreres i det dokumentasjonssystem som benyttes på arbeidsplassen og ikke blir et system ved siden av. Samtidig som fleksibiliteten i skjemaforming og muligheten for å tilpasse planen til hver enkelt pasient blir bedre, gir det en mulighet for å dokumentere i henhold til gjeldende lovverk.

Jeg synes det var så fint å få det inn på data for da kunne du klippe ut å lime inn i stedet for blyant og viskelær, dessuten får du plass til alt du vil skrive!

Integrering i dokumentasjonsprogram gir mulighet til å trekke ut enkelt-punkter det er spesielt ønske om å følge tett med hensyn til evaluering og justering, og holdningsplanen blir et mer aktivt dokument.

Det å se at kanskje ei mestrer å smøre på brødskiva en dag og så plutselig greier hun det ikke, så det blir rett og slett nesten en katastrofereaksjon. Altså, bare å innse at okay. Hun klarer det ikke. Det gjør bare vondt verre for henne. Få til det, bare akseptere det. Okay, hun trenger hjelp. Skal ikke mestre for en hver pris heller! Så klart de skal mestre så lenge de kan, men...

Gundersons prosesser som legges til grunn når holdningsplanene skal utvikles, kan oppleves som vanskelige å bli kjent med.

Det med holdningsplaner, var vanskelig tel å byne med, syns je. Je hadde itte helt taket på det, men når jeg hadde fått satt meg ned og fått hjelp til å skrive en, da fikk jeg et mye bedre forhold til det.

Grundig arbeid med hva Gundersons variabler inneholder, synes viktig. Uten at disse er forstått av personalet, kan samhandlingsaspektet lett bli usynlig til fordel for konkrete rutinebeskrivelser.

Noen ganger kommer du bedre inn på pasientene når du sitter inne på romma. Det skjer jo at du har en skikkelig god kommunikasjon, og da vil jeg si at det er et gyllent øyeblikk! Og det er og en aktivitet, men noen mener itte det...

Dette kan tolkes som at personalet har ulik oppfatning av innholdet i variablene engasjement og bekreftelse, men det kan også forstås som at det er ulike oppfatninger om rammer og fleksibilitet.

Ved utfordringer og uenighet om handling kan holdningsplanene være spesielt nyttige.

Når det er behov for skjerming, da trenger pasienten trygghet. Vi har det nedfelt i holdningsplanen. Da er det veldig greit å gjennomføre. At det er et redskap for oss hvordan vi møter uro. Vi merker jo når det er noe på gang. Så da kan vi være litt forut for utbruddet. Da er det jo sagt i holdningsplan hva vi skal gjøre. Vi ser og en nedgang i forhold til bruk av beroligende etter prosjektet – jeg merker stor forskjell.

I utviklingen av holdningsplaner foregår det fagdiskusjoner, og personalet opplever at de kan komme med faglige begrunnelser når det er uenighet.

Dagsplanene er brukt til arbeidsfordeling og planlegging hver dag. Noen oppfatter at dette har utløst bedre tid.

Jeg føler nesten at jeg har mindre ansvar nå, for vi har fordelt så mye. Før på andre avdelinger så har jeg kanskje følt at en må ta ansvar for alle brukerne, men nå har vi fordelt dem mellom oss så det blir på en måte mindre ansvar, selv om vi hjelper hverandre.

En god dagsplan setter pasienten i fokus framfor rutiner på avdelingen.

Ser hver pasient, bare det at vi har dem på dette arket om morgenen og på kveldsvakt. Du ser faktisk alle på en måte, han skal du innom og han skal du innom, ja. Han trenger det og den trenger det...

Funksjonsinndeling

På begge sykehjem er pasienter fordelt på grupper etter funksjonsnivå.

Det er viktig å fungere på et noenlunde likt nivå for at miljøbehandling skal kunne fungere. Men det kommer jo an på hva som er problematikken! Skal en få til noe så må det være noen felles trekk. I hvert fall der det er utfordrende atferd med i bildet, da er det enda viktigere åssen en setter sammen ei pasientgruppe.

Rekruttering til ledige plasser medfører av og til flytting mellom avdelinger. Hvis personalgruppa ikke er innforstått med kriteriene for funksjonsinndeling, kan dette medføre uro i personalgruppa.

De har vel ikke visst hvor de skal gjøre av pasienter, og da har de dyttet dem hit...

At gruppene har ulik sammensetning av pasienter og personale utelukker ikke at de kan ha nytte av å utveksle kunnskap og erfaringer, ikke minst ved overflyttinger.

Sitter og tenker på det jeg, at det skulle egentlig vært artig å hospitere en dag på avdelingen deres!

Leder har ansvar for å utnytte personalets kompetanse riktig. I den prosessen ligger en mulighet for personalet til å beskrive hva de selv opplever som mest meningsfullt å arbeide med. Det oppleves motiverende og har positiv innvikning på arbeidet som blir utført.

Det må da ha vært positivt at alle fekk ønske seg hvor dem fekk være hen og at det DA skulle være greiere å få gjennomført dette her! Og at virksomhetsleder har vært med hele tida, skikkelig engasjert!

Fleksibilitet – rammer

Fleksibiliteten i dagsplan har variert fra planer der aktiviteter har vært forhåndsoppsatt, til planer med åpne felter med mulighet til å velge aktiviteter ut fra holdningsplanen til den enkelte pasienten.

Når folk kan velge litt sjøl hvilke aktiviteter de gjør med pasientene så blir de faktisk gjort, i stedet for at de på en måte blir pålagt noe...

En slik fleksibilitet gir rom for å ta hensyn til variasjoner i pasientenes dagsform, samtidig som personalet opplever valgfrihet og kan gjøre det de opplever som mest meningsfullt i samhandling med pasientene.

Det er så forskjellige dager da veit du. At det som fungerer en dag kan skjære seg fullstendig neste dag. Det er et viktig poeng.

Ikke alle opplever slike variasjonsmuligheter som uproblematisk.

De skal ikke gjøre noe av det som ikke står på planen! Jeg vet ikke hvorfor, men det er noen som mener dette her på en måte er tvang! Eller altså er det noe du MÅ gjøre, det er ikke noe de gjør for at det er en del av pleien, dette er noe som på en måte er pålagt, så det høres så negativt ut! Det er jo ikke det, for det er jo bare et hjelpemiddel for oss, det er det det er!

Uansett uenighet om enkeltelementer, trekker personalgruppa fram mange eksempler på at de opplever at pasientene har en bedre hverdag etter at miljøbehandlingsmodellen er implementert. Dette beskrives først og fremst gjennom aktiviteter der ro, hygge og trivsel er målet.

Tilstedeværelse forebygger uro. For ser dom øss itte så blir dom urolige.

Respekt for pasientens integritet beskrives.

En som har hatt besøk for eksempel. Det er jo ofte aktivitet nok. Trenger ikke så mye mer. En annen dag så er dom veldig trøtte og sitt og har det greit. Er rolige. Å det syns je og at dom bør få lov tel. Det er en snittalder på 90 så... Skal du itte få lov tel å bestemme over deg sjøl da så får du itte gjort det non gong.

Samtidig holdes fokus på at det ikke brukes som unnskyldning for å unnlate å gjennomføre miljøbehandlingstiltak.

Vi ser måltidet som en aktivitet. Vi ser at vi har revurdert hva som er begrensninga tel pasienta. Kanskje dom svikter mer enn det vi har forvente helt i starten. Vi prøver jo så langt vi kan å støtte opp om det dom fortsatt mestre. Det går på verdighet. Sjøl om dom mestrer å ha på syltetøy på brødskena, så synes ikke jeg det er verdig når de har det

på egget. De kan eta hva de vil på egget for meg, men je veit at hadde du vori frisk, så hadde du itte gjort det.

Mye enklere å se hver bruker for det han er! Er det itte det en kaller personsentrert omsorg da?

Diskusjon, metodiske begrensninger og oppsummering

Gundersons prosesser som teoretisk modell beskriver en måte å tenke på som gir systematikk, når miljøet skal brukes som behandling overfor personer med demens i sykehjem. Modellen kan virke fremmed, teoretisk og vanskelig å tilegne seg, men når forståelse for innholdet i begrepene *trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse* er der, fremmer disse en tenkemåte der personalet setter miljøbehandling i sammenheng med hver enkelt pasient. I behandlingsøyemed gir prosessene en mening som er noe mer enn bare et tiltak.

Funksjonsinndeling av avdelingene eller gruppene ved sykehjem er et av tiltakene som er gjennomført på organisasjonsnivå i miljøbehandlingsprosjektet. Ved at personer med tilnærmet lik funksjonsevne bor sammen, kan de lettere delta i felles aktiviteter på egne premisser og ha større glede av et fellesskap. Fellesaktiviteter i miljøbehandlingen kan planlegges for hele gruppen.

At gruppens medlemmer skal ha ganske likt funksjonsnivå krever at pasientene flytter når endring i funksjon oppstår. Dette stiller krav om at personalet legger til rette for at hver enkelt pasient til enhver tid opplever å bo i et trygt og hjemmehygge miljø.

Modellens inndeling med fokus på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå har vært sentral. Den inneholder systematisk organisering på de tre nivåene med egne planer og målsettinger, som påvirker og er avhengige av hverandre. For at modellen skal implementeres på samtlige nivå kreves det at leder er engasjert og deltar aktivt i planlegging av miljøbehandlingen. Leder må ha et bevisst forhold til bruk av personalets fagkompetanse, støtte opp om positive prosesser og følge opp personale som ikke arbeider mot fastsatte mål.

Når arbeidet organiseres slik at personalet deltar i utforming av planene og når det ryddes rom for refleksjon i denne prosessen, fremmer modellen samarbeid og fagutvikling i personalgruppa.

Det kan oppleves som krevende og omfattende å innføre modellen ettersom den omhandler flere nivå i organisasjonen, og mange personer blir berørt. Etter implementering oppleves organiseringen forenkende og som et godt kommunikasjonsmiddel.

Verktøyene holdningsplan, døgnrytmeplan, plan for dag og kveld, samt ukeplan som har vært personalets arbeidsredskap, gir oversikt, forutsigbarhet og sikrer gjennomføring av miljøbehandlingstiltak både overfor den enkelte pasient og på avdelingsnivå. I en startfase kan det oppleves tidkrevende å fylle ut planene og å holde dem oppdatert. Når de er innarbeidet og benyttes som en god rutine, oppleves de som rammer rundt en hverdag der det er frihet og tid til å utøve god miljøbehandling for den enkelte pasient – alene eller i et fellesskap. Det er en veksling mellom struktur og fleksibilitet der begge ytterpunktene er av like stor betydning. Struktur alene gir ikke rom for variasjoner hos den enkelte pasient, mens fleksibilitet uten struktur umuliggjør en systematisk miljøbehandling.

Underveis i prosessen har noe usikkerhet vært knyttet til rolleavklaring og forståelse av verdigrunnlag og metode. I møte med denne usikkerheten har undervisning vært av stor betydning, men det er også andre prosesser i arbeidsmiljøet som har vært avgjørende for om kunnskap har latt seg omsette i praktisk handling. Økt fagkunnskap har gitt personalet et bedre grunnlag i faglige diskusjoner, men for å oppnå en forståelse som påvirker yrkesutøvelse overfor hver enkelt pasient, kreves trygghet og rom for uenighet i personalgruppa. I et slikt arbeidsmiljø kan ulike handlingsalternativer utvikles, systematisk iverksettes og følges opp.

Resultatene fra den kvantitative datainnsamlingen indikerer en forverring av funksjonsnivå og depressive symptomer hos pasientene. Det er mulig at det har sammenheng med forverring i deres sykdomstilstand, og ikke som et resultat av intervensjonen i prosjektet. Dessuten er det gitt opplæring om demens og behandling av demens i forbindelse med prosjektet,

samt innført rutiner for systematisk kartlegging, som kan ha bidratt til en bedre observasjon av hvordan pasientene egentlig har det.

Til tross for at det er en liten gruppe, er det en statistisk signifikant nedgang i bruk av medikamenter innen gruppen psykofarmaka. I fokusgruppeintervjuene beskrives også en mer bevisst holdning til bruk av medikamenter. Selv om hovedvekten i dette prosjektet er lagt på den kvalitative evalueringen, viser disse funnene at det er viktig å supplere kvalitativ evaluering med evaluering av kvantitative variabler.

Den kvantitative evalueringen av dette prosjektet har noen begrensninger som gjør at resultatene må tolkes med varsomhet. Studien er liten, vi har ingen kontrollgruppe, og deltagerne er ikke blindet. Det er mange personer som har deltatt i datainnsamlingen, og det er de samme personene som har stått for datainnsamling og som har jobbet med implementering av modellen.

Prosessevalueringen beskriver endring i måten personalet ser hver enkelt pasient på, og at dette har påvirket deres samhandling med pasienten. Den kvantitative datainnsamlingen med personalets vurdering av graden av personsentrert omsorg, viser også en tendens som underbygger dette.

Begge sykehjemmene som har deltatt i prosjektet vil fortsatt arbeide videre etter modellen også etter at prosjektet avsluttes. Ved sykehjem A har leder nedsatt en tverrfaglig gruppe med representanter fra alle enhetene som skal fortsette arbeidet. Ved sykehjem B har leder planer for at hele sykehjemmet skal ta modellen i bruk. Leder ønsker å bruke den kompetansen som personalet i prosjektenheten har tilegnet seg, for å oppnå målet.

Anbefalinger for praksis

Ved innføring av ny praksis i et sykehjem må oppstartfasen tillegges stor betydning. Å oppnå aksept for planene er viktig. Informasjon må nå hele personalgruppa. Ved å beskrive bakgrunn for ønske om endring, samtidig som det gis rom for å stille spørsmål og gi uttrykk for sine interesser, kan personalet motiveres til deltakelse. Det er lettere å akseptere en avgjørelse en opplever at en har hatt mulighet til å påvirke. Både undervisning om

nye arbeidsmetoder og prosessen som skjer når metodene skal innføres på alle nivå, er viktig ved innføring av modellen. Ut fra våre erfaringer, er det nyttig med en lokal leder for prosjektet, men det må avklares hvilket ansvar som tillegges denne og hva som ligger hos administrativ ledelse.

Funksjonsinndeling i sykehjem er ingen forutsetning for innføring av miljøbehandlingsmodellen, men en fordel. Vi erfarte at detaljerte kriterier for hvem som skal bo hvor, ikke er tilstrekkelig. I tillegg til klare kriterier for inndeling av gruppene, må det innarbeides gode rutiner for overflyttingsprosesser. God informasjon til alle involverte parter, overføring av pasientkjennskap både skriftlig, muntlig og gjerne med hospitering mellom avdelingene og tilrettelegging av fysiske forhold, må gjøres i forkant av flyttingen.

For at ei personalgruppe skal arbeide etter en ny metode som de selv skal være med og legge innholdet i, må arbeidsmiljøet være preget av trygghet og likeverdighet. Hvordan ideer blir møtt påvirker medarbeideres vilje til samarbeid og engasjement. En god kreativ prosess gir hver enkelt mer selvtillit og tro på egne evner til å bidra konstruktivt. De som arbeider nærmest pasienten må delta i utvikling av planer som angår den enkelte pasient, for at det skal utøves god miljøbehandling.

Referanser

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol.Psychiatry*, 23, 271-284.
- Alvesson M, Sköldbberg K (2008) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Lund, Studentlitteratur.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 2308-2314.
- Gunderson JG (1978) Defining thr therapeutic process in psychiatric milieus. *Psyciatry*, 41, 327-335.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* Jun;140:566-72.
- Jakobsen R (2007) *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*, Bergen, Fagbokforlaget
- Johannessen A, Tufte PA, Kristoffersen L (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo, Abstrakt.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 179-186.
- Rokstad AMM, Smebye KL (2008) *Personer med demens: møte og samhandling*, Oslo, Akribe.
- Ryen A (2002) *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*, Bergen, Fagbokforlaget
- Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2001) *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: PAFFUMA.
- Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J (1993) Dementia care creating a therapeutic milieu. *J Gerontol Nurs*, 19, 30-9.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS (2000) The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc.*, 114-116.
- Wogn-Henriksen K (2001) Miljøbehandling - Hva er det? *ERGOperapeuten*, 2001, 20-23.

KAPITTEL 10

Hva fremmer og hemmer utvikling av miljøbehandling til personer med demens i sykehjem?

Forfatter: Anne Marie Mork Rokstad

Underveis i Utviklingsprogram for miljøbehandling er det arrangert årlige to dagers samlinger for prosjektledere og sentrale aktører i de ulike delprosjektene. På disse samlingene har en presentert fremdrift fra delprosjektene og drøftet felles erfaringer. Et tema som har vært gjennomgående i samlingene, er hvilke faktorer som fremmer og hemmer innføring av miljøbehandlingstiltak og personsentrert demensomsorg. På siste utvidede fellessamling ble det gjennomført en fellesevaluering av utviklingsprogrammet. Deltakerne fikk i oppdrag å oppsummere erfaringer fra utviklingsarbeidet i grupper med særlig fokus på fremmende og hemmende faktorer. De ble bedt om å uttale seg om betydningen av ledelse, struktur og organisering samt personalfaktorer. Følgende oppsummering viser hvilke faktorer som ble fremhevet som positive og negative.

Ledelse - nøkkelen til et vellykket resultat

Både i de enkelte delprosjektene og i fellesevalueringen er ledernes rolle vektlagt som pådriver for å gjennomføre et vellykket prosjekt og oppnå positive resultat. Lederne på de institusjonene som har deltatt har hatt ulike forutsetninger for å utøve sine lederoppgaver på grunn av ulik organisering av sykehjemmene. Noen er formelle eller uformelle teamledere, noen tradisjonelle avdelingsledere, andre er fagansvarlige ledere organisert i en base som betjener hele institusjonen. Størrelsen på avdelinger og enheter varierer. Enkelte ledere har hatt personalansvar for opptil 80 ansatte og hatt begrensede muligheter til nær og deltakende oppfølging av den daglige praksisutøvelsen.

Det blir fremhevet at leder må være synlig, tydelig og til stede for å drive utviklingsarbeidet fremover. Leder må ha kunnskap om miljøbehandling og anse satsingen som avgjørende for god kvalitet i tjenesten. Vedkommende må synliggjøre viktigheten av satsingen og gi informasjon både internt overfor egne ansatte og eksternt overfor bevilgende myndigheter, administrativt nivå og allmennheten. Dette vil bidra til å skape engasjement og stolthetsfølelse hos personalet. Internt i avdelingen blir rollen som veileder, motivator og lyttende støttespiller vektlagt. Koordinering og tilrettelegging av struktur er ønsket. Viktigheten av å avklare hvem som gjør hva, hvor og når og følge opp at prosessen går etter planen understrekes. Ansvarliggjøring og delegering er ønskelig, men samtidig etterlyses tilbakemeldinger i form av ros, anerkjennelse og påpekninger av områder som kan forbedres.

For at ledere skal ha mulighet til å utøve den ledelsesfunksjonen som fremheves som en forutsenning for god fagutvikling, må institusjonen være organisert på en slik måte at dette er overkommelig. Antall pasienter og ansatte vedkommende har ansvar for, må ikke overskride det som faktisk er mulig å rekke over for en leder. Jo flere ansatte, jo mer tid går med til administrasjon i form av arbeidstidsplanlegging, oppdekking av turnus, lønn, oppfølging av sykemeldte og lignende. Ansvar og myndighet som er delegert til ledere på ulike nivå er forskjellig. Noen har en uformell gruppelederfunksjon der de blir gitt lederoppgaver uten myndighet til å ta avgjørelser ut over de daglige arbeidsoppgavene og uten kompensasjon i form av tid eller avlønning. Andre er ledere for store personalgrupper uten å ha det formelle personalansvaret for disse og således ikke kan gå i dialog med dem om vesentlige forhold knyttet til utførelsen av arbeidet.

Ut fra erfaringen fra de ulike delprosjektene i utviklingsprogrammet, vil vi foreslå at ledere i sykehjem bør ha overkommelige enheter å lede der de har helhetlig ansvar både for det faglige tilbudet som gis til pasienter og pårørende, samt det reelle personalansvaret for de ansatte.

Forutsigbar, men ikke fastlåst organisering og struktur ønskes

Organisering og strukturering av arbeidet i sykehjemsavdelingene ligger i spenningsfeltet fra det rigide og fastlåste til det uoversiktlige og kaotiske. Ønskemålet med organisering og struktur er at den skal gi forutsigbarhet

og vise retning for arbeidet samtidig som det gis rom for fleksibilitet, frihet under ansvar og mulighet for å justere tiltakene overfor pasientene etter dagsform og ønsker.

Planlegging og ansvarsfordeling bidrar til forutsigbarhet og stabilitet. Muligheter for kompetanseutvikling for ansatte samt bred deltakelse og tverrfaglig sammensetning av personalgruppen i utviklingsprosesser, er viktig. De tillitsvalgte og verneombud på enheten bør være aktiv medspiller for ledelsen i planlegging og utviklingsarbeid. Flere av delprosjektene har hatt fokus på strukturering av arbeidsmåter i enhetene, blant annet etablering av planverktøy og fagmøter. Tilrettelegging av mulighet for felles refleksjon og diskusjon rundt enkeltpasienter og gruppen av beboere i enheten trekkes frem som vesentlig. Dette må inn i en fast struktur der møtets hensikt, innhold og ledelse er avklart og tid for gjennomføring definert i arbeidstidsplanleggingen. Viktige tiltak som skal følges opp etter møtet, må skriftliggjøres og evalueres for å sikre iverksetting og oppfølging. Hvem som skal delta på møter for fagutvikling, kompetanseheving eller til drøfting av pasienter, må avklares. Ønsket deltakelse av ansatte på fritid må kompenseres i form av fritid eller lønn.

Gode verktøy til planlegging og konkretisering av pasientens behandlings tiltak er nødvendig. Erfaringene med utvikling av dagsplan, ukeplan og holdningsplan for pasientene i et av delprosjektene ble tatt godt imot. Ulike verktøy for dokumentasjon av pasientbehandlingen er i bruk ved sykehjemmene. For mange av disse IT-baserte verktøyene viser det seg at de er lite tilpasset behovet for å dokumentere og evaluere miljøbehandling til personer med demens. Det er en utfordring å utvikle gode verktøy til dette formålet som kan tilpasses de systemer som allerede er i bruk, slik at en unngår dobbeltføring og at unødvendig arbeidstid går med til dokumentasjonsarbeid.

Alle må med for å skape en personsentrert pleiekultur

Mye avhenger av at lederne går inn for å gjennomføre endringer og setter opp en plan for prosessen som inkluderer opplæring og veiledning. Til syvende og sist kommer det likevel an på hvorvidt personalgruppen er motivert for å bli med i en utviklingsprosess for å innføre den personsentrerte demensomsorgen i praksis. Det hele står og faller på hvorvidt

personalet har muligheter og vilje til å gjennomføre miljøtiltakene overfor den enkelte pasient og pårørende.

Å arbeide i sykehjem innebærer å arbeide i team der opplevelsen av det kollegiale samarbeidet er viktig, og de fleste ønsker å jobbe i et miljø der en kan dele erfaringer med hverandre og få konstruktive tilbakemeldinger på egen praksis. Dette skaper trygghet og medvirker til dyktiggjøring. Fagutvikling skjer på mange nivåer gjennom veiledning, undervisning og utdanning, men ikke minst viktig er den kompetansen som overføres mellom kolleger i et team som arbeider mot felles mål med et definert og akseptert verdigrunnlag som utgangspunkt. Egenskaper hos kolleger som trekkes frem i evalueringene er åpenhet, respekt, fleksibilitet, lojalitet og arbeidsmoral.

Stort fokus rettes mot ressurser og bemanning i sykehjem som forutsetning for muligheten for å gi miljøbehandling til personer med demens. Det er ikke tvil om at en viss minimumsbemanning er viktig, men like viktig er kanskje sammensetningen av det fagpersonalet en har til rådighet. Hvilken kompetanse finnes, hvilke personlige egenskaper har de ansatte, hvilke mål settes for virksomheten og hvordan blir arbeidet organisert? Ved et av sykehjemmene som deltok i utviklingsprogrammet ble personalet spurt om de aldri mente at de ikke hadde nok tid til å utføre miljøbehandlingen til pasientene. De svarte da spontant at de ikke ønsket å fokusere på den tiden de manglet, men den tiden de hadde og hvordan de brukte denne.

Den forståelse personalet har for hvordan den enkelte med demens opplever sin sykdom, har avgjørende betydning i personsentrert omsorg. For å gjøre det mulig for personalet å møte de daglige utfordringene som ligger i å yte omsorg for personer med demens, har også de behov for personsentrert omsorg. Det vil si at deres grunnleggende behov for trøst, identitet, tilhørighet, beskjeftigelse og inklusjon må møtes. Dette kan oppnås ved personsentrert ledelse og inkluderende kollegiale arbeidsmiljø. Deltakerne i Utviklingsprogram om miljøbehandling mener dette er mulig å oppnå hvis en arbeider bevisst og målrettet over tid. Erfaringene fra programmet har gitt nyttig viten om hvordan en skal kunne lykkes og hvilke fallgruver en skal være oppmerksom på.

KAPITTEL 11

Oppsummering av utviklingsprogrammet

Utviklingsprogram for miljøbehandling til personer med demens har vært landsomfattende. I alt 28 sykehjem fra alle landets helseregioner har deltatt. Til sammen 98 personale har vært aktivt involvert i utviklingsarbeid og evaluering. Deres innsats for å utvikle miljøbehandlingstilbudet til pasientene har vært en forutsetning for å lykkes med prosjektene.

Erfaringene fra programmet kan oppsummeres i følgende punkter:

- Kompetansemiljøer på dette området finnes og har god geografisk spredning. Ikke minst utgjør spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri en ressurs overfor kommunene. Klinisk virksomhet kombineres med kunnskapsutvikling og formidling.
- Spekteret av miljøbehandlingstiltak som er i bruk er bredt og spenner fra generelle trivselstiltak til individuelt tilpasset behandling basert på kartlegging og utredning. Vi har imidlertid ingen fullstendig oversikt over i hvilken grad eller på hvilken måte miljøbehandling brukes i sykehjemmene.
- Etablering av fagnettverk for miljøbehandling i Sogn og Fjordane var vellykket med stor deltakelse fra fylkets kommuner. Nettverket videreføres i lokal regi basert på evalueringen om nytteverdien av et slikt samarbeid med regelmessige treffpunkter.
- Utprøving av VIPS-modellen for utvikling av personsentrert omsorg viste at elementene som var beskrevet teoretisk måtte konkretiseres og gjøres praktisk tilgjengelig for personalet før modellen fikk nytteverdi. Refleksjon over teoretiske begrep var ikke nok til å relatere innholdet til egen praksis.

- Marte Meo-praktikerutdanning ble vurdert som en virkningsfull metode for bevisstgjøring og utvikling av kompetanse i samhandling og kommunikasjon med beboerne. Evalueringen viser at metoden gir omsorgspersonell opplevelsen av å være bedre i stand til å yte personsentrert omsorg, og skoleringsen gir i tillegg økt jobbtilfredshet.
- Utpøving av DCM ga positiv respons fra personalet og lederne som opplevde at metoden bidro til å skape bevisstgjøring, engasjement og refleksjon rundt behandlingstiltak. Resultatene av pasientevalueringen viser en tendens til redusert agitasjon hos i pasientgruppene samt redusert bruk av antipsykotika.
- Utviklingen av strukturert miljøbehandlingsprogram basert på en modell der trygghet, støtte, struktur, engasjement og beskjeftigelse står sentralt, resulterte i konkrete verktøy for bruk i gjennomføring av behandlingen samt nyttige og positive erfaringer fra implementeringen av en slik modell på individ- gruppe- og ledelsesnivå.

Prosjektene gir i sine oppsummeringer konkrete anbefalinger for praksis. Ytterligere utviklingsarbeid er viktig for å kunne gi et bredt og godt tilbud om miljøbehandling til personer med demens.

Utviklingsprogrammet har gitt nyttige erfaringer om betydningen av ledelse, organisering og struktur, samt motivasjon og godt psykososialt miljø blant personalet. Utvikling av miljøbehandling til personer med demens krever langsiktig innsats, et definert og omforent verdigrunnlag og rammebetingelser som sikrer mulighet for tilretteleggingen av den personsentrerte omsorgen.

Vedlegg til kapittel 9

Vedlegg 1: Holdningsplan (mal)

Vedlegg 2: Holdningsplan (guide)

Vedlegg 3: Døgnrytmeplan

Vedlegg 4: Dags- og kveldsplan

Vedlegg 5: Ukeplan

Kapittel 9 - vedlegg 1: Holdningsplan (mal)

HOLDNINGSPLAN FOR

Konkrete tiltak:

Beskyttelse:

Støtte:

Struktur:

Engasjement:

Gyldiggjøring:

Planen er fylt ut av.....og skal evalueres....(dato)

HOLDNINGSPLAN FOR.....

Holdningsplan utarbeides av ansvarsgruppe
Bakgrunnsopplysningsskjema må være utfyllt på forhånd
Dagskontakt daglig ansvar for at holdningsplan følges

Planen er fylt ut avog skal evalueres.....(dato)

Situasjon (Dagsplan)	
	Trygghet Støtte Struktur Engasjement Bekreftelse
	Trygghet Støtte Struktur Engasjement Bekreftelse
	Trygghet Støtte Struktur Engasjement Bekreftelse

Kapittel 9 - vedlegg 2: Holdningsplan (guide)



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Psykisk helsevern

Guide for utfylling av HOLDNINGSPLAN

Teoretisk bakgrunn for holdningsplanen er Gundersons teori om miljøterapi.

Holdningsplanen skal sikre at pasienten møtes likt i avdelingsmiljøet uavhengig av hvem som er på jobb. Målet er at pasienten ivaretas og opplever mestring og verdi.

Gjennomføring av holdningsplan forutsetter ansvarliggjøring av personalet, ved at pasienten har primærkontakt og dagskontakt.

Trygghet:

"Bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll eller allmaksfølelser"

Skape trygghet ved klare regler for akseptabel atferd, aktivitetsnivå, hjelp til å sette grenser.

❖ I hvilke situasjoner er det behov for trygghets-tiltak?

Ift. personlig hygiene?

Måltid?

I samvær med andre?

I felles-miljø?

Utenfor posten?

Event. andre situasjoner?

❖ Tiltak : Skjerming?

1-1 / 2-1 kontakt?

Vurdere toleranse for inntrykk / stimuli?

Grensesetting?

Avledning?

Andre tiltak?

Støtte :

"Bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten føler seg bedre/ er mer fornøyd, og som øker selvfølelsen".

Skape trygghet ved å gi ros og oppmuntring. Forsterke de gode sidene / egenskapene.

Øke pasientenes selvfølelse gjennom måten han blir møtt på.

❖ I hvilke situasjoner er det behov for støttetiltak?

Personlig stell?

WC-besøk?

Under måltid?

Ved forflytning?

Når pasienten oppholder seg sammen med andre?

Utenfor posten?

Ved leggetid / på natt?

Andre situasjoner?

❖ Tiltak : Holdning ?

Kommunikasjon? (RO – validering – reminisens – avledning – non-verbalt)

Er det aktuelt med HUK-bok*?

*Huk-bok (huskebok) er en notatbok med kortfattet og forståelig informasjon som noen personer med demens kan ha nytte av. Viktig informasjon nedskrives i en form som er tilpasset pasienten.

Struktur:

"Bevisste, planlagte ytringer og handlinger (rutiner) i miljøet som skaper forutsigbarhet over tid – sted – situasjon"

Hvilken struktur vil pasienten og ansvarsgruppa ha nytte av?

- ❖ Skal pasienten ha dags- eller ukeplan?
- ❖ Har pasienten nytte av å ha planen hos seg?
- ❖ Hvordan organiseres kontaktansvaret?
- ❖ Skjermingsliste?
- ❖ Alle henvendelser til dagskontakt?

Engasjement:

"Bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten knytter seg aktivt til sitt sosiale miljø (innenfor og utenfor avdelingen) og "lever i dette".

Hvordan kan aktiviteter tilpasses til pasientens mestringsevne? Hvordan delta sammen med pasienten.

- ❖ Har vi gode nok bakgrunnsopplysninger?
- ❖ Hvordan bruke mulighetene i øyeblikket?
- ❖ Hvordan få pasienten med i samhandlingen?
- ❖ Hvordan være initiativtaker?

Bekreftelse:

"Bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bekrefter pasientens individualitet og egenart"

Hvordan anerkjenne og bekrefte pasientens identitet? Hvordan hjelpe ham til å huske det "levde livet".

- ❖ ER bakgrunnsopplysningene gode nok???
- ❖ Hva har vært viktig for pasienten gjennom livet?
- ❖ Hvordan validere?
- ❖ Hvordan være der pasienten er?
- ❖ Hva gir mening for denne pasienten?
- ❖ Hvordan anerkjenne og bekrefte ham?
- ❖ Lage minnealbum?

Kapittel 9 - vedlegg 3: Døgnrytmeplan

DØGNRYTMEPLAN UKEDAGER

7.30 - 7.40: Rapport nattvakt + beskjedboka- **vaktrom**

7.40 - 8.00: Planlegging arbeidsoppgaver på **postkjøkkenstua**

8.00: Morgenstell.

Pleier1	Pleier 2	Pleier 3
	Pleier 3 og pleier 2 samarbeider om forflytning og bruk av aktiv heis	
Kl 08: Rom 211 Rom 210 Kl 08.45 Tilrettelegge frokost Ca 09 Frokost, sitte ved bord 1	Kl 08: Rom 201 Rom 202 Rom 203 Gi mat og være til stede på 201 Assistere øvrige som skal ha frokost på senga. Fortsette i stell.	Kl 08: Rom 208 Rom 209 Rom 207 Ca 09 Frokost bord 2.
Ca 10.Frokostoppvask. Stuevakt hele dagen	10.45 – 11.30 Aktivitet	Skyllerom. Hente mat
Gjøre klar til kaffeservering 11.30		
11.30-12.00 PAUSE	12.00- 12.30 Pause	12.00-12.30 Pause
11.30 Kaffeservering		
12.30: Starte middag	Følge på WC før middag	Følge på WC før middag
13.30 Middag Bord 1	13.30 Middag på rom, sitte på 201	13.30 Middagsbord 2
14.00: Middagsoppyrdding	14.00: Følge til middagshvil	14.00: Følge til middagshvil

15.00 RAPPORT VAKTROM

Pleier 1	Pleier 2
Rapport	15.00-15.15 Stuevakt under rapport
Oppfylling av lagre. Individuelle aktiviteter	15.45-16.15: Aktivitet stue
16.30: Kaffe og drikke på rom	16.30 Kaffe på stue
18.00 Kveldsmat på rom	18.00 Kveldsmat-stuevakt

[illegible]

DAG.....

KVELDSPLAN

Ettermiddagskaffe:.....

Kveldsmat:.....

Skyllerom:.....

Gruppeneider:.....

Rapport ettermiddag:.....

Oppfylgning lagre (tirsdag og fredag):

Rapport natt:.....

Medisinutdeling:.....

Stuevakt:.....

Sjekke posthylla:.....

Aktivitet:.....

.....

Evaluering av vakta:

.....

.....

.....

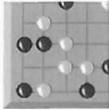
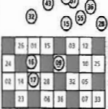
.....

[illegible]

Kapittel 9 - vedlegg 5: Ukeplan

UKEPLAN April

- ☺ All aktivitet er miljøbehandling som har en bestemt hensikt (Se holdningsplaner på her enkelt)
 ☺ TV program som er satt opp er bare for å plukke ut noe - velg selv men ikke la TV stå på umotivert!
 ☺ Skriv gjerne inn på ukeplan/dagsplan arrangementer du får info om

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FREDAG	LØRDAG	SØNDAG
10.45: Mandagsmøte  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter, se dagsplan  Kl 1530-1600: Individuell akt.  Kl. 20 Farmen på TV 2	Kl 1100: Trim  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter, se dagsplan  NRK1: Ut i naturen	Turdag  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter Kl 1530-1600: Individuell akt.  Kl 20 Farmen på TV 2	Kl 11: Vaffelsteiking  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter Kl 1530-1600: Individuell akt.	Kl 11: Trim  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter Kl 1530-1600: Individuell akt. NRK1: Norge rundt.	Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter Kl 1530-1600: Individuell akt. Kl 20: Farmen på TV 2	Kl 11: Here på gudstjeneste(for interesserte)  Kl 1230-1330: Individuelle aktiviteter Kl 1530-1600 Individuell akt. 17.30 Sangandakt NRK1(?)

Bedre hverdag for personer med demens

På oppdrag av Helsedirektoratet ble det i perioden 2009 – 2011 gjennomført et nasjonalt utviklingsprogram for miljøbehandling (Miljøprogrammet) som en del av Demensplan 2015. Ansvarlig for arbeidet var et konsortium bestående av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehus Innlandet HF. Hovedmålsettingen med miljøprogrammet var å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens, kan bedres. Ulike metoder ble prøvd ut i en rekke utviklingsprosjekter. En felles overbygning for de metoder som ble brukt i programmet var personsentrert omsorg, et verdigrunnlag som er bredt anbefalt innen demensomsorgen. Miljøprogrammet besto av fem delprosjekter:

- Utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen)
- Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentrert omsorg
- Strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå
- Marte Meo praktikerutdanning
- Etablering av fagnettverk innen miljøbehandling
- Kartlegging av kompetansemiljøer og metoder som er i bruk i praksis

I denne rapporten gjengis erfaringer fra de ulike delene av utviklingsprogrammet. Målet med rapporten er å formidle erfaringer som kan være til nytte i arbeidet med å implementere personsentrert miljøbehandlingstilnærming i behandling og omsorg for personer med demens i norske kommuner.



Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no