

Janne Røsvik, Marit Mjørud, Anne Marie Mork Rokstad, Marianne Munch og Irene Røen

Implementering av personsentrert omsorg

Fire metoder som utfyller hverandre:

VIPS Praksismodell,
Dementia Care Mapping,
Marte Meo og
Planverktøy i
demensomsorgen

TEMAHEFTE



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

TEMAHEFTE

Implementering av personsentrert omsorg

Fire metoder som utfyller hverandre:

VIPS Praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og
Planverktøy i demensomsorgen

Janne Røsvik

Marit Mjørud

Anne Marie Mork Rokstad

Marianne Munch

Irene Røen

© Forlaget Aldring og helse, 2016

Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-278-6

ISBN 978-82-8061-304-2 (digital versjon)



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Forord

Dette temaheftet er et resultat fra Videreføringen av utviklingsprogram for miljøbehandling (Miljøprogrammet) som var en del av satsingen under Demensplan 2015. Miljøprogrammet har hatt som mål 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 anbefalt innen demensomsorgen. Et resultat fra dette utviklingsarbeidet er også en felles praksismodell der de fire ulike metodene for implementering av personsentrert omsorg er integrert og utfyller hverandre.

Takk til Janne Røsvik og Marit Mjørud som har ledet Videreføringen av utviklingsprogram for miljøbehandling. De hadde også ansvaret for delprosjektet i Utviklingsprogram for miljøbehandling om utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis og utviklingen av VIPS praksismodell. Takk også til Anne Marie Mork Rokstad for ledelse av delprosjekt om bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentrert omsorg, og til Irene Røen for delprosjekt om strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå. Vi ønsker også å takke Marianne Munch, prosjektleder av delprosjektet for Marte Meo veilederutdanning og praktikerutdanning og Anne Bugge for viktig bidrag med praktisk prosjektstøtte. Takk også til alle som har bidratt til å prøve ut disse modellene i kommunene og som slik sett har vært sentrale for å få gjennomført prosjektet.

Vi håper temaheftet vil gi informasjon og inspirasjon om nyttige verktøy til helsearbeidere i hjemmetjenestene og i heldøgnsomsorg slik at personsentrert omsorg kan benyttes i praksis overfor personer med demens.

Tønsberg/Oslo, august 2016

Guro Hanevold Bjørkløf

Psykologspesialist, fagsjef demens

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Kari Midtbø Kristiansen

Daglig leder

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Forord fra redaktørene

Dette temaheftet presenterer resultatene fra et delprosjekt knyttet til Demensplan 2015: Videreføringen av utviklingsprogram for miljøbehandling, om hvordan ulike metoder for personsentrert omsorg kan brukes sammen. I prosjektet ble metodene Marte Meo, Dementia Care Mapping og VIPS praksismodell, samt Planverktøy i demensomsorgen, et verktøy for strukturering av miljøbehandling, implementert og prøvd ut sammen i to sykehjem.

Erfaringer ble innhentet ved fokusgruppeintervjuer med personalgruppa og ledergruppa ved begge sykehjemmene.

Vi vil takke Anne Marie Mork Rokstad, Marianne Munch og Irene Røen for hyggelig samarbeid i prosjektet, og prosjektkonsulent Anne Bugge for entusiastisk og god støtte. Sist, men ikke minst, retter vi en stor takk til kontaktpersoner, ledere og ansatte som deltok i prosjektet.

Temaheftet er tenkt som inspirasjon for ledere og ansatte i kommunehelsetjenesten som ønsker å utvikle personsentrert omsorg og som vil ta i bruk disse metodene som en hjelp til dette.

Oslo, august 2016

Janne Røsvik og Marit Mjørud

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse





Innhold

| | |
|--|----|
| Innledning | 7 |
| KAPITTEL 1 | |
| Personsentrert omsorg | 8 |
| Personhood | 8 |
| VIPS-rammeverket | 8 |
| Grunnleggende psykologiske behov | 9 |
| KAPITTEL 2 | |
| Kort introduksjon av de fire metodene | 10 |
| VIPS praksismodell (VPM) | 10 |
| Dementia Care Mapping (DCM) | 12 |
| Marte Meo | 13 |
| Planverktøy i demensomsorgen | 14 |
| KAPITTEL 3 | |
| Erfaringer fra to sykehjem | 16 |
| Beskrivelse av sykehjemmene som deltok | 16 |
| Sykehjem A | 16 |
| Sykehjem B | 17 |
| Pleierens erfaringer med å kombinere metodene | 17 |
| Hvordan starte? | 17 |
| VPM-fagmøtet | 18 |
| Dokumentasjon | 18 |
| Metodenes innvirkning på omsorgen | 18 |
| Begreper «å se med» | 19 |
| Ledernes erfaring med å kombinere metodene | 20 |
| Metodenes innvirkning på implementering av personsentrert omsorg | 20 |
| Lederens rolle i fagmøtet | 20 |
| Personalomsorg | 21 |
| En stadig pågående prosess | 21 |
| KAPITTEL 4 | |
| Erfaringer fra hjemmetjenesten | 22 |
| Erfaringer fra Trondheim kommune | 22 |
| Dementia Care Mapping (DCM) | 22 |
| Marte Meo | 24 |
| Dokumentasjon | 25 |
| Samtykke ved bruk av metodene | 25 |
| Kombinasjon av Marte Meo og Dementia Care Mapping i hjemmetjenesten | 25 |
| Planverktøy fra Strukturert miljøbehandling | 26 |
| Andre organisatoriske forhold | 26 |



| | |
|--|----|
| Erfaringer fra Bergen og to små kommuner i Nord-Norge | 26 |
| VIPS praksismodell | 27 |
| KAPITTEL 5 | |
| Anbefalinger | 29 |
| Å ta metodene i bruk | 30 |
| Møterutine | 30 |
| Møtestruktur | 30 |
| Dokumentasjon | 31 |
| Primærkontakter | 31 |
| Anbefalinger knyttet til bruk av hver metode | 32 |
| VPM | 32 |
| Marte Meo | 32 |
| DCM | 33 |
| Planverktøyet | 33 |
| Strategier for opplæring av ansatte | 34 |
| Leders rolle | 34 |
| KAPITTEL 6 | |
| Praktisk eksempel: | |
| Personsentrert omsorg i måltid og i stell | 35 |
| Bakgrunnsopplysninger | 35 |
| Problemstilling 1 – morgenstell | 36 |
| Marte Meo-veiledning | 36 |
| Problemstilling 2 – måltid og ernæring | 39 |
| VPM-fagmøte | 39 |
| DCM-kartlegging | 40 |
| KAPITTEL 7 | |
| Kurs og opplæring i de fire metodene | 43 |
| Marte Meo | 43 |
| Dementia Care Mapping | 43 |
| VIPS praksismodell | 43 |
| Strukturert miljøbehandling | 44 |
| Referanser | 45 |
| Vedlegg | |
| Vedlegg 1: VIPS-rammeverket for institusjoner | 46 |
| Vedlegg 2: VIPS-rammeverket for hjemmetjenesten | 48 |
| Vedlegg 3: Kommunikasjonsstøttende elementer i Marte Meo | 51 |
| Vedlegg 4: Planverktøy i demensomsorgen | 53 |



Innledning

I videreføringen av Utviklingsprogrammet for miljøbehandling knyttet til Demensplan 2015 subsidierte Helsedirektoratet kurs og opplæring i fire metoder for å implementere og utvikle personsentrert omsorg i enheter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. De fire metodene som presenteres i kapittel 1 er:

- Dementia Care Mapping (DCM)
- Marte Meo
- VIPS praksismodell (VPM)
- Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling (i dette heftet også benevnt som: Planverktøy i demensomsorgen / Planverktøyet / Strukturert miljøbehandling)

Hver metode har sin styrke, og løfter fram ulike dimensjoner i personsentrert omsorg. I dette temaheftet presenteres de fire metodene, erfaringene fra et prosjekt der avdelinger på to sykehjem brukte alle fire metodene i 6 måneder, samt erfaringer fra bruk av metodene i hjemmetjenestene.

Avslutningsvis gis anbefalinger om hvordan de ulike innfallsvinklene metodene representerer kan brukes i arbeidet med å utvikle personsentrert omsorg i praksis.

Begreper

I heftet brukes begrepet «pleier» når hensikten er å omfatte både ufaglærte, helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere/hjelpepleiere og sykepleiere. «Pleier» brukes for å understreke at det som er beskrevet gjelder alt helse- og omsorgspersonell uavhengig av utdanning.

I dette heftet brukes begrepet «pasient» om alle personer som mottar en tjeneste fra kommunen, uavhengig av om det er i hjemmet eller på institusjon. Dette fordi pasient- og brukerrettighetsloven definerer alle som mottar helsehjelp fra kommunen som pasient.

Begrepet «helsefagarbeider» brukes for å beskrive for eksempel hjelpepleier og omsorgsarbeider og omfatter alt helse- og omsorgspersonell med utdanning fra videregående skole. Sykepleier brukes for å beskrive helse- og omsorgspersonell med høyskoleutdanning/bachelor og mer.



KAPITTEL 1

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et begrep som de fleste umiddelbart forstår; det betyr å sette personen i sentrum. Dersom du spør noen hva det konkret går ut på, kan det likevel være vanskelig for dem å svare. Personsentrert omsorg er et «politisk korrekt» begrep som har vært brukt om alt som er «god» omsorg. Det har også ofte blitt forstått som synonymt med «individuell tilpasset omsorg». Brukt på denne måten har begrepet blitt både diffust og innsnevret på en gang.

Personhood

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som ble utformet av den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood. Han beskrev hvordan et menneske som rammes av en demenssykdom opplever at folk slutter å se ham eller henne som en person slik som før, de ser bare demenssymptomene. Det er dette Kitwood snakker om når han bruker begrepet personhood. Det er et begrep vi ikke har på norsk, men som ofte oversettes med ordet «personverd». Begrepet personhood handler om at det er i møte med andre at vi får bekreftet vår verdi som menneske. Det er fra menneskene vi møter at vi får oppmerksomhet og respons på oss selv, vi trenger å bli sett og hørt av andre og oppleve at vi har vår plass i fellesskapet og er regnet med. Om menneskene rundt deg bare fokuserer på at du glemmer, og snakker over hodet på deg fordi de tror at du

ikke forstår og slutter å ta deg med på råd, kan du miste motet, bli deprimert og apatisk.

VIPS-rammeverket

En annen engelsk psykolog, Dawn Brooker, har oppsummert og konkretisert Tom Kitwoods omsorgsfilosofi i det hun kaller VIPS-rammeverket. VIPS-rammeverket ligger som vedlegg bakerst i heftet. Hver bokstav, V-I-P-S, står for et element som må være med for at omsorgen skal være personsentrert. Hvert element har seks indikatorer, eller hjelpespørsmål, som konkretiserer det elementet handler om.

V - står for verdier. Grunnverdien i personsentrert omsorg er at alle mennesker er like mye verdt uavhengig av alder og kognitive evner. Dette gjelder både pleiere og pasienter. Personen med demens skal verdsettes ved å bli hørt og sett som et helt og unikt menneske som har sine behov og følelser som alle andre. Pleieren skal verdsettes gjennom å bli hørt og sett, få utvikle sin faglige kompetanse og få tid til å gjøre det som er det beste for pasienten.

I - står for individuell tilpassing. Dette innebærer at omsorgen tilpasses den enkeltes behov, at vi vet hva personen med demens liker og misliker, og at hjelpebehov og tiltaksplan jevnlig evalueres.

P - står for perspektivet til personen med demens. Dette betyr at tiltak som iverksettes tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Det innebærer at pleierne ser atferd hos pasienten som kommunikasjon, at pasientens atferd har en mening.

S - står for et støttende sosialt miljø. Det er pleierne som er ansvarlige for å skape et miljø som inkluderer personen med demens, og pleierne skal hjelpe personen slik at hun eller han klarer å delta i fellesskapet.

Grunnleggende psykologiske behov

For å kunne gi persontrent omsorg må vi vite noe om hvilke behov en person har. Alle, både barn, voksne og eldre har de samme grunnleggende psykologiske behovene. Disse behovene blir ikke borte når man får en demenssykdom, tvert i mot kan de tre sterkere fram. De grunnleggende psykologiske behovene er trøst, tilhørighet, identitet, inklusjon og beskjeftigelse.

Trøst handler om vennlighet, å lindre smerte og sorg og å roe angst. En person med demens har spesielt stort behov for trøst fordi det å miste kognitive evner fører med seg så mange tap og nederlag.

Tilhørighet er et behov som er nært knyttet til det mest grunnleggende i oss, og som vi derfor spesielt forbinder med tidlig barndom (Bowlby, 1979). Det å ha tilhørighet til noen betyr at vi har noen som kjenner oss, noen vi kan stole på når vi opplever verden som utrygg. Tilhørighet gir oss den følelsen av trygghet som er nødvendig for at vi skal våge å delta i det som skjer omkring oss. Mye tyder på at en person med alvorlig demens opplever verden rundt seg som fremmed, det er vanskelig for ham eller henne å forstå det som blir sagt og det som skjer. Dette gir sterk aktivering av behovet for

tilhørighet, og gjør at hun eller han leter etter og trenger nærhet til personer de forbinder med trygghet (Miesen, 1992).

Inklusjon, det å få lov til å være med i en gruppe, er avgjørende for oss som mennesker. Behovet for inklusjon er sterkt, å bli ekskludert og oversett kan ødelegge selvtilliten til en person og resultere i depresjon. En person med demens vil etter hvert miste evnen til å ta initiativ og blir derfor helt avhengig av andre for å bli inkludert i en gruppe.

Beskjeftigelse (occupation) blir av Kitwood beskrevet som det å være involvert i livet på en måte som er meningsfull for hver enkelt person og som gjør at personen får bruke ressursene sine (Kitwood, 1997).

Identitet handler om det å vite hvem man er, både kognitivt og følelsesmessig. En person med demens kan få vansker med å forbinde fortid og nåtid, personen kan ha glemt historien sin og grunnen til at hun eller han befinner seg der han/hun er akkurat nå. Å glemme viktige hendelser i livet kan påvirke opplevelsen av identitet. Identitet påvirkes også av det man oppfatter og tror at andre mener om en.

Hos en person med demens svekkes etter hvert de intellektuelle evnene, og personen blir stadig mer avhengig av andre for å klare seg i det daglige. Likevel er personen fortsatt en unik og hel person, som før han eller hun fikk demens. Personen er fremdeles i stand til, og har behov for, å ha nære forhold til andre mennesker. Personen er fortsatt et følsomt og sansende menneske som har sin historie.



KAPITTEL 2

Kort introduksjon av de fire metodene

De fire metodene som ble tatt med i Videreføringen av Utviklingsprogrammet for miljøbehandling knyttet til Demensplan 2015 regnes som metoder for å implementere personsentrert omsorg, selv om de har ulikt teoretisk utgangspunkt. Dementia Care Mapping og VIPS praksismodell bygger på Tom Kitwoods omsorgsfilosofi (Kitwood, 1997). Marte Meo bygger på Maria Aarts funksjonsstøttende elementer i kommunikasjon (Lunde & Munch, 2012). Strukturert miljøbehandling bygger på Gundersons miljøterapeutiske prinsipper (Gunderson, 1978).

Det er foreløpig ikke utført så mange studier om effekt av personsentrert omsorg. Forskning på effekt av slike psykososiale intervensjoner er svært krevende, likevel er det positive resultater i den forskningen som er gjort (Brooker, Woolley, & Lee, 2007; Chenoweth et al., 2009; Fossey et al., 2006; Rokstad, Røsvik et al., 2013).

VIPS praksismodell (VPM)

Av Janne Røsvik

Målet ved personsentrert omsorg er at personen med demens skal få hjelp på den måten som passer best for ham eller henne, og at alt er lagt til rette for at personen skal trives. VIPS praksismodell (VPM) er en metode som bruker indikatorene i

VIPS-rammeverket (se vedlegg bakerst i heftet) til å analysere en konkret pasient/pleier-situasjon i et strukturert fagmøte i enheten. Hver bokstav i VIPS representerer et element som beskriver verdiene som skal prege den enkelte pleier og avdelingen for at omsorgen skal være personsentrert (se kapittel 1).

- V** En persons Verdi er uavhengig av alder eller kognitive ressurser
- I** Individuelt tilrettelagt omsorg
- P** Tar hensyn til Perspektivet til personen med demens
- S** Et Sosialt miljø der personen med demens er en del av fellesskapet

Hvert element har 6 spørsmål (indikatorer) som hjelper oss å vite hva vi skal fokusere på i det daglige for at verdiene skal bli til praktisk handling. Her er et eksempel på en indikator:

- P5** Utfordrende atferd som kommunikasjon
Blir «utfordrende atferd» analysert for å finne hva som kan ligge bak?

Roller og funksjoner

Personsentrert omsorg krever at ansatte på alle nivå i organisasjonen tar ansvar for implementering av omsorgspraksisen. I VPM har man faste

roller og funksjoner. Ledelsen har hovedansvar for at personsentrert omsorg blir etablert som verdigrunnlag for hele organisasjonen. Dette innebærer å sørge for at det settes av tid til de faste fagmøtene. Det er også viktig at lederen er til stede på fagmøtet og kan gi veiledning og støtte når det er nødvendig.

Leders deltagelse og støtte er viktige elementer i et faglig samarbeid og for å utvikle personsentrert omsorg (Kitwood, Høeg, & Johnsen, 1999; Røsvik, Brooker, & Mjørud, 2013). Hvert arbeidssted har også en VPM-veileder som skal sørge for at nyansatte får innføring i personsentrert omsorg, roller og funksjoner i VPM og strukturen i fagmøtet. VPM-veilederen er gjerne fagutviklings- sykepleier eller er en sykepleier med særlig interesse for temaet. Veilederen kan også komme fra for eksempel kommunens ressurscenter.

En pleier som representerer den største gruppa av ansatte i avdelingen har rollen som ressursperson (RP), og er den som leder fagmøtet med støtte fra avdelingslederen. Perspektivet til personen med demens løftes fram og holdes i fokus i fagmøtet ved at primærkontakten har rollen som talsperson for personen med demens. Dette innebærer at primærkontakten skal forberede seg før fagmøtet ved å snakke med personen med demens. I tillegg skal primærkontakten observere situasjonen som skal analyseres og drøftes, og få innsikt i hva som er viktig for personen ved å snakke med pårørende, samt skaffe andre nødvendige opplysninger. Basert på dette legger primærkontakten fram situasjonen slik hun eller han tror personen med demens opplever den.

Alle i personalgruppa får hver sin VIPS-manual som gir praktiske eksempler på personsentrert omsorg knyttet til hver indikator i VIPS-rammeverket.

Fagmøtet følger en fastlagt struktur:

1. Ressurspersonen er møteleder som ønsker velkommen og leder møtet med støtte av lederen.
2. Avdelingslederen forteller om situasjonen som skal drøftes ut fra perspektivet til personen med demens.
3. Man tar en runde der pleierne som er til stede forteller hvordan de opplever situasjonen.
4. Man tar noen minutters stillhet der alle som er til stede ser igjennom indikatorene i VIPS-rammeverket og vurderer hvilke (en eller to indikatorer) de mener er mest relevante for den situasjonen de skal drøfte. Alle de fire elementene i personsentrert omsorg (V-I-P-S) skal vurderes.
5. Pleierne begrunner sitt valg, og man blir enige om hvilke indikatorer (en eller to) man skal fokusere på.
6. Man drøfter hva som kan være gode tiltak. Dette er en anledning til å hente fram kunnskap og erfaring personalet har tilegnet seg tidligere som de ser er relevant for denne situasjonen.
7. Ressurspersonen oppsummerer beslutningene.
8. Primærkontakten vurderer: Vil personen med demens sette pris på disse tiltakene?
9. Ressurspersonen setter tidspunkt for evaluering av tiltakene.
10. Primærkontakten dokumenterer (følger dokumentasjonsrutinene på arbeidsstedet).

I VPM lærer personalet hvordan de konkret skal bruke kunnskapen om personsentrert omsorg i det daglige. De ansatte skal oppleve at de er verdsatt, at de får mulighet til faglig utvikling og lære av hverandre. Det er viktig at pleierne deltar i beslutninger som gjelder deres eget arbeid (Damschroder

et al., 2009; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Pronovost, Berenholtz, & Needham, 2008). VPM fokuserer på at personsentrert omsorg er noe som skal kjennetegne forholdet mellom pleieren og personen med demens, men også noe som skal prege atmosfæren og samarbeidet mellom de ansatte. Omsorg blir ikke personsentrert en gang for alle, det er noe vi hele tiden må arbeide for å opprettholde (McCormack, 2004).

Effekten av VPM på atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens ble testet i en randomisert kontrollert intervensjonsstudie. Resultatet viste at pasientene på avdelingen som brukte VPM fikk redusert forekomst av agitasjon, depresjon og nevropsykiatriske symptomer totalt sammenlignet med kontrollgruppa (Rokstad, Røsvik et al., 2013).

Dementia Care Mapping (DCM)

Av Anne Marie Mork Rokstad

DCM er en standardisert metode der målet er å utvikle en personsentrert omsorgspraksis for personer med demens (Brooker & Surr, 2007; Institution (BSI), 2010). Metoden benytter observasjon og empati for å forstå perspektivet til personen med demens (Kitwood et al., 1999).

DCM beskrives både som et verktøy og en prosess. Som observasjonsverktøy brukes DCM til å kartlegge pasientenes grad av velvære, atferd/aktivitet og engasjement i detalj over en periode på fire til seks timer. Observasjonene foregår i fellesrom (ikke på bad eller pasientrom) i institusjoner eller på dagtilbud. En versjon av DCM som er tilpasset bruk i hjemmetjenesten er under utprøving (DCM-SL).

Den som observerer og kartlegger koder grad av humør og engasjement samt aktivitet og atferd for hver enkelt pasient hvert femte minutt i en såkalt

tidsramme. Humør og engasjement kodes som tall med pluss eller minus som fortegn, på en skala fra -5 til +5. Atferd og aktivitet kodes med bokstaver etter en liste med 23 atferdskategorier innen de samme tidsrammene som koding av humør og engasjement. I tillegg til koding av humør og engasjement, atferd og aktivitet, blir det gjort observasjoner og beskrivelser av eksempler på positiv og negativ omsorgspraksis i samhandlingen mellom personalet og pasientene. God omsorgspraksis innebærer at de grunnleggende psykologiske behovene for trøst, identitet, beskjefligelse, tilknytning og inklusjon blir møtt. Tilsvarende vil negativ omsorgspraksis dreie seg om situasjoner der de grunnleggende psykologiske behovene underkjennes og blir oversett av personalet. Positive hendelser vil være situasjoner hvor personverdet til personen med demens blir bekreftet, mens negative hendelser innebærer at personverdet krenkes.

DCM-observasjoner kan bidra til å utvikle og opprettholde personsentrert omsorg ved at observasjonene gjøres jevnlig. En slik prosess starter med at personalet får informasjon og opplæring i grunnprinsippene for personsentrert omsorg. Deretter blir det gjort observasjoner og kartlegging av pasientene, med påfølgende tilbakemelding til personalgruppa. Tilbakemelding fra kartleggingen blir gitt i et møte der så mange som mulig fra personalgruppa deltar. I møtet går man gjennom kartleggingsresultatene for hver enkelt pasient og for gruppa som helhet. I tilbakemeldingen framheves eksempler på hvordan personalet møter pasientenes grunnleggende behov, altså eksempler på hvordan omsorgen som gis bidrar til positivt humør og engasjement hos pasienten(e). Tilbakemeldingen skal sette i gang en diskusjon og stimulere til refleksjon i personalgruppa. Målet er å ende opp med tiltaksplaner for pasientene og for generelle satsingsområder for forbedring i omsorgs-

miljøet. Tiltakene iverksettes og arbeides med i en periode før det gjennomføres en ny DCM-kartlegging med påfølgende tilbakemelding der nye områder for forbedring blir valgt. Slik blir DCM ledd i en kontinuerlig utviklingsprosess for å forbedre omsorgen i praksis.

DCM er blitt brukt som metode for implementering av personsentrert omsorg i kontrollerte forskningsstudier. Studiene har vist at bruk av DCM kan gi lavere forekomst av agitasjon (uro) (Chenoweth et al., 2009) og nevropsykiatriske symptomer, samt bedre bevart livskvalitet (Rokstad, Røsvik et al., 2013). Dette gjelder sykehjems-pasienter med demens i de avdelingene som har brukt metoden sammenlignet med kontroll-avdelinger som har fulgt vanlig praksis. I kvalitative studier uttrykker personalet som har anvendt metoden, at de er blitt mer bevisst på hvordan de møter pasientene. Tilbakemeldingen de har fått etter DCM-kartleggingen har gitt dem økt trygghet og anerkjennelse for arbeidet de gjør (Jøranson & Hauge, 2011; Rokstad & Vatne, 2011).

Marte Meo

Av Marianne Munch

Ordene Marte Meo kommer fra det latinske «mars martis» som oversettes med «av egen kraft». Metoden ble utviklet av sosionom Maria Aarts på midten av 70-tallet (Aarts, 2008).

Marte Meo er en veiledningsmetode som fokuserer på kommunikasjon og relasjoner. Filmopptak av samspill brukes som arbeidsverktøy. Metoden er i bruk i mer enn 30 land. Marte Meo-veiledning anvendes innen mange fagområder, fra arbeid med premature barn til palliasjon og demensomsorg.

I Norge startet utdanning av Marte Meo-veiledere på slutten av 1980-tallet, i hovedsak for å styrke og

utvikle samspeillet mellom foreldre og barn. Metoden ble videreutviklet til bruk i demensomsorgen med gode resultater i år 2000 (Hyldmo & Nordhus, 2004; Lunde & Munch, 2012).

Menneskesynet i Marte Meo preges av troen på at alle mennesker har en egen kraft og styrke, og rett til å delta aktivt i sitt eget liv. Noen trenger mer støtte enn andre for å få dette til. Støtten kan dreie seg om å bli møtt av pleiere med gode kommunikasjonsferdigheter, og å få være i et miljø der de får bruke ressursene sine. Filmklipp som viser øyeblikk med god kommunikasjon og et gjensidig og godt forhold mellom pleier og personen med demens (dette kalles «løsningsøyeblikk») blir vektlagt og brukt i veiledningen. Ideen er at i «det gode øyeblikk» får personen den støtten hun eller han trenger for å forstå det som skjer og for å oppleve mestring. Ved at pleiere i større grad «gjør mer av det som virker» vil personen oftere oppleve seg sett, bekreftet og kompetent.

Marte Meo tar utgangspunkt i funksjonsstøttende grunnelementer for kommunikasjon. Elementene benyttes for å skape meningsfulle relasjoner, og til å forebygge og reparere brudd i samtale og samhandling. I en god samtale og samhandling mellom personer er det rytme i samtalen på den måten at et initiativ fra den ene fører til en respons hos den andre. Ved ubalanse i maktforholdet mellom personen med demens og pleieren, kan det bli brudd i samspeillet mellom dem, og dette kan føre til at personen med demens føler seg mindreverdige.

De funksjonsstøttende grunnelementene i kommunikasjon med personer med demens innebærer å tilrettelegge for å skape en rytme i samspeillet.

Denne rytmen ivaretas ved å

- etablere kontakt mellom pleier og personen med demens på en trykthetskapende og tillitvekkende måte
- gi oppmerksomhet på, og sette ord på initiativ som personen med demens viser.

I tillegg må personen med demens få:

- vite hva som skjer og skal skje, trinn for trinn
- anerkjenne trinn for trinn i handlingsforløpet
- støtte til å starte og avslutte en handling
- tilpasset fysisk berøring
- støtte til å tåle og til å mestre ubehag
- støtte til å reagere på andre og til å presentere seg.

For utdyping av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon, se vedlegg 3.

Marte Meo-veilederen analyserer filmen ved først å studere kroppsspråket og ytringene til personen med demens, for så å prøve å forstå hva personen har behov for i den aktuelle situasjonen.

Målet med veiledningen er å veilede personalet og pårørende slik at de ser hva som er personen med demens sitt perspektiv og behov. Slik kan ferdigheter som kan brukes i daglig samtale og samhandling utvikles. Vanligvis er det tilstrekkelig med to til tre filmopptak med påfølgende individuell veiledning for å komme fram til hensiktsmessige tiltak. Veiledningene kan være korte, om lag 15 til 30 minutter, og kan for eksempel foregå i VPM-fagmøter. Marte Meo-tiltak oppsummeres og dokumenteres skriftlig i pasientens dokumentasjonssystem, og for eksempel i planverktøy (se Planverktøy i demensomsorgen).

I de senere år har det vært forsket på bruk av Marte Meo i demensomsorgen (Lunde & Munch, 2012), både PhD-studier (Alnes, 2015) og masterstudier (Andersen, 2009; Hansen, & Ytrehus, 2011). Disse viser at Marte Meo-veiledning kan ha positiv innvirkning på kommunikasjon og samhandling mellom personer med demens og helsepersonell, bidra til å øke pleiernes sensitivitet og ferdigheter i utfordrende samspillsituasjoner, og styrke evnen til å observere kroppsspråk og signaler hos personen med demens. I studien til Alnes (2015) kom det også fram at lederoppfølging var viktig for at personalet skulle gjøre seg nytte av metoden (Alnes, 2015).

Planverktøy i demensomsorgen

Av Irene Røen

Planverktøyet som ble anbefalt i prosjektet ble hentet fra metoden Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Denne metoden bygger på Gundersons grunnlag (Gunderson, 1978; Taft, Delaney, Seman, & Stansell, 1993) for miljøbehandling og bruker systematisk tilrettelegging av miljøet i behandling av personer med demens. Det fokuseres på hva som skjer når miljøet brukes som behandling og personalets rolle i personsentrert omsorg vektlegges. Metoden er nærmere beskrevet i håndboken «Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen» (Røen & Storlien, 2015).

Planverktøyet består av fire skjemaer: holdningsplan, døgnrytmeplan, plan for dag og kveld og ukeplan. Døgnrytmeplan, plan for dag og kveld og ukeplan ligger i vedlegg 4. Holdningsplanen tilsvarende pleie- eller tiltaksplan avdelingen vanligvis bruker. Skjemaene er arbeidsredskap for personalet for å sikre gjennomføring og dokumentasjon av miljøbehandling og strukturerer og gir oversikt over tiltak, aktiviteter og oppgaver som skal utføres i løpet av dagen. Skjemaene omhandler oppgaver

både overfor den enkelte pasient og for hele pasientgruppa.

Pasientens individuelle miljøbehandlingsplan kalles «holdningsplan» for å understreke betydningen av at relasjonen mellom pleier og pasient – hvilken holdning pleier møter pasienten med – vil prege samhandlingen. Ved personsentrert omsorg viser pleieren respekt og forståelse gjennom sin tilnærming og i samhandling med pasienten. Hvordan det gjøres overfor pasienten dokumenteres i denne planen. Fokuset fra holdningsplanen kan selvfølgelig inngå i de planene og det dokumentasjons-system som allerede brukes.

Holdnings- eller pleieplanen skal beskrive følgende: pasientens ressurser, hva han eller hun trenger av hjelp, hvordan han eller hun skal møtes, og hvordan miljøtiltaket skal tilrettelegges og gjennomføres for at pasienten føler seg ivaretatt og opplever mestring og egenverdi.

Hver plan er et selvstendig arbeidsredskap, men planene henger sammen ved at tiltak som føres i en plan påvirker innholdet i en annen. Planene fylles ut av pleierne som gjennomfører miljøbehandling. Pleierne skal også ha ansvar for utvikling og evaluering av planene når det er nødvendig.

Holdningsplan individuell – miljøbehandlingsplan for pasienten

Holdningsplanen skal beskrive pasientens miljøbehandling, slik at det kommer fram hvordan tiltaket eller aktiviteten er tilpasset hans eller hennes individuelle behov. Beskrivelsen må være så detaljert at tiltaket kan gjennomføres slik pasienten har behov for, uavhengig av hvem av personalet som skal hjelpe ham eller henne.

Døgnrytmeplan – oversikt over aktiviteter og gjøremål i avdelingen

Døgnrytmeplanen gir oversikt over faste gjøremål i avdelingen gjennom døgnet. Den viser arbeidsoppgaver og aktiviteter som skal utføres i avdelingen ut i fra hva pasienten har behov for. Planen er dynamisk og endres når pasientens behov endres.

Ukeplan – oversikt over felles aktiviteter i avdelingen

Ukeplanen er en oversikt over alle fellesaktivitetene i enheten.

Dags- og kveldsplan – daglig planlegging og ansvarsfordeling

Dags- og kveldsplan fylles ut for hver vakt. Ved utfylling av denne planen samkjøres alle oppgaver personalet har ansvar for. Planen gir oversikt over hva som skal skje i løpet av vaktene, og hvem som er ansvarlig for de ulike oppgavene.

Elementer fra de andre planene samordnes i dags- og kveldsplanen:

- dagens aktivitet fra ukeplanen
- faste gjøremål fra døgnrytmeplanen
- hver enkelt pasients gjøremål fra de individuelle holdningsplanene.



KAPITTEL 3

Erfaringer fra to sykehjem

Høsten 2015 ble det gjennomført et prosjekt der hensikten var å få kunnskap om hvordan de fire metodene kunne brukes sammen, og innhente erfaringer fra praksis om hvordan de kunne bidra til å implementere og gi personsentrert omsorg i kommunehelsetjenesten. Prosjektet varte i seks måneder, fra mars til oktober 2015. Erfaringene som beskrives er hentet fra fokusgruppeintervju med lederne på begge institusjonene og representanter fra personalet på alle enhetene som deltok.

Erfaringene fra bruk av DCM og Marte Meo i hjemmetjenesten er hentet fra intervju med Ingrid Haug Olsen, fagleder ved geriatrikksressursenter i Trondheim. Erfaringene fra bruk av VPM i hjemmetjenestene er hentet fra intervju med Anita Krokeide og Trond Eirik Bergflødt ved Demenssenteret i Bergen, og fra et utprøvningsprosjekt i to små utkantkommuner.

I tillegg til dette temaheftet, ble erfaringene fra prosjektet tatt med i sluttrapporten for Videreføring av Miljøprogrammet levert til Helsedirektoratet ved utgangen av 2015.

De to sykehjemmene som deltok i prosjektet som ble gjennomført høsten 2015 kjente til DCM, Marte Meo og VPM og hadde brukt en eller flere av disse metodene før prosjektet startet. Fra Strukturert

miljøbehandling ble planverktøyene tatt med i prosjektet. Verktøyene var nye for begge sykehjemmene ved oppstart av prosjektet. De fikk håndboken (Røen & Storlien, 2015) om innføring i metoden og tilbud om opplæring i bruk av metoden.

Hilde Marianayagam som er fagkonsulent i Helse Stavanger var kontaktperson og veileder for enhetene som deltok prosjektet.

Ved endt prosjektperiode i oktober ble erfaringer innhentet ved fokusgruppeintervju med representanter fra personalet på enhetene som deltok (fire fokusgrupper) og med lederne på hvert sted (to fokusgrupper). Tema for fokusgruppeintervjuene var hvordan de hadde brukt metodene, og hva som skal til for å samkjøre flere metoder.

Beskrivelse av sykehjemmene som deltok *Sykehjem A*

Sykehjem A består av fire avdelinger og et dagsenter. To avdelinger ble inkludert i prosjektet. Sykehjemmet har intern kompetanse i DCM-kartlegging og Marte Meo-veiledning. Personell og ledere ved sykehjemmet har deltatt på VPM-basiskurs tidligere.

Avdeling 1 består av to enheter med felles leder. Den ene enheten er en forsterket skjermet enhet, den andre er en enhet for yngre personer med demens. I forsterket skjermet enhet ble DCM, Marte Meo og VPM brukt aktivt. De hadde ukentlige VPM-fagmøter. En hjelpepleier som hadde vært på VPM-basiskurs hadde ansvar for å sette opp møteplan for VPM-fagmøter for et semester om gangen. Hun sørget for at agenda ble satt opp og at alle forberedelser var gjort i forkant av møtene. Avdelingen hadde DCM-veiledning to ganger i semesteret med ekstern DCM-kartlegger og Marte Meo-veiledning ved behov med intern veileder (oversykepleier) to til tre ganger i året. De hadde så langt ikke brukt planverktøy fra Strukturert miljøbehandling. Enheten har et stabilt og engasjert personale med sykepleiere med flere videreutdanninger og hjelpepleiere med etterutdanning. VPM-fagmøter fungerte godt, lederen var ikke så ofte med på disse. DCM-tilbakemelding og Marte Meo-veiledning fungerte også godt.

Ved enhet for yngre personer med demens hadde de også DCM-veiledning to ganger i semesteret med ekstern DCM-kartlegger, og de hadde Marte Meo-veiledning ved behov med intern veileder (oversykepleier) to til tre ganger i året. De hadde ikke fast møteplan, men brukte VPM mer ad hoc. På denne enheten brukte de et verktøy med beskrivelse av dagsrutinene for enkeltpasienter som trengte faste rammer. Dette verktøyet hadde mye til felles med Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling.

Avdeling 2 hadde to enheter (a og b), begge skjermede enheter for personer med demens. Hver enhet hadde egen leder. Begge enhetene hadde DCM-kartlegging og Marte Meo-veiledning jevnlig med interne og eksterne veiledere.

På enhet a brukt de ikke VPM eller Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling. Enhet b hadde

startet opp med VPM og gjennomført et par fagmøter, men brukte det ikke nå. Leder var ikke til stede på disse fagmøtene og hadde heller ikke hatt noen aktiv rolle i planleggingen av møtene som var blitt gjennomført.

Sykehjem B

På sykehjem B hadde de opplæring i VIPS praksismodell for hele personalgruppa rett før prosjektet startet. En avdeling deltok i prosjektet. Avdelingen var delt i to enheter, hver enhet var igjen delt i to grupper.

Begge enhetene brukte DCM, Marte Meo og VPM. De gjennomførte VPM-fagmøter ukentlig med leder til stede. De hadde DCM-kartlegging og Marte Meo-veiledning en gang i året med eksterne veiledere, en gang i løpet av prosjektperioden. De brukte planer som hadde mye til felles med Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling.

Pleienes erfaringer med å kombinere metodene

Flere av pleierne understreket at det kreves systematikk for å holde personsentrert omsorg framme i bevisstheten i det daglige arbeidet i enhetene, og at det kan ta tid å få aksept i personalgruppa for å holde møter der personsentrert omsorg og miljøbehandling er fokus.

Hvordan starte?

På spørsmål om hva som var viktig for å ta i bruk en eller flere av metodene, svarte personalet på de ulike avdelingene svært likt. De understreket at personalet må ville dette. Det er ikke lett å være positiv til noe man ikke vet hva er. Det var viktig at hele personalgruppa fikk informasjon om hva personsentrert omsorg er, hvorfor de skulle starte med det, og hva de enkelte metodene går ut på.

Det ser ikke ut til at rekkefølgen for innføring av metodene er avgjørende. Innføring av metodene var gjort i ulike rekkefølge på de ulike avdelingene, og de anbefalte den rekkefølgen de selv hadde hatt. Ulike versjoner ser ut til å fungere bra.

En pleier hadde opplevd at det var litt stressende å ha en DCM-kartlegger sittende i stuen i starten, men at det gled over. DCM-tilbakemeldingen ble svært godt mottatt, den ga personalgruppa en vurdering av hvordan de arbeidet, hva de skulle gjøre mer av og det ga inspirasjon til å utvikle seg videre og se områder for forbedring. DCM viste dem også hvordan det sosiale miljøet i grupper og i fellesrom fungerte.

Det ble framholdt som viktig at de pleierne som var til stede når DCM-kartleggingene ble gjort også burde være tilstede når tilbakemeldingen ble gitt. Det var også viktig at tilbakemeldingen kom nært i tid. På noen enheter hadde de opplevd at det kunne gå lang tid mellom kartlegging og tilbakemelding. Noen nevnte at det var nyttig å ha kommunikasjonskunnskapen fra Marte Meo når man får DCM-tilbakemelding.

På spørsmål om de foretrakk ekstern eller intern DCM-kartlegger, var det ikke så sterke meninger. En sykepleier som var godkjent DCM-bruker sa at han gjorde kartleggingen og ga tilbakemelding på naboavdelingene mens en ekstern gjorde dette på hans egen avdeling.

VPM-fagmøtet

VPM-fagmøtet ble sett på som et forum som var personalets eget, her var det personalet selv som var de aktive. De ulike erfaringene personalet hadde med samme pasient kom fram, slik at alle kunne ha nytte av dem. De drøftet hvordan situasjoner skulle håndteres og hvordan rutinene skulle være for den enkelte pasient. Strukturen sørget for

at de fokuserte på én konkret situasjon om gangen i stedet for å snakke litt om alt. Personalets erfaring var at leder (eventuelt utpekte stedfortreder for vedkommende) må være til stede på fagmøtene for å sikre at fagmøtene blir gjennomført og for å oppsummere konklusjonene som er tatt i fellesskap. For å få VPM-fagmøtene til å fungere, var de fleste avdelingene (med unntak av den forsterkede skjermede enheten) avhengig av å ha en leder som satte opp møteplan, var tilstede på møtene, og sørget for at møtene ble gjennomført.

De hadde erfart at VPM-fagmøter på små enheter, der det bare var tre pleiere til stede, ikke var hensiktsmessig. Møtene fungerte bedre når de var flere. Noen av enhetene på sykehjem B hadde slått seg sammen for å holde felles møter. Personalet hadde nytte av å høre om pasienter de hadde ansvar for på kveldsvakter selv om de jobbet på ulike enheter på dagtid. Det ble litt flere å diskutere med, og de fikk ta del i flere erfaringer og fikk mer kunnskap. De som ikke hadde faste møter opplevde at de savnet å bli samkjørte om hvordan de skulle håndtere enkeltsituasjoner og hvordan rutinene skulle være.

Dokumentasjon

På noen enheter ble det som ble besluttet etter DCM-tilbakemelding, Marte Meo-veiledning eller VPM-fagmøter ofte dokumentert i et eget punkt i dokumentasjonssystemet, og noen henviste også videre til pleieplanen der tiltakene ble ført inn under ulike punkt. Noen hadde egne VPM-bøker der de noterte konklusjonene fra fagmøtene.

Metodenes innvirkning på omsorgen

På enhetene der de aktivt brukte VPM, DCM og Marte Meo var det tydelig å høre at de ulike metodene hadde innvirkning på omsorgen for pasientene, og at metodene sammen bidro til å

implementere personsentrert omsorg i praksis. Personalet brukte ord og uttrykk fra de ulike metodene når de snakket om pasientene, metodene ga dem «begreper å se med».

Begreper «å se med»

En av sykepleierne fortalte at nyansatte, studenter og ekstravakter lærte «å se med begrepene» fra de ulike metodene. Han var svært bevisst på at han og de andre pleierne var rollemodeller, og at bruk av disse metodene ga dem et språk de kunne bruke til å formidle både verdier, kunnskap og observasjonsferdigheter.

Det var flere eksempler på dette. En pleier refererte til de funksjonsstøttende elementene i kommunikasjon i Marte Meo da hun fortalte om samspillet med en pasient som ikke ville gi slipp på dynen sin. Pleieren hadde tatt tak i den andre enden av dynen, og sammen beveget hun og pasienten dynen rytmisk fram og tilbake. Så dreide pleieren retningen mot rommet til pasienten, de gikk sakte bort til sengen og sammen la de dynen ned der. En annen pleier fortalte at hun hadde sett på Marte Meo-filmen akkurat i det øyeblikket der hun mistet øyekontakten med pasienten som ble filmet, og at det var i det øyeblikket han ble forvirret og stresset og samhandlingen brøt sammen. Det lærte henne at det ikke nyttet å skynde seg, det var helt nødvendig å holde øyekontakt og følge hans rytme for at han skulle klare å følge med på det som skjedde, for eksempel når hun skulle hjelpe ham opp av stolen.

En ansatt foreslo at Marte Meo også kan brukes til å evaluere nye tiltak. Når man kommer fram til en ny måte å gi personen med demens hjelp på, så kan dette filmes for å se endring og en kan se hvordan tiltaket fungerer.

En pleier brukte en formulering fra en DCM-tilbakemelding da hun fortalte om en mann som hun tidligere hadde oversett fordi han satt fullstendig passiv i en stol hele dagen. Nå visste hun fra DCM-tilbakemeldingen at pasienten reagerte positivt på at hun satte seg ned hos ham, snakket til ham og klappet ham på skulderen: «*Da stiger han flere grader i humør*», sa hun.

En annen pleier fortalte hvordan de hadde begynt å drøfte «empati og risikovurdering» når det var snakk om å begrense hva en pasient skulle delta på for å hindre utagerende atferd. Dette er en av VIPS-indikatorene som de var blitt svært opptatt av. Indikatoren gjorde dem oppmerksom på verdien av at pasientene fikk delta på noe som var viktig for dem. Pleierne sa at det var viktig å ha balanse mellom fokus på en potensiell negativ virkning av å delta i en aktivitet og verdien av at personen får være med på noe han setter pris på. Pleierne prioriterte nå å følge nøye med på pasienten for å se hvordan han reagerte når han var i sosiale situasjoner som kunne gi ham gode opplevelser, og fange opp signaler på at han trengte å trekke seg tilbake. Dette gjorde at de ble flinkere til å «lese» pasientene, og de brukte nå skjerming i mindre grad enn tidligere.

Ledernes erfaring med å kombinere metodene

Det ble gjennomført to lederintervjuer, ett på hvert sykehjem. Avdelingsledere og institusjonsledere deltok i intervjuene.

Metodenes innvirkning på implementering av personsentrert omsorg

Lederne opplevde at metodene konkretiserte innholdet i personsentrert omsorg og ga innsikt i hva personsentrert omsorg innebærer i praktisk miljøbehandling.

DCM oppleves nyttig for å få et overblikk over graden av personsentrert praksis i avdelingen samt engasjement, velvære og trivsel hos beboerne. I tillegg gir DCM-kartleggingen mulighet for en konkret og viktig tilbakemelding for personale i forhold til egen praksis. Lederne erfarte at personalet ga uttrykk for at det var positivt å få en konkret tilbakemelding og bekreftelse på hva de gjør som gir økt trivsel hos beboerne, for eksempel det å bruke sang i forbindelse med samling rundt bordet under måltidene. Ledernes uttrykte også at en evaluering av pleien og omsorgen pleierne utfører var viktig for å komme fram til best mulig måte å utføre pleien på. Lederne ga uttrykk for at å få et blikk på praksis fra en som ikke til daglig er en del av avdelingen var utbytterikt. Dette var spesielt viktig med en ekstern person som kunne gjøre DCM-kartlegging i avdelingen i oppstartsfasen av implementering av personsentret omsorg. Noen avdelinger brukte en kombinasjon av interne og eksterne DCM-kartleggere, men sykehjemmets interne kartleggere gjennomførte ikke observasjoner og tilbakemelding på egen avdeling.

Marte Meo brukes for å få innsikt i samspill mellom pleier og pasient der det er særlige utfordringer knyttet til kommunikasjon og samhandling. Lederne

erfarte at personalet ble bevisst på hva som skjer helt konkret i relasjonen og hva som har positiv effekt på beboeren. I tilbakemeldingen formidles kunnskapen til resten av personalgruppa. Lederne erfarte at både oppsummeringene etter DCM-kartlegging og Marte Meo med fordel kan tas inn i fagmøtene og bidra til å holde fast ved perspektivet til personen med demens og belyse problemstillingene som diskuteres.

Lederens rolle i fagmøtet

I følge lederne var innholdet og strukturen i VPM-fagmøtet viktig for å holde riktig fokus og sikre at perspektivet til personen med demens blir løftet fram i diskusjonen. Ledelsen opplevde at personalet oppnår en bedre forståelse av pasientens utfordringer og behov i fagmøtet, og derfor finner fram til bedre måter for å hjelpe ham/henne på. Fagmøtet var blitt gjennomført uten lege til stede, men opplevdes som en nyttig forberedelse til legevisitten. Ved det ene sykehjemmet hadde de diskutert om legen skulle ha vært med, men de trodde det kunne virke dempende på deltakelsen for de andre ansatte.

For å få gjennomført ukentlige VPM-fagmøter er det viktig at møtene foregår på faste dager og klokkeslett i en tilpasset turnus som sikrer at ressurspersonene som leder fagmøtene er på jobb. Det er avgjørende at alle ansatte deltar på (fag)møtet, at det ikke bare er sykepleier og hjelpepleier som «bestemmer», men at alle som jobber med pasientene, uansett rolle og bakgrunn, er med.

Et viktig suksesskriterium er at leder eller utpekte stedfortreder for vedkommende, er til stede og deltar i fagmøtene uten å ta en dominerende rolle, og at denne videre tar ansvar for oppfølging av tiltakene sammen med ressurspersonen som leder møtene. Leders erfaring var at i VPM-fagmøtet må en person med faglig tyngde og autoritet, gjerne

lederen, støtte ressurspersonen som leder fagmøtet. Leder erfarte at i starten trenger ressurspersonen ofte hjelp til å holde tråden i fagmøtet og hindre at man mister fokus i diskusjonen. Primærkontakten trengte også ofte hjelp av lederen til å presentere perspektivet til personen med demens. Selv om ingen enheter hadde tatt planverktøyet i bruk, mente lederne at verktøyene i strukturert miljøbehandling kunne være nyttig for å få struktur på tiltakene som ble besluttet og sikre at tiltakene ble gjennomført, uavhengig av hvilken annen metode som ble brukt for å komme fram til tiltak.

Personalomsorg

Leder bør bestrebe seg på å ha en god relasjon til ansatte, lytte og gi mulighet for at personalet kan prøve ut ideer de har om forbedringer i praksis blant annet basert på økt kunnskap om miljøbehandling gjennom for eksempel deltakelse i Demensomsorgens ABC.

En annen viktig funksjon som vanligvis er et lederansvar, er personalomsorg, å kunne fange opp når personalet trenger tid til å bearbeide egne reaksjoner. Personalet trenger anerkjennelse på at de gjør en god jobb, og de trenger bekreftelse på at arbeidet med personer med demens kan være svært krevende. Når det er pasienter som oppleves psykisk krevende for personalet, bør det settes av tid til å snakke om dette. Selv om det er indikatorer i VIPS-rammeverket som fanger opp dette, er det

ikke en del av et ordinært VPM-fagmøte, og det kan være nødvendig å sette av ekstra tid. Lederne uttrykte også at metodene bidrar til at personale med ulik kulturbakgrunn får en felles tilnæringsmåte. Avdelingsleder må også få dekket sitt behov for støtte i sin lederrolle fra overordnet nivå.

En stadig pågående prosess

I følge lederne sier personalet at det å bruke disse metodene gjør at de jobber mer personsentrert i praksis. Gjennom bruk av metodene er de blitt flinkere til å ta pasientens ståsted. Diskusjonen i fagmøtet har ført til at pasienten som person kommer tydeligere fram. I rapportene de hadde tidligere var det mest fokus på informasjon om praktiske oppgaver som måtte utføres. Et personale sier: *«Før snakket vi ikke så mye sammen, alle får si noe på VIPS-møtet, før var det ikke om hvor pasienten er hen oppi dette – det var det vi (personalet) ville gi som rapport om pasienten.»* Dette bekreftes av avdelingsleder. Flere av de ansatte får verdiene og holdningene i personsenteret omsorg integrert i sin praksisutøvelse. Personalet opplever også at innføring av metodene har vært positiv for arbeidsmiljøet. Metodene krever at de må høre på hverandre og samarbeide med respekt og åpenhet. Avdelingsleder opplever at personalet jobber mer fagbasert, og mer personsentrert etter at metodene for miljøbehandling er innført. Dette er en stadig pågående prosess.



KAPITTEL 4

Erfaringer fra hjemmetjenesten

Erfaringer fra Trondheim kommune

Erfaringene som beskrives her er hentet fra et intervju med Ingrid Haug Olsen som er Fagleder ved Ressurscenter for demens/Enhet for ergoterapi-tjeneste i Trondheim kommune. Hun er en sertifisert DCM-kartlegger og har fått opplæring i DCM for hjemmetjenesten som en av de første i Norge. Hun er også godkjent Marte Meo-veileder.

Dementia Care Mapping (DCM)

Det er foreløpig lite erfaringer med bruk av DCM i hjemmetjenesten i Norge. I et utprøvningsprosjekt i Trondheim var Ingrid Haug Olsen sammen med en pleier som er ressursperson for demens i sin sone. Hun gjorde kartlegginger på de syv pasientbesøkene som sto på pleierens arbeidsliste den dagvakten.

Hvorfor er DCM kartlegging i hjemmetjenesten viktig?

Ingrid Haug Olsen ser på DCM som et viktig redskap i veiledning i hjemmetjenesten. Pleiere som arbeider i hjemmetjenesten får sjelden tilbakemelding på det de gjør hjemme hos personen med demens. Hun opplevde at pleierne ønsker en slik tilbakemelding, den gjør pleierne tryggere på det de gjør. Det er viktig for pleierne å få tilbakemelding på det som er bra, og på det de ikke er bevisste på. Det kan hjelpe dem å holde rett fokus. Arbeidet blir fort

oppgaveorientert når man hele tiden arbeider under tidspress for å bli ferdig og komme seg videre til neste person.

Den systematiske kartleggingen i DCM sikrer at tilbakemelding og veiledning blir konkret. I tillegg til å bruke grafene for atferdskategorier brukte Ingrid Haug Olsen også notater om hva som ble sagt og gjort i tilbakemeldingen.

DCM-tilbakemeldingen var en god hjelp da de diskuterte den enkelte pasients behov. Tilbakemeldingen ga helt konkrete eksempler på hvordan samhandlingen mellom pleier og personen med demens fungerte. Pleieren kjente igjen besøkene ut fra grafene, kurvene og beskrivelsene i oppsummeringen.

Hvordan kan DCM-kartlegging brukes?

Ansatte:

Ingrid Haug Olsen mener at det er lite realistisk at hele personalgruppa kan få DCM-kartlegging, det krever tid og ressurser som ofte ikke finnes. I Trondheim kommune er de organisert med ressursperson for demens i sonene, og sammen med fagledere bør disse prioriteres. At ressurspersonen får DCM-tilbakemelding og veiledning kan ses på som å bruke «Train the Trainer»-prinsippet; det styrker ressurspersonens egen

veilederkompetanse. Det er en fordel at ressurspersonen har gjennomført DCM-basiskurs, dette øker forståelsen for DCM-analysen av samhandlingen. DCM gir ord og begreper som kan brukes i veiledning til pleiegruppa. Jo mer ressurspersonene vet om personsentrert omsorg, jo bedre vil de selv være til å veilede andre.

Hukommelsesteamet/demensteamet kan også med fordel ha kompetanse på DCM og bruke det i veiledning i hjemmetjenesten.

Personen med demens:

Å kartlegge ett besøk er ikke så tidkrevende. Ingrid Haug Olsen mener at DCM kan brukes i krevende samhandlingssituasjoner med enkeltpersoner som en måte å komme videre i situasjonen på og finne gode løsninger. Et eksempel på dette er når man skal finne tillitsskapende tiltak. I slike situasjoner kunne pasientens primærkontakt få DCM-kartlegging og tilbakemelding. De tillitsskapende tiltakene man kommer fram til kan videreformidles til hele personalgruppa på et møte der alle er tilstede.

Resultater av DCM-kartleggingen

Om DCM-kartleggingen gjentas hos samme pasient kan man se om tilbakemeldingen og veiledningen etter det første besøket har gitt pleieren innsikt som setter henne i stand til å endre måten hun samhandler med pasienten på.

DCM kan brukes til å veilede personalet når de har pasienter som de ikke vet hvordan de skal møte på en god måte. Et eksempel på dette, er en kartlegging som ble gjort hjemme hos en dame som var svært nedstemt. Ingrid Haug Olsen brukte den grafiske framstillingen fra kartleggingen til å illustrere for personalgruppa hvordan måten pleieren (ressurspersonen) møtte damen påvirket

henne. Damen sa hele tiden at hun ikke klarte noen ting. Pleieren spurte henne: «*Hva får du til?*» «*Jeg klarer å stå opp*», svarte hun. «*Flott, det er bra. Da får du til én ting. Hva får du til mer enn det?*» Hun svarte: «*Jeg klarer å kle på meg.*» «*Se der! Da klarer du to ting*», slik samtalte de videre. Pleieren rettet fokus mot de tingene hun faktisk klarte og brukte humor. De så at humøret hennes steg, og damen smilte da de dro. Dette kunne Ingrid Haug Olsen vise på DCM-grafene.

Å bruke resultater fra en DCM kartlegging på denne måten må selvfølgelig avklares på forhånd med den pleieren det gjelder.

Forberedelser til DCM

Ingrid Haug Olsen fortalte at forberedelsene ble gjort med utgangspunkt i at fokus i kartleggingen er på ansatte. DCM-kartleggeren ble introdusert da de kom til pasienten, slik det blir gjort når pleierne har med seg sykepleierstudenter og helsefagarbeiderelever. Pasienten fikk informasjon om hensikten, at Ingrid Haug Olsen var med for å observere pleieren, og gi henne tilbakemelding for at hun skulle bli i stand til å gjøre en best mulig jobb. Det ble forklart hvordan kartleggingen skulle foregå, hvor kartleggeren skulle oppholde seg, at hun ikke skulle være med på badet, og at hun kom til å notere underveis. Så spurte de om det var i orden at Ingrid Haug Olsen fikk komme inn og gjøre dette. Ingen pasienter svarte nei, og ingen så ut til å reagere på at hun satt der. Pleieren var i arbeidsantrekk, Ingrid Haug Olsen kom i vanlige klær. I tillegg til stell, utførte pleieren medisinerings, sårstell og øyedrypping.

Tilbakemelding fra DCM-kartlegging

Ingrid Haug Olsen anbefaler tilbakemelding både direkte og i to trinn. Først får den som er blitt kartlagt tilbakemelding, så blir man enige om hva

som skal formidles videre til hele personalet. Både oppfatningen til den som blir kartlagt og kartleggeren er viktige bidrag, og de må ses sammen. Disse kan både informere og korrigere hverandre og inngår i veiledningen som gis til resten av personalgruppa.

Den grafiske framstillingen i DCM forklares i veiledningen til personalet. Ingrid Haug Olsens erfaring er at den grafiske framstillingen er svært nyttig å bruke sammen med observasjoner og notater. Et eksempel på dette er hvordan grafene viste at pasientens grad av engasjement sank da pleieren tok over for ham i morgenstellet. Når han fikk gjøre tingene selv, steg engasjementet. Humøret derimot, var stabilt gjennom hele morgenstellet. Tilbakemeldingen fra denne DCM-kartleggingen ble gitt til hele personalgruppa, og var svært lærerik for dem. Ressurspersonen var en god rollemodell for de andre i måten hun ivaretok pasientens mulighet til beskjeftigelse. Ingrid Haug Olsen mener at dette eksempelet viser at DCM er et redskap som er spesielt godt egnet til hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. DCM kan brukes til å måle hvordan rehabiliteringen fungerer, om pasienten har framgang.

Marte Meo

I Trondheim kommune ble Marte Meo prøvd ut i hjemmetjenestene første gang i et studentprosjekt. Noen pleiere opplevde tanken på at de skulle filmes som ubehagelig, men etter at de hadde vært med på veiledningen studentene fikk med utgangspunkt i film og så hvordan det fungerte ble dette ufarliggjort. Ingrid Haug Olsen forteller at pleierne i hjemmetjenestene nå gjerne vil bruke Marte Meo og ikke har noe i mot å bli filmet. Pleierne ser at bruk av film har stor nytteverdi; filmen forteller det meste, det trengs ikke mye tid for å «oversette» og forklare det de ser på filmen. Personalet ser ofte

selv hva som gjøres riktig i situasjonen, og hvor det blir brudd i kommunikasjonen.

Ved bruk av Marte Meo-veiledning begynner man ofte med en film som viser den situasjonen man vil ha veiledning på. Filmer som viser god samhandling kalles «Løsningsfilm». Løsningsfilmer viser pasientens behov for bistand i situasjonen. De kan brukes i opplæring, og viser nyansatte og vikarer god samhandling og kommunikasjon med personen med demens i ulike situasjoner.

Tilbakemelding

Ingrid Haug Olsen anbefaler, som ved DCM, både direkte og to-trinns tilbakemelding. Tilbakemeldingen kan enten bare gis til den som er blitt filmet, eller tilbakemeldingen kan først gis til denne og så til personalgruppa. Veiledning på Marte Meo i hjemmetjenesten gjøres på samme måten som i institusjon og andre steder.

Et eksempel på bruk av Marte Meo i hjemmetjenesten var en matlagings situasjon hos en pasient som flere pleiere syntes var utfordrende. Situasjonen ble filmet, og da pleieren fikk se seg selv på film så hun med en gang at hun åpnet kjøleskapsdøren for fort, noe som gjorde at pasienten ble amper. I tillegg kom det fram at pasienten ble passivisert da hun ble bedt om å sette seg ned mens pleieren ordnet oppvask og mat. I veiledningen etterpå drøftet de om det kunne være bedre for pasienten å samarbeide med pleieren om oppgavene, for eksempel å lage frokost. Neste gang hun var hos denne pasienten tok hun hensyn til dette. Denne gangen forble samhandlingen god, og maten ble laget i stand uten at pasienten ble sint. Filmen viste denne gangen at pasienten var i svært godt humør, hun sang og danset og var svært fornøyd med å gjøre disse oppgavene sammen med pleieren.

Dokumentasjon

I Trondheim har de arbeidet mye med dokumentasjon. I «Oppdragets art» i dokumentasjonssystemet *Gerica* beskrives kort pasientens diagnoser, medisiner og hva som skal gjøres på hvert besøk. Dette skal alltid være oppdatert. De har også innført et system som kalles «Levende oppdrag». Det innebærer at primærkontakten skriver inn observasjoner som skal gjøres for eksempel i 14 dager framover, eller spesielle tiltak som skal prøves ut en angitt periode. Det kan for eksempel handle om munnhygiene eller ernæring. Dette har ført til at pleiere som tidligere ikke leste «Oppdragets art» fordi de syntes de kjente pasienten godt nok, nå leser det før hvert besøk fordi det som står gir en «bruksanvisning» på hvordan man skal gå fram. Det sikrer at pleieren har informasjonen som er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen på en god måte.

Marte Meo- og DCM-veiledningen hjelper pleierne å formulere pasientens behov konkret og beskrive detaljert hvordan skal hjelpen utføres i «Oppdragets art», det legges vekt på at det som er viktig i samhandlingen skal komme tydelig fram. Før stod det for eksempel «Tilby hjelp til dusj». Det førte til at pleierne ofte spurte om pasienten ville ha hjelp til å dusje, noe han ofte takket nei til. Nå kan det stå hvordan pleieren skal formulere seg for at pasienten skal takke ja til hjelpen, og hva som er viktig å ta hensyn til hos hver enkelt.

Samtykke ved bruk av metodene

Ved bruk av Marte Meo-filming eller DCM i hjemmetjenestene, trenger man samtykke fra pasienten. Det er hjemmetjenesten som spør om han/hun samtykker til at en ekstra person blir med for å observere og etterpå veilede pleieren. Det er hjemmetjenestene som vurderer samtykkekompetansen til hver pasient når det gjelder kartlegging og filming. Hvis hjemmetjenesten vurderer det slik at pasienten ikke forstår hva de spør om, så kan Marte Meo-

veilederen møte opp, ha med kameraet og spørre pasienten direkte der og da. Det kan være enklere å få pasienten til å forstå når han eller hun ser kameraet. Det gis informasjon om at filmen blir slettet etter at veiledning er gitt. For pasienter uten samtykkekompetanse blir bruk av kamera avklart med pårørende som kjenner pasienten. Det er pleierne i hjemmetjenesten som snakker med pårørende. Gode filmer kan brukes til undervisning. Da må det innhentes skriftlig samtykke fra pasienten, den ansatte og eventuelt pårørende. Marte Meo-veilederen og den ansatte dokumenterer samtykket i *Gerica*.

Om man bruker en intern DCM-kartlegger eller Marte Meo-veileder er man avhengig av frikjøp av tid for at to pleiere kan gå til samme pasient. For å få gjennomført tilbakemeldingen er det en fordel å ha faste møter som kan brukes til dette. Det er nødvendig med forankring til ledelsen. Fagleder må se verdien av kartlegging eller filming og påfølgende tilbakemelding, og sette av de nødvendige ressursene. Det er en fordel om faglederen har vært på DCM-kurs eller har Marte Meo-utdanning, eller på annen måte har fått tilstrekkelig kunnskap om hva metodene går ut på, slik at de forstår viktigheten av å bruke dem.

Kombinasjon av Marte Meo og Dementia Care Mapping i hjemmetjenesten

Erfaringen til Ingrid Haug Olsen er at personalet i hjemmetjenestene setter pris på både DCM og Marte Meo. Begge metodene anses nyttige og gir en tilbakemelding pleierne har savnet. DCM i hjemmetjenestene er på utprøvningsstadiet i Norge, og det er behov for mer erfaring.

Marte Meo og DCM kan brukes om hverandre, og de kan godt kombineres. Ideelt sett bør ressurspersoner i alle hjemmetjenestegrupper kunne begge metodene.

En spennende kombinasjon av Marte Meo og DCM er å kartlegge og filme samme situasjon. Først filmer og kartlegger man den samme situasjonen og så analyserer man det som skjer. Ved både å gi DCM-tilbakemelding og vise situasjonen på film, forsterkes inntrykket og forståelsen av situasjonen, og overføringsverdien til andre situasjoner er stor.

Planverktøy fra Strukturert miljøbehandling

Angående planverktøy fra Strukturert miljøbehandling, har dette ikke blitt prøvd ut i hjemmetjenestene, og Ingrid Haug Olsen hadde ikke inngående kjennskap til verktøyet. Hun forteller at i hjemmetjenestene i Trondheim er dokumentasjonssystem i *Gerica* godt innarbeidet, pleierne er vant til å bruke det. Det er viktig å få Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling inn i det dokumentasjonssystemet man allerede har og er vant til å bruke.

VIPS-praksismodell (VPM) med sine strukturerte fagmøter og faste roller, særlig rollen til primærkontakten, er noe hjemmetjenesten kan ha bruk for. Med tilpassing av VIPS-indikatorene til hjemmetjenesten kan VPM med fordel brukes også i hjemmetjenestene (beskrives senere i dette kapitlet). I Trondheim kommune tilbys dagtilbud (aktiviteter) i hjemmet. Personene som benytter seg av disse tjenestene har ofte andre hjemmetjenester i tillegg. Dessverre er ikke samhandlingen mellom disse to tilbudene optimalt og det er nødvendig å styrke samarbeidet mellom disse. Det kunne vært gjort med VPM-fagmøter.

En kombinasjon av DCM og VPM hadde vært bra i hjemmetjenestene. VPM-strukturen sammen med observasjonene fra DCM ville hjulpet pleierne å holde et personsentrert fokus i det daglige arbeidet. VPM-fagmøtet kan brukes til å gi DCM- eller Marte Meo-tilbakemelding. Det er lettere få tid til

veiledning til hele personalgruppa når man har et fast forum som alle har avsatt tid til i sin kalender.

Andre organisatoriske forhold

For å kunne bruke metodene trengs tilrettelegging. Det må settes av tid. I Trondheim kommune har de lagt kalenderplaner inn turnusen, der kan møter plottes inn.

For å bruke DCM eller Marte Meo må kunnskapen holdes ved like. Ingrid Haug Olsen sier det er realistisk å ha DCM- og Marte Meo-veiledning fast en gang i halvåret. Det behøver ikke å ta mer enn en time å gjennomføre både DCM- og Marte Meo-veiledning.

Trondheim kommune har et helhetlig pasientforløp. For å styrke primærkontaktens rolle og funksjon har de en nettside for kommunens hjemmetjenester der forløpet er beskrevet med sjekklister over hva som skal utføres når og hvem som skal samarbeide.

Implementering av personsentrert omsorg er en prosess. Hjemmetjenestene må være med, og de må gi tilbakemelding om hva som er nyttig for dem. Den som gir veiledning må legge til rette ut fra deres behov, og sammen med ledelsen finne ut av hva som fungerer best, og hvilke metoder som skal brukes til kompetanseheving.

Erfaringer fra Bergen og to små kommuner i Nord-Norge

Erfaringene er innhentet ved samtale med ledere og personalgruppe i de ulike kommunene. VPM har vært prøvd ut med gode resultater både i Bergen og to små kommuner. I det følgende presenteres erfaringer fra utprøvingen.

VIPS praksismodell

Erfaringene fra Bergen kommune er formidlet via e-post og samtale på telefon med to sentrale VPM-kursholdere: Trond Erik Bergflødt (sykepleie-faglig konsulent, kompetansesenter for demens) og Anita Krokeide (leder, kompetansesenter for demens). De har siden 2013 holdt VPM-basiskurs og fulgt de enhetene som har fått opplæring tett.

Fra Bergen kommune er tilbakemeldingen at innføringen av VPM har gått greit i de enhetene som har startet med modellen, og at VPM-personalet og -ledelse opplever det som et godt arbeidsredskap.

Planen i Bergen er at alle bydelene skal ta i bruk demensarbeidslagmodellen. Det ble foretatt en evaluering av demensarbeidslag som modell i november–desember 2015, som munnet ut i en sluttrapport i mars 2016. Implementering i øvrige bydeler vil bli vurdert etter det (Økonomiplan for helse og omsorgstjenesten 2016-2019).

Organisering av hjemmetjenestene i demensarbeidslag innebærer at det opprettes en eller flere grupper som kun jobber med personer med demens. Organiseringen med demensarbeidslag gjør at færre personer går til pasientene og primærkontakt-systemet styrkes. Det betyr at pleierne på demensarbeidslaget kjenner personene med demens godt, og pårørende kjenner pleierne. Primærkontakten eller andre i arbeidslaget er mer tilgjengelig på telefon. Det sikrer at riktig person i arbeidslaget får beskjeder fra for eksempel pårørende, fastlege, annen omsorgsgiver, dagsenter eller sykehus. Erfaringene så langt er at organiseringen bidrar til en mer oversiktlig og trygg hverdag, for både personen med demens, de pårørende og de ansatte. Bydelene tilbys opplæring i VPM samtidig som demensarbeidslag etableres. Erfaringene med bruk av VPM i arbeidslagene, er at møtene i enhetene blir mer

strukturerte. VPM-fagmøtene er lagt inn ukentlig i turnus. Fagmøtene bidrar til en mer systematisk planlegging og tilnærming til pasienter som ellers er vanskelig å gi hjelp til. Kunnskapsoverføringen mellom pleierne er også blitt styrket. Ansatte gir tilbakemelding på at de blir tryggere og føler økt mestring i jobben. Tilbakemeldingen fra pårørende er at kontakten med hjemmesykepleien er blitt bedre, fordi flere sier at de nå kjenner primærkontakten og forholder seg til ham eller henne direkte.

Innføring av Demensarbeidslagsmodellen og VPM medfører at det er stort behov for kurs og opplæring i årene som kommer. Det er viktig at opplæringen blir skreddersydd behovene. Faglederne ved ressurscenteret i Bergen ser at det er behov for tett oppfølging i oppstartfasen for at arbeidsmåten skal «sette seg». VPM-kursholderne opplever at ledelsen i bydelene som har startet prosessen med å innføre Demensarbeidslagsmodellen og VPM, har gjort et svært godt grunnarbeid med forberedelser, og ser at de følger godt opp arbeidet som er i gang.

Tilbakemelding fra VPM-kursholderne i hjemmetjenestene i Bergen er at VPM fungerer godt, men at de savner indikatorer i VIPS-rammeverket som gjenspeiler hverdagen i hjemmetjenesten. Indikatorer som har vært i bruk til nå er laget med tanke på et institusjonsmiljø. Indikatorer spesielt tilpasset tjenester i hjemmet er nå oversatt til norsk i samarbeid med Dawn Brooker som har opphavsretten.

Både VIPS-manualen og den første versjonen av opplæringsmaterialet bruker historier fra institusjonsmiljø. Kursholderne i Bergen formidlet ønske om at dette også blir omarbeidet til å gjenspeile hverdagen i hjemmetjenesten. Dette arbeidet pågår.

Erfaringene fra de to små kommunene er basert på fokusgruppeintervjuer. I den ene kommunen ble ledergruppa intervjuet. Her ble alle ansatte i hjemmetjenestene, inkludert sommervikarer som jobbet mye, invitert til å delta på VPM-basiskurs. Kurset ble gjort obligatorisk for å få alle med. På grunn av store avstander i kommunen, krevde gjennomføringen av basiskurset nøye planlegging. Avspasering ble gitt time mot time, og personalet fikk velge kursdag.

Lederne i denne kommunen var særlig opptatt av pasientens ulike kulturbakgrunn, og fortalte at VPM var et godt verktøy for å sette fokus på dette. Fagmøtene i VPM ga dem et forum til å drøfte og komme fram til hva de kunne gjøre der det oppstod vansker fordi personen med demens ikke hadde norsk som morsmål. Lederne ga uttrykk for at VPM virket samlende. Pleiere i hjemmetjenestene jobber mye alene, og VPM er med på å bygge lagånd og arbeidsfellesskap.

I den andre kommunen ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med både ledere og personalgruppa. De som ble sendt på VPM-basiskurs her var de som må få opplæring for at VPM skal kunne implementeres. Resten av personalet fikk en kort innføring før de startet opp med VPM på avdelingene. Leder hadde laget møteplan for VPM-fagmøter noen måneder fram i tid, og de hadde en fast ukentlig møtetid. Agenda for møtet ble laget og lagt til orientering på en fast plass i god tid før fagmøtet. Ledelsen gjorde det klart at fagmøtene skulle prioriteres.

Personalet ga uttrykk for at VPM gjorde at de ble mer strukturerte og fokuserte i arbeidet. Det bidro også til faglig utvikling ved at de fikk utvekslet erfaringer og drøftet faglige spørsmål.



KAPITTEL 5

Anbefalinger

De fire metodene utfyller hverandre ved at de framhever ulike dimensjoner ved personsentrert omsorg. Metodene har forskjellige fokus, og dekker dermed flere arenaer. DCM egner seg godt til å belyse hvordan fellesskapet fungerer i stue og spisestue og om noen pasienter faller utenfor. DCM skal ikke brukes i private rom som soverom og bad, her er derimot VPM og Marte Meo godt egnet, siden de blant annet kan brukes til å fokusere på situasjoner knyttet til stell og personlig hygiene. Planverktøyet gir struktur og oversikt for planlegging og gjennomføring av miljøbehandling.

- **Å løfte fram perspektivet til personen med demens – ukentlig**

I VPM får de ansatte en møtestruktur som setter personsentrert omsorg på dagsorden i det ukentlige fagmøtet. Personalet trener på sette ord på hvordan verden kan se ut for personen med demens. Det er de ansatte som er aktive i fagmøtet, de har sine faste roller og funksjoner.

- **Å kartlegge det sosiale fellesskapet – regelmessig**
Regelmessig DCM-kartlegging gir personalet en vurdering av hvordan det sosiale fungerte i grupper og i fellesrom og gir kunnskap om hvordan enkeltpasienter hadde det i løpet av

dagen. Personalet får tilbakemelding om hva de gjorde bra som de burde gjøre mer av for å engasjere pasientene og hjelpe dem å delta.

- **Å finne nøkkelen til den gode samhandlingen med den enkelte – ved behov**

Marte Meo viser detaljene i samspeillet mellom personen med demens og den ansatte. Dette gjør det mulig å analysere hvilke behov for støtte til å kommunisere personen har, og hvilke tillitsskapende tiltak som er nødvendige i den konkrete situasjonen. Metoden er særlig egnet for å snu motstand til samarbeid og forebygge bruk av tvang.

- **Å sørge for at de gode tiltakene blir gjennomført – hver vakt**

Planverktøyet fra Strukturert miljøbehandling sørger for at alle vet hva som skal gjøres, hvordan og når, på hver vakt. Man kan krysse av når det er gjort, og føre avvik og grunn for det som ikke ble gjort.

Å ta metodene i bruk

Ingen, verken ledere eller ansatte som deltok i prosjektet der de prøvde ut å bruke alle de fire metodene, mente at det var for mye eller unødvendig å bruke alle metodene. Metodene krever at det settes av tid og ressurser, men det oppleves at denne ressursbruken svarer seg i form av bedre behandling av personene med demens.

Rekkefølgen på implementering av de ulike metodene var ikke viktig, men en trinnvis innføring av metodene kan være en fordel for å hindre at personalet føler at det blir for mye nytt på en gang.

Om man velger å starte med VPM og faste fagmøter får enheten etablert en rutine, og personalet venner seg til å ha et forum der faglige utfordringer blir drøftet. Ved å starte tidlig med Marte Meo-veiledning får de ansatte grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Det kan være en fordel å ha kommunikasjonskunnskapen fra Marte Meo som grunnlag når man får DCM-tilbakemelding, og når man drøfter samhandlingssituasjoner i VPM-fagmøtet. VPM og Marte Meo kan gjerne starte samtidig.

Det er anbefalt å ha faste DCM-kartlegginger to til tre ganger i året eller mer. Planverktøyet er anbefalt for å få struktur på tiltak som ble besluttet uansett hvilken metode som ble brukt, for å sikre at tiltakene ble gjennomført.

Møterutine

Ledere og ansatte som deltok i prosjektet ga uttrykk for at det var viktig med et faglig forum, uavhengig av hvilken metode det dreier seg om. Det er viktig for personalet å ha oversikt over møter i avdelingen. Det anbefales å legge møter til faste og forutsigbare tider og slik få i gang en møterutine.

Det er en viktig oppgave å sørge for at møter faktisk blir holdt. En del av dette er administrative oppgaver, som å finne den tidsmessig beste plasseringen av møtene og å tilpasse turnus slik at ressurspersonen som leder fagmøtet i VPM kan være tilstede. Erfaringene tilsier at dette er et lederansvar. Enkelte steder har det fungert bra å delegere de rent administrative oppgavene til en fagansvarlig sykepleier eller tilsvarende.

Møtestruktur

I et vanlig VPM-fagmøte vil ressurspersonen ønske velkommen og presentere møtets agenda. Så vil primærkontakten fortelle om en situasjon slik hun eller han tror personen med demens opplever den. Etter dette vil personalgruppa diskutere og analysere situasjonen ut ifra VIPS-rammeverket. Konklusjonen på fagmøtet kan være at det skal gjennomføres Marte Meo-filming og veiledning eller DCM-kartlegging med tilbakemelding. Den faste strukturen i VPM-fagmøtet gjør det enkelt å bruke fagmøtet til å gi tilbakemelding og veiledning fra Marte Meo og DCM.

Har man tilbakemelding fra en DCM-kartlegging på fagmøtet kan ressurspersonen i VPM ønske velkommen og presentere møtets agenda, for så å overlate ordet til DCM-kartleggeren. På samme vis kan Marte Meo-veilederen bruke fagmøtet til å vise film og gi tilbakemelding. Uavhengig av metode kan primærkontakten avslutningsvis, slik det er lagt opp til i VPM, si noe om hvordan hun tror pasienten vil oppleve tiltakene de er kommet fram til. Dette er i tråd med verdigrunnlaget i personsentrert omsorg, som er å finne tiltak som bygger oppunder og støtter personverdet til personen med demens.

MØTESTRUKTUR

Ressurspersonen innleder – ønsker velkommen,
og informerer om hva møtet skal handle om

| VPM: | DCM eller Marte Meo: |
|---|--|
| Primærkontakten legger fram situasjonen fra pasientens perspektiv | Analyse av og tilbakemelding på kartlegging eller film |
| De andre pleierne forteller hvordan de opplever situasjonen | |
| Alle vurderer indikatorene i VIPS-rammeverket – de begrunner sitt valg og enes om en eller to | |
| Felles – uavhengig av metode | |
| Drøfting av situasjonen i lys av VPM-indikatorene eller Marte Meo/DCM veiledningen | |
| Bestemme tiltak – konkludere | |
| Primærkontakten sier noe om hvordan hun tror personen med demens vil oppleve de(t) tiltaket/tiltakene de er kommet fram til | |
| Ressurspersonen oppsummerer beslutninger og setter dato for evaluering | |
| Primærkontakten dokumenterer | |

Dokumentasjon

Dokumentasjonsplikten er lovfestet, og er selvfølgelig lik for alle metodene. Tiltak skal skrives ned og gjennomføres som planlagt. Likevel, erfaringer fra prosjektet viser at det er ulik praksis for hvordan tiltak blir dokumentert og tatt inn i arbeidsplaner.

For å sikre at god praksis blir innført og gjennomført som en faste rutine, anbefales det at tiltak føres i strukturerte arbeidsplaner. Miljøbehandlingen skal ikke være tilfeldig og avhengig av hvem som er på jobb. Om tiltak som er vedtatt på fagmøtene blir overført muntlig til de ansatte som ikke deltok på fagmøtet, eller det kun skrives korte stikkordsmessige referat fra møtene, kan tiltakene bli tolket ulikt og vilkårlig. Dette kan resultere i at tiltakene gjennomføres ulikt. Det anbefales derfor at lederen sørger for gode systemer som sikrer at både individuelle tiltak og tiltak på gruppenivå blir

gjennomført slik de var tenkt. Her kan planverktøyet være til gode hjelp.

Primærkontakter

Personalet har en nøkkelrolle i personsentrert omsorg og miljøbehandling. Det er personalet som kjenner både pasientene og forholdene i avdelingen, og det er de som gjennomfører tiltakene i miljøbehandling. Derfor må de ha definerte ansvarsområder. Primærkontaktsystem er vanlig å ha i norske sykehjem, men det kan virke som at funksjonen ofte har et uutnyttet potensiale. Sykepleierne har ofte ansvar for det medisinske samarbeidet med legen. Helsefagarbeiderne har ansvar for merking av klær, økonomi, og andre praktiske ting. Det konkrete ansvaret for å få kunnskap om hvordan pasienten opplevde hverdagen og hvordan hun eller han trives, nevnes sjelden. Ved innføring

av personsentrert omsorg og miljøbehandling må alle i personalgruppa involveres og ansvarliggjøres både i planlegging og gjennomføring av tiltakene. Primærkontaktsystemet bør utvides til å omfatte miljøbehandlingstiltak i tillegg til praktiske oppgaver. Det er primærkontakten som kjenner pasienten best, og bør ha en sentral rolle og ansvar for miljøbehandling. VIPS-praksismodell framhever dette ved at det er primærkontaktens oppgave å legge fram pasientens perspektiv i fagmøtet. Primærkontakt har også hovedansvar for dokumentasjon og evaluering av miljøbehandlingstiltak i dokumentasjonssystem og planverktøy.

Anbefalinger knyttet til bruk av hver metode

Det er forskjellige organisatoriske hensyn å ta ved implementering av de ulike metodene. I det følgende presenteres noen anbefalinger.

VPM

I VPM har en representant for flertallet i avdelingen rollen som ressursperson (RP). I praksis er dette ofte en hjelpepleier/helsefagarbeider. RP tar imot henvendelser fra de andre om situasjoner de vil ta opp på fagmøtet, setter opp agenda sammen med avdelingslederen og leder fagmøtet. Møteledelse er en kunst, og det er viktig at RP kjenner at hun eller han får støtte av avdelingslederen til å følge møtestrukturen, sørge for at alle får ordet, og oppsummere det man er kommet fram til inntil hun eller han kjenner seg trygg på rollen som møteleder.

Primærkontakten presenter situasjonen slik hun eller han tror personen med demens selv opplever den. Det krever forberedelse, og det er uvant å sette ord på dette. Fordi det å legge fram perspektivet til personen med demens på fagmøtet går på rundgang mellom primærkontaktene, kan de lære av å

høre på hverandre. Uansett trenger de nok støtte fra avdelingslederen de første gangene. Avdelingslederen og primærkontakten kan snakke sammen på forhånd om hva hun eller han skal si, og lederen kan tre støttende til underveis om nødvendig. Alle ansatte trenger anerkjennelse fra sin leder.

Marte Meo

Mange ansatte kan grue seg for å bli filmet, derfor er informasjon om hensikten og hva som blir lagt vekt på i bruk av filmen svært viktig. Når personalet oppdager at veiledningen etterpå konsentrerer seg om de gode eksemplene, får de en bekreftelse på at de gjør noe riktig og positivt.

Dersom tilsynslegen og helsepersonellet i samarbeid med pårørende vurderer at pasienten ikke har samtykkekompetanse til å vurdere konsekvensene av å bli filmet, føres dette inn i pasientens dokumentasjonssystem. Hvis man vurderer at samtykkekompetansen ikke er til stede når det gjelder filming, informeres pårørende om at det er tenkt å bruke filmopptak for å finne fram til den tilnæringsmåten pasienten trenger i den konkrete situasjonen. Hvis pasienten har sagt ja til filming, men pårørende er betenkt, er det behandlerne som tar avgjørelsen. Uansett om pasienten har samtykket, må opptak avsluttes hvis pasienten ved kroppsspråk eller på annen måte uttrykker ubehag ved å bli filmet.

I Marte Meo kan man bruke enten interne eller eksterne veiledere.

Fordeler ved ekstern veileder er blant annet at:

- De kan gi andre impulser/tanker/korrigerer på nåværende praksis
- De ser på miljøet og pasientene i et objektivt lys
- De har god tid når de kommer til avdelingen
- De ser lett småting
- De gjør jobben med å analysere materialet

Ulemper ved ekstern veileder er blant annet at:

- De kjenner ikke personalet
- De kjenner ikke de lokale forholdene og utfordringene
- Personalet er ikke vant med å bruke metoden – personalet gruer seg til å bli filmet
- Film og veiledning må avtales i god tid

Fordeler ved intern veileder er blant annet at:

- De er mer tilgjengelige og kjenner avdelingen
- De kan lettere dele sin kompetanse i avdelingen og bidra til faglig utvikling

Ulemper ved intern veileder er blant annet at:

- De kan bli syke eller slutte. Det tar økonomiske ressurser og tid å bygge kompetanse
- De kan bli for navlebeskuende og dermed hindre utvikling
- Det er vanskelig å være profet i eget land

DCM

For at personalet ikke skal bli nervøse og stresset av at det sitter en på stuen eller i spisestuen som kartlegger det som skjer, er det viktig med god informasjon om hensikten med DCM-kartleggingen på forhånd. DCM-tilbakemeldingen blir gjerne svært godt mottatt, personalet setter pris på den positive tilbakemeldingen de får og opplever det som en anerkjennelse.

Som i Marte Meo kan man i DCM bruke enten interne eller eksterne veiledere.

Fordeler ved ekstern veileder er blant annet at:

- De kan gi andre impulser / ser ting fra en litt annen vinkel
- De ser lettere viktige detaljer
- De har god tid når de kommer til avdelingen

- De gjør jobben med å analysere materialet
- Ser hvilke tiltak som fungerer for eksempel i samtalen, og hva som gjorde at det var en rolig kveld
- God tilbakemelding til personalet

Ulemper ved ekstern kartlegger er blant annet at:

- De kjenner ikke personalet
- De kjenner ikke de lokale forholdene og utfordringene
- Personalet er ikke vant med å bruke metoden
- Kartlegging og tilbakemelding må avtales i god tid

Fordeler ved intern kartlegger er blant annet at:

- De er mer tilgjengelige og kjenner avdelingen
- De kan lettere dele sin kompetanse i avdelingen og bidra til faglig utvikling

Ulemper ved intern kartlegger er blant annet at:

- De kan bli syke eller slutte. Det tar økonomiske ressurser og tid å bygge kompetanse
- De kan bli for navlebeskuende og dermed hindre utvikling
- Det er vanskelig å være profet i eget land

Planverktøyet

I starten kan det oppleves tidkrevende å fylle ut planene og å holde dem oppdatert. Når skjemaene er innarbeidet, oppleves de som rammer som gir struktur og oversikt med rom for fleksibilitet. Det er viktig å finne en balanse mellom struktur og fleksibilitet i planleggingen av det daglige arbeidet og tiltakene rettet mot hver enkelte pasient.

Strategier for opplæring av ansatte

De to sykehjemmene som deltok i prosjektet om utprøvingen av metodene hadde valgt ulike strategier i opplæringen av de ansatte.

På det ene sykehjemmet hadde noen på hver avdeling fått opplæring i en eller flere av metodene. De hadde dermed interne DCM-brukere og Marte Meo-veiledere. De hadde sendt det antall ansatte som kreves fra hver avdeling på VPM-basiskurs. VPM krever at de som skal ha faste roller som ressurspersoner og (interne) VPM-veiledere samt avdelingslederen, går på VPM-basiskurs for å lære modellen og innholdet i personsentrert omsorg. Ressurspersonene må velges basert på kompetanse, interesse og egnethet. I tillegg må leder legge til rette for at hele personalgruppa får opplæring i personsentrert omsorg.

Det andre sykehjemmet hadde ikke kurset noen til å bli interne DCM-brukere eller Marte Meo-veiledere, de brukte kun eksterne til DCM-kartlegging og Marte Meo-veiledning. I stedet hadde de hatt VPM-basiskurs i flere omganger på sykehjemmet, slik at hele personalgruppa fikk VPM-basiskurset. At kurs kunne arrangeres på sykehjemmet med eksterne forelesere ble opplevd som både effektivt, økonomisk og praktisk for å få med alle. Lederne på dette sykehjemmet så det som en forutsetning for å lykkes at alle ansatte fikk samme opplæring ved oppstart, slik at alle hadde lært det samme.

Den avdelingen som hadde integrert bruken av alle metodene best både med hensyn til jevnlig VPM-fagmøter (ukentlig), DCM-kartlegging med tilbakemelding (to ganger i semesteret) og Marte Meo-veiledning med film (jevnlig ved behov) hadde også flest ansatte med videre- og etterutdanning. Det faglige nivået og stabiliteten på denne avdelingen var godt. Dette kan tyde på at faglig nivå, utvikling, samarbeid og støtte er faktorer som forsterker hverandre.

Leders rolle

Det anbefales at lederen er til stede på VPM-fagmøter, Marte Meo-veiledning eller DCM-tilbakemelding. Leder har en viktig rolle i å følge opp tiltak som personalet er kommet fram til på møtet og etterspørre hvordan disse fungerer når de prøves ut.

Avdelingsleder er en nøkkelperson i å planlegge implementeringen av personsentrert omsorg på avdelingsnivå. Det anbefales at leder er synlig i det daglige arbeidet og er godt kjent med de ansattes ressurser, holdninger og behovet for økt kompetanse.



KAPITTEL 6

Praktisk eksempel: Personsentrert omsorg i måltid og i stell

I dette kapittelet presenteres praktiske eksempler på hvordan metodene kan benyttes sammen, og hvordan de utfyller hverandre i arbeidet med å finne personsentrert omsorg for den enkelte. Personene i eksemplene er fiktive.

Bakgrunnsopplysninger

Margit er 86 år og har vært enke i fire år. Margit var gift med Knut. Margit og Knut har to sønner, Mons og Klaus. Mons bor i utlandet med sin familie. Klaus hadde Downs syndrom og bodde hjemme til han døde som 43 åring. Margit var den som i hovedsak hadde ansvaret for Klaus. Margit var ofte bekymret for Klaus og var plaget med angst etter at han døde.

Knut og Margit var religiøse og brukte mye tid på menighetsarbeid. Sang, sosiale aktiviteter, matlaging og servering på møter i menigheten var viktig for Margit.

Margits barnebarn, Mons sin datter, har flyttet hjem til Norge. Hun har alltid hatt god kontakt med besteforeldrene.

Da Knut døde, ble det tydelig at Margit ikke kunne bo hjemme alene. Hun fikk diagnosen Alzheimers sykdom. Hun har de siste tre årene bodd på en skjermet enhet. I tillegg til Alzheimers sykdom har Margit en angstlidelse, og hun har en del skjelett- og muskelplager.

Pleierne opplever at det er vanskelig å hjelpe Margit med å stå opp og med å stelle henne om morgenen, og at hun ofte er urolig under måltidene. Avdelingen har faste VPM-fagmøter. Fagutviklingssykepleieren er sertifisert DCM-bruker og pleierne bruker planverktøyene dagsplan, ukeplan og døgnrytmeplan i tillegg til individuell miljøbehandlingsplan for Margit.

Sykehjemmet har ikke intern kompetanse i Marte Meo-veiledning, men bruker en Marte Meo-veileder fra ressurscenteret til dette.

I det følgende presenteres to situasjoner, morgenstell og måltid, der Marte Meo, DCM, VPM og planverktøy i strukturert miljøbehandling blir brukt for å komme fram til hva man skal gjøre for at omsorgen til Margit skal bli personsentrert.

Problemstilling 1 – morgenstell

Pleierne opplever det meste av morgenstellet som vanskelig hos Margit. Margit vegrer seg for å stå opp, det er vanskelig å få henne med på badet og ofte vil hun ikke inn i dusjen. Det har vært diskutert om det bør fattes vedtak om tvang. Avdelingslederen bestemmer at de skal bruke Marte Meo-veiledning før de tar stilling til dette. Pleierne forteller at Margit kan skjenne og slå etter dem når de vil hjelpe henne. De er alltid to i stellet og de er ofte redde henne.

Primærkontakten til Margit synes ikke tiltakene de er blitt enige om på VPM-fagmøtet fungerer. Pleierne har prøvd flere tillitsskapende tiltak, som å informere, synge, la Margit sove lenge og frokost på sengen, men det har ikke hjulpet på situasjonen. Pleierne er enige om at de trenger veiledning for å finne en god løsning for Margit og dem selv. De bestemmer at det viktigste er å finne en god løsning på «stå-opp»-situasjonen, og vil konsentrere seg om dette først. Avdelingsleder kontakter ressurs-senteret og avtaler at Marte Meo-veilederen skal komme. Primærkontakten sørger for at Margits barnebarn blir informert og undertegner informasjonsskjemaet til filming.

Marte Meo-veiledning

Første filmopptak og veiledning:

For å unngå å ha flere personer enn nødvendig inne hos Margit, er kameraet plassert på et stativ inne på rommet. Kameraet peker mot sengen til Margit. Filmopptaket begynner i det pleierne kommer inn døren hos Margit om morgenen. Marte Meo-veilederen foretar interaksjonsanalyse (analyse av samspillet mellom pleier og pasient som ses på filmopptaket) av første filmopptak. Veiledning av de to pleierne gjennomføres like etter stellet.

På filmen ser Marte Meo-veilederen hvordan to pleiere, Karen og Beate, kommer inn til Margit. Pleierne sier god morgen med vennlige stemmer. Karen går bort til sengen og Beate tenner lyset. Margit blir spurt om hun vil ha hjelp til å komme seg på badet og dusje. Margit glipper med øynene, holder godt fast i dynen og sier: «*Nei!*», Karen argumenterer med at Margit liker å se fin ut, at klokken snart er 08.30 og at frokosten er klar. Margit ser bekymret på pleierne som står over henne. Margit sier: «*Hvor, hvor?*», Beate setter seg på sengekanten, bøyer seg fram mot Margit, tar hånden hennes, smiler og sier: «*God morgen!*», Karen er gått inn på badet. Margit ser på Beate og sier: «*God morgen!*», og trykker litt i hånden hennes. «*Er du tørst?*», spør Beate, og Margit nikker. Beate ber Karen ta med et glass med vann. I det Karen kommer med vannglasset tar Beate dynen av Margit. Margit reagerer med å dra dynen opp igjen og snur seg mot veggen. Pleierne sier de vil hjelpe henne, og drar sengen ut fra veggen. Under høylytte protester blir Margit tatt med ut på badet.

På filmen ser man at det går elleve sekunder fra pleierne kommer inn i rommet til Margit får det første spørsmålet som også innebærer et krav: at Margit skal gå inn på badet og dusje. Selv om pleierne har vennlige stemmer, bærer ikke deres tilnærming preg av å være trygghets- og tillitsskapende, noe som fører til at det ikke oppnås kontakt mellom Margit og pleierne.

For Margit er det et grunnleggende behov å føle seg trygg og ha tillitt til pleierne. Hun må vite at pleierne vil henne vel, før hun aksepterer at de overskrider hennes private grenser, som jo ofte skjer i et stell. For å oppnå dette må hun ha pleier(ne) i øynehøyde og det betyr at de må sette seg ned. Hun trenger tid for å kunne svare på spørsmålene deres, og hun trenger å oppleve at pleierne er interessert i hvordan hun har det.

Pleiernes handlinger er preget av at de er fokusert på at Margit skal stå opp. De er opptatt av oppgaven, at de skal gjennomføre et stell og de er i mindre grad opptatt av hvordan hun har det der og da.

Filmen har et klipp på 18 sekunder som viser løsningsøyeblikk (se side 13 om Marte Meo) med god kommunikasjon, der Beate setter seg på sengekanten og får øyekontakt med Margit. Margit får høre navnet sitt, og hun får tilstrekkelig tid til å reagere (Margit trengte noen sekunder). Hun får holde Beate i hånden.

Marte Meo-veilederen bestemmer seg for å bruke disse 18 sekundene hvor kommunikasjonen er best til å synliggjøre Margits behov. I tillegg vurderer hun å vise klippet hvor Margit er forvirret og redd i det pleierne kommer inn, står over henne, stiller spørsmål og ikke gir henne den tiden hun trenger til å reagere.

De funksjonsstøttende elementene veilederen ønsker å drøfte med Beate og Karen er: Kontakt-etablering for å skape trygghet og tillitt, unngå å stille krav-spørsmål, samt at Margit får tilstrekkelig tid til å forstå og til å reagere på pleiers initiativ.

Etter at veilederen har gjennomført analysen av samspillet i filmen får Beate og Karen veiledning på vaktrommet. Begge sier at de hadde gruet seg for å bli filmet, men at de gjorde det for å hjelpe Margit og at de underveis hadde tenkt mindre på kameraet.

Det 18 sekunders lange løsnings-filmklippet blir vist i sin helhet. Analysen gjøres med utgangspunkt i perspektivet til Margit. Sekund for sekund reflekterer pleierne og veilederen rundt hvordan Margit hadde det og hvorfor hun reagerte positivt da Beate satte seg ned hos henne. I tillegg betoner veilederen betydningen av at Beate har oppdaget at

Margit er tørr i munnen og kanskje vil ha noe å drikke. Veileder spør pleierne om hvor mye de tror Margit oppfatter av det som sies og skjer rundt henne. Begge svarer at det varierer med dagsformen. Pleierne får så se den første delen av filmen der de kommer inn i rommet. Pleierne studerer reaksjonen til Margit og oppdager hvor lite hun forstår og hvor høyt tempoet deres er. De forstår at Margit ikke fikk tilstrekkelig tid til å reagere. Begge pleierne er overrasket over at det bare gikk elleve sekunder fra de kom inn i rommet til det ble stilt krav til Margit.

Veileder spør Beate og Karen om Margit får smertestillende for muskel-skjelettplagene. Det får hun ikke.

Etter veiledningen blir Karen, Beate og veilederen enig om følgende tiltak:

- Nattevakt setter fram vannglass på nattbordet.
- Kun en pleier kommer inn om morgenen. Hun kan tilkalle den andre ved behov.
- Bruke litt lengre tid på kontaktetablering:
 1. Pleier setter seg på sengekanten, eller i en stol ved siden av sengen og holder Margit i hånden.
 2. Margit må få høre navnet sitt, og få tid til å reagere.
- Tilby drikke.
- Hente vaskefat med litt varmt vann, vise vaskebevegelser i eget ansikt før Margit får kluten.
- Karen tar opp Margits behov for smertestillende før stell, med sykepleier.

Tiltakene blir skrevet inn i pleieplanen til Margit. Legen på sykehjemmet foreslår å prøve 1 000 mg paracetamol før stell.

Andre filmopptak og veiledning:

Dagen etter gjennomføres nytt filmopptak med veiledning i etterkant. Pleierne prøver ut tiltaket om at kun en pleier skal gå inn og den andre pleieren kan tilkalles ved behov. Det er Karen som skal stille Margit.

Filmen viser hvordan Karen kommer inn, setter seg på sengekanten og sier god morgen. Margit nikker, Karen tar Margits hånd og de ser på hverandre. Karen sier hun skal trekke fra gardinene, hun gjør det, og lys slippes inn i rommet. Margit gjesper, ser på Karen og sier: «*God morgen*». I tillegg gjør hun noen bevegelser med munnen, som Karen benevner: «*Du er tørr i munnen*», og Margit nikker. Karen viser henne glasset med vann. Karen sier: «*Du skal få vann. Jeg må løfte sengeryggen*». Sengeryggen løftes når Karen ser at Margit har forstått hva som skal skje. Margit får vannglasset og drikker. «*Du var tørst*», sier Karen, og Margit nikker. Karen gir Margit paracetamol-tabletten i hånda. Hun snur på den og Karen sier: «*Den er mot smertene dine*». Margit putter tabletten i munnen, tar vannglasset, drikker og svelger tabletten. Margit er rolig og de smiler til hverandre. Karen henter et vaskefat med varmt vann som hun setter på nattbordet. Hun gir kluten til Margit, viser vaskebevegelser foran eget ansikt og sier: «*Ansikt*». Margit vasker seg i ansiktet og på hendene. Hun får et håndkle og tørker seg. Etterpå får Margit slappe av en stund for at det smertestillende legemiddelet skal virke. Karen går ut.

Når Karen kommer inn litt senere, sitter Margit på sengekanten. Margit får høre: «*Hei, Margit!*», og Margit ser opp på Karen og de smiler til hverandre. Margit får så høre: «*Vil du bli med på badet Margit?*», og Margit sitt ansiktsuttrykk forandres umiddelbart. Hun får nyver i pannen, kniper sammen øynene og sier: «*Hva?! Bade? Bade?! Nei!*» Karen viser Margit vannglasset og sier: «*Litt mer drikke, kanskje?*»

Margit bekrefter ved å ta glasset og ta noen slurker. Margit får høre: «*Fint!*», og i stedet for å spørre Margit om hun vil på badet, reiser Karen seg og sier: «*Kom!*», samtidig som hun smiler og vinker. Margit ser på Karen, og reiser seg. Margit får høre: «*Fint!*» og Margit blir med inn på badet.

Veileder synes at filmopptakene på en god måte viser hvilken tilnærming Margit trenger for å samarbeide. Hun avklarer med Karen hvilke løsningsklipp de skal vise i fellesveiledningen som blir lagt til et VPM-fagmøte.

Veileder velger filmsekvenser på totalt 50 sekunder som hun vil analysere sammen med pleierne som er på fagmøtet. Veiledningen skal føre til refleksjon rundt hvordan Margit har det i de ulike filmklippene.

Veileder viser i første omgang ikke sekvensen der Karen stiller krav til Margit. Veileder fokuserer heller på filmklippene som viser god kontakt-etablering. Det legges vekt på episoder hvor Karen skaper trygghet og tillit, for eksempel at hun setter seg på sengekanten, at hun oppdager at Margit er tørr i munnen og at Margit får anerkjennelse når hun svelger tabletten og når hun reiser seg fra sengen.

Karen kan også fortelle at gjennomføring av stell inne på badet gikk bra så lenge hun unngikk spørsmål, hadde øyenkontakt og avvartet reaksjonene til Margit.

I fagmøtet blir man enige om å dokumentere tiltakene fra første veiledning i holdningsplanen (pleieplan/tiltakplan) slik at alle kan følge opp tiltakene. Tiltaket om vurdering av effekten av det smertestillende legemiddelet er gjennomført og faller bort. I fagmøtet der avdelingsleder også er tilstede, avklares det at det ikke blir nødvendig med tvangstiltak.

Problemstilling 2 – måltid og ernæring

Margit har gått ned i vekt de siste to månedene, hun er blitt synlig tynnere. Margit reiser seg fra bordet flere ganger under måltidene, og det er uklart hvor mye mat hun får i seg. Margit blir ofte irritert på andre pasienter og korrigerer dem hvis de roter med maten.

VPM-fagmøte

Margits primærkontakt tar kontakt med VPM-ressurspersonen og ber om å få ta opp situasjonen rundt måltid og ernæring for Margit på neste fagmøte. Primærkontakten er bekymret for vekt-nedgangen hun ser hos Margit, og vil ha hjelp til å finne ut hva som kan gjøres for at Margit skal trives under måltidene, slik at hun blir rolig. Etter å ha snakket med avdelingsleder setter ressurspersonen måltidsituasjonen hos Margit på agendaen for førstkommende fagmøte.

Primærkontakten skal observere Margit nøye før, under og etter måltidet. Hun skal også snakke med Margit om hva som opptar henne og sitte ved siden av henne under måltidet. Primærkontakten skal også kontakte barnebarnet til Margit og snakke med henne om hva som er viktig for Margit i forbindelse med måltider.

Første fagmøte:

Sak på agenda: Margit har gått mye ned i vekt

På fagmøtet følger pleierne vanlig rutine (se kapittel 2 for møtestruktur i VPM). Ressurspersonen ønsker velkommen og ber primærkontakten presentere måltidsituasjonen slik hun tror Margit opplever den. Deretter supplerer de andre møte-deltagerne om forhold de kjenner til som de mener er viktige for situasjonen.

Svein har opplevd at Margit har lyst opp og roet seg de gangene han har foldet hendene og bedt bordbønn sammen med henne. Hun kan alle ordene, og setter seg tett inntil ham. Hun blir sittende i ro, men skjenner fortsatt på de andre og spiser lite. Primærkontakten forteller at det stemmer godt med det barnebarnet har fortalt, at Margit er vant til å be bordbønn. Primærkontakten forteller videre at fordi sønnen hadde Downs syndrom var det viktig med faste rutiner ved måltidet. Hun har hørt Margit si, etter å ha skjent på en medbeboer: «*Han må sitte stille!*».

De tar noen minutter der de ser gjennom indikatorene til de fire områdene i VIPS-rammeverket. Det viser seg at de fleste har festet seg ved disse:

- V5 om fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens
- I4 om rutiner som tar hensyn til det personen med demens liker og misliker.

Etter å ha drøftet kom de fram til følgende tiltak:

- Gjennomføre en DCM-kartlegging av måltidsituasjonen for å se hva som skjer under måltidet, hva Margit reagerer positivt på og hva hun ikke liker. De vil legge til rette ved å framheve det hun liker og skjerme fra det som forstyrrer.
- De skal servere mat som barnebarnet har fortalt at Margit liker, og dokumentere inntak av mat og drikke.
- Veie Margit hver uke. Dette føres på Dagsplanen.
- De skal spørre legen om å ta blodprøver for å sjekke ernæringsstatus, og om nødvendig drøfte menyen til Margit med ernæringsfysiolog.

Fagutviklingssykepleieren skal gjennomføre DCM-kartlegging kommende uke. Primærkontakten har ansvar for de andre tiltakene og de settes i verk umiddelbart. DCM-tilbakemeldingen kommer på fagmøtet om to uker, og alle tiltakene evalueres på fagmøtet om tre uker.

DCM-kartlegging

Fagutviklingssykepleier setter av tidspunktet rundt frokost til å kartlegge måltidet med særlig fokus på Margit og hvordan hun har det. Fagutviklingssykepleier sitter klar på stua når beboerne kommer inn til frokost. Hun hilser på alle etter hvert som de kommer inn og forteller hvorfor hun er der. Margit følges til bordet av en pleier. Pleieren går for å hjelpe en ny beboer så snart Margit har satt seg. Det sitter allerede to beboere ved bordet, men ingen pleiere. Den ansvarlige for frokostserveringen er på kjøkkenet for å hente mat. Margit hilser på Ole som har sittet der en stund. Ole er urolig og spør utålmodig hvor maten blir av. Margit forstår ikke hva han sier og lurar på hva han vil. Ole hever stemmen og sier han er lei av å vente på maten. Margit ser ut til å bli urolig av den skarpe tonen og reiser seg og sier: «*Jeg skal finne fram mat til deg, jeg*». En pleier kommer med mattralla. Hun tar Margit med tilbake til bordet. Margit ser urolig og stresset ut, men setter seg ned med et usikkert uttrykk i ansiktet. Frokosten er ferdig smurte brødiskiver som serveres på asjett til hver enkelt. Margit kikker bekymret bort på Ole som nå har fått mat og er i full gang med å spise. DCM-kartleggeren noterer videre at Margit ser ut til å trives best når det sitter en pleier mellom henne og Ole. Når pleieren går for å hente noe eller hjelpe andre beboere, ser hun urolig bort på Ole og kikker seg rundt etter pleieren. Så snart Ole er ferdig med å spise, reiser han seg fra bordet. Pleieren rydder bort koppene hans. Margit har akkurat startet å spise på den første brødiskiva, men legger den fra seg, ser seg spørrende rundt og skyver asjetten fra seg. Pleieren sier at hun må spise opp maten sin, men Margit sier at hun ikke er sulten. Pleieren gjør gjentatte forsøk på å overbevise henne om at hun bør spise mer, men dette gir ingen respons hos Margit.

Andre fagmøte:

Sak på agenda: Tilbakemelding fra DCM-kartleggingen av Margit ved frokostbordet

Ressurspersonen ønsker velkommen til fagmøtet, og gir en kort oppsummering av hva de kom fram til på forrige fagmøte. Hun nevner også at det nå er gjort en DCM-kartlegging av hvordan Margit har det under frokosten. Så gir hun ordet til avdelingslederen som ønsker fagutviklingssykepleieren spesielt velkommen, og forteller at neste fagmøte skal brukes til å snakke om observasjonene fagutviklingssykepleieren har gjort om hvordan frokosten er tilrettelagt for pasientene.

Fagutviklingssykepleier legger fram sine observasjoner som viser at Margit var avslappet og smilende da hun kom inn til frokosten sammen med pleieren, men at hun ble usikker og engstelig da det ble uro rundt bordet. Hun ble roligere da en pleier satte seg ved siden av henne og skjermet henne fra uroen fra de andre, men hun sluttet å spise da pleierne begynte å rydde bort etter dem som hadde gått fra bordet. Disse observasjonene er illustrert ved figurer og grafer som tydeliggjør hvordan Margits humør, engasjement og atferd endrer seg i løpet av observasjonstiden. Hun forteller også konkret hva som skjer i forkant av at Margits skåre endres, både til det verre og bedre for humør og engasjement.

Fagutviklingssykepleieren veileder personalet i diskusjonen som følger. Hun ber personalet komme med refleksjoner de har rundt det som er vist på grafene som oppsummer observasjonene. Hun vil gjerne at alle sammen gir uttrykk for sin oppfatning. Videre ber hun dem komme med forslag til hvordan måltidet kan legges bedre til rette for Margit. Forslagene noteres, og tiltakene de velger å prøve ut oppsummeres på slutten av møtet.

Etter DCM-tilbakemeldingen på fagmøtet får primærkontakten til Margit ansvar for å dokumentere miljøbehandlingstiltakene som ble planlagt for Margit i holdningsplanen (pleieplanen/tiltakplanen) hennes.

Hun skriver det ned slik:

| Situasjon | Tiltak |
|-----------|--|
| Frokost | <p>Margit skal følges til frokosten til sin faste plass ved bordet.</p> <p>Hun skal ha en pleier ved siden av seg mens hun spiser. Hensikten er å gi henne trygghet om det oppstår uro som kan engste henne, eller som får henne til å tro at sønnen hennes er der og at hun må hjelpe ham.</p> <p>Margit liker at måltidet starter med en sang eller bordbønn, og pleieren sørger for at hun får gjøre det.</p> <p>Hun får forsyne seg selv av fatet med påsmurt mat. Margit liker bløtkokt egg og syltetøy på brødskiva.</p> |

Tredje fagmøte:

Sak på agenda: Tilbakemelding fra DCM-kartleggingen om miljøet under frokosten

Ressurspersonen ønsker velkommen og gir ordet til fagutviklingspsykepleieren som skal snakke om observasjonene om miljøet under frokosten. Fagutviklingspsykepleieren legger fram sine observasjoner som viser at Margit er roligere under måltidet når hun har en pleier ved siden av seg. Hun folder hendene og ber en stille bordbønn for seg selv. Pleieren sørger for at det er ro rundt bordet under Margits bordbønn og en annen beboer følger Margits eksempel med å folde hendene. Etter bønningen smiler de to til hverandre og pleier sier: «Værsågod!». Pleier sender brødfatet rundt og beboerne forsyner seg etter tur. Måltidet varer 20 minutter lengre enn ved forrige kartlegging.

Ingen kopper blir ryddet vekk før alle er ferdige med å spise. Margit spiser tre halve skiver, drikker en kopp kaffe og et glass melk. Hun har en skåre for humør og engasjement som ligger mellom +3 og +5 under hele måltidet, noe som indikerer tydelige tegn på godt humør og/eller engasjement. Hun har +5 når pleieren leder an i samtalen om hva som ble servert på menighetsmøtene, der Margit hadde ansvar for bevertningen etter andakten.

Hun foreslår at de drøfter disse spørsmålene basert på DCM-kartleggingen:

- Kan pasientene få mulighet til å velge brødskiver fra et fat med påsmurte skiver slik at de kan ha mulighet for variasjon?
- Hvordan bør bordsetningen være for at alle skal få et trivelig måltid?
- Hvordan bør personalet sitte for på best mulig måte å kunne bistå beboerne som behøver hjelp?
- Bør frokosten startes og avsluttes på en bestemt måte for å ramme den inn?
- Er det ønskelig å sette opp en liste over aktuelle samtaleemner som beboerne er særlig engasjerte i?

De drøfter og kommer fram til følgende tiltak og rutiner som nedfelles i døgnrytmeplanen, og oppgavene fordeles hver dag i dagsplanen:

- Bord-kart med oversikt over hvor pasientene og hvor personalet skal sitte. Bord-kartet henger lett synlig på kjøkkenet
- Hvem som har ansvar for å dekke bord
- Hvem som har ansvar for å servere mat

Dagen og oppgavene skal organiseres slik at et av personalet har ansvar for frokosten og følgende oppgaver. Dette nedfelles også i døgnrytmeplanen og oppgavene fordeles hver dag i dagsplanen:

- Dekke bordet med spisebrikker og bordkort
- Sette fram mat til klokken 09.00
- Påkalle oppmerksomhet ved å bruke ei lita bjelle, og be alle komme til bordet
- Når alle har satt seg, synger de en sang som er kjent
- Frokostansvarlig sier værsgod.

Primærkontakten til Margit foreslo også at de skulle lage bordkortene sammen med pasientene som en aktivitet neste dag. Dette ble også skrevet inn i uke- og dagsplanen (se kapittel 2).



KAPITTEL 7

Kurs og opplæring i de fire metodene

Marte Meo

Marte Meo praktikerutdanning består av seks dagers bedriftsintern opplæring i grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon. Opplæringen går over to til tre måneder. Antall deltagere er opp til ti personer fra samme avdeling, sykehjem eller hjemmetjenestegruppe. Deltagerne har med minst to filmopptak av seg selv i samspill med pasienter som de får veiledning på. Ingen forkunnskaper kreves. Marte Meo praktikerutdanning er beskrevet i heftet om Helsedirektoratets miljøprogram utgitt i 2012: «*Bedre hverdag for personer med demens*» (Forlaget Aldring og helse). Denne utdanningen har vist god effekt på grad av personsentrert omsorg.

Marte Meo veilederutdanning består av 17 dags-samlinger over cirka 18 måneder. Deltagerne må ha helsefagutdanning tilsvarende høyskole. Utdanningen er tverrfaglig og foregår i grupper på fem personer. Deltagerne gjennomfører minst fire veiledningsforløp der det inngår interaksjonsanalyse og læring av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon.

Marte Meo supervisorutdanning bygger på veilederutdanningen. Deltagerne utdanner sine egne Marte Meo-veiledere, i tillegg deltar de på ti møter

med licenced supervisor. Minst fire av Marte Meo-kandidatene må bestå for å få supervisorutdanning.

Dementia Care Mapping

Basiskurset «Lær å bruke Dementia Care Mapping» er et tre dagers kurs med hjemmeeksamen. Det arrangeres av Aldring og helse cirka to ganger i året. Kurset kan også tilbys i kommuner eller organisasjoner etter forespørsel dersom de har minimum ti deltakere. Det tilbys oppfølgingskurs for deltakere som har bestått eksamen på basiskurset. Temaet på disse kursene er: bruk av DCM i hjemmebaserte tjenester, hvordan bruke DCM som metode i systematisk utvikling av personsentrert praksis, og bruk av DCM i forskning. Se kurskatalog, og ta eventuelt kontakt med Aldring og helse for informasjon om når disse kursene holdes.

VIPS praksismodell

Kursholderkurs om VIPS praksismodell holdes av Aldring og helse cirka to ganger i året. Se kurskatalog, og ta eventuelt kontakt med Aldring og helse for informasjon om når disse kursene arrangeres. Opplysninger om og påmelding til VIPS praksismodell basiskurs fås ved å kontakte

det lokale ressurscenteret, utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester eller alderspsykiatrisk avdeling. Kontakt eventuelt Aldring og helse for kontaktinformasjon til din lokale VPM-kursholder.

Strukturert miljøbehandling

For Strukturert miljøbehandling kan håndbok om metoden bestilles fra Aldring og helse. For opplæring i metoden kontakt Irene Røen ved Innlandet sykehus.

Referanser

- Aarts, M. (2008). *Marte Meo: basic manual*. Nederland: Aarts productions.
- Alnes R.E. (2015). Demens og samspill, Marte Meo veiledning i demensomsorg. *Demens & Alderspsykiatri*, 19(3), 25-30.
- Andersen, A.E. (2009). *Metoden som kan forandre praksis: en grounded theory-studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen*. Gøteborg: NHV.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Brooker, D.J., & Surr, C. (2007). *Dementia Care Mapping: Principper og praksis*. Birkerød: Danmarks Institut for Ældrepedagogik.
- Brooker, D.J., Woolley, R.J., & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: an evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging Ment Health*, 11(4), 361-370. doi:10.1080/13607860600963679
- Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . 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(4), 317-325. doi:10.1016/s1474-4422(09)70045-6
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Fossey, J., Ballard, C., Juszcak, 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(7544), 756-761. doi:10.1136/bmj.38782.575868.7C
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41(4), 327-335.
- Hansen, A., & Ytrehus, S. (2011). How the Marte Meo-method affects the personal's perception of coping in dementia care. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 1363-1371.
- Hyldmo, I., & Nordhus, I.H. (2004). Marte Meo: en veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 16-20.
- Institution(BSI), B.S. (2010). PAS 800 Use of Dementia Care Mapping for improved Person-Centred Care in Care Provider Organisation. Hentet 16. juni 2016 fra <http://shop.bsigroup.com/ProductDetail?pid=00000000030186216>
- Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 4 (6), 376-382.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Norfolk: Open University Press.
- Kitwood, T., Høeg, D., & Johnsen, N. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo.
- Lunde, L.-H., & Munch, M. (2012). Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens: - presentasjon av et evalueringsprosjekt. *Demens & Alderspsykiatri*, 16(3), 20-24.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs*, 13(3a), 31-38. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x
- Miesen, B.M.L. (1992). Attachment theory and dementia. I: G. Jones & B. M. L. Miesen (Eds.), *Care-giving in dementia: volume 1* (s. 38-57). London: Routledge.
- Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., & Needham, D.M. (2008). Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *Bmj*, 337, a1714. doi:10.1136/bmj.a1714
- Rokstad, A.M.M., Røsvik, J., Kirkevold, O., Selbæk, G., Saltyte Benth, J., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 36(5-6), 340-353. doi:10.1159/000354366
- Rokstad, A.M.M., & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 1(6), 28-34.
- Røen, I., & Storlien, M.S. (2015). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen: håndbok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Røsvik, J., Brooker, D., & Mjørud, M. (2013). What is person-centred care in dementia?: clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in clinical gerontology*, 23, 155-163.
- Taft, L.B., Delaney, K., Seman, D., & Stansell, J. (1993). Dementia care creating a therapeutic milieu. *J Gerontol Nurs*, 19(10), 30-39.

VIPS-rammeverket for institusjoner

VIPS-rammeverket med indikatorer (hjelpespørsmål) til hvert element

VERDIER

Verdsetter personer med demens og pleierne som har omsorgen for dem. Er opptatt av de rettigheter og krav personen med demens har og passer på at ingen blir behandlet dårlig fordi de glemmer og har problemer med å tenke.

V-indikatorer:

Lever vi etter verdiene?

V1 VISJON

Har arbeidsplassen en visjon med klar erklæring om personsentrert omsorg?

V2 PERSONALLEDELSE

Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at vi føler oss verdsatt av arbeidsgiver?

V3 LEDELSENS FORPLIKTELSE OG MOTTO

Gir ledelsen oss ansvar og frihet på en slik måte at vi som gir direkte omsorg kan gjøre det som er best for personen med demens?

V4 UTVIKLING AV PRAKSIS

Får vi muligheter til faglig utvikling og veiledning i personsentrert omsorg?

V5 MILJØET

Hvor godt tilrettelegger arbeidsplassen et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?

V6 KVALITETSSIKRING

Finnes rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar de behov og interesser personen med demens har?

INDIVIDUELL OMSORG

Omsorg som er tilrettelagt ut fra at alle mennesker har sin spesielle historie og personlighet, fysisk og psykisk helsetilstand, sosiale og økonomiske ressurser.

I-indikatorer:

Har vi individuell omsorg?

I 1 PLAN FOR HVER PERSON

Kjenner vi personens styrke og sårbarhet?
Har hver person sin plan som forteller om personens ressurser og behov for hjelp?

I 2 EVALUERING

Er planen til personen oppdatert?

I 3 PERSONLIGE EIENDELER

Får personen brukt sine egne klær og eiendeler i hverdagen?

I 4 INDIVIDUELLE HENSYN

Vet vi hva personen liker og misliker og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?

I 5 LIVSHISTORIE

Kjenner vi livshistorien og hendelser som har vært viktige for personen? Bruker vi denne kunnskapen i hverdagen?

I 6 AKTIVITETER

Er det aktivitet på sykehjemmet som passer til personens interesser og evner som han/hun er med på?

PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS

Se verden fra perspektivet til personen med demens og bruke empati.

P-indikatorer:

Tar vi hensyn til personens opplevelse av verden?

P1 KOMMUNIKASJON

Blir personen spurt om hva hun ønsker og hva hun mener?

P2 EMPATI OG RISIKOVURDERING

Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?

P3 FYSISK MILJØ

Er de fysiske omgivelsene tilrettelagt slik at personen med demens kjenner seg trygg?

P4 FYSISK HELSE

Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn og hørsel?

P5 UTFORDRENDE ATFERD SOM KOMMUNIKASJON

Blir «utfordrende atferd» analysert for å finne hva som kan ligge bak?

P6 Å VÆRE TALSMANN

Hvordan ivaretar vi rettighetene til en person som gjør de andre på avdelingen utrygge?

ET STØTTENDE MILJØ

Fellesskap er viktig i alle menneskers liv.

S-indikatorer:

Har vi et støttende sosialt miljø for personer med demens?

S1 FELLESSKAP

Trekker vi personen med demens med i samtaler slik at han/hun har fellesskap med de andre og med oss? Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på personen?

S2 RESPEKT

Blir personen behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører personen eller stempler personen som «dum» eller «vanskelig»?

S3 VARME

Opplever personen varme og omfavnelse? Ser det ut som om han/hun har det bra eller ser det ut som om personen er utrygg uten at noen trøster ham/henne?

S4 VALIDERING

Tar vi personens frykt på alvor eller blir han/hun overlatt til seg selv over lengre tid med tydelig tegn på at han/hun er redd?

S5 TILRETTELEGGING

Hjelper vi personen til å delta i egenomsorg og aktiviteter? Passer vi på at vi ikke behandler personen følelsesløst, som en ting?

S6 Å DELTA I LIVET UTENFOR

Er personen med på noe som skjer utenfor sykehjemmet? Kommer det folk fra det lokale miljøet på regelmessig besøk?

VIPS-rammeverket for hjemmetjenesten

VIPS-rammeverket med indikatorer (hjelpespørsmål) til hvert element

VERDIER

Elementet V står for verdier og sier at alle mennesker er like mye verdt, uavhengig av alder eller evnen til å tenke logisk (kognitive evner). Elementet handler om de rettigheter og krav personen med demens har, og at vi skal passe på at ingen blir dårlig behandlet selv om de glemmer eller har problemer med å tenke. Dette elementet omfatter også pleierne, de trenger også omsorg. De må få tid og støtte slik at de kan gjøre det som er best for personen med demens. Dette inkluderer å få utvikle seg faglig og mulighet til å diskutere og analysere situasjoner som oppleves krevende. Dette er hjelpespørsmålene som skal hjelpe oss å vurdere om vi arbeider etter disse verdiene:

V1 VISJON

«Alle vet hva vi står for.» Har arbeidsplassen en visjon med klar erklæring om personsentrert omsorg?

V2 PERSONALLEDELSE

«Personalet er en verdifull ressurs.» Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at vi føler oss verdsatt av arbeidsgiveren?

V3 LEDELSENS FORPLIKTELSE OG MOTTO

«God støtte og omsorg kommer fra godt personell: Godt personell kommer fra god ledelse.» Gir ledelsen oss ansvar og frihet på en slik måte at vi som gir direkte omsorg, kan gjøre det som er best for personen med demens?

V4 UTVIKLING AV PRAKSIS

«Å støtte personen med demens er en oppgave som krever kunnskap og dyktighet.» Får vi muligheter til faglig utvikling og veiledning i personsentrert omsorg?

V5 ARBEIDSMILJØET

«Steder hjelper folk.» Hvordan kan ledere og personal gi råd om potensielle risikoer de oppdager, og evaluere om disse rådene følges opp? Hvordan støtter ledelsen personalet i daglig å tilpasse seg behovene til personen med demens?

V6 KVALITETSSIKRING

«Å stadig bli bedre.» Finnes det rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar de behov og interesser personer med demens har?

INDIVIDUELL OMSORG

Det neste elementet er I, som står for individuell omsorg. Dette elementet handler om at omsorgen som ytes, er tilrettelagt for hver enkelt person. Alle mennesker har sin spesielle historie og sin egen personlighet, sin fysiske og psykiske helsetilstand og sine sosiale og økonomiske ressurser. For å vurdere om vi gir individuell omsorg, kan vi bruke disse hjelpespørsmålene:

I 1 INDIVIDUELL STØTTE OG OMSORG

«Vi er alle unike.» Kjenner vi personens styrke og sårbarhet? Har hver person sin plan som forteller om personens ressurser og behov for hjelp?

I 2 Å GJENKJENNE OG RESPONDERE PÅ ENDRING
«Forandre deg med meg.» Er planen til personen oppdatert? Oppdager vi endringer og kan vi forandre på rutiner for å møte disse endringene?

I 3 PERSONLIGE EIENDELER
«Tingene jeg er glad i.» Hvordan bruker vi personens eiendeler aktivt i samtale og samhandling?

I 4 INDIVIDUELLE HENSYN
«Retten til å velge.» Vet vi hva personen liker og misliker, og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?

I 5 LIVSHISTORIE
«Vår livshistorie og våre relasjoner er en del av oss.» Kjenner vi personens livshistorie og hendelser som har vært viktige for personen? Bruker vi denne kunnskapen i omsorgen vi gir i det daglige?

I 6 MENINGSFULLE AKTIVITETER OG BESKJEFTIGELSE
«Uten noe å gjøre føles dagene endeløse.» Hvordan tilrettelegger vi hverdagen for personen, slik at hver dag blir meningsfull?

PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS

Det tredje elementet er P, som står for perspektivet til personen med demens. Dette elementet handler om vår evne til å se verden fra perspektivet til personen med demens og bruke empati. Hjelpespørsmålene nedenfor hjelper oss å vurdere om vi tar hensyn til personens opplevelse av verden.

P1 KOMMUNIKASJON
«Kommunikasjon er nøkkelen.» Blir personen med demens spurt om hva han/hun ønsker, og hva han/hun mener? Er vi oppmerksomme på dette, og tar vi hensyn til det?

P2 EMPATI OG RISIKOVURDERING
«Et annet perspektiv.» Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse (vise empati)? Tar vi hensyn til personens perspektiv? Hvordan evaluerer vi risikoen ved å bo hjemme (alene), for eksempel faren ved å vandre ute om natten eller faren for å starte en brann?

P3 FYSISKE OMGIVELSER
«Ingen steder er som hjemme.» Hvordan tilrettelegger vi hjemmet slik at det fortsatt er komfortabelt og trygt?

P4 FYSISK HELSE
«Sinn, kropp og sjel.» Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn og hørsel?

P5 UTFORDRENDE ATFERD SOM KOMMUNIKASJON
«Det er alltid en grunn.» Blir utfordrende atferd analysert for å finne ut hva personen prøver å kommunisere?

P6 Å VÆRE TALSMANN FOR
«Å stå opp for og snakke på vegne av.» Hvordan blir rettighetene til personen med demens ivaretatt når han/hun ikke lenger kan ivareta disse selv?

STØTTENDE SOSIALT MILJØ

Det fjerde elementet i VIPS, S, er det støttende sosiale miljøet. Dette handler om hvordan fellesskap og tilhørighet i en gruppe er viktig for alle mennesker. Med hjelpespørsmålene nedenfor kan vi vurdere om vi hjelper personen med demens til fortsatt å oppleve fellesskap med venner og familie i et støttende sosialt miljø.

S1 INKLUSJON I SOSIALT FELLESSKAP OG VÆRE MEDLEM I EN GRUPPE

«Spør vi personen hva han mener?» Hjelper vi personen å oppleve fellesskap mens vi er på besøk? Og hvordan tilrettelegger vi for deltagelse på dagsenter eller annen tilsvarende aktivitet?

S2 RESPEKT

«Jeg er hva jeg er.» Bli person behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører personen eller stempler ham/henne som «dum» eller «vanskelig»?

S3 VARME

«Vi trenger å kjenne oss velkommen.» Opplever personen varme og omfavnelse? Ser det ut som om han/hun har det bra, eller ser det ut som vedkommende er utrygg uten at noen trøster? Har vi rutiner som sikrer at personen (og pårørende) treffer pleiere som kjenner ham/henne regelmessig og kan ringe disse hvis personen er utrygg og redd?

S4 VALIDERING

«Er det ok å føle det jeg føler?» Hva slags rutiner har vi for å unngå å misforstå atferd, og forstår vi atferd i lys av personens perspektiv? Gjenkjenner og responderer vi på følelser hos personen med demens?

S5 Å TILRETTELEGGE FOR DELTAGELSE I AKTIVITETER I DAGLIGLIVET

«Det er mitt liv.» Hjelper vi personen til å delta og være involvert i egenomsorg og aktiviteter, som for eksempel skrive handleliste, handle matvarer, kle på seg eller lage frokost?

S6 DEL AV SAMFUNNET

«Ut i sola, opp i trærne.» Hvordan hjelper vi personen til fortsatt å delta i aktiviteter i nærmiljøet, for eksempel gå på kafé, ta trikken eller slå av en prat med naboen?

S7 PARTNERE, FAMILIE, VENNER OG SLEKTNINGER

«Menneskene som kjenner meg.» Hvordan hjelper vi personen med demens å vedlikeholde sosiale relasjoner med partnere, familie og venner? Hvordan støtter og inkluderer vi partnere, familie og venner, slik at de fortsatt kan være en støtte for personen og være våre nære allierte?

Kommunikasjonsstøttende elementer i Marte Meo

Grunnelementer for funksjonsstøttende kommunikasjon – tillitsskapende tiltak

Rammebetingelser er forhold i omgivelsene som bidrar til mestringsopplevelse, slik som for eksempel personellressurser og kompetanse, fysisk utforming, tilrettelegging, planlegging og organisering av avdelingen. Pleier tar tydelig og vennlig ledelse gjennom samhandlingen med pasienten ved å ta ansvar for kommunikasjon, framdrift og tilrettelegging av omgivelsene.

1. Behovet for å bli møtt på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte

Kontaktetablering skjer ved at pasienten blir møtt med smil, blikk-kontakt og et engasjert kroppsspråk. Da kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes og forventninger om å lykkes styrkes. Smil, blikk-kontakt og et engasjert kroppsspråk må opprettholdes gjennom hele handlingsforløpet.

2. Felles oppmerksomhet og bekreftelse av initiativ

Omsorgspersonen er oppmerksom på pasientens initiativ og hva han/hun er opptatt av (felles oppmerksomhetsfokus). Omsorgspersonen benevner og bekrefter oppmerksomhet og initiativ fra pasienten med ord, lyder eller mimikk. Omsorgspersonen legger til rette for at pasienten skal reagere tilbake.

3. Informasjon om det som skjer og skal skje

Omsorgspersonen skaper trygghet og forutsigbarhet gjennom trinnvis benevning av handlinger og opplevelser i samspillsituasjonen (jobbe i nået).

4. Markering av start og avslutning

Omsorgspersonen markerer tydelig start og avslutning på en handlingsrekkefølge ved bruk av stemme og tonefall (stemmeinntoning).

5. Anerkjennelse underveis i samhandlingen

Omsorgspersonen bekrefter pasienten og gir verbal anerkjennelse i form av utsagn som fint, bra, takk og lignende, eller i form av smil, nikk og andre positive ikke-verbale signaler.

6. Hjelp til å være i rytme og oppleve å være i kontakt

Omsorgspersonen tar hensyn til, avventer og bekrefter pasientens reaksjon/kommunikasjon slik at det blir en dialog og rytme i samspillet (turtaking).

7. Individuell tilpasset fysisk berøring

Omsorgspersonen håndleder om nødvendig pasienten gjennom handlingsforløpet. Omsorgspersonen gir pasienten fysisk nærhet ved angst.

8. Støtte til å tåle og til å mestre ubehag

Omsorgspersonen hjelper pasienten til å holde ut ubehagelige, men nødvendige oppgaver slik som tannpuss og kroppsstell. Omsorgspersonen er bevisst sin følelsesmessige inntoning i slike situasjoner gjennom å anerkjenne pasientens uttrykk for smerte eller ubehag og ved ikke å bagatellisere.

9. Hjelp til å presentere seg og til å reagere på andre

Omsorgspersonen støtter pasienten til å opptre sosialt, ved å benevne pasientens og andres reaksjoner, og gjennom å knytte presentasjonene til konkrete forhold i omgivelsene. Presentasjon av objekter (eksempelvis klær) kan bidra til å skape gjenkjenning (triangulering).

Planverktøy i demensomsorgen

DAG.....

DAGSPLAN

Gruppeaktivitet:

Gruppeleder:

.....

Rapport morgen:.....

.....

Rapport kveld:.....

.....

Medisinutdeling:.....

.....

Stuevakt:.....

| |
|---|
| Evaluering av vakta: |
|---|

Skyllerom:.....

Avtaler/møter:

.....

.....

| Pasient | Individuelle aktiviteter | Ikke utf | Kontakt |
|---------|--------------------------|----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DAG.....

KVELDSPLAN

Gruppeleder:.....

Rapport ettermiddag:.....

Rapport natt:.....

Medisinutdeling:.....

Stuevakt:.....

Aktivitet:.....

.....

.....

Ettermiddagskaffe:.....

Kveldsmat:.....

Skyllerom:.....

Oppfylling lagre (tirsdag og fredag):

.....

Evaluering av vakta

.....

.....

.....

| Pasient | Individuelle aktiviteter | Ikke utf | Kontakt |
|---------|--------------------------|----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DØGNRYTMEPLAN UKEDAGER

7.30 – 7.40 Rapport nattvakt + beskjedboken – på vaktrom
 7.40 – 8.00 Planlegging arbeidsoppgaver på postkjøkken
 8.00 Morgenstell

| Kl. | Pleier 1 | Pleier 2 | Pleier 3 |
|--------------|---------------------------------------|--|---------------------------|
| | | Pleier 2 og 3 samarbeider om forflytning og bruk av aktiv heis | |
| 08.00 | Rom 208 og 210 | Rom 201, 202, 203 | Rom 211, 209, 207 |
| 08.45 | Tilrettelegge frokost | Gi mat og være på rom 201 | |
| 09.00 | Frokost, sitte ved bord 1 | Assistere øvrige som spiser frokost på senga. Fortsette stell. | Frokost, sitte ved bord 2 |
| 10.00 | Frokostoppvask Stuevakt hele dagen | 10.45 – 11.30 Ansvar for dagens aktivitet | Skyllerom Hente mat |
| 11.00 | Gjøre klar til kaffeservering | 11.30 Kaffeservering | |
| <i>Pause</i> | <i>11.30 – 12.00</i> | <i>12.00 – 12.30</i> | <i>12.00 – 12.30</i> |
| 12.30 | Forberede middag | Følge på WC før middag | Følge på WC før middag |
| 13.30 | Middagsbord 1 | Middag på rom, sitte på rom 201 | Middagsbord 2 |
| 14.00 | Middagsoppyrdding | Følge til middagshvil | Følge til middagshvil |
| 14.15 | Middagsoppyrdding | Følge til middagshvil | Følge til middagshvil |
| 15.00 | RAPPORT VAKTROM | | |

| Kl. | Pleier 1 | Pleier 2 |
|-----------------|--|------------------------------------|
| 15.00 | Rapport | 15.00-15.15 Stuevakt under rapport |
| 15.30 | Oppfylling av lagre Individuelle aktiviteter | 15.45-16.15 Aktivitet på stue |
| 16.30 | Kaffe/drikke servert på rom | Kaffeservering på stue – stuevakt |
| 18.00- 19.30 | Kveldsmat på rom | Kveldsmat – stuevakt |
| | Legging etter ansvarsfordeling og holdningsplan. OBS: Mange vil og bør sitte oppe til nærmere kl. 20.30 | |
| 22.15 | RAPPORT VAKTROM | |

UKEPLAN: April

- All aktivitet er miljøbehandling som har en bestemt hensikt (Se holdningsplaner på hver enkelt)
- TV-program: 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 | 11.00 Trim | Turdag | 11.00 Vaffelsteking | 11.00 Trim | | 11.00 Høre på radioprogram |
| 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan | 12.30-13.30 Individuelle aktiviteter, se dagsplan |
| 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet | 15.30-16.00 Individuell aktivitet |
| 20.00 Valgfritt TV-program | 19.45 Valgfritt TV-program | 20.00 Valgfritt TV-program | | 19.30 Valgfritt TV-program | 20.00 Valgfritt TV-program | 17.30 Valgfritt TV-program |

Implementering av personsentrert omsorg

Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS Praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen

Dette temaheftet presenterer resultatene fra et prosjekt knyttet til Miljøprogrammet i Demensplan 2015. Temaheftet beskriver hvordan ulike metoder kan brukes sammen for å styrke ulike aspekter ved personsentrert omsorg. I prosjektet ble metodene VIPS praksismodell, Marte Meo, Dementia Care Mapping samt Planverktøy i demensomsorgen, implementert og brukt samtidig i to sykehjem. Temaheftet er tenkt som inspirasjon for ledere og ansatte i kommunehelsetjenesten som ønsker å utvikle personsentrert omsorg og som vil ta i bruk disse metodene som en hjelp til dette.

Forfattere:

Janne Røsvik (f. 1963), sykepleier, Cand. Polit, PhD, post doc. Har i mange år arbeidet som høyskolelektor. Erfaring fra prosjektarbeid, forfatter og redaktør for Demensomsorgens ABC Miljøbehandling. Nå postdoktor ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Marit Mjørud (f. 1974), sykepleier, MSc, PhD-stipendiat. Har i mange år arbeidet i kommunehelsetjenesten. Erfaring fra prosjektarbeid, forfatter og redaktør for Demensomsorgens ABC Miljøbehandling. Nå ansatt i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Anne Marie Mork Rokstad (f. 1960) er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun har mastergrad i helse- og sosialfag fra Høgskolen i Molde og doktorgrad fra Universitetet i Oslo. Mork Rokstad har lang klinisk erfaring med demens fra alderspsykiatrisk avdeling, Molde sykehus. Fra 2008 ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, nå som forsker. Har også stilling som førsteamanuensis II ved Høgskolen i Molde, avdeling for helsefag.

Marianne Munch (f. 1952). Geriatrisk sykepleier, master i kliniske hjelperelasjoner. Lic Marte Meo supervisor. Lang erfaring innen demensfeltet fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ansatt ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

Irene Røen (f. 1963). Utdannet sykepleier 1987. Videreutdanning i Aldring og eldreomsorg (2004). Master i klinisk sykepleie (2009). Klinisk erfaring fra kommunehelsetjeneste og alderspsykiatri. Forskningskoordinator og prosjektleder ved Alderspsykiatrisk forskningscenter SI 2006-2013. Nå PhD-kandidat ved Universitetet i Oslo.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS



Sykehuset Innlandet HF

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg. Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no www.aldringoghelse.no

ISBN 978-82-8061-278-6



9 788280 612786

ISBN 978-82-8061-304-2 (digital versjon)