

VIPS-MANUALEN FOR LEDERE

Persontentrert omsorg og ledelse

Janne Røsvik og Marit Mjørud



Aldring og helse
Nasjonalt senter

© Forlaget aldring og helse 2026

3. utgave, 1. opplag 2026

ISBN: 978-82-8470-127-1 (pdf)

ISBN: 978-82-8470-126-4 (trykt)

Omslagsfoto: Martin Lundsvoll / Aldring og helse

Øvrige bilder: Martin Lundsvoll / Aldring og helse (hvis ikke annet er oppgitt)

Layout: Linn Lundsvoll / Aldring og helse

Trykk: Flisa Trykkeri

Det må ikke kopieres fra dette heftet i strid med åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Alle henvendelser om heftet kan rettes til:

Forlaget aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

VIPS-MANUALEN FOR LEDERE

Personsentrert omsorg og ledelse

Janne Røsvik og Marit Mjørud

Forlaget aldring og helse
2026

Innhold

AVKLARING AV BETEGNELSER	7
HVA ER VIPS PRAKSISMODELL?	8
KAPITTEL 1	
PERSONSENTRETT OMSORG	9
Personhood	10
Grunnleggende psykologiske behov	10
Trøst, velvære og hjelp til mestring	11
Identitet	11
Tilknytning	12
Inkludering	12
Meningsfull aktivitet	12
Kitwoods utvidede demensmodell – the enriched model of dementia	13
Nevrologisk skade i hjernen	13
Fysisk helse	13
Personlighet	14
Livshistorien	14
Det psykososiale miljøet	14
Å gjøre noen motløs	15
Et miljø som hjelper deg å mestre	16
Personsentrert omsorg og miljøbehandling	17
VIPS-rammeverket	17
Verdier – personsentrert omsorg for personen med demens og for personalet	18
Individuell tilpasning	18
Perspektivet til tjenestemottakeren	19
Perspektivet til Agnes	19
Empati	20
Sosialt inkluderende fellesskap	20
VIPS-rammeverket for institusjon – indikatorer	20
VIPS-rammeverket for hjemmebaserte tjenester – indikatorer	23
KAPITTEL 2	
VIPS PRAKSISMODELL	26
Strukturert samarbeid – fagmøtet i VIPS praksismodell	27
Møtestruktur for fagmøtet	27
Personalets roller og funksjoner i fagmøtet	28
Enhetslederens funksjon i fagmøtet	28
1 Ressurspersonen innleder og leder møtet	28
2 Primærkontakten redegjør for situasjonen som skal drøftes, ut fra perspektivet til personen med demens	29
3 Helse- og omsorgspersonalet forteller hvordan de opplever situasjonen	29
4 Analyse av situasjonen ved bruk av indikatorene i VIPS-rammeverket	29
5 Bli enige om én eller to indikatorer	30
6 Drøfting av tiltak – bestemme tiltak	30
7 Primærkontakten redegjør: Vil personen med demens like tiltaket?	31

8 Ressurspersonen oppsummerer tiltak, tidsramme for tiltak og evaluering	31
9 Enhetslederen takker og avslutter	31
Ressursperson – møteleder	32
Primærkontakten	33
Veilederen i VIPS praksismodell	35
Gjennomføring av fagmøtet: Aslaug slipper ikke inn helse- og omsorgspersonellet	36
Dokumentasjon	37
Bør pårørende delta i fagmøtet?	40

KAPITTEL 3

PERSONSENTRERT LEDELSE	41
Å lede i krevende situasjoner	43
Peder passer ikke her!	43
Bruk av tvang skal være siste utvei	44
Å forebygge utagering og roe ned en situasjon	45
Fagmøtet: Peder motsetter seg morgenstellet	47
Å sørge for veiledning og kompetanseutvikling	51
Fagmøtet: Peder knuser en stol og slår en ekstravakt	52
Å ivareta sikkerhet	54
Brøset Violence Checklist – sjekkliste for voldsrisiko	54
Møte med aggresjonsproblematikk	56
Å ivareta helse- og omsorgspersonell som har opplevd utagering	60

KAPITTEL 4

IMPLEMENTERING AV PERSONSENTRERT OMSORG	62
Forankring	64
Ingen steder er like	65
Hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter verdsettes i arbeidsfellesskapet?	66
Språket former tanken	67
Læringsklima	68
VIPS praksismodell basiskurs	68
Hvem skal delta på basiskurset?	69
Praktiske forberedelser for å introdusere VIPS praksismodell på enheten	69
Tre-timers introduksjon til personsentrert omsorg og VIPS praksismodell	69
VIPS praksismodell kursholderkurs	72
Praktisk organisering av VIPS praksismodell i enheten	73
Møterutiner	74

KAPITTEL 5

PERSONSENTRERT OMSORG I DEMENSFORLØPET	76
Hjemmebaserte tjenester	76
Hukommelsesteam	77
Tiltakspakke demens	78
Demensarbeidslag i hjemmesykepleien	78
Dagaktivitetstilbud	78
Heldøgns omsorg – å planlegge for trivsel	79
REFERANSER	80

FORORD

Kjære lesere

Nasjonal faglig retningslinje om demens sier at personsentrert omsorg skal ligge til grunn for helse- og omsorgstjenester som ytes i norsk demensomsorg. Retningslinjen viser til den britiske sosialpsykologen Kitwoods omsorgsfilosofi. Denne ble utformet med tanke på personer med demens, men personsentrert omsorg er bra for alle. *VIPS-manualen for ledere. Personsentrert omsorg og ledelse* er skrevet for ledere i helse- og omsorgstjenesten som ønsker å implementere omsorgsfilosofien personsentrert omsorg ved bruk av VIPS praksismodell i sin enhet eller virksomhet.

VIPS praksismodell henter navnet sitt fra VIPS-rammeverket, som er en oppsummering av Kitwoods omsorgsfilosofi om personsentrert omsorg. Bokstavene V-I-P-S står for hovedelementene i filosofien; alle mennesker har samme Verdi, omsorgen skal være Individuelt tilrettelagt, Perspektivet til tjenestemottakeren skal bli tatt hensyn til og det skal skapes et støttende Sosialt miljø. Hvert element (V-I-P-S) har indikatorer som beskriver hva elementet innebærer i praksis.

VIPS praksismodell er en metode for å innføre og bruke personsentrert omsorg i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Metoden er spesielt godt egnet til å hjelpe personalet med å sette seg inn i hvordan personer som har vansker med å uttrykke egne ønsker og behov opplever situasjonen de er i. Ved å drøfte konkrete situasjoner med utgangspunkt i personens perspektiv, styrkes brukermedvirkning. Personsentrert omsorg gjelder også for personalet. Det innebærer at ledelsen legger til rette for faglig utvikling og refleksjon, slik at personalet får mulighet til å gjøre det som er best for at tjenestemottakeren skal trives og mestre hverdagen.

Implementering av personsentrert omsorg er først og fremst lederens ansvar. Vi håper denne manualen gir nyttig informasjon og råd om personsentrert ledelse ved bruk av VIPS praksismodell. VIPS praksismodell legger vekt på opplæring og veiledning, strukturert samarbeid og støttende ledelse for å gjøre verdiene i personsentrert omsorg til praktisk virkelighet og å utvikle en personsentrert omsorgskultur.

Denne utgaven av manualen er utviklet med støtte av Helsedirektoratet.

Lykke til med implementering av VIPS praksismodell!

Hilsen forfatterne

Janne Røsvik
Sykepleier, ph.d.

Marit Mjørud
Sykepleier, ph.d.

AVKLARING AV BETEGNELSER

I denne manualen brukes betegnelsen «helse- og omsorgspersonale», «helse- og omsorgspersonell» eller tjenesteyter om ansatte med helsefaglig utdanning uavhengig av type og grad.

Det benyttes ulike ledertitler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge. I manualen bruker vi betegnelsen «enhetsleder» for den som er nærmeste leder for helse- og omsorgspersonalet som er i daglig kontakt med tjenestemottakerne. Betegnelsen «enhet» dekker både avdeling og gruppe uavhengig av størrelse og organisasjonsnivå.

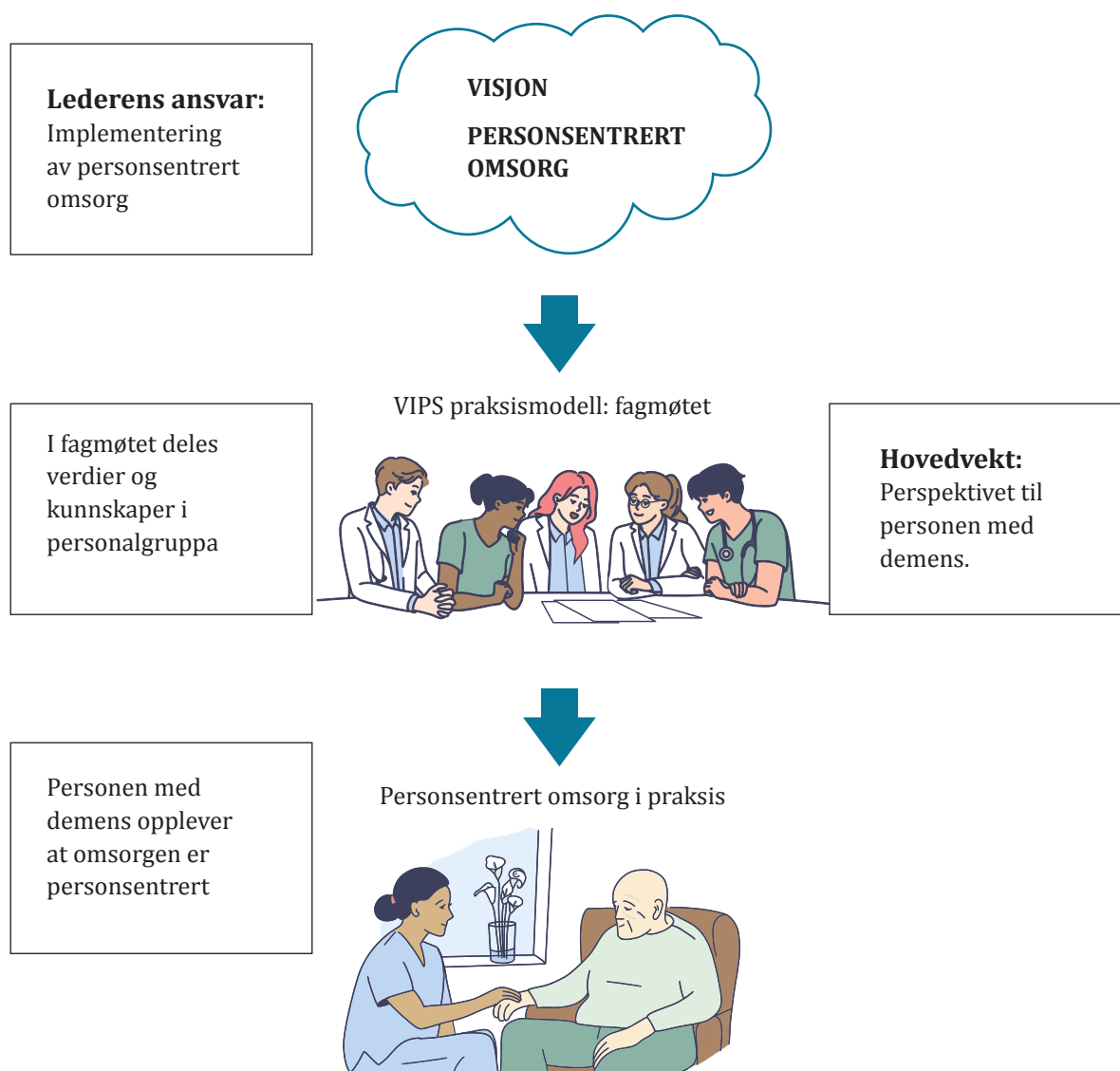
I dette heftet brukes ulike betegnelser om personen som mottar tjenester. Noen ganger beskrives forhold som gjelder personer med kognitiv svikt spesielt, da brukes betegnelsen «personen med demens» eller «personen med kognitiv svikt». Pasient- og brukerrettighetsloven skiller mellom «pasienter» og «brukere». En pasient ber om, tilbys eller mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten. En bruker ber om eller mottar tjenester som ikke er helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik som støttekontakt eller praktisk bistand. Én og samme person kan være både pasient og bruker. Det er viktig å kjenne til hvordan helselovgivningen definerer betegnelse, for i visse tilfeller er det knyttet ulike rettigheter til det å være henholdsvis pasient og bruker. En annen, felles betegnelse som kan omtale både pasient og bruker, er «tjenestemottaker».

Manualen omhandler tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Begrepet «institusjon» brukes om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, for eksempel sykehjem. Omsorgsboliger med heldøgns bemanning blir også omtalt.

Fra og med 1. juni 2026 brukes begrepet beslutningskompetanse i stedet for samtykkekompetanse i helselovgivningen. I denne manualen vil derfor beslutningskompetanse bli brukt. Betydningen er den samme.

HVA ER VIPS PRAKSISMODELL?

VIPS praksismodell (1, 2) er en metode for å implementere personsentrert omsorg (3). Den bygger på Kitwoods omsorgsfilosofi og anvender VIPS-rammeverket (4). VIPS praksismodell presenteres i kapittel 2 og kan illustreres på denne måten:



Figur 1.1 VIPS praksismodell

Illustrasjoner: Jenny Gran

KAPITTEL 1

PERSONSENTRERT OMSORG

De fleste som arbeider med personer med demens, har et sterkt ønske om å gi god omsorg. Om man spør hva personsentrert omsorg går ut på, vil mange svare at det er «individuell omsorg». I omsorgsfilosofien til Tom Kitwood (3, 4) er individuell omsorg ett av fire elementer som må være til stede for at omsorgen skal være personsentrert. I tillegg kommer disse elementene: Alle mennesker har samme Verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon, vi skal ta hensyn til Perspektivet til tjenestemottakeren og skape et støttende Sosialt miljø.

Videre følger en kort innføring i Kitwoods omsorgsfilosofi. Om du ønsker å lese mer, anbefaler vi Kitwoods bok *Dementia reconsidered. The person comes first* (3) eller Mjørud & Røsviks *Demens og grunnleggende psykologiske behov. Personsentrert omsorg* (5).

Forskning har vist mange fordeler ved bruk av personsentrert omsorg i kommunale helse- og omsorgstjenester for både tjenestemottakere med demens og for tjenesteyterne. Personsentrert omsorg kan forebygge atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens, blant annet reduseres fysisk utagering, irritasjon, depresjon og psykose-symptomer (6, 7, 8). Dette kan bidra til redusert bruk av psykofarmaka. Arbeidssteder som bruker en metode for personsentrert omsorg, som VIPS praksismodell, rutinemessig på arbeidsplassen, rapporterer om økt samarbeid, økt arbeidstrivsel og økt faglighet (9, 10, 11). For mer om fordelene ved bruk av personsentrert omsorg viser vi til VIPS-manualen for institusjoner og VIPS-manualen for tjenester i hjemmet.



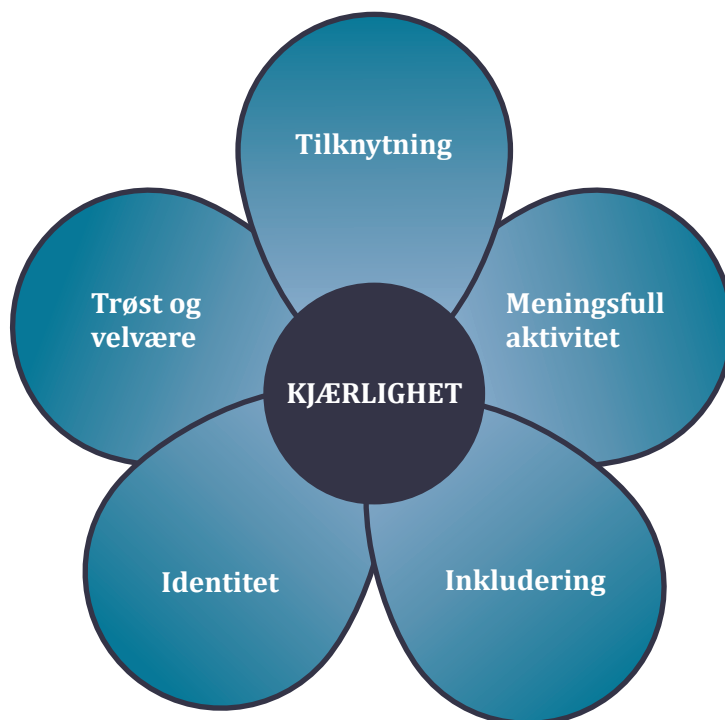
Personhood

Kitwoods omsorgsfilosofi legger vekt på at kognitiv funksjon ikke påvirker vår verdi som menneske. Den amerikanske moralfilosofen Stephen Post (12, 13) har kalt den vestlige kulturen for «hyper-kognitiv». I dette ligger at menneskets evne til å tenke logisk er mest verdsatt i vårt samfunn. Evnen mennesket har til å føle og ha relasjoner til andre, er ikke verdsatt på samme måte. Mennesker som har en kognitiv svikt, kan oppleve at folk er mer opptatt av svikten enn av at de strever med å fungere så godt de kan. Kitwood bruker begrepet «personhood» (14), et ord det er vanskelig å oversette til norsk. Det handler om den verdien vi tillegger hverandre som personer. Å støtte personhood innebærer å ha den samme holdningen til personen med demens eller annen kognitiv svikt som til enhver annen. Det personen har på hjertet, er meningsfullt, selv om det noen ganger kan være vanskelig å forstå det personen prøver å si.

Personsentrert omsorg innebærer å skape et inkluderende sosialt fellesskap som er tilrettelagt slik at personen med demens klarer å delta.

Grunnleggende psykologiske behov

Alle mennesker har grunnleggende psykologiske behov. Kitwood vektlegger disse fem: trøst og velvære, identitet, inkludering, tilknytning og meningsfull aktivitet (3). De fem behovene oppsummeres i behovet for kjærlighet. Behovene forsvinner ikke når vi får demens eller har en annen kognitiv svikt, det som endrer seg, er at man trenger mer hjelp for å ivareta behovene.



Figur 1.2 Grunnleggende psykologiske behov

Trøst, velvære og hjelp til mestring

Kitwood bruker begrepet «comfort» når han beskriver behovet for trøst. Comfort omfatter mer enn det norske begrepet «trøst». Å hjelpe en person til å oppleve fysisk komfort og velbehag og unngå ubehag kan være et aspekt ved det å trøste. Slik praktisk omsorg kan lindre fysiske plager. Det at noen gjør noe konkret for at du skal ha det bedre kan også oppleves som psykisk støtte. Å hjelpe en person til å mestre en situasjon kan også inngå i comfort-begrepet fordi opplevelse av mestring kan hjelpe personen å gjenopprette psykologisk velvære (3, 5).

Å trøste er å gi varme og styrke slik at personen opplever at noen støtter og hjelper når han er redd eller bekymret. Det kan være en klem eller at vi legger armen om skulderen, eller det kan være å gi noen tid og rom til å uttrykke følelsene sine. Det kan også være å hjelpe personen på en slik måte at han kan fortsette å gjøre aktiviteter han trives med. Personer med demens kan oppleve behov for trøst oftere når den kognitive svikten øker. Det blir vanskeligere å håndtere hverdagen, og personen kan mislykkes med ting som før var enkelt.

Helse- og omsorgspersonale må trene på å forstå kroppsspråket til en person med demens og oppfatte signaler på at han trenger trøst. Noen ganger er tid og oppmerksomhet det viktigste.

Identitet

Identitet innebærer at vi vet hvem vi er og kjenner oss selv. Dette handler både om fakta om oss selv, som hvor vi vokste opp og hvem familien vår er, og følelsen av hva slags personer vi er, for eksempel om vi er optimister, selvstendige eller musikkjennere. Identiteten formes av personligheten og miljøet vi vokser opp i, og av erfaringer vi gjør gjennom livet.

Sykepleier Torill sier til Agnes:

«Du som var butikkdame, Agnes! Du har god greie på kjoler, du!

Du liker å være pen i tøyet, gjør du ikke?

Det var en fin butikk du stod i, det var vel i Bogstadveien?

Men du vokste opp på Lillehammer, ikke sant?»

Agnes nikker til alt sammen. Slik var det, ja.

Når demenssykdommen utvikler seg, kan det bli vanskelig å huske viktige hendelser i livet. Det kan også bli vanskelig å knytte sammen fortid og nåtid og skjenne hvilken tid og situasjon man er i. Når fakta om viktige personer og steder er borte fra hukommelsen, blir det vanskelig å holde fast på følelsen av hvem man er. Det kan oppleves som skremmende. I slike situasjoner er det viktig at helse- og omsorgspersonale kan hjelpe personen med demens å holde fast i livshistorien sin.



@ Adobe stock

Tilknytning

Tilknytning er å kjenne at man hører til noen og er knyttet til et sted. Tilknytning handler om at mennesker og steder gir oss trygghet.

Hilde er primærkontakten til Olga. Olga husker ikke navnet hennes, men stråler opp hver gang Hilde kommer. Når Hilde er til stede, tør Olga opp og prater mer. Det hender Olga kaller Hilde for mor.

Behovet for tilknytning er noe av det mest grunnleggende hos mennesker (15). Personer med demens forstår ofte ikke hvor de er, og de kjenner ikke igjen menneskene rundt seg. Dette fører til at de ofte befinner seg i situasjoner de opplever som nye, ukjente eller fremmede. Når en person med demens sier at hun eller han vil hjem til mor, kan dette være uttrykk for at personen kjenner seg utrygg og savner noen som representerer trygghet (16).



@ Adobe stock

Inkludering

Å være inkludert i ei gruppe, å kjenne at man ikke står utenfor, er viktig for oss mennesker.

Fanny er på dagsenteret, hun har hengt av seg jakken og er på vei inn på kjøkkenet. Helsefagarbeider Hilde sier: «Velkommen Fanny, så hyggelig å se deg, vi har ventet på deg. Kom og sett deg her med oss!»

Mange symptomer ved demens gjør det vanskelig å opprettholde gode sosiale forhold og delta i ei gruppe uten hjelp. Et vanlig symptom er redusert evne til å ta initiativ, noe som kan gjøre det vanskelig for personen å ta kontakt med andre, for eksempel å starte en samtale. Det kan også bli vanskelig å bruke telefonen for å kontakte noen eller ta offentlig transport alene for å være med på et arrangement.

Meningsfull aktivitet

Kitwood bruker begrepet occupation om behovet for å være virksom og ha meningsfulle aktiviteter å holde på med (3). I dette legger han at aktiviteten skal gi personen en følelse av mestring og mening. Aktivitet kan deles inn i ulike typer, for eksempel fritidsinteresser og hobbyer, husarbeid, betalt yrkesarbeid og personlig stell. Det første som blir vanskelig for de fleste som får demens, er yrkesarbeid og hobbyer. Problemer med å utføre husarbeid og personlig stell kommer ofte senere i demensforløpet.

Det øsregner ute. Per smiler når bussen fra dagaktivitetstilbudet kommer. De skal på fisketur i dag. Per har hatt båt og dro på sjøen så ofte han kunne før i tiden. Fersk fisk er det beste han vet til middag.

Demens kan gjøre at en person ikke lenger er i stand til å sette i gang eller fullføre en aktivitet på egen hånd. Hvis ikke nettverket rundt personen legger til rette for det, kan vedkommende miste muligheter til å delta i det som er meningsfull aktivitet for ham eller henne.

Kitwoods utvidede demensmodell – the enriched model of dementia

Kitwood beskrev demens som et samspill mellom flere faktorer som påvirker hverandre (17). Samlet kalles faktorene en «utvidet demensmodell» eller «Kitwoods ligning».

Figur 1.3 Kitwoods likning

Demens = Nevrologisk skade i hjernen + fysisk helse + personlighet + livshistorie + sosial psykologi

(17, s. 541)

Nevrologisk skade i hjernen

Demenssykdom er en kronisk tilstand som fører til skader i hjernen. Demens er en samlebetegnelse for ulike symptomer som skyldes sykdom og at hjerneceller dør. Det finnes flere typer demenssykdommer. Det er viktig at helse- og omsorgspersonalet har kunnskap om hvordan ulike hjerneskader påvirker personen med demens. Det er ikke nok at personalet har teoretisk kunnskap om symptomene, de må også kunne gjenkjenne demenssymptomer, for eksempel afasi, agnosi og apraksi. Det er også viktig å vite hva som kjennetegner ulike typer demens, for eksempel at stivhet i armer og ben, treghet i bevegelsene, synshallusinasjoner, vrangforestillinger og mistenksomhet er symptomer ved demens med lewylegemer. Hvis du vil lese mer om demenssykdommer og demenssymptomer, anbefaler vi Engedal og Haugens bok *DEMENS – sykdommer, diagnostikk og behandling* (18).

Fysisk helse

Personer med demens klarer ikke alltid å uttrykke med ord at de har vondt eller føler seg uvel. Det er viktig å følge med på om personen prøver å uttrykke at han føler seg dårlig. Endringer i atferd kan være tegn på at noe er galt, av og til ser vi økt uro når personen har fysiske plager. Sykdom og smerte, ubehag og bivirkninger ved bruk av legemidler kan virke inn på kreftene personen har til å mestre de daglige problemene demenssymptomene bringer med seg.



Personlighet

Personligheten påvirker hvordan en person opplever sin demens og lever med den. En person som alltid har fortalt ting som de er, vil kanskje fortelle åpent til alle at han har fått demens. Dette kan gjøre det enklere for menneskene rundt å bidra med nødvendig støtte og tilrettelegging. Tilretteleggingen vil igjen gjøre livet enklere, fordi han får hjelp til å mestre vanskene som følger av demenssymptomene. En person som alltid har vært redd eller engstelig, vil ofte fortsette å være slik. Kanskje blir han enda mer engstelig fordi demenssymptomene gjør det vanskelig for ham å forstå hva som skjer i miljøet rundt vedkommende. Noen ganger forsterkes personlighetstrekk i demens, andre ganger kan personligheten endres, for eksempel ved frontotemporal demens.

Livshistorien

En person med demens kan ha svekket evne til å orientere seg i tid og rom. Inntrykk, som lyder, lukter og musikk, kan gi assosiasjoner til hendelser tidligere i livet. Hun eller han kan oppføre seg og snakke om disse opplevelsene som om de foregår i nåtid. Det kan gjøre det vanskelig for andre å forstå hva personen med demens snakker om, og hvorfor vedkommende oppfører seg som han gjør. Kunnskap om livshistorien til personen kan hjelpe oss å forstå hva personen forteller om, og til å forstå atferd som ellers ville være vanskelig å tolke.

Det psykososiale miljøet

Psykologiske og sosiale faktorer preger møtet mellom mennesker, for eksempel mellom den enkelte ansatte og tjenestemottakeren i en stellesituasjon i hjemmet, eller i ei gruppe i stua på sykehjemmet. Helse- og omsorgspersonalet tjenestemottakeren er i kontakt med er med på å forme hverdagen. For å skape et støttende og trivelig psykososialt miljø, trenger personalet kunnskap om personen,

om demens, om kommunikasjon og om miljøbehandling. Ved å skreddersy omsorgen til hver enkelt person kan de grunnleggende psykologiske behovene ivaretas uansett arena (hjemme, på dagaktivitets-senteret, i bokollektivet eller i sykehjem). Å ha kunnskap om og følge opp skreddersydde omsorgs- og behandlingstiltak er spesielt viktig i møte med personer som kan ha utagerende atferd. Det kan være avgjørende for å unngå at personen føler seg truet eller blir frustrert, og utagerer. Tiltak som skaper tillit kan forebygge behov for tvangstiltak, og skal alltid prøves før tvangsvedtak settes inn, nettopp for å skape et miljø som hjelper personen å mestre (jfr. pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A (19)).

Å gjøre noen motløs

Kitwood bruker begrepet «malignant social psychology» for å beskrive ondartet eller nedbrytende samhandling (3). Begrepet innebærer blant annet å ignorere, ekskludere og snakke over hodet på noen. Det er det motsatte av å møte noen som en verdsett person.

Et helse- og omsorgspersonale kommer for å hjelpe Peder å kle på seg. Personalet tar fram klær uten å spørre Peder hva han har lyst til å ha på. Hun kler på ham i full fart uten å snakke med ham. Peder føler seg ubetydelig, udugelig og umyndiggjort.

Å oppleve slike situasjoner kan bidra til motløshet, apati og det vi kaller «utfordrende atferd» hos personen med demens. Kitwood har ei liste over situasjoner som kan gjøre en person motløs (malignant social psychology):

- å gjøre noen mer hjelpeløs enn han er
- å snakke til personen som om han er et barn
- å gjøre ting så fort at han ikke klarer å henge med og dermed opplever å mislykkes
- å skjenne på personen, for eksempel når han eller hun klatrer over sengehesten eller står opp om natta
- å gi personen kallenavn, som «vandrer'n» eller «den vanskelige»
- å umyndiggjøre personen, for eksempel å ikke spørre hva han mener
- å behandle personen som en ting, for eksempel ved å flytte på rullestolen personen sitter i, uten å si noe, eller å gi medisiner uten å si hva det er
- å overse personen, å snakke over hodet på ham eller å snakke til pårørende som om han ikke er der
- å beskylde personen for noe, for eksempel at han ikke samarbeider eller gjør det behandlingen krever
- å avbryte personen når han prøver å si noe fordi det tar for lang tid
- å latterliggjøre og le av personen når han misforstår det som foregår
- å få personen til å føle seg dum ved å ikke prøve å forstå det han sier

(3)

Et miljø som hjelper deg å mestre

«Positive person work» er begrepet Kitwood bruker om det som skjer når vi møter personen på en måte som gjør at han føler seg verdsatt (3). Dette innebærer å tilrettelegge aktiviteter slik at de passer til de ressursene personen fremdeles har, så han opplever mestring.

Solveig har demens av alvorlig grad. Helsefagarbeider Hilde vet at hun liker å bake. Hilde vet at hvis hun spør Solveig om å lage en kake, vil Solveig oppleve det som en oppgave hun ikke mestrer. I stedet sier Hilde: «Solveig, kunne du tenke deg å ta over vispingen av kremen en stund?» Solveig ser hva Hilde gjør og vet at dette er noe hun kan, hun har vispet krem mange ganger. Hun smiler når Hilde rekker henne bollen med visp og fløte i.

Peder har også demens av alvorlig grad. Hver morgen dekker han bordet til frokost sammen med en fra personalgruppa. På bordet er det lagt ut et mønster slik at Peder ser hvor tallerken, kopp og bestikk skal settes.

Vi kan støtte de grunnleggende behovene til en person slik (positive person work):

- å anerkjenne, gi positiv tilbakemelding på det han eller hun sier, slik at personen kjenner seg betydningsfull
- å forhandle med ham eller henne, spørre etter personens mening og ta hensyn til den
- å samarbeide, gjøre tingene sammen med ham eller henne
- å snakke med personen om noe som ikke er knyttet til behandling, måltider eller personlig hygiene
- å legge til rette så personer med stor kognitiv svikt får oppleve noe gjennom sansene, for eksempel stryke over en myk pels eller høre musikk
- å dele begivenheter og gleder sammen, for eksempel personens fødselsdag
- å gi hjelp til å roe kropp og sjel ved trøstefullt nærvær
- å bekrefte, gi støtte, fortelle at det skal gå bra, at alt er i orden
- å holde om, ved å være mottaker for frustrasjon og vanskelige følelser
- å legge til rette så han eller hun mestrer og kan utføre aktiviteter ved å kompensere for de deler av handlingen personen ikke klarer å utføre, slik at personen kan fullføre
- å la personen få skape noe, legge til rette for at han eller hun kan bruke de kunstneriske evnene sine
- å gi og være raus med tid og oppmuntring når han eller hun strever med å uttrykke seg eller få til noe



@ Adobe stock

Personsentrert omsorg og miljøbehandling

Personsentrert omsorg nevnes ofte i forbindelse med miljøbehandling. Disse to bør være knyttet til hverandre, for miljøbehandling fungerer best når den er basert på personsentrert omsorg. Miljøbehandling handler om å ta i bruk det fysiske og psykososiale miljøet, slik at personen opplever trivsel og mestring og kan bruke ressursene sine optimalt. Dette betyr at tjenestemottakeren skal få tilrettelagt hjelp, slik at han eller hun kan utføre både dagliglivets aktiviteter (ADL-funksjoner) og andre aktiviteter så selvstendig som mulig og så lenge som mulig. Om musikk er god miljøbehandling avhenger av om personen er interessert i musikk, om man finner den musikken personen liker, om personen er opplagt til å høre musikk, og om måten musikken blir brukt på, passer personen. Personlig tilpasset miljøbehandling er god miljøbehandling.

Her er noen refleksjonsspørsmål som kan brukes for å forstå omsorgsfilosofien i praksis:

- 1 Har du noen gang observert «malignant social psychology» på din enhet?
Beskriv hva som skjedde.
Hva er ditt ansvar som leder hvis du observerer «malignant social psychology»?
- 2 Har du noen gang observert «positive person work» på din enhet?
Beskriv hva som skjedde.
Hva kan du som leder gjøre for at dette skal prege avdelingen?
- 3 Fortell med egne ord hva «personhood» innebærer.
- 4 Gi eksempler på situasjoner hvor dere ivaretok disse behovene hos en person med demens:
 - a identitet
 - b inkludering
 - c tilknytning
 - d trøst og velvære
 - e meningsfull aktivitet

VIPS-rammeverket

Gjennom et samarbeid med fagfolk og brukerorganisasjoner fra flere land har den engelske psykologen Dawn Brooker oppsummert Kitwoods omsorgsfilosofi til det som kalles VIPS-rammeverket (4). Bokstavene VIPS står for hovedelementene i personsentrert omsorg. Hvert element har indikatorer (hjelpespørsmål) som beskriver hva det innebærer.

VIPS-rammeverket innbefatter de grunnleggende psykologiske behovene, viktige momenter fra det Kitwood beskriver som «malignant social psychology» og «positive person work» og Kitwoods likning: nevrologisk skade, personlighet, livshistorie, fysisk helse og sosialpsykologi.

Her er et eksempel på en indikator:*Indikator S5 Tilrettelegging*

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

Det er laget to VIPS-rammeverk, ett for hjemmebaserte tjenester og ett for institusjoner.

Rammeverkene er gjengitt nedenfor. De fire hovedelementene (V-I-P-S) er de samme, men indikatorene (hjelpespørsmålene) er litt ulike i de to rammeverkene. Rammeverket for hjemmebaserte tjenester har 25 indikatorer, rammeverket for institusjon har 24 indikatorer.

VIPS-rammeverket står sentralt i VIPS praksismodell. Indikatorene brukes for å analysere avgrensede, praktiske omsorgs- og samhandlingssituasjoner i et møte som kalles fagmøtet. Fagmøtet er beskrevet i kapittel 2.

Hovedelementene i VIPS-rammeverket

- V** – Alle mennesker har den samme Verdi, uavhengig av alder og kognitive evner
- I** – Individuelt tilrettelagt omsorg fordi alle er unike og ulike
- P** – Å forstå verden fra Perspektivet til personen med demens
- S** – Et Sosialt miljø der personen med demens opplever å være inkludert og trives.

Verdier – personsentrert omsorg for personen med demens og for personalet

Det første elementet i VIPS-rammeverket, V, handler om verdier: Alle mennesker er like mye verdt uavhengig av alder og kognitive evner. V-elementet omfatter også helse- og omsorgspersonalet. De trenger støtte fra sin leder og må gis den tid og tillit som er nødvendig for å kunne gjøre det som er best for personen med demens. Dette inkluderer blant annet å kunne utvikle seg faglig og ha mulighet for å diskutere og analysere situasjoner som oppleves som krevende.

VIPS-rammeverket brukes til å analysere situasjoner i fagmøtet i VIPS praksismodell. Ikke alle V-indikatorene (hjelpespørsmålene) er like relevante for det som diskuteres på et fagmøte i VIPS praksismodell, siden noen av indikatorene handler om ledelse. Det at helse- og omsorgspersonale har et fagmøte, får tid til å reflektere rundt ulike typer situasjoner, analysere situasjoner og bruke fagkunnskap og kunnskap om personen med demens for å forsøke å forstå situasjonen fra personens perspektiv, viser likevel at ledelsen og personalgruppa ønsker at verdiene i personsentrert omsorg skal være mer enn bare fine ord.

Individuell tilpasning

I-elementet handler om å tilpasse omsorgen til hver enkelt person. Lederen skal tilrettelegge for at personalet kan sette seg inn i personens vaner, livshistorie og viktige livshendelser. Personalet skal tilrettelegge omsorgs- og behandlingstiltakene ut fra personens døgnrytme, slik at vedkommende kan delta i aktiviteter han trives med og opplever som meningsfulle. Det hjelper ikke personen om sykehjemmet eller dagsenteret har en innholdsrik aktivitetsplan hvis aktivitetene ikke passer med hans preferanser og ressurser.

Kognitiv svikt gjør det vanskeligere for en person å lære nye ting, endre vaner og tilpasse seg nye forhold. Før eller senere må de fleste personer med demens ta imot hjelp til dagliglivets aktiviteter. Det kan være vanskelig for personen å beskrive sine daglige rutiner og hvordan han ønsker hjelp til dagliglivets aktiviteter. Dette gjelder spesielt hygiene. Vanskelige situasjoner kan oppstå om tjenestemottakeren opplever en stellesituasjon som fremmed, ubehagelig eller truende. Et klart mål med personsentrert omsorg er å forebygge at personen kommer i en situasjon som gjør at han blir frustrert eller fortvilet.

Perspektivet til tjenestemottakeren

P-elementet handler om at helse- og omsorgspersonale skal forsøke å sette seg inn i hvordan personen med kognitiv svikt opplever verden. Dette er helt sentralt i det å utøve personsentrert omsorg. Det er viktig å holde fast på at man aldri vil kunne vite sikkert hvordan et annet menneske opplever verden. Likevel må helse- og omsorgspersonalet gjøre det de kan for å forstå hva personen reagerer på eller ønsker, når personen ikke klarer å fortelle det. I eksemplet under beskrives hvordan helse- og omsorgspersonalet kan gå fram for å danne seg et bilde av hvordan personen med demens opplever verden. Spørsmålene skal besvares av primærkontakten og brukes til å forberede seg på å presentere og ivareta perspektivet til personen når man drøfter en situasjon på fagmøtet. I tillegg er det nødvendig å ha gode rutiner for samhandling med pårørende og få opplysninger om personen det gjelder.

Perspektivet til Agnes

I VIPS praksismodell har primærkontakten ansvaret for å løfte frem personens perspektiv.

Det kan gjøres ved å svare på disse spørsmålene:

- 1 Hva tror du personen reagerer på?
Hvordan tror du personen opplever situasjonen?
- 2 Hvilke opplysninger og observasjoner har du som tyder på at personen opplever det slik?
 - a Hva sier personen selv?
(For eksempel: «Jeg vil ikke, jeg vil ikke», «Kom hit», «Au!»)
 - b Hva gjør personen med kroppen?
(For eksempel: snur ryggen til, ser ned, griper etter personalet.)
 - c Hva sier pårørende?
- 3 Hvilke følelser kjenner du igjen hos personen i denne situasjonen?
 - a Er personen sint, engstelig, frustrert eller forskrekket?
 - b Prøver personen å si fra om noe?

Antakelse:

Agnes prøver nok å si at noe plager henne, siden hun både slår etter oss og sier stygge ord. Det kan være at hun føler seg i en utsatt situasjon i morgenstellet, hun kan være utrygg, hun kan kjenne seg truet.

Opplysninger og observasjoner:

Jeg har snakket med mannen hennes. Han sier at Agnes pleier å bli stresset når noe er vanskelig for henne, det var slik også før hun fikk demens. Mannen sier at hun alltid har vært litt engstelig av seg. Agnes rynker brynene og pannen, hun ser sint og redd ut, og hun banner.

Beskrive følelsen situasjonen skaper:

Om jeg hadde følt meg utrygg og i tillegg ikke hadde ord og ikke forstod det som ble sagt, slik det er med Agnes, ville jeg reagert som henne, jeg også. Jeg hadde nok vært redd om en fremmed kom inn på soverommet mitt og begynte å dra i meg. Om jeg slo og brukte stygge ord, ville det være fordi jeg måtte forsvare meg mot noe.

Empati

Empati handler om å prøve å sette seg inn i den andres perspektiv, og er en forutsetning for å gi personsentrert omsorg. Empati innebærer både å kunne bruke egne erfaringer til å forstå hvordan en annen person opplever en situasjon, å kunne gjenkjenne følelsen den andre gir uttrykk for, og å forstå at personen kan reagere annerledes enn en selv på en hendelse.

Mye tyder på at når man blir møtt med empati, er sjansen større for at man viser empati overfor andre. Dette kan overføres på forholdet mellom leder og ansatt. Selv om vi alle preges av miljøet vi arbeider i, har ledere et spesielt ansvar for holdningene som preger enheten (20, 21).

Sosialt inkluderende fellesskap

S-elementet handler om det sosiale miljøet. En person med demens trenger ofte hjelp for å være en del av fellesskapet på grunn av demenssymptomer som afasi, redusert hukommelse og vansker med å oppfatte det som blir sagt. Det er helse- og omsorgspersonalets oppgave å kompensere for svikten personen har på dette området, og hjelpe ham eller henne til å delta sosialt. Lederen må sørge for at det settes av tid og personale på hver vakt med ansvar for å skape et sosialt miljø som den enkelte personen med demens kan inkluderes i.

VIPS-rammeverket for institusjon – indikatorer

Nedenfor følger indikatorene for VIPS-rammeverket for institusjoner. Her nevnes «sykehjem» i teksten sammen med forhold som er typiske for sykehjem, men indikatorene kan også brukes i andre institusjoner.

VERDIER

Ledelsen verdsetter personer med demens, og helse- og omsorgspersonalet som har omsorgen for dem, er opptatt av de rettigheter og krav personen med demens har, og passer på at ingen blir behandlet dårlig, uavhengig av alder eller reduserte kognitive evner.

Lever vi etter verdiene?

V1 VISJON

Har arbeidsplassen en visjon som inneholder en klar erklæring om å ytre personsentrert omsorg?

V2 PERSONALLEDELSE

Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at de ansatte føler seg verdsatt av arbeidsgiveren?

V3 LEDELSENS FORPLIKTELSE OG ETOS

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 personer med demens?

V6 KVALITETSSIKRING

Finnes det rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar behovene og interessene til personen med demens?

INDIVIDUELL OMSORG

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

Har vi individuell omsorg?

I 1 PLAN FOR HVER PERSON

Kjenner vi personens styrke og sårbarhet? Har hver person med demens en plan som forteller om hans/hennes preferanser, ressurser og behov for hjelp?

I 2 EVALUERING

Er planen til personen oppdatert?

I 3 PERSONLIGE EIENDELER

Får personen bruke 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 til personen og hendelser som har vært viktige for vedkommende? Bruker vi denne kunnskapen i hverdagen?

I 6 AKTIVITETER

Finnes det aktiviteter på sykehjemmet som passer til personens interesser og evner, og deltar hun i dem?

PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS

Ser helse- og omsorgspersonalet verden fra perspektivet til personen med demens, og utøver personalet empati?

Tar vi hensyn til personens opplevelse av verden?

P1 KOMMUNIKASJON

Blir personen spurt om hva hun ønsker og 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 ut hva som kan ligge bak?

P6 Å VÆRE TALSPERSON

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

ET STØTTENDE MILJØ

Fellesskap er viktig i alle menneskers liv.

Har vi et støttende sosialt miljø for personer med demens?

S1 FELLESSKAP

Trekker vi personen med demens med i samtaler, slik at 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 henne som «dum» eller «vanskelig»?

S3 VARME

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

S4 VALIDERING

Tar vi personens frykt på alvor, eller blir hun overlatt til seg selv over lengre tid med tydelige tegn på at 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

Deltar personen i aktiviteter utenfor sykehjemmet? Kommer folk fra det lokale miljøet regelmessig på besøk?

VIPS-rammeverket for hjemmebaserte tjenester – indikatorer

Nedenfor følger indikatorene for VIPS-rammeverket for hjemmebaserte tjenester. I dette rammeverket innledes hver indikator med et lite tema eller motto, for eksempel: «Vi er alle unike.» Indikatorene gjenspeiler hverdagen for hjemmeboende personer med demens og det helse- og omsorgspersonalet de møter.

VERDIER

Elementet V for Verdier sier at alle mennesker er like mye verdt, uavhengig av alder eller kognitive evner. Elementet handler om de rettigheter personen med demens har, og at ingen skal bli dårlig behandlet, selv om de glemmer eller har reduserte kognitive evner.

Dette elementet omfatter også helse- og omsorgspersonalet, 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 ha mulighet til å diskutere og analysere situasjoner som oppleves krevende.

Dette er indikatorene (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 en 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 personale, godt personale 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 personale gi råd om mulige risikoer de oppdager, og evaluere om disse rådene følges opp? Hvordan støtter ledelsen personalet i å daglig tilpasse seg behovene til personen med demens?

V6 KVALITETSSIKRING

«Å stadig bli bedre.» Finnes det rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar behovene og interessene til personer med demens?

INDIVIDUELL OMSORG

Elementet I, individuell omsorg, 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:

- I1 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?
- I2 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?
- I3 PERSONLIGE EIENDELER**
«Tingene jeg er glad i.» Hvordan bruker vi personens eiendeler aktivt i samtale og samhandling?
- I4 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?
- I5 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 den daglige omsorgen?
- I6 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

Elementet P 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 hun eller han ønsker, og hva hun eller han 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 natta eller 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 TALSPERSON FOR

«Å stå opp for og snakke på vegne av.» Hvordan blir rettighetene til personen med demens ivaretatt når han eller hun ikke lenger kan ta hånd om disse selv?

STØTTENDE SOSIALT MILJØ

S i VIPS handler om det støttende sosiale miljøet. Det handler om hvordan fellesskap og tilhørighet i ei gruppe er viktig for alle mennesker. Vi kan bruke hjelpespørsmålene nedenfor til å 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 FELLESKAP OG VÆRE MEDLEM I EI GRUPPE

«Bruker han melk i kaffen?» Hjelper vi personen til å oppleve fellesskap mens vi er på besøk? Og hvordan tilrettelegger vi for deltakelse på dagsenter eller annen tilsvarende aktivitet?

S2 RESPEKT

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

S3 VARME

«Vi trenger å kjenne oss velkommen.» Opplever personen varme og omfavnelse? Ser det ut som om hun har det bra, eller ser det ut som hun er utrygg uten at noen trøster henne? Har vi rutiner som sikrer at personen (og pårørende) regelmessig treffer helse- og omsorgspersonale som kjenner ham eller henne, og at personen kan ringe disse hvis vedkommende føler seg 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 DELTAKELSE I AKTIVITETER I DAGLIGLIVET

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

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, og hvordan støtter og inkluderer vi partnere, familie og venner slik at de fortsatt kan være en støtte for personen og være våre nære allierte?

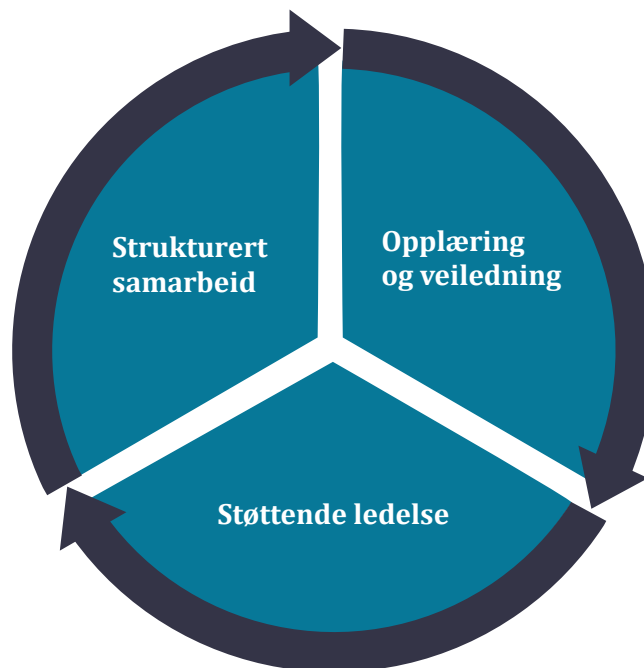
(4)

KAPITTEL 2

VIPS PRAKSISMODELL

VIPS praksismodell (1, 7) er en metode for å implementere personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi, og det er som regel behov for en konkret metode for å innføre en filosofi i praksis. Det er ikke nok at en leder har sagt at verdigrunnlaget på arbeidssstedet er personsentrert omsorg. De ansatte må få hjelp til å bruke verdiene i den praktiske hverdagen. VIPS praksismodell anvender VIPS-rammeverket, og kopler sammen Kitwoods omsorgsfilosofi og det daglige arbeidet på en planmessig måte. Strukturen i VIPS praksismodell hjelper de ansatte å samarbeide for å gi personsentrert omsorg til den enkelte personen med demens. Implementering er beskrevet i kapittel 4.

Kitwood beskriver tre faktorer som er sentrale for å skape en personsentrert omsorgskultur: strukturert samarbeid, opplæring og veiledning, og støttende ledelse (3). VIPS praksismodell og lederens rolle i modellen vil bli beskrevet i lys av disse tre faktorene (figur 2.1).



Figur 2.1 Sentrale faktorer i en personsentrert omsorgskultur og i VIPS praksismodell

Strukturert samarbeid – fagmøtet i VIPS praksismodell

Navet i VIPS praksismodell er fagmøtet, koplingen mellom omsorgsfilosofien til Kitwood og det daglige, praktiske arbeidet skjer her. Fagmøtet holdes hver uke, og her deltar enhetslederen og alt helse- og omsorgspersonale som er på jobb i enheten den dagen. Andre yrkesgrupper, som lege, prest, fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped deltar ved behov. Fagmøtets struktur er punktvis beskrevet nedenfor. Lederen og de andre medarbeidernes roller og funksjoner i fagmøtet er utdypet i egne avsnitt senere i kapitlet.

På fagmøtet brukes VIPS-rammeverket til å analysere én konkret situasjon. For å klare å observere situasjonen godt og forstå hva som påvirker personens atferd i den situasjonen, må situasjonen avgrenses i tid og rom. Det betyr å konsentrere seg om at Peder er urolig under frokosten (tid) når han sitter ved bordet på spisestua (rom). Peder er urolig mesteparten av dagen uansett hvor han er, men situasjonen avgrenses likevel i tid og rom for at de ansatte skal ha oversikt over situasjonen de drøfter. Avgrensningen gjør det lettere å finne og evaluere tiltak. Ofte viser det seg at tiltak som fungerer i en avgrenset situasjon kan fungere på andre tidspunkt og steder også. Andre ganger varierer de utløsende faktorene med tid og rom, noe som gjør at tiltakene må være ulike.

Enheter som starter opp med VIPS praksismodell, bruker ofte de første fagmøtene til å analysere situasjoner som oppleves spesielt krevende eller «utfordrende». I hjemmesykepleien kan det være at Aslaug ikke vil slippe inn helse- og omsorgspersonalet når de kommer for å hjelpe henne, i et sykehjem at Olga motsetter seg hjelp i morgenstellet. Etter hvert tas også andre typer situasjoner opp til drøfting, for eksempel hva som kan gjøres for at en person med demens som virker apatisk, kan bli mer engasjert og delta i aktiviteter personen trives med.

På engelsk kalles fagmøtet consensus meeting. Det framhever at fagmøtet skal føre til at personalet blir samstemte om hva som er personsentrert omsorg for den enkelte, at de får en felles forståelse av en situasjon, og at de blir enige om tiltak og tilnærming. For å gjennomføre tiltak er det viktig å ha innsikt i begrunnelsen. Det er også lettere å være lojal mot en beslutning når man selv har vært med på å drøfte og fatte den. Tiltak personalet kommer fram til i fagmøtet, skal gjennomføres som bestemt av alle inntil tiltaket er evaluert og eventuelt endret.

Lederen skal være til stede på fagmøtet. Gjennom fagmøtene får lederen innsikt i hva som påvirker hverdagen til personer med demens, og hvordan personalet opplever faglige utfordringer og organisatoriske forhold.

Møtestruktur for fagmøtet

For å få en hensiktsmessig drøfting der personsentrert omsorg utgjør en rød tråd, trengs en møtestruktur som løfter fram de rette elementene og leder fram til en konklusjon.

Dette er strukturen i fagmøtet:

- 1 Ressurspersonen ønsker velkommen og forteller hvilken situasjon som skal drøftes, avgrenset i tid og rom.
- 2 Primærkontakten presenterer situasjonen sett fra perspektivet til tjenestemottaker.
- 3 Har alle forstått situasjonen slik? Runde for å klargjøre om noen har noe å tilføye.
- 4 Vurdere alle 24 indikatorene.
- 5 Bli enige om 1 eller 2 indikatorer.
- 6 Diskusjon, bli enige om tiltak.
- 7 Primærkontakten vurderer om personen vil like tiltaket.
- 8 Ressurspersonen oppsummerer og setter dato for evaluering.
- 9 Avdelingslederen takker og avslutter.

Personalets roller og funksjoner i fagmøtet

Et forum med faste roller, funksjoner og struktur bidrar til å gjøre møtesituasjonen trygg og forutsigbar. Da er de ansatte ikke avhengige av sin sosiale posisjon på arbeidsplassen for å få taletid og bli hørt. Under følger beskrivelsen av rollene i VIPS praksismodell, hvilke funksjoner rollene har i fagmøtet, og hvordan lederen kan gi støtte til dem som har disse rollene.

Enhetslederens funksjon i fagmøtet

Lederens funksjon i fagmøtet er å støtte de av personalet som har roller og funksjoner i fagmøtet. Lederen har det øverste fagansvaret i avdelingen. I fagmøtet får lederen god innsikt i personalets kunnskaper, og han eller hun skal sørge for at personalet ved behov får veiledning, påfyll av faglig kunnskap og hjelp til å bruke kunnskapen riktig. I fagmøtet i VIPS praksismodell skal perspektivet til personen med demens løftes fram, ikke personalets perspektiv. Noen ganger oppstår samhandlings-situasjoner som er svært utfordrende, hvor personer med demens kan være verbalt agiterte, ha manglende hemninger eller til og med være fysisk utagerende. Da er det viktig at personalet har et forum hvor de kan få hjelp til å drøfte situasjonen og tankene sine knyttet til slike situasjoner.

1 Ressurspersonen innleder og leder møtet

Møteledelse er ofte en ny og uvant rolle for den som er blitt ressursperson. Ressurspersonen kan trenge hjelp til å si fra når kollegene ikke holder seg til møtestrukturen, eller avviker fra situasjonen som skal drøftes og skal passe på at alle kommer til orde. Det kan hende lederen også må støtte ressurspersonen med å konkludere til slutt.

Lederen og ressurspersonen bør avtale på forhånd hvordan de skal samarbeide, for eksempel at lederen skal stille noen hjelpende spørsmål når ressurspersonen står fast. Dette samarbeidet er noe som kan avtales i veiledningen.

2 Primærkontakten redegjør for situasjonen som skal drøftes, ut fra perspektivet til personen med demens

Å formidle hvordan man tror tjenestemottakeren opplever situasjonen, kan være uvant. I starten hender det at primærkontakten gir generelle opplysninger om personen som ikke har noe med situasjonen å gjøre. En annen grøft det er lett å falle i, er å beskrive det som skjer i situasjonen, ut fra eget perspektiv. Om ikke ressurspersonen griper inn og prøver å få primærkontakten på rett spor, må lederen gjøre det på en måte som ivaretar både primærkontakten og ressurspersonen. De må ikke føle seg irettesatt, det kan resultere i at de etter hvert misliker fagmøtet og forbinder det med noe de ikke får til. På fagmøteplakaten, et av hjelpemidlene som følger med i VIPS praksismodell, står noen spørsmål enhetslederen eller ressurspersonen kan be primærkontakten om å svare på (se også kapittel 2 om perspektivet til personen med demens) for å belyse personens perspektiv. Enhetslederen eller ressurspersonen kan spørre primærkontakten: «Hva sier Aslaug i denne situasjonen, hvilke ord bruker hun?» eller: «Hva slags ansiktsuttrykk og kroppsholdning har Aslaug?» Dette er observasjoner primærkontakten har gjort og kan si noe om. Om nødvendig kan lederen minne om at det er viktig å ikke ta for gitt at Aslaug reagerer på samme måte som helse- og omsorgspersonalet selv ville gjort, og lederen kan si noe om hvordan personens demenssymptomer kan påvirke situasjonen.

3 Helse- og omsorgspersonalet forteller hvordan de opplever situasjonen

For å få fram alle aspekter og få et klart bilde av situasjonen er det viktig at situasjonen er avgrenset i tid og rom, og at alt helse- og omsorgspersonale får legge fram erfaringene sine om det som drøftes. Lederen må passe på at ressurspersonen ikke glemmer denne runden. Den er viktig fordi personalet kan oppfatte situasjonen forskjellig. Én i personalgruppa kan ha opplevd å få god kontakt med Aslaug, og da er det viktig å vite hvordan personen snakker til henne, gjerne ordrett. Det kan hende lederen må hjelpe ressurspersonen med å stille gode spørsmål til personalet og oppsummere etter denne runden.

4 Analyse av situasjonen ved bruk av indikatorene i VIPS-rammeverket

I fagmøtet må lederen passe på at personalgruppa tar seg tid til å analysere situasjonen. Da må situasjonen være godt beskrevet og avgrenset. Når personalet analyserer, vurderer de alle sidene eller delene av situasjonen: hva situasjonen handler om, hva som skjer, og hvordan personen med demens opplever dette. Personalet vurderer situasjonen i lys av alle de fire elementene V, I, P og S i VIPS-rammeverket, men ofte er indikatorene/hjelpespørsmålene til Individuell tilrettelegging, Perspektivet til personen med demens og det Sosiale miljøet mest aktuelle.

Ressurspersonen må gripe inn om personalet begynner å diskutere tiltak før analysen er gjort. Hvis ressurspersonen ikke gjør det, må lederen minne ressurspersonen på dette.



5 Bli enige om én eller to indikatorer

Etter at personalgruppa har gått gjennom alle indikatorene, diskuterer de og bestemmer seg for én eller to de opplever som de mest sentrale, slik de opplever situasjonen. Ved å begrense seg til én eller to indikatorer hindrer man at helse- og omsorgspersonalet ender opp med flere tiltak enn de klarer å gjennomføre. Vanligvis kan flere indikatorer være aktuelle, og noen indikatorer er overlappende. Personalet kan trenge hjelp til å vurdere hva som er de mest relevante VIPS-indikatorene i situasjonen det gjelder. Lederen kan minne om at det ikke finnes en «fasit», men at flere kan være relevante. Lederen kan veilede i valg av indikatorer om personalet trenger det, men det er viktig at lederen ikke styrer dette mer enn nødvendig.

6 Drøfting av tiltak – bestemme tiltak

Først nå skal helse- og omsorgspersonalet snakke om tiltak. På dette punktet har personalgruppa kommet fram til en felles forståelse av situasjonen og er enige om hva som er viktig å legge vekt på akkurat nå. Helse- og omsorgspersonale som har vært på kurs i ulike miljøbehandlingsmetoder, har her en anledning til å bidra med kunnskap om tiltak. Lederen kan også foreslå tiltak, for eksempel ekstern veiledning. Lederen må sikre at alle beslutninger og tiltak som fattes, er faglig forsvarlige.

Ulike typer tiltak:

- 1 Å konkretisere behandlings- og omsorgs-tiltak, for eksempel at personen med demens ikke skal vekkes, men få våkne av seg selv om morgenen, og beskrive prosedyren alle skal følge i morgenstellet;
- 2 Å kartlegge situasjonen, for eksempel at man skal bruke skjema for kartlegging av delirium eller trivsel i en angitt tidsperiode. Aktuelle skjemaer finnes til nedlastning på aldringoghelse.no;
- 3 Å innhente mer informasjon om personen med demens, for eksempel be om et møte med pårørende for å snakke om den konkrete situasjonen eller få vite mer om personens kveldsrutiner eller matvaner;
- 4 Å sørge for at personalet får veiledning fra spesialisthelsetjenesten på neste fagmøte (lederens ansvar);
- 5 Å sørge for kurs eller kompetanseheving om ulike temaer, for eksempel kommunikasjon, demenssykdommer, ulike miljøtiltak osv. (lederens ansvar).



7 Primærkontakten redegjør: Vil personen med demens like tiltaket?

I dette punktet løftes tiltakene personalgruppa har kommet fram til, opp på et verdinivå. Lederen må vurdere om tiltakene er faglig forsvarlige og i tråd med det som er viktig for personen med demens, og om nødvendig komme med innspill.

Ressurspersonen skal spørre primærkontakten om han eller hun tror personen med demens vil like tiltaket. Utfordringen er å få primærkontakten til å si noe mer enn: «Ja, det vil hun.» Om ikke ressurspersonen ber primærkontakten utdype, kan lederen tre støttende til og spørre om primærkontakten kan si noe mer om hvorfor han eller hun tror det. Målet er at primærkontakten skal vurdere tiltakene i lys av det personen med demens selv har gitt uttrykk for, hva personen har gjort tidligere i livet, og hva pårørende har fortalt har vært viktig for ham eller henne. Primærkontakten kan også formidle hva man oppnår med tiltaket, for eksempel sier primærkontakten om Aslaug: *«At vi på en høflig måte spør henne hva hun vil at vi skal hjelpe henne med, tror jeg Aslaug opplever som respektfullt.»*

8 Ressurspersonen oppsummerer tiltak, tidsramme for tiltak og evaluering

Det er viktig at ressurspersonen oppsummerer og konkluderer. Dette viser at ressurspersonen er møteleder i gavnet, ikke bare i navnet. Det kan være nødvendig at lederen på en diskret måte gir et signal om at det er på tide å starte med oppsummeringen.

Siden enhetslederen deltar på fagmøtet, forventer gjerne de tilstedeværende at hun sier noen ord når ressurspersonen er ferdig med oppsummeringen. Lederen kan si noe om tiltakene de har kommet fram til, og komme med relevant kunnskap om personens demenssymptomer, demenstype eller demensutvikling som støtter opp under tiltakene som er valgt.

9 Enhetslederen takker og avslutter

Det siste punktet i strukturen har enhetslederen ansvaret for. Hun takker ressurspersonen for å ha loset dem gjennom agendaen og holdt tiden. Primærkontakten bør også takkes. Om primærkontakten har gjort spesielle forberedelser, som å ha møte med pårørende på forhånd, bør dette nevnes og roses på en måte som føles naturlig. Ellers kan de andre takkes som gruppe for at de har kommet med gode innspill og nyttig informasjon. Dette er med på å ivareta personalets behov for personsentrert omsorg, spesielt indikator V2 om personalledelse.

Enhetslederen har spesielt ansvar for disse indikatorene i VIPS-rammeverket:

V1 VISJON

Har arbeidsplassen en visjon og en klar erklæring om personsentrert omsorg?

V2 PERSONALLEDELSE

Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiveren?

V6 KVALITETSSIKRING

Finnes det rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar behovene og interessene til personen med demens?



Ressursperson – møteleder

Fagmøtet har en fast møteleder som kalles ressurspersonen. Ressurspersonen leder fagmøtet med støtte fra enhetslederen. Ressurspersonen skal være en representant for den største gruppa ansatte i avdelingen. I en institusjon er dette ofte en helsefagarbeider, i hjemmebaserte tjenester er det ofte en sykepleier. Når en representant for den største faggruppa får rollen som ressursperson, er det med på å gi legitimitet for møtet i denne gruppa av ansatte. Det er viktig at de som utfører tiltakene man kommer fram til i fagmøtet, er engasjerte og deltar i beslutningsprosessen. Det er lettere å være tro mot tiltak når man har vært med å diskutere og utforme dem.

Når lederen velger ressursperson, må hun tenke gjennom hvem som egner seg. Det må være en person lederen tror har potensial til å bli en god møteleder, og de andre i personalgruppa må synes det er lett å ta kontakt med vedkommende for å melde saker til fagmøtet. I større avdelinger kan det være lurt å ha to ressurspersoner, og det er fornuftig å ha minimum én vara-ressursperson på grunn av turnusarbeid og annet fravær. Ressurspersonene skal delta på basiskurs (se avsnittet om basiskurs i kapittel 4).

Det anbefales at ressurspersoner på samme arbeidssted har ei veiledningsgruppe for å utveksle erfaringer fra fagmøtet og lære av hverandre.

Ressurspersonen er ansvarlig for

- å sette opp program for møtet sammen med enhetslederen
- å avklare og avgrense i tid og rom situasjonen som skal drøftes, sammen med primærkontakten og enhetslederen
- å innlede og lede fagmøtet
- å følge trinnene i møtestrukturen
- å lede avsporinger tilbake til den konkrete situasjonen på programmet
- å vektlegge det man kan gjøre for å bedre situasjonen
- å henvende seg til primærkontakten og stille vedkommende spørsmål slik at hennes eller hans rolle i fagmøtet er tydelig
- å holde tiden, oppsummere og konkludere
- at situasjonen som drøftes på fagmøtet, blir vurdert i forhold til alle de fire områdene og indikatorene i VIPS-rammeverket

Primærkontakten

Hver person med demens skal ha sin primærkontakt, og vedkommende skal være talsperson for personen med demens i fagmøtet. I fagmøtet planlegges omsorgstiltakene. Primærkontakten er den i enheten som kjenner personen med demens best, og i fagmøtet skal primærkontakten sikre at stemmen til personen med demens blir hørt når behandlings- og omsorgstiltak utformes. Det er viktig at primærkontakten og personen med demens går godt overens, at de trives sammen. Det anbefales derfor å legge vekt på hvem personen med demens får god kontakt med, når det velges primærkontakt.

I fagmøtet legger primærkontakt fram situasjonen fra perspektivet til personen med demens. Utgangspunktet for analysen og drøftingen av situasjonen i fagmøtet er primærkontaktens beskrivelse av hvordan hun tror situasjonen oppleves for personen med demens. For at primærkontakten skal kunne klare dette, må hun forberede seg. Primærkontakten må snakke med personen med demens før fagmøtet og kartlegge situasjonen som skal drøftes. Dette innebærer observasjon og kartlegging av personens kroppsspråk og reaksjoner. Primærkontakten trenger derfor god kunnskap om kommunikasjon med personer med demens. Personer med demens kan ofte fortelle om ønsker og tanker bare de gis tid til å forstå spørsmål og til å svare.

Det er også viktig at primærkontakten snakker med nærmeste pårørende om situasjonen, forutsatt at dette skjer innenfor rammene for taushetsplikt og et eventuelt samtykke. Lederen bør tilrettelegge for og oppmuntre primærkontakten til å ha regelmessig kontakt og samtale med nærmeste pårørende. De kjenner ofte personen med demens godt, de har som regel god kunnskap om personens interesser og vaner og ønsker. Mange pårørende setter pris på å ha en fast kontaktperson som lytter til dem. Det kan være viktig å kartlegge hva pårørende ønsker å motta av informasjon, og hva de vil spørres til råds om.

Primærkontakten må ha kunnskap om personens demenssymptomer, om fysisk helse, bruk av legemidler, personlighet, livshistorie og psykososiale behov. Primærkontakten må kunne vurdere, i fellesskap med annet helse- og omsorgspersonale, hvordan dette påvirker personen med demens.



VIPS praksismodell forutsetter at primærkontakten

- 1** er talsperson for personen med demens i fagmøtet. Primærkontakten er den i personalgruppa som kjenner personen med demens best;
- 2** er den som oftest deltar i stell hos og er i kontakt med personen med demens;
- 3** er kontaktperson for pårørende. Pårørende skal vite hvem i personalgruppa de skal kontakte og gi beskjeder til;
- 4** skriver og oppdaterer pleie-, tiltaks- og aktivitetsplaner og beskriver tiltak som er besluttet i fagmøtet. Tiltak og planer skal være så detaljerte at alt helse- og omsorgspersonale vet hva de skal si og gjøre i konkrete situasjoner.

I fagmøtet skal primærkontakten sette ord på tjenestemottakers perspektiv i situasjonen dere drøfter. For å kunne støtte primærkontakten kan leder trene på perspektivtaking. Ta utgangspunkt i en situasjon fra praksis og svar på følgende spørsmål:

- 1** Hva tror du personen reagerer på?
Hvordan tror du personen opplever situasjonen?
- 2** Hvilke opplysninger og observasjoner har du som tyder på at personen opplever det slik?
 - a** Hva sier personen selv?
(For eksempel: «Jeg vil ikke, jeg vil ikke», «Kom hit», «Au!»)
 - b** Hva gjør personen med kroppen?
(For eksempel: snur ryggen til, ser ned, griper etter personalet.)
 - c** Hva sier pårørende?
- 3** Hvilke følelser kjenner du igjen hos personen i denne situasjonen?
 - a** Er personen begeistret, sint, engstelig eller frustrert?
 - b** Prøver personen å si fra om noe?

Primærkontakten har spesielt ansvar for disse indikatorene i VIPS

- | | |
|------------|--|
| I 1 | PLAN FOR HVER PERSON
Kjenner personalet personens styrke og sårbarhet? Har hver person sin plan som forteller om personens ressurser og behov for hjelp? |
| I 2 | EVALUERING
Blir planen til personen med demens oppdatert regelmessig og ved behov? |
| P2 | EMPATI OG RISIKOVURDERING
Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det? |
| P6 | Å VÆRE TALSPERSON
Hvordan ivaretar vi rettighetene til en person med demens som gjør de andre på avdelingen utrygge? |

Veilederen i VIPS praksismodell

Veilederen i VIPS praksismodell kan være en fagutviklingssykepleier eller en person med tilsvarende funksjon på arbeidssstedet. På arbeidsplasser som utdanner egne kursholdere, påtar ofte kursholderen seg ansvaret som veileder. Enhetslederen kan være kursholder og dermed også veileder. Av og til påtar kursholderen for VIPS praksismodell fra det kommunale ressurscenteret eller utviklingssenteret seg veilederrollen.

I starten, når strukturen og rollene er nye for alle, erfarer mange at veilederen kan hjelpe til med å finne og avgrense situasjoner før fagmøtet, og at det gir en god støtte å ha veilederen med på fagmøtene. I de første fagmøtene i en avdeling må det være rom for prøving og feiling. Veilederen kan da ha enhetslederens rolle i fagmøtet og gi de innspillene som trengs for:

- 1 å avgrense problemstillingen
- 2 å følge møtestrukturen
- 3 å presentere perspektivet til personen med demens
- 4 å velge indikatorer
- 5 å finne tiltak
- 6 å ta i bruk kartleggingsskjemaer, for eksempel Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD) eller Mobid-2 smerteskala for å kartlegge og observere smerte.

Veilederen skal organisere veiledningsgrupper for ressurspersoner og enhetsledere, slik at de kan utveksle erfaringer fra fagmøter. Det kan være en fordel for enhetslederne om flere enheter starter opp med VIPS praksismodell samtidig. Da kan man ha egne veiledningsmøter for lederne og ressurspersonene der de kan motivere og støtte hverandre. Veiledning innebærer å hjelpe gruppa til å se hvilke muligheter og valg man har, ved å stille de riktige spørsmålene. Ofte sitter den som ber om veiledning med svarene selv, men situasjonen er for nær til at man har den nødvendige oversikten til å identifisere det som er viktig. Gode spørsmål fra veilederen kan gjøre at den som får veiledning klarer å sortere inntrykk og lære av situasjonen.

Med jevne mellomrom bør det være undervisning om personsentrert omsorg og VIPS praksismodell for vikarer og nyansatte på enheten. Om ikke veilederen i VIPS praksismodell har anledning til å undervise, kan avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere som ikke er kursholdere ha denne undervisningen etter at de har deltatt på basiskurset. Da får de tilgang til et ferdig 3-timers undervisningsprogram i personsentrert omsorg, VIPS praksismodell og fagmøtet som de kan bruke. Til denne undervisningen er det laget filmer som kan strømmes fra Aldring og helses nettsider.

Veilederen har spesielt ansvar for disse indikatorene i VIPS

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?

Gjennomføring av fagmøtet: Aslaug slipper ikke inn helse- og omsorgspersonellet

Her gis et eksempel på gjennomføring av et fagmøte i en enhet i hjemmesykepleien.

Eksempelet viser roller, funksjoner og struktur i møtet.

Det er fagmøte, og ressurspersonen ønsker alle velkommen. Hun viser til sakslista, der det står at fagmøtet er satt av til å drøfte at Aslaug ikke vil slippe inn hjemmesykepleien når de kommer for å hjelpe henne med å dusje og ta medisiner.

Ressurspersonen gir ordet til primærkontakt Tone og ber henne legge fram situasjonen slik hun tror Aslaug opplever den.

Tone forteller at Aslaug bare åpner døra på gløtt, sier at hun ikke vil ha hjelp og smeller den hardt igjen. Aslaug ser opprørt og litt sint ut. Tone forteller at Aslaug har demens og er glemsk. Kanskje har Aslaug glemt at hun og datteren ble enige om å be om hjelp fra hjemmesykepleien. Kanskje blir hun fornærmet for at vi sier at vi kommer for å hjelpe henne, det betyr jo at hun ikke klarer seg selv lenger. Dessuten er vi fremmede, og det kan virke skremmende. Tone sier at hun selv også kan bli avvisende når hun er fornærmet eller redd.

Etter at Tone har lagt fram saken fra perspektivet til Aslaug, spør ressurspersonen om alle har opplevd å bli avvist av Aslaug, eller om noen har andre opplevelser. Alle har blitt avvist på samme måte som Tone. Ressurspersonen ber så alle om å se over hjelpespørsmålene (indikatorene) de har foran seg, og plukke ut ett eller to de synes er relevante i denne situasjonen. Møtedeltakerne får noen minutter, så tar de en runde der alle sier hvilken indikator de har merket seg, og hvorfor. De blir enige om å konsentrere seg om disse i første omgang:

P2 Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?

S2 Blir personen behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører personen eller stempler henne som «dum» eller «vanskelig»?

Møtedeltakerne drøfter så hva som kan være gode tiltak. Noen i personalgruppa har arbeidet flere år i hjemmetjenesten og har erfaring med liknende situasjoner. De kommer fram til disse tiltakene:

P2:

Siden Aslaug ser ut til å oppleve situasjonen som både ydmykende og skremmende, skal personalet be datteren ringe og forklare for Aslaug hvorfor de kommer, rett før de ringer på døra hennes neste gang.

For at Aslaug skal bli kjent med de ansatte, skal bare Tone og to andre fra personalgruppa besøke Aslaug. De skal si det samme når de kommer: De kommer fordi datteren hennes har bedt dem stikke innom for å høre om det er noe de kan hjelpe henne med.

S2:

For å sikre at Aslaug opplever at de viser henne respekt, skal de si at de er sykepleiere og har god greie på medisiner, og at de gjerne kan ta en titt på medisinene hennes, om hun vil det. Så skal de si at datteren er bekymret for at hun skal gli og falle i dusjen, og tilby seg å være til stede når hun dusjer.

Ressurspersonen spør om Tone tror Aslaug vil sette pris på disse tiltakene.

Tone svarer: «Jeg tror det skaper trygghet at datteren forbereder henne ved å minne henne på at vi kommer, og hvorfor. At vi på en forsiktig måte spør henne hva hun vil at vi skal hjelpe henne med, tror jeg Aslaug opplever som høflig og respektfullt.» Tiltakene skal evalueres på fagmøtet om to uker.

Forskning har vist at ledelse har stor påvirkning på implementering av innovasjoner generelt (22–24), og på effekten av implementering av personsentrert omsorg ved bruk av VIPS praksismodell spesielt (25).

For å illustrere hvordan lederen kan bidra med støtte i fagmøtet, skal vi ta for oss hvert punkt i strukturen i fagmøtet.

Dokumentasjon

I helsepersonelloven kapittel 8 står det at helsepersonell som yter helsehjelp har plikt til å dokumentere helsehjelpen som gis i pasientens journal (26). Det står i § 40 at *nødvendige og relevante* opplysninger i forbindelse med hjelpen skal dokumenteres (26). Ved å dokumentere helsehjelpen kan helsepersonalet utveksle informasjon og erfaringer om pasienten og hans helsetilstand. Dette er med på å ivareta sikkerhet, kvalitet, forsvarlighet og kontinuitet i pleie og behandling. Hva som er *nødvendig og relevant* informasjon, må vurderes ut fra pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Pasientjournalforskriften gir veiledning og oversikt over hvilke opplysninger som kan være relevante og nødvendige å dokumentere i pasientjournalen.

Dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven kapittel 8 gjelder i utgangspunktet ikke for personale som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Her siktes det først og fremst til tjenestene støttekontakt og praktisk bistand. Men også for disse tjenestene må personalet dokumentere relevant og nødvendig informasjon for at tjenesten skal være forsvarlig. Kommunen må utarbeide rutiner for og krav til dokumentasjonen. Helsepersonellovens regler om dokumentasjon kan derfor være relevante også for personale som yter tjenester som ikke er helsehjelp.



Dokumentasjon skal gjøres uavhengig av VIPS praksismodell. Tiltak personalet kommer fram til, skal dokumenteres i dokumentasjonssystemet arbeidsstedet bruker. For at tiltakene skal gjennomføres likt av hele personalgruppa, må tiltakene spesifisere hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Det bidrar til å øke forutsigbarheten i hvordan tiltak utføres, og gjør det tryggere både for personalet og tjenestemottakeren. Når tiltaket er utført på en bestemt måte, kan det også evalueres og om nødvendig justeres om det ikke fungerer optimalt, eller man ikke oppnår ønsket effekt.

Avdelingsleder og eller fagansvarlig sykepleier er ansvarlig for å sikre at

- tiltaksplanen er oppdatert: tiltaksplanen er et levende dokument. Om situasjonen endrer seg, skal planen endres.
- tiltakene i planen er konkret beskrevet: hele personalgruppa skal kunne lese seg til hvordan hvert enkelt tiltak skal utføres; hva skal de si, hva de skal gjøre, hvordan skal de posisjonere seg i møte med pasienten.
- personalgruppa har kunnskap om demens og demenssymptomer hos den pasienten som har behov for de tillitsskapende tiltakene for å trives i hverdagen.
- det finnes rutiner som sikrer at hele personalgruppa, både helgevakten og den fast ansatte, er oppdatert på det som står i tiltaksplanen

Det kan være ulike årsaker til at tiltaksplanen ikke følges. Leder kan tenke gjennom følgende om personalet ikke leser eller følger tiltaksplanen:

1 Hvorfor leses ikke tiltaksplanen?

Kan personalet

- ha problemer med innlogging på grunn av manglende påloggingsinformasjon eller andre pc-problemer?
- mangle tilgang på pc fordi det er for få pc-er tilgjengelig?
- mangle opplæring i dokumentasjonsverktøyet (dokumentasjonssystemet eller programvaren) og dette hindrer dem i finne tiltaksplanen?

2 Hvorfor følges ikke tiltaksplanen?

- Tiltaksplanen er gammel eller ikke oppdatert, slik at det som står der er feil
- Tiltaket er ikke konkret nok beskrevet slik at helse- og omsorgspersonell ikke forstår hvordan tiltaket skal utføres
- Helse- og omsorgspersonell forstår ikke det som står der
- Helse- og omsorgspersonalet forstår ikke hensikten med tiltaket
- Helse- og omsorgspersonalet bryr seg ikke om det som står i tiltaksplanen, de gjør det de selv mener er greit
- Helse- og omsorgspersonalet vet ikke at det finnes en tiltaksplan



Bør pårørende delta i fagmøtet?

For å gjøre gode faglige vurderinger kan informasjon fra pårørende være nyttig. Det anbefales å ha møter med nærmeste pårørende *forut* for fagmøtet om de ønsker å snakke med personalet om situasjonen som skal drøftes. Dette må selvfølgelig skje innenfor rammene for taushetsplikt og samtykke. En person med demens kan ha flere pårørende med ulike meninger om hva som er perspektivet til personen, og de kan ha ulik forståelse av personens atferd og symptomer. Involvering av pårørende og formidling av informasjon må alltid skje i tråd med gjeldende regler. I utgangspunktet må tjenestemottakeren samtykke til at personalet involverer pårørende. Det forutsetter at personen er beslutningskompetent. Dersom personen vurderes som ikke beslutningskompetent i slike spørsmål, må nærmeste pårørende samtykke til hvem helse- og omsorgspersonalet kan snakke med.

Fordi faglig utvikling er et viktig aspekt ved fagmøtet, trenger personalet å ha fagmøtet i VIPS praksismodell uten at nærmeste pårørende deltar. Personalet trenger et faglig møte de kan bruke til refleksjon. I fagmøtet har helse- og omsorgspersonalet muligheten til å få kunnskap, tenke høyt sammen, dele «uferdige» tanker og reflektere over ulike aspekter ved omsorgen når man er usikker og trenger veiledning.

Informasjon fra pårørende blir tatt med i drøftingen på fagmøtet og kan være til hjelp i prosessen med å lære å tenke personsentrert og prøve å forstå hvordan personen med demens opplever situasjonen som drøftes.

Hvem er nærmeste pårørende?

Pasient- og brukerrettighetsloven skiller mellom nærmeste pårørende og pårørende (19). Nærmeste pårørende har en del rettigheter som andre pårørende ikke har. Rettighetene gjelder først og fremst hvis pasienten ikke er beslutningskompetent. Da har blant annet de nærmeste pårørende rett til informasjon på lik linje med pasienten selv og kan samtykke på pasientens vegne til at også andre pårørende får informasjon om pasienten.

Personen med demens bestemmer selv hvem som er nærmeste pårørende, og kan velge flere personer som nærmeste pårørende der det er hensiktsmessig. Denne retten står sterkt – kan pasienten uttrykke et ønske, skal det mye til for å fravike dette. Det er tillatt å ombestemme seg og velge en ny nærmeste pårørende. Unntaket fra denne regelen er der pasienten er «ute av stand til å oppgi» nærmeste pårørende, da må helse- og omsorgspersonell velge på vegne av pasienten etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (19). Nærmeste pårørende er da den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med personen med demens. I vurderingen skal det tas utgangspunkt i en fastsatt rekkefølge som starter med ektefelle, registrert partner eller samboer, deretter barn over 18 år, foreldre, søsken over 18 år osv. Det betyr for eksempel at ektefellen er nærmeste pårørende med mindre andre i større utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Et eksempel kan være der ektefellen til tjenestemottaker selv er på sykehjem, og hvor ett eller flere av barna har mest kontakt med pasienten.

KAPITTEL 3

PERSONSENTRERT LEDELSE

For å virkeliggjøre personsentrert omsorg må medarbeiderne arbeide etter felles verdier, og disse verdiene må «sette seg i veggene». Lederen må sikre at verdiene er kjent, og kan bruke fagmøtet bevisst for å forme sosiale normer i personalgruppa. Personsentrert ledelse starter med at lederen viser at hun selv etterlever de personsentrerte verdiene i sin praksis. Verdiene vises i måten lederen omtaler tjenestemottakerne på, hvilke behov som vektlegges, hvilke aktiviteter det settes av tid til, og hvilke oppgaver som verdsettes.

VIPS praksismodell vektlegger at personalet trenger kunnskap om personsentrert omsorg, sykdomslære og ikke minst om tjenestemottageren. Personalet skal kunne bruke denne kunnskapen i praksis. Personalet skal ha kunnskap om hva som er viktig å kartlegge, og hvordan de skal bruke resultatene av kartleggingen. De skal kunne legge vekt på perspektivet personen med demens har, ved utforming og gjennomføring av omsorgstiltak, slik at reell brukermedvirkning sikres. Det er et lederansvar å sørge for fagutvikling på disse områdene.

Personsentrert ledelse innebærer at lederen kjenner og anerkjenner utfordringene personalet har i arbeidet sitt, og at hun tar grep når det er nødvendig. Det kan styrke opplevelsen av faglig trygghet og mestring at de ansatte opplever at personsentrert omsorg også gjelder dem, ved at lederen følger opp med tilrettelegging og tilbud om veiledning og undervisning når de trenger det. Verdiene i personsentrert omsorg gjelder alle mennesker og omfatter både tjenestemottakerne og tjenesteyterne. Om en person faktisk blir verdsatt, vises i måten personen blir behandlet eller møtt på. Tre av indikatorene i VIPS-rammeverket handler om personalet:

- V2** personalledelse
- V3** ledelsens forpliktelse og etos
- V4** utvikling av praksis

V2: Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at vi føler oss verdsatt av arbeidsgiveren?

Indikator V2 om personalledelse handler om å støtte både den enkelte ansatte og personalet som gruppe. I det daglige representerer nærmeste leder arbeidsgiveren overfor personalet, men som ansatt er man også var for om arbeidsstedets øverste leder viser at innsatsen man gjør i arbeidet, legges merke til. En leder kan anerkjenne innsatsen og arbeidet som blir gjort, men hvilke «systemer» kan ledere etablere for å sikre at de ansatte føler seg sett og verdsatt?

VIPS praksismodell er en metode som bidrar til å strukturere samarbeidet på arbeidsplassen. Lederen har sin vanlige rolle som faglig ansvarlig og leder, men i fagmøtet har lederen et særlig ansvar for å støtte ressurspersonen slik at hun lykkes som møteleder. Som et fast punkt avslutter lederen fagmøtet ved å takke gruppa generelt og dem som har bidratt, spesielt. Primærkontakten, som har forberedt seg og lagt fram saken som diskuteres, fra perspektivet til personen med demens, er forskjellig fra fagmøte til fagmøte. Dette gir lederen en naturlig anledning til å gi hver enkelt primærkontakt positiv tilbakemelding på deres faglige innsats, engasjement og omsorg for personen med demens.

Når personalet opplever en situasjon der de kjenner seg utrygge og opplever at de ikke er i stand til å gi tjenestemottakeren god omsorg, er støtte fra lederen viktig for at de skal oppleve å være verdsatt. Lederen bør sette av tid til at de ansatte får snakke om sin opplevelse av situasjoner de opplever som vanskelige. Arbeidsstedet bør også ha rutiner for å ivareta ansatte som er blitt utsatt for hendelser de opplever truende, som verbal og fysisk utagering. Dette er omtalt senere i dette kapittelet.

V3: Gir ledelsen personalet ansvar og frihet på en slik måte at vi som gir direkte omsorg, kan gjøre det som er best for personen med demens?

Indikator V3 handler om at de ansatte skal oppleve arbeidsstedets motto og visjon som mer enn fine ord. Rollene og funksjonene de ansatte tildeles i fagmøtet, er en konkretisering av frihet og ansvar. Frihet betyr i denne sammenhengen at personalet har en sentral rolle i utformingen av egen jobb-situasjon ved at de tar del i drøftinger og beslutninger som gjelder eget arbeid. Personalet viser at de tar ansvar ved at de melder saker til fagmøtet og vurderer hva som er viktige aspekter ved saken de drøfter. Å sette av tid til et faglig forum (fagmøtet) der lederen prioriterer å være til stede, og der medarbeiderne tar del i utforming av tiltak de selv skal sette ut i livet, viser at ledelsen mener alvor med at personalet er organisasjonens viktigste ressurs.

V4: Får personalet muligheter til faglig utvikling og veiledning i personsentrert omsorg?

Lederen har ansvar for at alle ansatte, inkludert ekstravakter og vikarer, får opplæring i personsentrert omsorg og innføring i VIPS praksismodell.

Indikator V4 handler om faglig utvikling i form av å hjelpe personalet med å forstå hva personsentrert omsorg er i møte med hver enkelt pasient. Fagpersoner trenger å drøfte krevende situasjoner med andre fagpersoner. Det er nødvendig både av hensyn til faglig kvalitet i omsorgen, de ansattes trygghet og utvikling av kompetanse. Fagmøtet gir lederen mulighet til å oppdage områder der personalet mangler kunnskap, for så å gi tilbud om relevante kurs og opplæring. Hvis personalgruppa ikke klarer å finne løsninger på situasjoner som blir drøftet på fagmøtet, kan lederen sørge for å hente inn ekstern veiledning.

Saker som tas opp på fagmøtet, gir helse- og omsorgspersonalet som har deltatt på kurs, anledning til å dele det de har lært, med de andre ansatte. Ledere har ofte tilgang til ny kunnskap og nye forskningsresultater på demensfeltet. Fagmøtet kan brukes til å introdusere dette, og personalet kan drøfte hvordan den nye kunnskapen kan brukes i deres enhet. Fagmøtet kan også brukes til å ta for seg de grunnleggende psykologiske behovene, for eksempel behovet for meningsfull aktivitet (occupation). Det kan undervises i kartlegging av døgnrytme og energinivå hos personen med demens og hvordan

dette kan knyttes til personens interesser og hobbyer. Man kan drøfte hvordan man kan tilrettelegge og organisere dagen slik at de som har glede av det, får delta i de daglige rutinene sammen med de ansatte, for eksempel dekke bord, rydde etter måltider, gjøre ærender ute og liknende.

V4 understreker betydningen av at lederen tar seg tid til å være samarbeids- og diskusjonspartner i de faglige diskusjonene på fagmøtet. Dette viser at lederen prioriterer problemstillingene og utfordringene de ansatte er opptatt av, og som preger hverdagen deres. Ved å være til stede på fagmøtene er lederen hele tiden orientert om de ansattes arbeidshverdag. I studier har man funnet at nærhet til lederen påvirker implementering og bruk av personsentrert omsorg (9, 25). Når lederen vet hva som foregår i avdelingen og kjenner til hvilken kunnskap hver enkelt ansatt har eller trenger, kan hun enklere sette inn kompetansehevende tiltak og gi personalgruppa nødvendig støtte.

Å lede i krevende situasjoner

Personsentrert ledelse innebærer å arbeide sammen med helse- og omsorgspersonalet når de står i krevende situasjoner. Å skjønne hva som er personsentrert omsorg for en pasient som er svært fysisk og eller verbalt utagerende, er et eksempel på en slik situasjon. Helse- og omsorgspersonalet kan bli slitne og føle seg utrygge om de frykter at en pasient kan utsette seg selv, medpasienter eller ansatte for fare eller skade. De trenger støtte for å oppnå målet om at pasienten skal mestre hverdagen så godt som mulig med de begrensingene demenssykdommen gir, samtidig som sikkerheten ivaretas for alle. Historien om Peder illustrerer lederens rolle i krevende situasjoner.

Peder passer ikke her!

Peder har Alzheimers sykdom med alvorlig grad av demens. Han har mistet mange av sine kognitive ressurser og har store frontale skader. Det er vanskelig for ham å fortelle hvordan han har det. Han har ikke lenger evne til å uttrykke seg verbalt og reagere på en hensiktsmessig måte, og oppførselen hans virker derfor ofte skremmende på personalet.

Åse er avdelingsleder på den skjermede sykehjemsavdelingen der Peder bor. En dag kommer fagutviklingssykepleier Kristian til henne og sier: «Personalet er fortvilet. Peder passer ikke her. Han slår og er så fysisk utagerende at ingen tør å stille ham eller sitte sammen med ham under måltidene. Vi er redd han skal skade seg selv, medpasienter eller oss. Han har rasert rommet sitt flere ganger. Han kan ikke være her, vi har ikke kompetansen eller ressursene vi trenger for å ivareta ham. Leder Åse svarer: «Vi må drøfte situasjonen med Peder på fagmøtet i morgen.»

Åse, Kristian og ressursperson Hilde planlegger fagmøtet om Peder. «Peder er blitt helt umulig. Han er urolig hele dagen», sier Hilde. «Ja, det hører jeg», sier Åse. «Men hvilken situasjon er viktigst? Vi kan ikke snakke om alt på en gang.» «Alt er viktig, men jeg foreslår at vi tar for oss morgenstellet først», svarer Hilde. «Det er helt nødvendig å få snakket om det stellet, ingen av oss tør å hjelpe ham. Han blir så sår fordi han ikke får vasket seg, og det blir bare verre og verre.» Åse oppsummerer: «Når det gjelder avgrensning av situasjonen i tid, skal vi snakke om hva som skjer fra vi kommer inn døra til Peder om morgenen, til vi er ferdige med morgenstellet. Vi avgrenser situasjonen i rom til det som skjer inne på rommet hans. Det som skjer på toalettet etterpå, er en situasjon vi skal drøfte senere. For å finne tillits-skapende tiltak slik at Peder får nødvendig stell, må vi analysere og prøve å forstå hva som utløser atferden hans i morgenstellet.»

Åse blir kalt inn til et obligatorisk ledermøte i kommunen som skal foregå samtidig som avdelingen har fagmøte. Hun tar en telefon til sin leder: «Jeg rekker ikke dette budsjettmøtet, jeg må være med på et særs viktig fagmøte i avdelingen. Kommuneledelsen ønsker at vi skal prioritere kompetanseutvikling i personalgruppa. Om jeg ikke kan støtte personalet i denne krevende situasjonen, må vi flytte en av pasientene til et høyere omsorgsnivå. Det vil koste mye mer penger enn en plass her hos oss. Vi har allerede sykemeldinger på grunn av denne pasienten.» Budsjettmøtet blir utsatt til fagmøtet hos Åse er ferdig.

Når helse- og omsorgspersonalet opplever at en pasient med demens har svært fysisk utagerende atferd, kan de noen ganger tenke at pasienten bør flyttes. Men det er ikke alltid så lett å flytte en utagerende pasient til en annen avdeling, et annet sykehjem eller et høyere omsorgsnivå. Det kan ta tid før det blir ledig plass, og det er ikke sikkert at et annet sted passer bedre for pasienten. Personer med demens venner seg til rutiner og blir kjent med personalet. Et oppbrudd i form av flytting er slitsomt for personen og kan skape mer uro. Det kan selvfølgelig hende at pasienten får det bedre i en annen avdeling, men med veiledning, kompetanseheving og i noen tilfeller tilpassing av det fysiske miljøet er det ofte mulig å tilrettelegge slik at han kan trives der han er.

Bruk av tvang skal være siste utvei

Personalet i historien om Peder er bekymret for at han skal få plager og helseproblemer fordi han noen ganger motsetter seg morgenstell. Om personalet hadde vurdert å holde Peder fast for å hjelpe ham med vask og stell, måtte det foreligge et tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (19). For å ta i bruk tvang skal pasientens beslutningskompetanse være vurdert. Bruk av tvang skal være siste utvei, og det finnes strenge regler for å kunne ta i bruk tvang. Personalet skal først ha forsøkt med tillitsskapende tiltak med mindre det er åpenbart formålsløst. Et eksempel på «åpenbart formålsløst» er om pasienten er i ferd med å løpe ut i gata rett foran en bil i stor fart. Da er det åpenbart formålsløst med tillitsskapende tiltak, da gjelder det å redde pasienten.

Personalet må finne tillitsskapende tiltak som gjør at Peder føler seg trygg og forstår hva som foregår i stellet. Disse tillitsskapende tiltakene skal forebygge utagering og utføres av alle som hjelper Peder i stell. Fører ikke tillitsskapende tiltak fram, må helse- og omsorgspersonalet vurdere om vilkårene for å bruke tvang er oppfylt:

- Pasienten får vesentlig helseskade hvis helsehjelpen ikke blir gitt.
- Helsehjelpen skal være nødvendig.
- Helsehjelpen skal være forholdsmessig.
- Å få helsehjelp med tvang skal være den klart beste løsningen for pasienten.

Les mer om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A på Aldring og helses nettsider.

Å forebygge utagering og roe ned en situasjon

Når personalet har kunnskap om personsentrert omsorg, kan fagmøtet brukes til å komme fram til tillitsskapende tiltak som kan forebygge eller roe ned (deeskalere) en situasjon med utagering. I situasjoner som gjelder fysisk utagerende atferd, er kunnskap og veiledning knyttet til følgende indikatorer i VIPS-rammeverket særs viktig:

- P2** Empati og risikovurdering
Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?
- 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 ut hva som kan ligge bak?

I tråd med personsentrert omsorg skal utgangspunktet for helse- og omsorgspersonalet være at verbal og fysisk utagering er en form for kommunikasjon, slik det er uttrykt i indikator P5.

Demenssymptomer som irritasjon og redusert impulsstyring og helseutfordringer som smerter, infeksjon eller ustabilt blodsukker kan gjøre at frustrasjon bygger seg opp, eller at forvirring øker svært raskt. Personen med demens har grunn til å bli frustrert, men det er ikke alltid lett å forstå hva frustrasjonen skyldes. Pasienten kan ha vansker med å uttrykke seg og klarer ikke alltid å fortelle hva han reagerer på. For å finne tillitsskapende tiltak som fungerer og tar hensyn til pasientens symptomer, trenger helse- og omsorgspersonalet bred fagkompetanse. Det er avgjørende å ha fagmøter der situasjonen kan drøftes, og personalet må bli tilført den kunnskapen de eventuelt mangler.

Helse- og omsorgspersonalet klarer ikke alltid å forebygge frustrasjon hos personen med demens. Personalet må kunne gjenkjenne tegn på økende frustrasjon og vite hva som kan bidra til å roe ned personen, for å forhindre at situasjonen eskaleres. Observerbare tegn eller forvarsler kan være at personen virker mer urolig og rastløs. Tiltak for å roe ned kan være å spørre pasienten om han trenger noe, om det er noe han ikke liker, eller om han vil slå følge til et annet sted for å komme vekk fra situasjonen. Fagmøtet kan brukes til å identifisere forvarsler og konkretisere tiltak som kan roe ned en situasjon for pasienten det gjelder.





Om pasienten vil og er i stand til det, kan han være med og planlegge hvordan utagering kan forebygges. Primærkontakten kan be pasienten fortelle hva han opplever når frustrasjonen bygger seg opp. Sammen kan primærkontakten og pasienten identifisere forvarslere og beskrive tiltak pasienten ønsker skal brukes, om han kjenner at disse tegnene på frustrasjon kommer. Pasienten kan forklare hva som kan roe ham ned, og hva han ønsker personalet skal gjøre om han blir utagerende.

Om pasienten ikke har innsikt i egen sykdom og situasjon eller ikke er i stand til å sette ord på forvarslene på grunn av afasi eller andre demenssymptomer, må personalet gjøre sitt beste for å se situasjonen fra pasientens perspektiv. I tillegg til å ha god kjennskap til pasienten er det viktig å observere hva som skjer før, under og etter situasjoner med utagering, før tiltak drøftes på fagmøtet. Fagmøtestrukturen i VIPS praksismodell sikrer at tjenestemottakerens perspektiv ligger til grunn for behandlings- og omsorgstiltakene som velges. I punkt 7 i fagmøtestrukturen vurderer primærkontakten om personen med demens vil like tiltakene personalgruppa er kommet frem til, for eksempel for å forebygge utagering eller deeskalere en situasjon. Om pasienten har evne til å forstå hva tiltakene går ut på, kan primærkontakten spørre hva han synes om dem. Om dette ikke er mulig, er felles refleksjon i personalgruppa kanskje det beste vi kan få til. Refleksjonen baseres på kunnskap om og kjennskap til personen, observasjon og et ønske om å gjøre det beste for pasienten. Vi kan sannsynligvis anta at personen med demens ønsker at personalgruppa gjør sitt beste for å få innsikt i hva som trigger aggresjon hos ham, og at de bruker tillitsskapende tiltak slik at han skal slippe frustrasjonen som ligger bak utageringen.

Svein forteller primærkontakten sin at han de siste dagene har kjent at han blir mer og mer irritert. Han sier at han må trekke seg unna folk, hvis ikke kan han komme til å slå.

Primærkontakten spør Svein om han vil at de ansatte skal være oppmerksomme på noe spesielt. Svein svarer at han vet han må gå vekk fra situasjonen når han oppdager at han har knyttet nevene. «Hva vil du vi skal gjøre når vi ser at du trekker deg unna?» spør primærkontakten. «Hold dere unna meg!» svarer Svein. Primærkontakten spør om det er greit at de ansatte snakker om dette på et fagmøte. Det sier Svein ja til.

Forvarsler

Personalet må være oppmerksomme på forvarsler hos pasienten som kan tyde på fare for alvorlig utagering. Det som skjer før utagerende handlinger, må dokumenteres, og personalet må være informert om hva de skal se etter. Pasienten må observeres nøye for å oppdage slike forvarsler, særlig når det er vanskelig å snakke med pasienten om atferden og det er fare for skade.

Deeskalering

Iverksett tiltak dere er kommet fram til på fagmøtet for å roe ned situasjonen.

Hjelp om nødvendig personen ut av situasjonen.

Snakk om mulig med pasienten for å roe ned situasjonen:

- Still åpne spørsmål om hvordan pasienten har det.
- Forklar hva som skjer i situasjonen, og hvorfor det skjer.
- Vær rolig og tydelig. Emosjonell eskalering hos pasienten reduserer evnen til å forstå.

(27, 28)

Fagmøtet: Peder motsetter seg morgenstellet

Ressurspersonen innleder fagmøtet og orienterer om situasjonen de skal drøfte: «Vi skal snakke om hva som skjer når vi kommer inn til Peder om morgenen for å hjelpe ham med morgenstellet. Vi har opplevd flere ganger at han er fysisk utagerende. For å finne tillitsskapende tiltak for Peder må vi prøve å forstå hvordan han opplever morgenstellet.»

Primærkontakten beskriver morgenstellet slik hun tror Peder opplever det:

«Jeg synes det er vanskelig å vite om Peder forstår hva som skal skje i morgenstellet. Han svarer ikke på spørsmål om hvordan han opplever det. Jeg vet ikke om han forstår hva jeg sier. Når jeg sier 'God morgen', snur han seg mot meg med en brå bevegelse og sier 'Hm?' Han spyttar ofte på meg, slår mot meg og tar et godt tak i dyna. Han sparker også. Dette skjer selv om jeg bruker god tid, sier navnet hans og presenterer meg. Slik jeg tolker ansiktsuttrykk og kroppsspråk, er han sint.»

I runden (punkt 3 i møtestrukturen) gir de andre i personalgruppa uttrykk for at de heller ikke vet hva Peder forstår. De opplever ham som irritert, og de er redde for at han skal slå dem.

Hva kan forklare atferden til Peder?

Avdelingsleder Åse hører at det er behov for kunnskap om Peders sykdom og symptomer. Hun bruker Kitwoods modell til å hjelpe personalet med å analysere situasjonen, slik at de forstår mer av atferden de ser hos Peder.

Åse sier: «Jeg vet at dere ønsker at Peder flytter. Det er usikkert om det går. Å finne en annen plass til ham tar uansett tid, og vi må håndtere ham her og nå. Vi får snakke litt om hvordan Peder har det. Først skal vi se på hvilke sykdomsprosesser som pågår i hjernen hans.»

Nevrologisk skade i hjernen:

«Mange dagligdagse rutiner kan medføre utagering hos personer med demens. Jo mer alvorlig demenssymptomene er, desto vanskeligere blir det for personen å forstå hva som foregår rundt ham. Peder har Alzheimers sykdom og alvorlig grad av demens. MR-bildet som ble tatt før han kom til oss, viser store skader frontalt i hjernen. De frontale skadene gjør at Peder har en kritikkløs, hemningsløs atferd. Han blir fort overstimulert, er behovsstyrt og har svært redusert impuls kontroll. Han reagerer spontant og er i liten grad i stand til å styre atferden sin.

Det vi kaller atferdssymptomer og psykologiske symptomer, er vanlige ved demens. Ett av disse symptomene er irritasjon – personen blir raskt irritert. Redusert impuls kontroll og nedsatt evne til kommunikasjon kan få Peder til å reagere med slag eller andre former for utagering når han ikke forstår hva som skjer. Han kommuniserer det han føler, for eksempel irritasjon, frustrasjon eller redsel, med de ressursene han har.

MR-bildet viser også skader i 'hukommelses'-området, hippocampus. Denne delen av hjernen hjelper oss å huske, lære og orientere oss i rommet. Vi vet også at han har store problemer med å snakke og forstå det som blir sagt.

Peder kjenner oss sannsynligvis ikke igjen. Han er ikke orientert for tid og sted. Han bruker lang tid på å forstå hva vi vil, og han klarer ikke å uttrykke følelsene og tankene sine. Dette betyr at når vi kommer inn til ham om morgenen, er vi fremmede mennesker som sier og gjør ting han ikke forstår.»

Åse spør primærkontakten hvordan han oppfører seg når han skal stille ham.

Primærkontakten sier: «Alt må være klart før stellet. Jeg setter vaskefatet på nattbordet hans før han står opp. Når han er våken og jeg har fått oppmerksomheten hans, kan han sette seg på sengekanten selv. Så viser jeg ham kluten, dypper den i vann, vrir opp og gir ham. Da vasker han ansiktet selv og fortsetter ofte med å vaske overkroppen. Han må egentlig bare settes i gang. Men ganske ofte, som i dag, slo han til vaskefatet så det veltet, og så sparket han meg da jeg skulle rydde opp.»

Ressurspersonen spør: «Men de gangene han velter vaskevannsfatet, hva skjer da? Hvorfor gjør han det? Vi må gå ut fra at han har en grunn. Kan det være at han misforstår noe av det som skjer og reagerer ut fra sin oppfatning, som vi ikke kjenner? Skjer det noe spesielt, eller sier du noe før han reagerer?»

Primærkontakten: «For meg virker det helt uprovosert. Jeg triller nattbordet med vaskevannsfatet bort til ham der han sitter på sengekanten. Han slår eller dytter og roper «Uuuæh».

Ressurspersonen spør: «Når bordet nærmer seg ham, er det da han slår og roper? Har du fortalt ham hva som skjer?»

Primærkontakten: «Nei, jeg har ikke sagt noe, men vi gjør jo det samme hver dag. Noen ganger går det bra.»

Ressurspersonen: «Er det mulig at Peder blir redd eller overrasket når bordet kommer mot ham? Vet han at det er nattbordet med vaskevannsfatet som kommer mot ham? Kan det være at han misforstår det vi gjør?»

Primærkontakten svarer: «Jeg har lagt merke til at når nattbordet med vaskevannsfatet står på venstre side av ham, klarer han ikke å vaske seg. Han virker uoppmerksom på en måte.»

Avdelingslederen: «Det er en svært god observasjon. Det kan hende at Peder har en form for neglekt som gjør at han ikke får med seg at det kommer noe mot ham fra den siden. Det gjør det vanskelig for ham å være oppmerksom på og forholde seg til den siden. Når dere kommer inn på rommet hans, hvilken side vender mot dere?»

Primærkontakten svarer: «Senga står slik at den venstre siden hans vender mot døra. Når du sier det, så tror jeg han er mindre sint de gangene jeg har trukket fra gardinene før jeg sier god morgen. Da ser han meg jo forfra og ikke fra siden. Og han får tid til å se og merke at jeg er i rommet.»

Ressurspersonen sier: «Det er opplagt vi mangler kunnskap om Peders demenssymptomer og hvordan de påvirker hans opplevelse av det som skjer.»

Primærkontakten: «Men han slår og sparker når vi skal hjelpe ham med stell nedentil også. Han er gjennomvåt hver morgen, så vi må hjelpe ham med å skifte klær og bleie. Og han sparker når jeg skal hjelpe ham på med skoene, og når han reiser seg. Har det noe med neglekt eller demenssykdommen å gjøre?»

Avdelingslederen svarer: «Det kan godt være at det er et demenssymptom. Det kan hende han har det som heter apraksi. I så fall mener han ikke å sparke, han har bare ikke styring på hva han gjør med beina. Men beskriv konkret hva som skjer. Når er det han sparker og slår?»

Primærkontakten: «Han vasker seg oventil og kler på seg genseren. Når han skal reise seg, skyver han seg opp selv og støtter seg på rullatoren. Da kommer det ofte et slag, kanskje også spark. Noen ganger spytter han. Han ser sint ut i ansiktet, rynker bryna og er mørk i blikket. Han sier ofte 'Faen, så dum du er'»



@ Adobe stock

Helseperspektivet:

Leder Åse forklarer: «Vi kan bruke indikator P4 i VIPS-rammeverket om fysisk helse. Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn og hørsel? Peder har diabetes. Noen personer med diabetes utvikler nervesmerter, blant annet i føttene. Det stikker, brenner og svir i føttene, særlig når noe kommer borti. Mange med nevropati i føttene vil for eksempel ligge med beina utenfor senga, slik at dyna ikke kommer borti føttene. Har dere observert om Peder ligger slik? Har vi kartlagt om Peder har smerter? Hvis Peder har slike smerter, vil det være vondt å reise seg og å ta på sokker og sko.»

Ressurspersonen: «Kan noe annet forklare at Peder slår og sparker? Er det mer vi må tenke på i morgenstellet hos Peder?»

Det psykososiale miljøet:

Primærkontakten: «Egentlig hadde vi ikke trengt å være to i stellet der, men vi er redde for å være alene med ham. Men nå skjønner jeg at mange faktorer påvirker Peder i morgenstellet. Ofte snakker vi med hverandre, og om det er slik at Peder ikke forstår oss, blir han kanskje forvirret av at vi prater sammen, over hodet på ham?»

Ressurspersonen oppsummerer diskusjonen så langt:

«Det er kanskje ikke så rart Peder slår og sparker. Han har mange demenssymptomer og noen fysiske helseplager som gjør det meste vanskelig for ham. Han registrerer ikke at vi er der, når vi kommer fra venstre side, og han har vansker med å forstå det vi sier til ham. Han kjenner oss sannsynligvis ikke igjen. Kanskje han ikke vet hvor han er, eller at det er morgen. Videre kan det være at han har vondt i beina eller har andre smerter vi ikke vet om. Og vi prater med hverandre, noe som kan forvirre og irritere ham.»



@ Adobe stock

Så langt i fagmøtet har personalet analysert Peders atferd, blitt oppmerksomme på symptomene hans og fått mer forståelse av hva som kan påvirke hvordan Peder opplever morgenstellet. Dermed har personalet fått et godt utgangspunkt for å finne tillitsskapende tiltak, men de kan trenge veiledning.

Å sørge for veiledning og kompetanseutvikling

For å finne tillitsskapende tiltak kan det være nødvendig og nyttig å få hjelp fra det lokale utviklings-senteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), en kommunal fagressurs på demens, eller fra spesialisthelsetjenesten. Lederen må kjenne til tilgjengelige ressurser for undervisning og veiledning i egen organisasjon, på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Noen kommuner har hukommelses-team eller andre ressurspersoner som kan veilede personalet i den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten, for eksempel i situasjoner der personer med demens er fysisk utagerende. Det kan noen ganger være aktuelt at pasienter henvises til og innlegges i døgnenhet i spesialisthelsetjenesten for utredning av diagnose, symptomer og behandling. Andre ganger kan spesialisthelsetjenesten bidra med veiledning av personalet i kommunen der pasienten bor.

Veiledning bør gis over tid, og lederen bør sikre at det samme personalet deltar i veiledningen hver gang, slik at de kan «fordøye» kunnskapen. Veilederen må være oppmerksom på om personalet forstår faguttrykk som brukes i veiledningen, og eventuelt forklare faguttrykkene.

For å utnytte kompetansen og mulighetene for faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten kan kommunen undersøke om det er mulig å inngå avtale om fast veiledning fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel alderspsykiatrisk avdeling. De kan be om

- månedlige veiledningsmøter (digitalt eller fysisk)
- ambulerende besøk ved behov
- undervisning noen ganger i året med temaer som agitasjon hos personer med demens, kognitive demenssymptomer, atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens eller kommunikasjon til personer med demens
- hospiteringsmuligheter for kommunalt ansatte

Når det oppstår en akutt situasjon med utagering

Peder skulle få frokost på rommet. Da ekstravakt Eirik satte maten på bordet foran Peder, slo Peder ham i magen. Kaffen sprutet, brødiskivene spratt veggimellom, og Peder bannet. Etterpå knuste Peder en stol. Leder Åse har fått rapport om hendelsen og vil være til stede på fagmøtet når personalet drøfter det som skjedde.

Før fagmøtet hjelper fagutviklingssykepleier Kristian ressurspersonen og primærkontakten med å avgrense situasjonen som skal drøftes. Tidsmessig avgrenser de situasjonen fra da Eirik kom inn i rommet, til han satte brettet med frokost på bordet foran Peder. Stedet er rommet til Peder. De håper å få innsikt i hvorfor Peder ble så opprørt at han bannet, slo og knuste møbler, og de ønsker å finne tiltak som vil forbygge at han reagerer slik igjen. De vil også legge en plan for hva de ansatte skal gjøre om det likevel skjer.

Fagmøtet: Peder knuser en stol og slår en ekstravakt

Ressurspersonen forteller hva som hendte. Deretter presenterer primærkontakten situasjonen slik hun tror Peder opplevde den, og hva hun tror kan være hans perspektiv på det som skjedde.

Primærkontakten sier:

«Jeg har forsøkt å forstå hva Peder opplever når han blir så sinna. Jeg har snakket med ekstravakt Eirik og har lest det som er blitt dokumentert de gangene Peder har ødelagt noe inne på rommet sitt. Jeg har også forsøkt å snakke med Peder, men han ble irritert og sa bare 'Dere er teite' og 'Jeg vet ikke'. Jeg skal svare på spørsmålene for perspektivtaking, men det er sannelig ikke enkelt å vite hvorfor han reagerer som han gjør.»

Primærkontakten svarer på spørsmålene i møtestrukturen om pasientens perspektiv:

Hva tror du Peder reagerer på?

Ekstravakt Eirik fortalte han var litt sent ute med frokosten. Kanskje reagerte Peder på at han måtte vente, eller kanskje var han bare sulten? I tillegg var det gjennomtrekk i rommet da Eirik åpnet døra, så døra smalt bak ham, og gardinene blafret. Eirik satte maten på bordet foran Peder. Da slo Peder Eirik i magen. Kanskje reagerte Peder på smellet fra døra?

Hvordan tror du Peder opplever situasjonen?

Jeg tror Peder kanskje var utålmodig fordi frokosten kom seint. Og han har jo diabetes. Kanskje han fikk lavt blodsukker og ble irritabel? Jeg tror også at Peder ble skremt av at døra smalt. Kanskje han ikke så at Eirik kom, og ikke forsto hva som skjedde. Jeg tror Peder opplever situasjonen som forvirrende, provoserende og skremmende

Hvilke opplysninger og observasjoner har du som tyder på at Peder opplever det slik?

Peder skvatt til da Eirik kom inn i rommet. Det skjer ofte når vi kommer raskt på, særlig når vi kommer fra venstre side. Vi vet fra før at Peder ikke forstår hva vi sier. Vi tror han ikke alltid forstår det han ser, og kan ha problemer med å tolke lyder.

Hva sier Peder selv?

Peder banner og sier «Dere er teite».

Hva gjør Peder med kroppen?

Han biter sammen tennene og rynker panna. Han reiser seg fra stolen, slår og kaster en stol i gulvet.

Hva sier pårørende?

Pårørende er fortvilet. De kjenner ham ikke igjen. De vil gjerne hjelpe oss å forstå, men vet ikke hva som kan forklare reaksjonen til Peder.

Hvilke følelser kjenner du igjen hos Peder i denne situasjonen? Er Peder sint, engstelig, frustrert eller forskrekket?

Ansiktsuttrykket hans, at han biter sammen tennene og rynker panna, og den voldsomme utageringen får meg til å tro at han er svært frustrert og forskrekket.

Prøver Peder å si fra om noe?

Med den oppførselen må det være noe som plager ham. Det er jo ikke normalt. Han strever jo med å forstå hva som skjer, og med å uttrykke seg med ord.

Primærkontakten fortsetter: «Kona kom heldigvis. Hun tok med seg Peder ut i hagen og ga ham frokost der. Da fikk personalet ryddet opp. Senere spiste de formiddagsmat på rommet hans, og så sovnet Peder.» Ressurspersonen spør om noen har noe mer å tilføye. Alle ser usikre ut og sier de ikke skjønner mer av situasjonen enn det primærkontakten har sagt.

Personalgruppa analyserer situasjonen ved å svare på hjelpespørsmålene i VIPS-rammeverket. De diskuterer med utgangspunkt i indikator P3 og P5 og ser at det er mye de fortsatt ikke helt forstår i møtet med Peder:

- *Forsto Peder at det var mat som ble satt foran ham?*
- *Ble han overrasket og redd da Eirik kom inn samtidig som det smalt i døra?*
- *Kan han ha en persepsjonsforstyrrelse, slik at han oppfattet Eirik eller fatet med mat som noe skummelt, og forsvarte seg?*
- *Ble han skremt av at gardinene blafret i gjennomtrekken?*

Leder Åse sier: «Det er bra at Eirik gikk ut. Dere skal selvfølgelig hjelpe Peder, men det er viktig at dere er trygge. Når Peder utagerer på denne måten, må dere trekke dere unna om det er fare for at dere blir skadet.

Vi må utvikle kompetansen vår så vi får innsikt i hva som er personsentrert omsorg, altså tillitsskapende tiltak, for Peder. Vi må lære hvordan vi kan forebygge at han blir sint eller skremt og slår, og hvordan vi kan deeskalere situasjonen når det skjer.»



@ Adobe stock

Å ivareta sikkerhet

Mange faktorer kan medvirke til at en person med demens utagerer. Som beskrevet i dette heftet og andre steder (3–5) er personsentrert omsorg en filosofi som tar utgangspunkt i reell bruker-medvirkning. Da skal personens perspektiv ivaretas i omsorgs- og behandlingstiltak.

VIPS-rammeverket kan hjelpe personalet til å vurdere hva som er personsentrert omsorg for pasienter som kan være utagerende. Spesielt viktige er disse to indikatorene: **P2: Empati og risikovurdering:** *Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?* og **P5: Utfordrende atferd som kommunikasjon:** *Blir utfordrende atferd analysert for å finne ut hva som kan ligge bak?*

Selv om personalet jobber personsentrert, har jevnlig fagmøter, har god faglig kunnskap og finner fram til tillitsskapende tiltak, kan noen pasienter ha episoder hvor de er fysisk utagerende. Personalet må derfor kunne vurdere faren for utagering og lære hvordan de skal beskytte pasienten, seg selv og eventuelt andre på en respektfull, sikker og etisk gjennomtenkt måte (29). Nedenfor presenteres et kartleggingsskjema og en modell som kan være nyttige i arbeidet med å forebygge fysisk aggresjon. Personalet trenger opplæring i bruken av disse, og bruken må alltid tilpasses det som er spesielt for hver enkelt person.

Brøset Violence Checklist – sjekkliste for voldsrisiko

Om avdelingen har en pasient som kan bli fysisk utagerende, kan Brøset Violence Checklist brukes (BVC) (30, 31) (se tabell 3.1). BVC er en sjekkliste med seks punkter: forvirring, irritabilitet, støyende eller brautende atferd, fysisk truende atferd, verbalt truende atferd og angrep på en gjenstand (32). BVC er vitenskapelig testet og validert i ulike settinger, inkludert skjermede sykehjemsavdelinger (31, 33). Lista ble utviklet for å hjelpe helse- og omsorgspersonell i å vurdere om det er fare for at pasienten kan bli fysisk utagerende i løpet av de neste timene. Skjemaet brukes i noen kommuner, også i sykehjem. Les mer på hjemmesiden til BVC: risk-assessment.no.

Helse- og omsorgspersonalet, for eksempel primærkontakten, bruker sjekklista ved hvert skift senest to timer etter starten på skiftet. Symptomene observeres og skåres, og skårene summeres. Skårene går fra 0 poeng (fravær av symptom) til 1 poeng (observert endring i atferd eller tilstedeværende atferd). For personer med demens må helse- og omsorgspersonalet vurdere om pasienten viser en endring fra slik han vanligvis oppfører seg. Om pasienten for eksempel vanligvis er forvirret, vil skåren være 0, men om forvirringen øker, vil skåren være 1.

Hos pasienter med demens som har episoder med mye utagering, kan det være en fordel å rutinemessig benytte Nevropsykiatrisk intervjuguide (NPI) (34), i tillegg til BVC. Slik får personalet kunnskap om hvordan pasienten vanligvis oppfører seg, og kan oppdage endringer raskere. Om kartleggingen viser at det er fare for utagering, kan helse- og omsorgspersonalet sette inn tiltak for å forebygge.

Tabell 3.1 Sjekkliste for voldsrisiko. Brøset violence checklist

Atferdskategori	Eksempel	Skår
1 Forvirring	Oppfører seg åpenbart forvirret og desorientert	0/1
2 Irritabilitet	Blir lett irritert; tåler dårlig andres tilstedeværelse	0/1
3 Støyende atferd	En åpenbart støyende og brautende væremåte; kan slamre med dører og rope i stedet for å snakke	0/1
4 Fysisk truende	Viser med tydelig kroppsspråk at hensikten er å true andre, har for eksempel en aggressiv kroppsholdning, hytter med knyttet neve	0/1
5 Verbalt truende	Verbalt utbrudd som er mer enn å bare heve stemmen, har til hensikt å ydmyke eller skremme andre	0/1
6 Angrep på ting eller gjenstand	Direkte angrep på gjenstander (ikke mot en person); slår på eller knuser vinduet, slår eller skaller en gjenstand	0/1

Total skår: 0–6

0: Lav risiko – vanlig observasjon

1–2: Moderat risiko – økt oppmerksomhet og forebyggende tiltak

3–6: Høy risiko – vurder behov for ekstra bemanning, tilsyn eller beroligende tiltak

(32)



@ Adobe stock

Tillitsskapende tiltak for å forebygge at Peder blir frustrert

Om du får vite i rapporten at Peder er urolig, fyll ut BVC og rapporter til fagansvarlig sykepleier. Observasjon har vist at Peder kan bli agitert og irritert om:

1. Han får lavt blodsukker.

Tiltak:

- Sikre at han får i seg nok mat og drikke. Se tiltaksplan for Peders ernæringsplan.
I tillegg tilbys drikke og brødsiver eller frukt ved behov, og alltid kl. 23.00 om han er våken.
- Mål om mulig blodsukkernivået. Se tiltaksplan for hvordan dette gjøres hos Peder.

2. Det er mange lyder, smell og uro rundt ham.

Tiltak:

- Tilstreb et rolig og stille miljø.
- Tilstreb at det ikke blir gjennomtrekk og blafrende gardiner der han oppholder seg.

3. Han opplever at vi ikke forstår ham.

Tiltak:

- Ha kunnskap om hvordan du skal kommunisere med Peder.
Les Peders tiltaksplan før du går inn til ham.
- Oppsummert: Ikke snakk mer enn nødvendig. Bruk enkle setninger.
Gi ham tid til å forstå det som blir sagt.

Møte med aggresjonsproblematikk

Modellen Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er et opplæringsprogram utviklet i sikkerhetspsykiatrien for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk. MAP brukes av tjenesteytere for å forebygge vold fra tjenestemottakere uten kognitiv svikt som i perioder for eksempel har brist i virkelighetsforståelsen eller sinnemestringsproblemer (35).

Som beskrevet i lovverket, skal tillitsskapende tiltak være prøvd før tvangstiltak kan iverksettes. Personsentret omsorg, VIPS praksismodell og MAP bygger på de samme prinsippene om bruker-medvirkning, og har som mål å forebygge og deeskalere utagerende atferd hos tjenestemottakeren gjennom bruk av tillitsskapende tiltak.

Videre følger en kort beskrivelse av MAP. For deg som leder kan det være nyttig å vite hva den dreier seg om.



@ Adobe stock

På nettsiden med informasjon om MAP (sifer.no/map/) står det:

Hensikten med opplæring i MAP er enkel; forhindre vold og sørge for at pasienter og personale opplever seg trygge. Arbeidet med å redusere vold er komplekst og må tilnærmes fra flere hold. En av de viktigste forutsetningene for å få dette til, er å øke kvaliteten på de daglige samspillene mellom pasienter og personal, og legge til rette for at tjenestetilbudet skaper minst mulig grad av krenkelse og avmakt for den som mottar hjelpen.

I informasjonsheftet om MAP står følgende:

Aggressive og truende situasjoner kan oppstå ved avdelinger som tar imot og behandler mennesker med ulike psykiske- og følelsesmessige vansker. Aggresjonen kan blant annet ha sammenheng med pasientens helsesituasjon, frykt, opplevelse av avmakt eller institusjonsmiljøet i seg selv. Det er viktig at personalet som jobber ved slike avdelinger kjenner til og forstår hva som kan ligge bak aggressiv atferd for å kunne møte personen på en konstruktiv og beroligende måte.

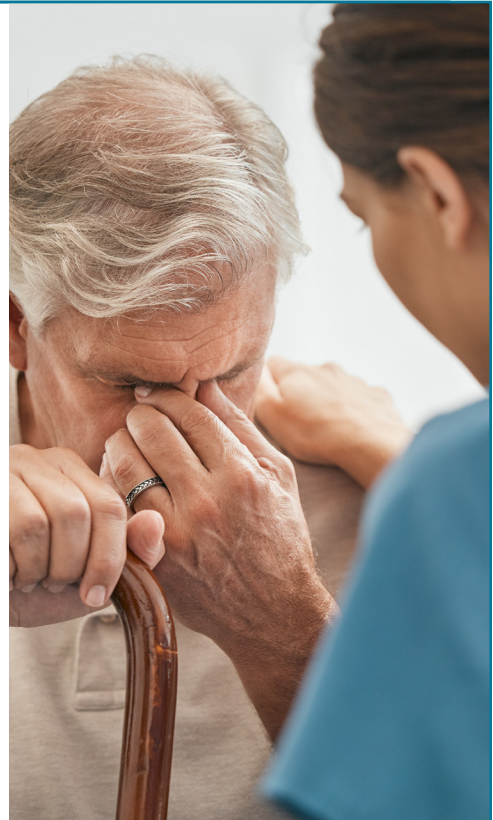
Situasjoner med aggresjon og vold som blir møtt uten systematikk og tilstrekkelig kompetanse kjennetegnes ofte av kaos, store mengder stress og improvisasjon. Det kan da bli tilfeldig hvilke utfall og konsekvenser situasjonene kan få. Konsekvensene av slike situasjoner kan i verste fall bli svært alvorlige for alle involverte, og det er derfor viktig å møte slike situasjoner på en faglig og profesjonell måte. En trygg personalgruppe gir bedre forutsetninger for å skape trygge pasienter. Et felles opplæringsprogram og en felles mental forståelse og modell er sentral i å oppnå denne nødvendige tryggheten. (Kilde: informasjonsheftet om MAP tilgjengelig fra sifer.no/map/ (35))

Ved å jobbe personsentrert og implementere VIPS praksismodell og fagmøter sørger man for at personalet har kunnskap og kompetanse om hver person og hver situasjon. Da kan personalet legge til rette for mestring og trivsel og forebygge og eventuelt deeskalere utfordrende situasjoner.

Siden MAP i utgangspunktet er laget for rus- og psykiatrifeltet, er det viktig å vurdere hvordan det skal brukes på demensfeltet. Å redusere bruk av tvang handler om mer enn å unngå et destruktivt samspill. Det handler også om god behandling og om å legge til rette for et helsevesen som skal oppleves trygt for både pasienter og personale (35).

Råd for å forebygge at en situasjon forverres (eskalerer)

- Forebygg eskalering gjennom god kommunikasjon og observasjon.
 - Ha kunnskap om hvordan du skal kommunisere med den konkrete pasienten.
- Vurder pasientens tilstand: Er det et psykotiske symptom, forvirring eller affektutbrudd?
 - Ha kunnskap om pasientens demenssymptomer.
 - Ha kunnskap om pasientens somatiske helseutfordringer som smerter, infeksjoner, delirium osv.
- Prioriter sikkerhet for både pasient og personale.
 - Drøft og planlegg hvordan dere skal møte situasjonen og trygge pasienten om han blir utagerende.
- Bruk minst mulig makt og kun når det er nødvendig for å hindre skade.
 - Vurder i hvilken grad helse- og omsorgshjelpen er nødvendig, og utsett den om mulig til pasienten er roligere og motivert for hjelp.



@ Adobe stock

Vurdere egen og andres sikkerhet

- Vurder om det er trygt at du går inn til pasienten alene. Om du går inn alene, si fra til en kollega, og ta eventuelt med alarm slik at du lett kan tilkalle hjelp.
- Vær bevisst hvor du plasserer deg i rommet, slik at du har mulighet til å forlate rommet uhindret. Vit hvor utgangsdøra er, slik at du har klar bane ut og kort vei til døra. Ikke plasser deg i et hjørne eller med pasienten mellom deg og utgangsdøra.
- Hold øye med hvor pasienten har hendene sine. Se etter om det er kniver, sakser eller andre gjenstander i nærheten som han kan bruke til å skade deg eller seg selv.
- Hold mer enn en armlengdes avstand til pasienten fram til du opplever situasjonen som oversiktlig og trygg. Unngå å stå rett foran pasienten. En skrå vinkel gir bedre oversikt og bevegelsesfrihet.

(36)

I noen tilfeller trenger de ansatte å vite hvordan de kan komme seg fri fra pasientens grep. Dette kan de lære på et MAP-kurs. Alt skjer fort når en pasient blir fysisk aggressiv. Slike fysiske ferdigheter må vedlikeholdes jevnlig, slik at de «sitter i ryggmargen» hos de ansatte. Det anbefales at personalet øver regelmessig når de har pasienter som er fysisk utagerende.

Beskytt deg selv:

- Vær rolig og kontrollert, det kan gjøre at pasienten roer seg.
- Hold armene løst foran kroppen, med åpne hender og bøyde albuer. Dette signaliserer at du ikke er aggressiv, og det gir også mulighet til å blokkere eller avlede et angrep. Stå med føttene i hoftebreddes avstand og en fot litt foran den andre for å ha god balanse.
- Hvis du blir dyttet, bøy knærne og bruk hele kroppen til å absorbere kraften.

Alvorlig utagerende atferd kan noen ganger kreve at helse- og omsorgspersonalet griper inn fysisk, men dette skal være siste utvei og skje på en respektfull og sikker måte. De fysiske teknikkene som utøves, bør være effektive og enkle og ha lav grad av smerte- og skadepotensial. Fysisk maktbruk må være proporsjonal, begrunnet og dokumentert, og det er viktig å kommunisere godt med pasienten (19, 35, 37).

Om pasienten utagerer fysisk

- For å avverge slag:
 - Bruk underarmene til å blokkere slag mot hodet eller overkroppen.
 - Gå et skritt bakover eller til siden for å unngå direkte treff.
- Hvis pasienten griper armen din:
 - Vri deg rolig ut av grepet ved å bruke kroppens rotasjon og tyngde.
 - Unngå å dra eller slite, det kan eskalere situasjonen.
- Bruk av stemme og autoritet:
 - Snakk tydelig og rolig, for eksempel: «Stopp. Jeg vil gjerne hjelpe deg. Hva kan jeg hjelpe deg med?»
 - Bruk pasientens navn for å skape kontakt og redusere avstand.

Ikke ta tak i pasienten med mindre det er absolutt nødvendig. Dersom du må stoppe pasienten fra å skade seg selv eller andre, hold pasienten i bevegelse ved å føre ham (gå) mot et trygt sted fram til det er forsvarlig å slippe og du kan komme deg på trygg avstand. Hold pasienten på en skånsom og omsorgsfull måte og så kort tid som mulig (19).

§

Krav til helsepersonells yrkesutøvelse**Helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet**

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

(26 § 4)

Å ivareta helse- og omsorgspersonell som har opplevd utagering

Arbeidsmiljøloven slår fast at arbeidstakerne så langt det er mulig skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre, jf. § 4-3. Arbeidsgiveren har etter loven ansvar for å forebygge at ansatte utsettes for vold og trusler fra tjenestemottakere, og lage retningslinjer for å håndtere vold og trusler. Arbeidsgiveren skal rådføre seg med verneombudet i arbeidet med tiltak mot vold og trusler og passe på at arbeidstakerne får nødvendig opplæring og informasjon (38).

Arbeidstakerne skal melde fra til arbeidsgiveren om de blir skadet i arbeidet eller syke på grunn av arbeidet eller på grunn av forhold på arbeidsstedet. Etter voldshendelser skal hovedverneombudet varsles, og det lokale verneombudet skal orienteres om hendelsen. Lederen skal sørge for avviksregistrering og dokumentasjon.

Forskrift om utøvelse av arbeid § 23A-5 sier at arbeidsgiveren skal sørge for at arbeidstakere som er utsatt for vold og trusler, får nødvendig oppfølging (39). De må få tilbud om å ha noen hos seg som støtte og til ivaretagelse. Nærmeste leder har ansvar for oppfølgende samtaler og for å avklare om de har ytterligere behov. Det må også vurderes om det er nødvendig å skjerme ansatte som har opplevd vold eller trusler, ved å tilpasse arbeidsoppgavene deres i tiden etter hendelsen.

Etter hendelsen anbefales lederen å ha en gjennomgang med de ansatte for å se hva de kan lære og forbedre. De ansatte bør få mulighet til å reflektere sammen over det som har skjedd. Det må være frivillig for de ansatte å delta. Ingen må presses til å dele følelser, og gjennomgangen bør være trygg og strukturert. Lederen kan vurdere om det er nødvendig med et opplegg for kollegastøtte, for eksempel at de ansatte velger to eller tre kollegaer de kan snakke med ved behov. Disse smågruppene kan også settes sammen på tvers av enheter. Kontakt med bedriftshelsetjenesten kan være aktuelt.

Helsedirektoratet har laget rapporten *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (40). Den beskriver omfang og tiltak i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse Sør-Øst har utarbeidet rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* (29) med anbefalinger for forebygging, opplæring og ivaretagelse av ansatte.

Her er noen relevante lover og forskrifter:

- Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet i arbeidsmiljøloven § 4-3
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
- Krav til risikovurdering, opplæring, informasjon, tiltak og oppfølging ved arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold eller trusler om vold: forskrift om utførelse av arbeid kapittel 23A
- Krav om å ta hensyn til fare for vold og trussel om vold ved utforming av arbeidsplassen i arbeidsplassforskriften § 2-1



KAPITTEL 4

IMPLEMENTERING AV PERSONSENTRERT OMSORG

Nasjonal faglig retningslinje om demens poengterer hvor viktig det er at personsentrert omsorg ligger til grunn for helse- og omsorgstjenester som ytes i norsk demensomsorg (41). Det er en sterk anbefaling, ifølge retningslinjene skal det etableres rutiner for opplæring og kompetanseutvikling til alle ansatte i personsentrert omsorg og behandling (jf. (41) pkt. 4.1). Retningslinjen slår fast at det *skal* legges til rette for at personer med demens får ivaretatt sine individuelle rettigheter, preferanser og behov gjennom personsentrert omsorg og behandling (jf. (41) pkt. 4.2). Disse to punktene henger sammen, vi trenger det første for å oppnå det andre. Hvordan skal en leder gå fram for å oppfylle kravene i Nasjonal faglig retningslinje om demens? Hvordan skal en leder gå fram for å innføre personsentrert omsorg på en enhet og sikre at den daglige omsorgen er personsentrert? I dette kapitlet presenteres personsentrert ledelse og implementering av personsentrert omsorg i lys av sosial læringsteori.

NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE OM DEMENS

Personsentrert omsorg og behandling – organisatorisk nivå

Sterk anbefaling

Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens. Dette innebærer at virksomheten har rutiner for

- opplæring og kompetanseutvikling av alle ansatte i personsentrert omsorg og behandling
- systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene
- tydelig ledelse og støtte av ansatte i utøvelsen av personsentrert omsorg og behandling

Nærmere opplysninger om virksomhetens overordnede ansvar og plikter knyttet til å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og bruker-sikkerhet følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Forskriften finnes på lovdata.no (42).

Personsentrert omsorg og behandling – individnivå

Sterk anbefaling

Helse- og omsorgspersonale skal legge til rette for at individuelle rettigheter, preferanser og behov personen med demens har, ivaretas gjennom personsentrert omsorg og behandling. Personsentrert omsorg og behandling innebærer først og fremst at helse- og omsorgspersonale

- møter personer med demens med respekt, slik at de inkluderes i et sosialt fellesskap, opplever aksept og empati, og at deres følelsesmessige uttrykk blir tatt på alvor. Samtykke skal etterspørres;
- gjør seg kjent med individuelle behov, ønsker, meninger og vaner, samt bakgrunn, livshistorie og kulturell referanseramme, slik at individuell behandling og omsorg ivaretas;
- i en individuell tiltaksplan vurderer og beskriver personens ressurser og sårbarhet knyttet til et bredt spekter av fysiske, psykologiske, kulturelle og åndelige behov. Tiltaksplanen skal regelmessig evalueres og justeres;
- bestreber seg på å sette seg inn i situasjonen slik den oppleves av personen med demens, og kommuniserer og gjennomfører tiltak basert på en slik forståelse;
- bestreber seg på å tolke og forstå utfordrende atferd (for eksempel aggressivitet, utagering eller passivitet/apati) som forsøk på å kommunisere behov. Slik atferd bør utredes for å finne eventuelle bakenforliggende årsaker, som igjen danner grunnlag for tiltak som prøves ut;
- tilbyr personer med demens aktiviteter tilpasset deres interesser, behov og ferdigheter.

(41)

Implementering brukes ofte i dagligtalen om å innføre eller ta noe nytt i bruk i praksis, for eksempel en ny metode. Store norske leksikon definerer å implementere som «å iverksette, utføre eller realisere» (43). I implementeringsforskningen er en *intervensjon* det som skal implementeres. Det kan være en ny behandlingsmetode, en retningslinje, et digitalt verktøy, eller en organisatorisk endring. Intervensjonen er selve «innholdet» i implementeringen.

Slik sett er VIPS praksismodell en intervensjon som blir implementert for at omsorgen skal bli personsentrert.

Intervensjoner som skal implementeres i helse- og omsorgssektoren, er ofte psykososiale intervensjoner. Begrepet *psykososial* beskriver samspillet mellom psykologiske og sosiale faktorer. Det brukes ofte for å forstå hvordan en persons mentale helse, atferd eller livssituasjon påvirkes av både indre (psykologiske) og ytre (sosiale) forhold.

Psykososiale intervensjoner anses i implementeringsforskningen som komplekse intervensjoner. Komplekse intervensjoner har mange aspekter og involverer mange mennesker på flere nivåer i en organisasjon (44, 45). VIPS praksismodell er et typisk eksempel. VIPS praksismodell påvirker arbeidsrutiner og sosiale faktorer og krever at de ansatte tilegner seg mer kunnskap, nye ferdigheter og lærer å samarbeide på en ny måte. Disse endringene vil påvirke hverdagen til ansatte, tjenestemottakere og pårørende.

Ofte avgjør synergieffekten av flere forhold om implementeringen av en intervensjon, for eksempel VIPS praksismodell, blir vellykket. Et bilde på dette kan være tørr jord, et frø og noen duggdråper. Det skjer ingenting om de befinner seg på hvert sitt sted. Om de opptrer på samme sted til samme tid, får vi ikke mer jord, flere frø eller mer vann. Det skapes noe helt annet: en plante. Personsentrert omsorg vokser fram i et miljø som en synergieffekt av verdier, kunnskap og handlinger. Ledelse kan ses på som duggdråpen som setter det hele i gang.

Forankring

For å få en god start anbefales at implementering av VIPS praksismodell forankres i ledelsen på alle nivå i organisasjonen, det vil si fra avdelingsnivå og opp til den kommunale helseetaten. Forankring betyr at ledelsen er informert om saken, har besluttet hva som skal gjøres, og bevilger de nødvendige ressursene.

Forankring i ledelse på kommunalt helseetat-nivå

Det er alltid en fordel at kommuneledelsen (ved helseetaten) stadfester en visjon om personsentrert omsorg i den kommunale helse- eller demensplanen. Som beskrevet i nasjonal faglig retningslinje bør det stå at personsentrert omsorg skal være basis for helse- og omsorgstjenestene. Det er god drahjelp i implementeringen at VIPS praksismodell nevnes som aktuell metode. Det kan også være aktuelt at ledelsen på dette nivået bestemmer at kommunen skal ha egne kursledere. Den kommunale helseledelsen kan også sikre at det blir satt av nødvendige ressurser til opplæringen.

Forankring i øverste ledelse på arbeidsplassen

Forankring i ledelsen på arbeidsplassen (for eksempel leder av hjemmebaserte tjenester, sykehjem eller tjenester til personer med utviklingshemming) er til god hjelp i oppstartsfasen. På dette nivået kan personell som skal bli kursledere for VIPS praksismodell plukkes ut i tråd med føringer for antall og økonomi fra kommuneledelsen. Ledelsen på dette nivået kan bistå i organisering av basiskurs (opplæring for ansatte på avdelinger og enheter), for eksempel på tvers av tjenestesteder. Ledelsen har en viktig rolle i å følge opp bruk av modellen etter basiskursopplæringen. Ved å holde kontakten med avdelingslederne eller fagsykepleierne og be om rapportering på hvordan fagmøtene fungerer, og hvilke temaer som diskuteres, bidrar ledelsen på arbeidsplassen til at fremdriften i implementeringen holdes oppe.

Forankring på avdelingsnivå

Forankring i ledelse på avdelingen (enhetsleder) er avgjørende. Denne lederen bør være den som plukker ut de som skal være ressurspersoner i VIPS praksismodell, sørger for planlegging av innføring på avdelingen og følger opp fagmøtene i den daglige driften.

Om ikke enhetslederen er kursleder eller intern veileder, kan en ansatt med minimum bachelorgrad i et helsefag ha rollen som intern veileder. Det er viktig at denne ansatte har en stilling som tillater at han eller hun bruker arbeidstid på å holde basiskurs og veilede personalet i fagmøtet.

Se også implementeringsdesign på aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/

Ingen steder er like

Ingen arbeidsfellesskap er like, ulike forhold og mennesker er vevd sammen på ulike vis. Det gjør at konteksten for den samme intervensjonen er forskjellig på hvert arbeidssted. Å påvirke en faktor gir ikke en forutsigbar dominoeffekt. Forskning og erfaring kan tilsi at en metode, en intervensjon, er godt egnet til å innføre personsentrert omsorg. Men, hvis implementeringen ikke gjennomføres på en god måte, kan man likevel oppleve at metoden ikke fungerer. Nedenfor beskrives noen faktorer som kan påvirke implementeringen. Det er en god forberedelse at lederen tenker gjennom hvordan disse kan bli tatt hensyn til før implementeringsprosessen starter.

Noen arbeidsfellesskaper har ansatte som fungerer som *sterke uformelle ledere* (opinion leaders). Hvorvidt disse personene liker eller misliker intervensjonen, kan påvirke de andre ansatte og avgjøre om gruppa som helhet blir positivt eller negativt innstilt til intervensjonen.

Finnes *ildsjeler*, ansatte som brenner for personsentrert omsorg, som er entusiastiske og gjerne vil bidra, kan disse få med seg personalgruppa og gi implementeringen en «flying start».

Det faglige nivået på en enhet kan spenne fra ufaglærte til sykepleiere med mastergrad. Dette krever at opplæringen må tilpasses ulike behov og planlegges deretter. Om man iverksetter den nye metoden før man har gitt opplæring, er sannsynligheten stor for at implementeringen ikke blir vellykket. For at personalet skal klare å ta i bruk en ny metode eller ny kunnskap, må de få fullverdig opplæring, og tid og veiledning til å forstå hvordan modellen fungerer i praksis.

Forskjellene kan være store når det gjelder arkitektonisk utforming og nærmiljø på ulike sykehjem. Fysiske forhold kan være mer eller mindre gunstige for implementering av personsentrert omsorg, men ingenting tyder på at de er avgjørende.



Hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter verdsettes i arbeidsfellesskapet?

Personsentrert omsorg handler i bunn og grunn om det som skjer i møtet mellom personer; mellom medarbeidere og mellom personalet og tjenestemottaker. Som Kitwood skriver, påvirkes dette i stor grad av omsorgskulturen på enheten (3). Om omsorgen er personsentrert eller ikke, merkes ofte på atmosfæren.

Det samme gjelder for personalet som for personen med demens, behovet for å være inkludert i fellesskapet, i teamet og gruppa, er grunnleggende. Arbeidsfellesskap binder oss sammen. Ifølge sosiokulturell læringsteori er det den kunnskapen og de ferdighetene som verdsettes av fellesskapet vi tar til oss først (46). I arbeidsfellesskaper utvikles en felles oppfatning av hva som er formålet med det vi gjør i arbeidet vårt. Vi utvikler en felles forståelse av det som skjer i arbeidsprosessen, fordi vi møter de samme utfordringene og leter etter de samme løsningene (46-48). Vi endrer ofte atferd til å gjøre det samme som de andre i arbeidsfellesskapet. Det er derfor viktig at arbeidsfellesskapet drøfter åpent hvilke løsninger som skal velges for å møte utfordringene i arbeidet. Valgene som tas viser hvilke verdier som råder i arbeidsmiljøet.

Når vi drøfter konkrete situasjoner blir vi ofte klar over hvilke behov vi har for rettledning og veiledning om hva som er personsentrert omsorg for pasienten det gjelder. I tillegg til at deltakerne på fagmøtet får en grunnleggende forståelse for bakgrunnen for beslutningene som tas, blir de også trygge på at beslutningene er akseptert av kollegene. Når den enkelte arbeidstaker gjør det arbeidsfellesskapet er blitt enige om, vet hun at hun ikke vil bli kritisert av kollegene eller sterke uformelle ledere (opinion leaders) på avdelingen (23, 24).

Språket former tanken

Ord og begreper brukes til å utvikle felles holdninger i gruppa. Språket vårt formidler verdier og kunnskaper ved de navnene vi setter på det vi ser.

To av de ansatte forteller på rapporten at den nye beboeren på sykehjemmet «griser med avføring», hun hadde avføring på fingrene da de skulle stelle henne. Lederen hører dette og sier: «Ut fra det dere sier, høres det ut til at Olga har utviklet agnosi som følge av demens. Det virker som hun ikke kjenner igjen avføring verken på lukt eller konsistens. Kanskje hun har funnet noe klissete i senga si, hun vil ikke ha det der og har prøvd å ta det bort?»

I eksemplet over formidler lederen kunnskap og verdier:

- Lederen setter navn på hva som kan forklare det de ansatte beskriver (agnosi) ut fra kunnskap om demens.
- Lederen formidler verdiene i personsentrert omsorg ved å sette ord på situasjonen slik hun tror personen med demens opplever den. Olga får honnør for å være renslig, hun har gjort det som er rasjonelt ut fra hennes perspektiv.
- Lederen formidler verdiene i personsentrert omsorg ved at hun ikke kritiserer de to ansatte for ordbruken deres, slik at de føler seg irtettesatt i de andres påhør.
- Lederen gir de ansatte ord de kan bruke for å beskrive denne situasjonen senere.

Når vi har faglig beskrivende begreper, kan vi forstå og formidle det vi ser. Det kan hende at flere visste hva ordet agnosi betydde, men trengte hjelp til å anvende kunnskapen i praksis. De gjenkjente sikkert også verdien fra personsentrert omsorg i det lederen sa, om å prøve å se verden slik personen med demens opplever den og ta hensyn til det. Lederen viste dem hva dette går ut på i en konkret situasjon. Lederen utøvde også «metaveiledning» ved å vise hvordan de kan veilede hverandre; saklig og uten å kritisere.

Kunnskapen og verdiene formidlet gjennom språket til lederen forandrer situasjonen. Olga griser ikke. Olga har agnosi, og prøver så godt hun kan å ordne opp i en situasjon hun oppfatter det er noe galt med.

En annen dag har en sykepleier med seg en student i morgenstellet hos Olga. Sykepleieren sier: «God morgen, Olga, hvordan har du hatt det i natt? Kanskje du ikke har ligget så godt når du har kjent på dette våte i senga di? Jeg ser du har prøvd å ordne opp i det, jeg skal hjelpe deg med det nå.»

Innføring av personsentrert omsorg i en organisasjon krever øvelse. Å lære personsentrert omsorg innebærer å lære når begrepene vi har lært fra omsorgsfilosofien er relevante. Begrepene gir oss «briller å se med», vi kan bruke dem til å oppfatte, forstå og beskrive det vi ser. Begrepene gir oss også et verktøy for å evaluere det vi gjør. Vi kan bruke dem til å gjenkjenne holdningene som preger praksisen vår og ordene vi bruker.



Læringsklima

Siden implementering involverer læring, blir læringsklima viktig. I en læringssituasjon der man øver på nye ferdigheter, er de fleste usikre og famlende. Klima er et ord hentet fra meteorologien, det beskriver hva slags vær man kan forvente seg på et sted på grunnlag av erfaring over en lengre periode. I overført betydning og i denne sammenhengen handler klima om hvilke reaksjoner de ansatte forventer seg i situasjoner der de må lære noe nytt. Kan de forvente seg kritikk om de sier noe «feil»? Vil lederen tre støttende til når de er usikre? Vil lederen hjelpe dem til å mestre og lykkes? Er det rom for å feile, brukes feilsteg til å lære? Kan lederen innrømme feil og le av seg selv, slik at de andre kan gjøre det samme? Stemningen som skapes av disse erfaringene, skaper klimaet for læring.

VIPS praksismodell basiskurs

Når et arbeidssted ønsker å implementere VIPS praksismodell, kan de kontakte det kommunale ressurscenteret eller utviklingssenteret og høre om de kan stille med kursholdere. Eventuelt kan arbeidsstedet sende noen på et VIPS praksismodell kursholderkurs, slik at de har egne kursholdere. Før en avdeling begynner med fagmøter, skal de som skal ha roller og funksjoner i VIPS praksismodell på arbeidsstedet delta på et basiskurs. På basiskurset får deltagerne grunnleggende innføring i person-sentrert omsorg og opplæring i VIPS praksismodell. Kurset legger vekt på at deltakerne får innsikt i verdiene og lærer strukturen i fagmøtet gjennom å være aktive i summegrupper og rollespill.

Noen kommunale ressurscentre har basiskurs i sitt faste kursprogram. Noen alderspsykiatriske avdelinger har kursholdere i VIPS praksismodell. Aldring og helse har oversikt over hvem som har kursholderkompetanse, og kan sette arbeidsstedet i kontakt med disse. Kontakt post@aldringoghelse.no for informasjon om kursholdere.

Hvem skal delta på basiskurset?

På basiskurset skal minimum enhetslederen og ressurspersonen fra hver avdeling delta. Ressurspersonen bør være en representant for den største gruppa arbeidstakere på arbeidssstedet. Erfaringen tilsier at enhetslederen ofte vet hvem som bør velges når hun eller han får informasjon om hva rollen går ut på: ressurspersonen må kunne lære å følge strukturen, gjerne være en ildsjel for personsentrert omsorg, og de andre i personalgruppa må kunne stole på og prate med vedkommende. Det er også anbefalt at avdelingen har minst en vara for ressurspersonen, og at øverste leder (for eksempel institusjonssjefen eller seksjonslederen/områdelederen) deltar på basiskurset om denne ikke er kursholder. Den som skal fungere som veileder bør også delta, om ikke veilederfunksjonen dekkes av kursholderen. Veilederen kan gjerne være en fagutviklingssykepleier. Det er selvfølgelig ingenting i veien for at flere enn de som er nevnt her deltar. Noen arbeidsssteder velger å gi basiskurset til hele personalgruppa, eventuelt alle med mer enn 50 prosent stilling. Erfaring viser at når alle får samme undervisning om personsentrert omsorg og VIPS praksismodell, går implementeringen og oppstarten med fagmøtene lettere.

For økonomiske spørsmål relatert til gjennomføring av basiskurset kan arbeidssstedet forhøre seg i kommunen eller fylket om muligheter for å søke om støtte.

Praktiske forberedelser for å introdusere VIPS praksismodell på enheten

Lederen, fagutviklingssykepleieren og ressurspersonen bør planlegge hvordan de skal introdusere hvordan de skal introdusere modellen for resten av personalgruppa, de setter opp en semesterplan for fagmøtene og gjør annen praktisk planlegging.

Tre-timers introduksjon til personsentrert omsorg og VIPS praksismodell

Ved oppstart av VIPS praksismodell får de i personalgruppa som ikke har deltatt på basiskurset en introduksjon til personsentrert omsorg og VIPS praksismodell. Se forslag til program for denne introduksjonen i tekstboksen nedenfor. Her lærer personalet om roller og funksjoner i modellen og får grunnleggende kunnskap om fagmøtet. Denne introduksjonen inkluderer alle ansatte, fra fast ansatte til vikarer, vaktmester og kjøkkenpersonale. Ansvarlig for denne undervisningen er enten kursholderen, fagsykepleier eller VIPS praksismodell -veileder, en enhetsleder eller institusjonssjefen.

Undervisningsmateriellet til introduksjonsundervisningen finnes på en nettside som er tilgjengelig for ledere og fagsykepleiere som har deltatt på VIPS praksismodell basiskurs. Materiellet inkluderer tre foredragsfilmer og en film som demonstrerer fagmøtet:

- 1 foredrag om innføring i personsentrert omsorg
- 2 foredrag om grunnleggende psykologiske behov
- 3 foredrag med presentasjon av roller og funksjoner i VIPS praksismodell
- 4 demonstrasjonsfilm som viser fagmøtet i VIPS praksismodell

I tillegg anbefales det å vise *Ex Memoria*, en film som illustrerer perspektivet til personen med demens på sykehjem. Også denne filmen kan strømmes via aldringoghelse.no.

Det anbefales at arbeidsstedet kjøper inn VIPS-manualer for henholdsvis institusjoner eller hjemmebaserte tjenester til personalet. Disse kan ligge tilgjengelig på vaktrommet eller alle i personalgruppa får sin egen VIPS-manual. I VIPS-manualen er det plass til notater i margen for egen refleksjon over indikatorene eller forslag til egnede tiltak. VIPS-manualen er helse- og omsorgspersonalets «oppslagsverk» om personsentrert omsorg og idébok for tiltak. VIPS-manualen har en praktisk tilnærming til personsentrert omsorg og inneholder pasienthistorier som illustrerer de ulike indikatorene i VIPS-rammeverket. VIPS-manualen beskriver også forskjellige symptomer ved demens, den inneholder noe sykdomslære og litt om kartlegging.

Med manualene følger to plakater (A4-størrelse): én med de mest brukte VIPS-indikatorene (fra I, P og S) og én med strukturen i fagmøtet og spørsmål som hjelper primærkontakten å beskrive tjenestemottakers perspektiv på situasjonen. Plakatene er oversiktlige og kan brukes som huskelapper for personalet når de sitter i fagmøtet. Plakatene kan også lastes ned fra nettsiden til VIPS praksismodell.

VIPS praksismodell-materiell bestilles fra Aldring og helse, e-postadresse: post@aldringoghelse.no.

Tretimers introduksjon til VIPS praksismodell

Deltagere: ansatte som ikke har deltatt på basiskurs

Introduksjonen gjennomføres av VPM-kursholderen, eller en leder som har deltatt på basiskurs.

Undervisningen gir en innføring i personsentrert omsorg og VIPS praksismodell. Bruk foredragsfilmene du finner på nettsiden for arbeidssteder som har tatt i bruk VIPS praksismodell på aldringoghelse.no. For å forberede deg kan du lese om de ulike temaene i en av manualene. Passordet til siden fikk du av kursholder eller på kursholderkurset.



Følgende elementer bør være med i undervisningen:

1. Vis filmen *Ex Memoria*. Be deltagerne legge merke til hva Eva sier og hva hun uttrykker gjennom mimikk og kroppsspråk. Diskuter disse spørsmålene etter å ha sett filmen:

- Hva la du mest merke til i filmen?
- Hva sa Eva? Hvilke ord brukte hun?
- Hvem gjorde noe bra her? Hva var bra?

2. Vis forelesningsfilmen om personsentrert omsorg *Hvordan er det å ha demens?*

Diskuter: Hva er du mest redd for om du får demens? hvordan vil du bli behandlet om du har demens?

3. Gå gjennom de grunnleggende psykologiske behovene og vis forelesningsfilmen *Grunnleggende psykologiske behov*

Ser du situasjoner i filmen som handler om Evas behov for:

- Identitet
- Inkludering
- Tilknytning
- Trøst /mestring
- Meningsfull aktivitet

4. Beskriv roller og funksjoner i VIPS praksismodell

Vis forelesningsfilmen *Om roller og funksjoner i VIPS praksismodell*

Forklar hver rolle:

- ressurspersonens oppgaver
- primærkontaktens oppgaver
- enhetslederens oppgaver

5. Beskriv fagmøtet

Vis *Demonstrasjonsfilm om fagmøtet*.

Forklar strukturen i fagmøtet. Husk å si noe om å avgrense situasjonen i tid og rom, og å bruke pasientens egne ord når perspektivet skal beskrives.

1. Ressurspersonen ønsker velkommen.
2. Primærkontakten presenterer situasjonen sett fra perspektivet til personen med demens.
3. Har alle forstått situasjonen slik? Runde for å klargjøre om noen har noe å tilføye.
4. Vurder alle de 24 indikatorene.
5. Bli enige om 1 eller 2 indikatorer.
6. Diskusjon, bli enige om tiltak.
7. Primærkontakten vurderer om personen med demens vil like tiltaket.
8. Ressurspersonen oppsummerer og setter dato for evaluering.
9. Avdelingslederen takker og avslutter.

Vis frem VIPs-manualen og plakatene og forklar bruken av disse

Det er fint å utvide denne undervisningen om man har anledning til det. Du står fritt i å legge til det du tenker er relevant på din arbeidsplass fra VIPs praksismodell-materiellet, for eksempel øve på fagmøtet med rollespill, planlegge oppstart av fagmøter eller mer om et tema innen personsentrert omsorg.

VIPS praksismodell kursholderkurs

Aldring og helse holder jevnlig VIPs praksismodell kursholderkurs. Påmelding gjøres via Aldring og helses nettside. I tillegg kan kursholderkurs bestilles av kommuner eller fylker, slik at kurset holdes lokalt. Da arrangerer bestillende kommune eller fylke kurset; de organiserer alle praktiske forhold, som påmelding og kurslokaler, og Aldring og helse stiller med VIPs praksismodell-instruktører. Les mer om dette på aldringoghelse.no.

For at VIPs praksismodell skal være lett tilgjengelig for helse- og omsorgspersonale i kommunene, er det fint at kommunen eller arbeidstedet har egne kursholdere som kan holde basiskurs og lære opp de ansatte. Kursholderkurset i VIPs praksismodell er derfor et «lær opp en kursholder»-kurs (train the trainer). Etter gjennomført kursholderkurs kan deltakerne holde basiskurs i VIPs praksismodell for helse- og omsorgspersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

En kursholder i VIPs praksismodell må ha minimum treårig helsefaglig høyskoleutdanning. Det er en fordel om man i tillegg har en videreutdanning eller mastergrad, for eksempel i ledelse, demensomsorg eller geriatri.

På kursholderkurset får deltakeren grunnleggende innføring i personsentrert omsorg, lærer VIPs praksismodell, og man lærer å holde basiskurs. Kursholderkurset krever stor grad av aktiv deltakelse. Summegrupper, plenumsdiskusjoner og rollespill gjør at utfordringer ved implementering av personsentrert omsorg blir diskutert og løftet fram. De praktiske utfordringene ved implementering, for eksempel hvordan man skal klare å få hele personalgruppa til å delta på basiskurs eller hvordan man skal klare å gjennomføre ett fagmøte i uka, blir diskutert. Det legges stor vekt på kursholderrollen, hva som er viktig å tenke på når man skal få basiskursdeltakerne til å delta i rollespill, og hvordan man kan hjelpe primærkontakten med å forstå perspektivet til personen med demens.

For å spre kunnskap til flest mulig og samtidig sørge for at opplæringen i VIPs praksismodell gjennomføres likt alle steder, mottar kursholderne et kurshefte med beskrivelse av gjennomføringen av basiskurset. Alle forelesninger er spilt inn på film og kan strømmes fra en nettside tilgjengelig for kursholderne. Dette sikrer samme kunnskap formidles til basiskursdeltakerne uavhengig av hvem som er kursholder. Dette sikrer at kursholderne seg til å gjennomføre basiskurset slik det er undervist på kursholderkurset og beskrevet i kursheftet.

Det anbefales å sende to personer på kursholderkurset slik at de kan holde basiskurs sammen. For at kursholderen i VIPs praksismodell skal klare å finne tid til å holde basiskurs, er det en fordel at de har undervisning, veiledning eller annen kompetanseheving som del av sin arbeidsbeskrivelse.

Mange arbeidsssteder velger å sende øverste leder, enhetsledere eller fagutviklingssykepleiere på kursholderkurs i VIPS praksismodell. På den måten har arbeidssstedet egne kursholdere som kjenner modellen godt. Å ha en egen kursholder er erfaringsmessig svært nyttig i implementeringsarbeidet og den daglige driften av VIPS praksismodell.

Refleksjonsspørsmål

- 1 Har dere personsentrert omsorg på din enhet?
- 2 Hva vil være nytt med VIPS praksismodell på din enhet?
- 3 Ved oppstart av VIPS praksismodell, hva vil være den største utfordringen for deg som leder?

Praktisk organisering av VIPS praksismodell i enheten

Ved implementeringen av VIPS praksismodell kan helse- og omsorgspersonalet oppleve at innføring og gjennomføring av ukentlige fagmøter medfører en merkbar endring i arbeidsrutinene deres, det er en ny «oppgave» som krever tid. Å innføre et møte hvor personalet som går i daglig stell skal delta, kan på noen arbeidsplasser kreve en del tilrettelegging. Det kan være nødvendig at lederen legger om turnusene for å sikre at ressurspersonene er på vakt når det er fagmøter og at flest mulig av de ansatte er på jobb.

For å implementere VIPS praksismodell og få personsentrert omsorg til å bli mer enn et fint verdigrunnlag som henger innrammet i et bilde på veggen, må lederen være til stede i enheten og være synlig for personalet. Lederen må vise at fagmøtene prioriteres foran det meste, på lik linje med for eksempel legevisitten. Ledere i sykehjem har fortalt at de i en oppstartsperiode har vært nødt til å gå rundt i enheten og hente helse- og omsorgspersonalet til fagmøtet (9). Dette har de måttet gjøre selv om fagmøtet var annonsert på forhånd.

Å klare å samle alt helse- og omsorgspersonale slik at man kan gjennomføre et fagmøte, krever organisering av dagen. Et godt tips er å holde fagmøtene til samme tid hver uke og notere tidspunktet i en kalender helse- og omsorgspersonalet ser i.

Noen dager før fagmøtet kan lederen, selv om det er ført på en agenda, etterspørre informasjon om hvilken situasjon som skal drøftes på fagmøtet. Hensikten er at både ressurspersonen, primærkontakten og de andre i personalgruppa blir bevisstgjort og minnet på å forberede seg til fagmøtet.

For å sikre oppfølging av tiltak har ledere på enheter som har innført VIPS praksismodell, anbefalt at det skrives referat etter hvert fagmøte. I tillegg skal tiltak selvfølgelig dokumenteres på vanlig måte i tiltaksplaner. Lederen bør også sørge for at beslutninger fra fagmøtene blir gjort kjent på morgenrapporten dagen etter fagmøtet (9, 10).

Møterutiner

Fagmøtet fungerer best når det er forutsigbart med hensyn til tid og innhold. Da vet møtedeltakerne når og hvor de har anledning til å ta opp det de trenger å drøfte.

Dette anbefales å være rutine:

- Lag en semesteroversikt med datoer for fagmøter, for eksempel hver onsdag kl. 14–15.
- Varighet: mellom 30 minutter og 1 time.
- Disse må være tilstede: ressurspersonen (møtelederen), primærkontakten, enhetslederen og helse- og omsorgspersonalet som er på vakt.
- Programmet for fagmøtet skal være satt opp på forhånd og være tilgjengelig for de ansatte, slik at de kan forberede seg før møtet.

Program for fagmøtet settes opp av ressurspersonen i samarbeid med enhetslederen. Helse- og omsorgspersonalet sier fra til den faste møtelederen (ressurspersonen) når de ønsker å ta opp en sak på fagmøtet. Programmet, med konkret avgrenset situasjon, bør være klart minimum en dag eller to før fagmøtet, slik at primærkontakten og de andre i personalgruppa får tid til å innhente opplysninger og tenke gjennom situasjonen som skal drøftes.

Antall ansatte som deltar på fagmøtet, bør verken være for lavt eller for høyt. Erfaringsmessig fungerer fagmøtet best når det har fire til fem deltakere, inkludert lederen. Noen enheter er små og har få ansatte på dagvakt. Det anbefales at små enheter som er lokalisert nær hverandre avtaler at ett helse- og omsorgspersonale har ansvar for beboerne på begge enhetene mens resten av personalgruppa har felles fagmøte. Erfaring viser at dette er mulig å få til med litt planlegging.

Møteplanen kan settes opp på forskjellige måter:

- 1 Hver *tjenestemottaker* kan få avsatt et fagmøte, og primærkontakten tar opp en situasjon som gjelder den personen.
- 2 Hver *primærkontakt* får et fagmøte og tar opp en situasjon hos en tjenestemottaker som vedkommende er primærkontakt for.
- 3 Enhetslederen setter opp datoer for fagmøtet, og primærkontaktene melder saker fra gang til gang.

I tillegg kan det legges inn ulike typer undervisning i møtetiden, for eksempel ABC-gruppe eller veiledning fra interne eller eksterne samarbeidspartnere, for eksempel fra en alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Refleksjonsspørsmål

- 1** Hvordan vil du beskrive holdningen til å innføre VIPS praksismodell og personsentrert omsorg på enheten der du jobber?
Finnes det ildsjeler og uformelle ledere på din enhet? Hva tenker du er deres rolle i prosessen med å ta i bruk VIPS praksismodell? Hvordan kan deres ressurser brukes positivt?
- 2** Hvordan kan fagmøtet bidra til aksept for å endre rutiner og legge til rette for personsentrert omsorg for den enkelte tjenestemottaker på enheten?
- 3** Verdiene i personsentrert omsorg gjelder også personalet. Hvordan sikrer du som leder at hver enkelt ansatt opplever å bli sett og anerkjent av sin leder (deg)?

KAPITTEL 5

PERSONSENTRERT OMSORG I DEMENSFORLØPET

Før eller senere har de fleste personer med demens, og også deres pårørende, behov for tjenester fra kommunen. Noen pårørende kan føle at de svikter personen ved å overlate deler av omsorgen til kommunehelsetjenesten. For personen med demens kan det være vanskelig å motta hjelp til noe man alltid har klart å gjøre selv. Noen kan ha vansker med å innse at de trenger hjelp, og har derfor ikke lyst til å ta imot tjenester.

Hjemmebaserte tjenester

I tiden rett etter at en person har fått en demensdiagnose, og før hun eller han mottar eventuelle hjemmebaserte tjenester, er kanskje kontakt med hukommelsesteamet den eneste tjenesten fra kommunen personen med demens og familien har, forutsatt at kommunen har et slikt team.

I denne perioden er det viktig at det finnes rutiner for å sette i gang tiltak som kan bidra til å opprettholde selvstendighet og trivsel hos personen med demens så lenge som mulig. Nettverket rundt personen kan kartlegges for å finne noen som kan hjelpe personen med demens å fortsette å holde på med hobbyer og fritidsinteresser. Pårørende kan trenge hjelp til å forstå at endringer de opplever hos personen er symptomer som følger med demenssykdommen. Det kan også være aktuelt å skrive framtidsfullmakt og eller testamente. Nasjonalforeningen for folkehelsen, Helsedirektoratet og Aldring og helse har mer informasjon om dette på sine nettsider.

Det finnes ulike modeller for organisering og koordinering av tjenester til personer med demens som bor hjemme. Noen modeller som kan kombineres, er

- hukommelsesteam
- demensarbeidslag
- tiltakspakke demens



Hukommelsesteam

Hukommelsesteamene er tverrfaglig sammensatt. De ledes ofte av en ergoterapeut eller sykepleier. Hukommelsesteamet kan ha kontakt med personen med demens og de pårørende før det stilles en demensdiagnose, og de har ofte ansvaret for utredning av demens i samarbeid med fastlege. De kan også ha ansvar for oppfølging av personen med demens og pårørende etter at diagnose er satt, blant annet ved

- å informere om sykdommen og om tjenestetilbud
- å gi veiledning og rådgivning
- å følge opp funksjon og behov for tjenester
- å sikre koordinerte tjenester tilpasset ressursene og behovene til personen med demens

Hukommelsesteamet kan vurdere funksjon og behov for hjelp og bidra til at familien får hjelp til rett tid. De fleste kommuner har i dag slike hukommelsesteam.

Tiltakspakke demens

Tiltakspakke demens er en faglig og systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende (49). Tiltakspakken innebærer at personen får regelmessige oppfølgingsbesøk fra hjemmetjenesten en gang i måneden. Besøket varer ca. en time. I dette besøket blir personens hjelpebehov kartlagt. Hvis det er endringer i hjelpebehovet eller det er tilkommet nye demenssymptomer, fanges dette opp, og nye tiltak igangsettes. Med tiltakspakken sikres kontinuerlig oppfølging fra en person som kjenner familien og personen med demens. Helse- og omsorgspersonalet kan sjekke fysisk helse som blodtrykk, vekt og gangfunksjon. Endringer i demenssykdommen fanges opp, for eksempel økende svikt i språkfunksjon eller orienteringsevne og evne til planlegging og gjennomføring av oppgaver, for eksempel påkledning eller dusjing. Sikkerhet i hjemmet kan kontrolleres, og behov for hjelpemidler, som komfyrvakt eller alarm ved utgangsdøra, evalueres.

Mer informasjon om Tiltakspakke demens finnes på aldringoghelse.no.

Demensarbeidslag i hjemmesykepleien

Noen steder organiseres hjemmebaserte tjenester for personer med demens slik at et arbeidslag med noen få spesialutdannede helse- og omsorgspersonale besøker personene med demens. Når ei slik fast gruppe besøker personen og familien, skaper det trygghet både for personen, de pårørende og personalet. Personen med demens og de pårørende vet hvem som kommer på besøk, og hvem de skal ringe til hvis de trenger råd eller ekstra hjelp.

Dagaktivitetstilbud

Kommunen skal ha et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Dagaktivitetene skal bidra med aktiviteter som gjør at personen med demens opplever mestring og trivsel, og er med på noe meningsfullt. Tilbudet kan samtidig gi avlastning og støtte for pårørende.

Deltakere på dagaktivitetstilbudet har ulike ressurser og evner og ulikt funksjonsnivå. Aktiviteter skal tilrettelegges slik at de passer den enkelte. Noen personer med demens vil være forholdsvis spreke og selvstendige og kan være med på mye, mens andre vil trenge mer tilrettelegging og hjelp til å delta i aktiviteter.

I noen kommuner kan deltakere på dagaktivitetstilbudet som trives med slikt arbeid være med på å vedlikeholde parker og museer. De klipper gress og busker, maler, hogger og stabler ved. Det krever kontakt med ulike instanser i kommunen for å tilrettelegge og gjennomføre denne type aktiviteter, og det er naturlig at en leder har denne kontakten.

Dagaktivitetstilbudet bør ha nært samarbeid med hjemmebaserte tjenester. I overgang mellom disse tjenestene, anbefales det å ha felles VIPS praksismodell-fagmøter hvor primærkontaktene både fra hjemmebaserte tjenester og dagaktivitetstilbudet deltar. Slik får man belyst situasjonen fra flere sider, man får en felles forståelse av situasjonen, og det sikres kontinuitet i tjenesten.

Heldøgns omsorg – å planlegge for trivsel

Et sykehjem og en omsorgsbolig med heldøgns bemanning er både et hjem og et sted å motta helse- og omsorgstjenester. Personer med demens vil etter hvert ofte trenge hjelp for å utføre dagligdagse aktiviteter. Forskning viser at pasienter i sykehjem kan synes at dagene er monotone og at gruppeaktivitetene som tilbys sjelden er morsomme. Vi vet også at mange sover dårlig om natta, og småsover gjennom dagen (50, 51). At personene opplever aktivitetene som kjedelige og sover på dagtid, henger kanskje sammen. Kanskje vil de trives med å delta i dagligdagse, praktiske gjøremål han eller hun er vant til hjemmefra. Det kan være å sette på kaffen, dekke bordet, stille blomster. Personen kan ofte klare å være med på disse aktivitetene, med litt tilrettelegging og støtte.

Det er en viktig oppgave for enhetslederen å hjelpe helse- og omsorgspersonalet med å lage realistiske tiltaks- og aktivitetsplaner som bidrar til at personen med demens trives, opplever mestring og har en normal aktivitetsrytme gjennom døgnet. For å organisere dagen slik at aktivitetene blir gjennomførbare, kan helse- og omsorgspersonalet bruke oversiktlige dag- og ukeplaner. Planen viser hvem som har ansvar for hvilke personer og ulike oppgaver gjennom dagen. Slike planer er levende dokumenter, de endrer seg med personens behov og krever hyppige oppdateringer og evalueringer. I fagmøtet blir helse- og omsorgspersonalet enige om hva som skal stå på planen.

Mange personer med demens oppholder seg i timevis i enhetens fellesområder, for eksempel i stua. For å legge vekt på personsentrert omsorg og øke trivselen i fellesområdene bør én i personalgruppa ha som oppgave å være stuevert. Stueverten skal skape et inkluderende og varmt miljø hvor hver enkelt person med demens trives. Selv om mange helse- og omsorgspersonale har en naturlig personsentrert tilnærming, kan det være utfordrende å ha rollen som stuevert, fordi ulike beboere har ulike behov også i denne settingen. Det kan være til hjelp for stueverten at enheten har et ferdig program med gruppeaktiviteter tilpasset personene i gruppa og individuelle aktiviteter skreddersydd for den enkelte.

Ta kontakt på post@aldringoghelse.no eller se aldringoghelse.no for mer informasjon om kurs eller opplæring om tilrettelegging av aktiviteter for personer med demens.

Refleksjonsspørsmål

- 1 Hvordan tilrettelegges det for kontinuitet i tjenestetilbudet hos dere, for eksempel fast personell og rutiner for gjennomføring av ulike aktiviteter?
- 2 For hjemmebaserte tjenester: Hvordan er tiltakene som ivaretas i Tiltakspakke demens, dekket hos dere?
- 3 For hjemmebaserte tjenester: Er noen av modellene som er beskrevet i dette kapitlet, aktuelle på din enhet? Hva kan du som leder gjøre for å starte opp med for eksempel demensarbeidslag?
- 4 For sykehjem, omsorgsboliger og bofellesskap: Hvordan kan du som leder legge til rette for at personalet kan skape en normal aktivitetsrytme gjennom døgnet for hver enkelt tjenestemottaker?

REFERANSER

- 1 Røsvik J, Kirkevold M, Engedal K, Brooker D, Kirkevold Ø. *A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study.* Int J Older People Nurs. 2011;6(3):227–36.
- 2 Røsvik J, Brooker D, Mjørud M, Kirkevold Ø. *What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: The development of the VIPS practice model.* Rev Clin Gerontol. 2013;23(2): 155–63.
- 3 Kitwood T. *Dementia reconsidered. The person comes first.* Norfolk: Open University press; 1997.
- 4 Brooker D. *Person-centered dementia care: making services better.* London: Jessica Kingsley; 2007.
- 5 Mjørud M, Røsvik J. *Demens og grunnleggende psykologiske behov. Personsentrert omsorg.* Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
- 6 Kim S. K., & Park M. (2017). *Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis.* Clinical Interventions in Aging, 12, 381-397. doi: 10.2147 /CIA.S117637.
- 7 Rokstad AM, Røsvik J, Kirkevold Ø, 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):340–53
- 8 Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M., & Fossey, J. (2018). *Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial.* PLOS Medicine, 15(2), e1002500. doi: 10.1371/journal.pmed.1002500.
- 9 Røsvik J, Mjørud M. (2021). *'We must have a new VIPS meeting soon!' Barriers and facilitators for implementing the VIPS practice model in primary health care.* Dementia (London), 20(8):2649-2667.
- 10 Mjørud M, Røsvik J. (2022). *You can tell it works - Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare.* Dementia (London), 21(2):579–94.
- 11 du Toit S.H.J, Chan Y.L, Jessup G.M, & Weaver J. (2020). *Peer-enabled staff training in residential care settings as means for promoting person-centred dementia care, Aging & Mental Health, 24:8, 1278-1287, DOI: 10.1080/13607863.2019.1594163*
- 12 Post S. *The Moral challenge of Alzheimer's disease.* Baltimore: John Hopkins; 1995.
- 13 Post S. *Respectare: Morale respect for the lives of the deeply forgetful.* In: Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR, red. *Dementia: Mind, meaning and the person.* Oxford university press; 2006. s. 223–34.
- 14 Kitwood T. *Towards a theory of dementia care: The interpersonal process.* Aging and society. 1993;13:51–67.
- 15 Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds.* New York: Tavistock Publications; 1979.
- 16 Miesen B. *Attachment theory and dementia.* In: Jones G, Miesen B, red. *Caregiving in dementia.* London: Routledge; 1992. s. 38–56.
- 17 Kitwood T. *Person and process in dementia.* Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1993;8(7):541–6.
- 18 Engedal K, Haugen PK. *Demens – sykdommer, diagnostikk, behandling.* Tønsberg: Aldring og helse akademisk; 2017.
- 19 Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999 -07-02 nr 63.*

- 20 Holm U. Empati. *Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal; 2005.
- 21 Holm U, Aspegren K. *Empatiutveckling bland lakarstuderande. Kliniska kurser kan påverka empatisk formåga*. Läkartidningen. 1995;92(5):404–6.
- 22 Jeon YH, Merlyn T, Chenoweth L. *Leadership and management in the aged care sector: A narrative synthesis*. Australas. J. Ageing. 2010;29(2):54–60.
- 23 Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implement Sci. 2009;4:50.
- 24 Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. Milbank Q. 2004;82(4):581–629.
- 25 Røsvik J, Engedal K, Kirkevold Ø. *Factors to make the VIPS practice model more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2014;37(5-6):335–46.
- 26 Helsepersonelloven. 1999.
Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
- 27 Flutterm FAJ, Meijel BV, Nijman H, Bjørkly S, Grypdonck M. *Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the «Early Recognition Method*. J. Clin. Nurs. 2010;19(11-12):1529–37
- 28 Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhetsfengsels og rettspsykiatri. *ERM (Early recognition method)* [Internett]. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://sifer.no/verktoy/erm/>
- 29 van der Harst M, Lund PF, Rustad Indregard AM, Hofer Hagen M. *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell*. Helse Sør-Øst; 2023.
- 30 Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets- fengsels og rettspsykiatri. *Brøset Violence checklist* [Internett]. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://sifer.no/verktoy/bvc/>
- 31 Almvik R, Woods P, Rasmussen K. *Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist*. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22(9):862–7.
- 32 Helse Bergen. *BVC - Brøset violence checklist* [Internett]. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok42688.pdf>
- 33 Hvidhjelm J, Berring LL, Whittington R, Woods P, Bak J, Almvik R. *Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023;30(4):637–48.
- 34 Cummings J. (2020) *The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications*. J Geriatr Psychiatry Neurol, 33(2):73-84. doi: 10.1177/0891988719882102. PMID: 32013737; PMCID: PMC8505128.
- 35 Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhetsfengsels og rettspsykiatri. *Møte med aggresjonsproblematikk (MAP)* [Internett]. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://sifer.no/map/>
- 36 Sikresiden.no. *Trusler og truende situasjoner* [Internett]. Universitetet i Bergen 2025. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://www.sikresiden.no/forebyggende/trusler/?locality=196>
- 37 Bjønnum S, Myklebustad H. Veileder. *Forebygging og håndtering av aggresjon og vold*. Stiftelsen SOR; 2017.
- 38 Arbeidsmiljøloven. 2005. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv av 2005-06-17 nr 62.
- 39 Forskrift om utførelse av arbeid. 2011. Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav av 2011-12-06 nr 1357.
- 40 Wedervang-Resell A, Østraat IE, Haga M, Klinkenberg E, Berglund K. *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*. Helsedirektoratet; 2017.

- 41 Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende*. 2017.
- 42 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2016. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 2016-10-28 nr 1250.
- 43 Nordbø B. Implementere. [Internett]. *Store norske leksikon*. [Hentet 23.oktober 2025] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/implementere>
- 44 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ. 2008;337.
- 45 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ. 2000;321(7262):694–6.
- 46 Vygotsky L. *Tænkning og sprog*. København: Hans Reitzel; 1982.
- 47 Dysthe O. *Ulike teoriperspektiv på kunnskap og læring*. Bedre skole. 1999;3: 4–7.
- 48 Dysthe O. *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag; 2001.
- 49 Nærdal B. Tiltakspakke demens: *Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende – Evalueringsrapport fra syv kommuner*. Tønsberg: Aldring og helse; 2016.
- 50 Mjørud M, Engedal K, Røsvik J, Kirkevold M. *Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study*. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):93.
- 51 Cahill S, Diaz-Ponce AM. *I hate having nobody here. I'd like to know where they all are': Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment?* Aging Ment Health. 2011;15(5):562–72.

VIPS-MANUALEN FOR LEDERE

Personsentrert omsorg og ledelse

Hvordan skal en leder gå fram for å innføre personsentrert omsorg på en enhet og oppfylle kravene i *Nasjonal faglig retningslinje om demens*? Hvordan skal en leder sikre at den daglige omsorgen er personsentrert?

Denne manualen er skrevet for ledere som ønsker å implementere personsentrert omsorg ved bruk av VIPS praksismodell.

I VIPS praksismodell utvikles en personsentrert arbeids- og omsorgskultur ved at personalet deltar i et ukentlig fagmøte. Gjennom strukturert samarbeid, opplæring, veiledning og støttende ledelse blir verdiene i personsentrert omsorg praktisk virkelighet.

VIPS praksismodell har hentet navnet sitt fra VIPS-rammeverket som oppsummerer hovedelementene i personsentrert omsorg. V står for verdier, I for individuell omsorg, P for perspektivet til personen med demens og S for sosialt støttende miljø.

Manualen er utviklet med støtte fra Helsedirektoratet.



Janne Røsvik (f. 1963)

Røsvik er sykepleier, cand.polit., ph.d. Hun har i mange år arbeidet som høyskolelektor. Hun har erfaring fra prosjektarbeid, er forfatter og redaktør. Hun er nå ansatt som forsker ved Nasjonalt senter for aldring og helse.



Marit Mjørud (f. 1974)

Mjørud er sykepleier, ph.d. Hun har i mange år arbeidet i kommunehelsetjenesten. Hun har erfaring fra prosjektarbeid, er forfatter og redaktør. Hun er nå ansatt som forsker ved Nasjonalt senter for aldring og helse.

Forlaget aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf. 33 34 19 50

e-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonalt senter

ISBN: 978-82-8470-127-1 (pdf)