

Målet for personsentrert omsorg er at personen skal få hjelp på en måte som passer for ham eller henne, slik at personen trives og kjenner seg verdsatt.

Med dette prosjektet ville man innhente erfaringer med å implementere fire ulike metoder for personsentrert omsorg i sykehjem.

# Bruk av fire metoder for å implementere personsentrert omsorg;

## VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og planverktøy for strukturering av miljøbehandling

### Bakgrunn

VIPS praksismodell (VPM), Dementia Care Mapping (DCM), Marte Meo-metoden, og Strukturert miljøbehandling regnes alle som metoder for å implementere personsentrert omsorg. Alle metodene var inkludert i videreføringen av utviklingsprogrammet for miljøbehandling knyttet til Demensplan 2015 (1).

VIPS praksismodell og Dementia Care Mapping bygger på Tom Kitwoods teori om personsentrert demensomsorg (2). Marte Meo-metoden bygger på Maria Aarts funksjonsstøttende elementer i kommunikasjon (3), og Strukturert miljøbehandling bygger på John G. Gundersons miljøterapeutiske prinsipper (4, 5). De to sistnevnte ligger tett opp mot personsentrert omsorg når det gjelder verdigrunnlag og faginnhold.

Målet for personsentrert omsorg er at personen skal få hjelp på en måte som passer for ham eller henne, slik at personen trives og kjenner seg verdsatt. Dette gjøres ved å støtte personens grunnleggende psykologiske behov for trøst, tilhørighet, identitet, inklusjon og beskjefteigelse. Personsentrert omsorg er ofte blitt sett på som synonymt med «god» eller «individuell tilpasset» omsorg, men dette dekker ikke alle sidene ved personsentrert omsorg slik den er beskrevet av Kitwood. Dawn Brooker konkretiserte Kitwoods omsorgsfilosofi i det som kalles VIPS-rammeverket (6) der bokstaven

**V** står for verdier og innebærer å verdsette personen med demens som en unik person, **I** står for individuelt tilpasset omsorg, **P** står for å løfte fram perspektivet til personen med demens, og **S** står for å skape et støttende sosialt miljø. Disse fire elementene må være med for at omsorgen skal være personsentrert.

Personsentrert omsorg handler om å få bekräftet vår verdi som menneske og bli inkludert i fellesskapet.

Å implementere personsentrert omsorg krever at ansatte på alle nivå i organisasjonen bidrar. Ledelsen har hovedansvar for at personsentrert omsorg blir etablert som verdi grunnlag. Personalet har ansvar for å finne tiltak i overenstemmelse med den personsentrerte omsorgsfilosofien. Til dette trenger de aktiv støtte fra sin nærmeste leder i det daglige (2, 6).

### VIPS praksismodell

Sentralt i VIPS praksismodell er et ukentlig, strukturert fagmøte hvor alle har sine roller og funksjoner. VIPS-rammeverket (6) brukes til å analysere konkrete situasjoner som personalet opplever utfordrende (7). En representant for den største gruppen ansatte, ofte en helsefagarbeider, kalles ressursperson og leder fagmøtet med støtte fra avdelingsleder. Primærkontakten har rollen som talsperson for personen med demens, og forbereder seg til

#### SKREVET AV

Marit Mjørud, sykepleier MSc, stipendiat

Janne Røsvik, sykepleier cand. polit. phd.

Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier, phd., postdoc, alle Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Marianne Munch, ger. sykepleier, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Bergen

Irene Røen, sykepleier, Alderspsyk. forskningssenter, Sykehuset Innlandet

fagmøtet ved å snakke med personen og de pårørende og kartlegger situasjonen som skal analyseres. Basert på dette presenterer primærkontakten situasjonen slik hun/han tror personen med demens opplever den. Personalet drøfter situasjonen og finner tiltak de tror vil gjøre situasjonen bedre. Dato for evaluering settes, slik at tiltaket kan justeres hvis personen med demens ikke trives med det.

Gjennom VPM lærer personalet hvordan de skal bruke kunnskap om personsentrert omsorg. De ansatte skal oppleve at de er verdsatt, at de får utvikle seg faglig, og delta i beslutninger som gjelder deres eget arbeid (8-11).

### **Dementia Care Mapping (DCM)**

DCM-metoden benytter observasjon for å vurdere omsorgskvalitet med en intensjon om å innta perspektivet til personen med demens (2, 12, 13). I DCM gjøres systematisk kartlegging av grad av velvære hos personen med demens gjennom koding av humør, atferd og aktivitet samt engasjement. Kodingen gjøres hvert femte minutt i en periode på fire til seks timer. I tillegg gjøres observasjoner og beskrivelser av eksempler på positiv og negativ omsorgspraksis i samhandlingen mellom personalet og pasientene.

Når DCM-observasjoner gjennomføres regelmessig bidrar det til at en personsentrert omsorgskultur utvikles og opprettholdes. Prosessen starter med informasjon til personalet og opplæring i grunnprinsippene for personsentrert omsorg. Deretter gjøres observasjoner og kartlegging av pasientene, med påfølgende tilbakemelding til personalgruppen. Kartleggingsresultatene for hver pasient og for hele gruppen gjennomgås, og eksempler hvor personalet møter pasientenes grunnleggende behov fremheves. Tilbakemeldingen skal stimulere til refleksjon og sette i gang en diskusjon. Målet er å ende opp med tiltaksplaner for pasientene og konkrete planer for miljøbehandlingstiltak. Tiltakene iverksettes og arbeides med i en periode før det gjennomføres en ny DCM-kartlegging med påfølgende tilbakemelding der nye områder for forbedring blir valgt.

### **Marte Meo-metoden**

Marte Meo kommer fra det latinske «mars martis» som oversettes med «av egen kraft» (3, 14, 15). Marte Meo-metoden er teoretisk forankret i utviklingspsykologi, og er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som bruker film som arbeidsredskap. Marte Meo-metoden består av to komponenter:

- ♦ Film som pedagogisk verktøy i veiledning av helsepersonell med utgangspunkt i analyse av samspill mellom pleier og personen med demens
- ♦ Funksjonsstøttende elementer i kommunikasjon som læres og brukes systematisk i samspill mellom pleier og personen med demens

En Marte Meo-prosess starter med en bestilling hvor pleiere melder om utfordringer knyttet til samspill med en pasient. Prosedyrene for ivaretagelse av pasientens personvern blir gjennomført før filmopptak og analyse av samspill og veiledning blir iverksatt. En Marte Meo-prosess består gjerne av to filmopptak med påfølgende individuell veiledning, før pleier og veileder bestemmer hvilke klipp som vises i fellesveiledning. Tiltakene og de aktuelle funksjonsstøttende elementene i kommunikasjon dokumenteres i holdningsplan eller annet dokumentasjonsverktøy. Veiledning tar vanligvis 15 til 30 minutter. Marte Meo-metoden benyttes både i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester.

### **Planverktøyet fra strukturert miljøbehandling**

Følgende planverktøy (16) ble anbefalt; holdningsplan, døgnrytmeplan, plan for dag og kveld og ukeplan. Planverktøyet brukes for å sikre gjennomføring av tiltak og tilpasses de andre metodene. Planene fylles ut og evalueres av pleierne som gjennomfører miljøbehandling.

Pasientens individuelle miljøbeholdningsplan kalles holdningsplan for å understreke betydningen av relasjonen mellom pleier og pasient. Planen gir en konkret beskrivelse av hvordan tiltak gjennomføres.

Døgnrytmeplanen gir oversikt over arbeidsoppgaver og aktiviteter som utføres i avdelingen gjennom døgnet.

Ukeplanen gir oversikt over fellesaktiviteter.

Dag- og kveldsplan fylles ut for hver vakt og gir en oversikt over hva som skal skje i løpet av vekten, og hvem som er ansvarlig for de ulike oppgavene. I denne planen samkjøres alle oppgaver personalet har ansvar for.

### **Forskningsresultater**

Effekten av DCM og VPM på atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens ble testet i en randomisert kontrollert intervensjonsstudie og viste redusert forekomst av agitasjon og nevropsykiatriske symptomer totalt hos pasientene på avdelingene som brukte DCM eller VPM. VPM-gruppen fikk redusert forekomst av depresjon og DCM-gruppen fikk bedre livskvalitet, sammenliknet med kontrollgruppen (17). I to kvalitative studier har Marte Meo-veiledning vist positiv innvirkning på kommunikasjon og samhandling mellom personer med demens og helsepersonell. Studiene viser at Marte Meo kan bidra til å øke pleierens sensitivitet og ferdigheter i utfordrende samspillsituasjoner, samt styrke evnen til å observere kroppsspråk og signaler hos personen med demens (18-20).

### **Hensikt med prosjektet**

Hensikten med dette prosjektet var å innhente erfaringer med å bruke alle fire metodene sammen i implementering av personsentrert omsorg i sykehjem.

### **Metode**

Prosjektet varte fra mars til oktober 2015. To sykehjem med kjennskap til DCM, Marte Meo-metoden og/eller VPM deltok. Planverktøyet var nytt for begge sykehjemmene. Sykehjemmene fikk håndbok om metoden (16) og tilbud om opplæring i bruk av planverktøyet.

Sykehjem A deltok med to avdelinger. Sykehjemmet hadde intern kompetanse i Marte Meo og DCM, og hadde sendt utvalgt personell på VPM-kurs en tid før prosjektoppstart.

Sykehjem B deltok med en avdeling. Hele personalgruppen fikk opplæring i VPM rett før prosjektstart. Sykehjemmet brukte ekstern DCM- og Marte Meo-veileder.

Erfaringer ble innhentet ved fokusgruppeintervju med representanter fra personalet på enhetene som deltok (fire grupper) og lederne på hvert sted (to grupper). Tema for fokusgruppeintervjuene var hvordan de hadde brukt

metodene, erfaringer ved å kombinere dem og deres tanker om hva som skal til for å samkjøre flere metoder på en vellykket måte.

## Resultater

Begge sykehjemmene gjennomførte en Marte Meo-filmveiledning og en DCM-kartlegging i løpet av prosjektperioden. Ingen av sykehjemmene hadde benyttet planverktøyet under prosjektperioden, men lederne uttrykte at de så nytten av å bruke planene.

På sykehjem A hadde en enhet regelmessige VPM-fagmøter; en enhet hadde møter ad hoc, og to enheter hadde ingen møter. På sykehjem B hadde alle enhetene regelmessige VPM-fagmøter.

### Pleiernes erfaringer

Personalet understreket at en vellykket innføring av personsentrert omsorg ved bruk av disse metodene var avhengig av at de fikk informasjon om hva personsentrert omsorg er, hvorfor de skal starte med det og hva metodene går ut på. Rekkefølgen for innføring av metodene var gjort ulikt på avdelingene, og alle anbefalte den rekkefølgen de selv hadde hatt.

DCM-tilbakemeldingen ble godt mottatt, personalgruppen fikk vurdert arbeidet sitt, hva de burde gjøre mer av og mulighet for å diskutere områder for forbedring. Dette ga inspirasjon til videre utvikling. DCM viste personalgruppen hvordan det sosiale miljøet i fellesrom fungerte. Det var viktig at pleierne som var til stede ved DCM-kartleggingen også var til stede ved tilbakemelding. Noen enheter hadde opplevd at det kunne gå for lang tid mellom kartlegging og tilbakemelding. Det var ingen sterke meninger om de foretrakk ekstern eller intern DCM-kartlegger.

VPM-fagmøtet ble sett på som personalets forum. Strukturen i fagmøtet sørget for at de fokuserte på én konkret situasjon om gangen, fikk drøftet hvordan situasjonen skulle håndteres og hvordan rutinene skulle være. Pleiere fra enheter som ikke hadde faste møter, savnet denne muligheten. I møtet kom personalets ulike erfaringer med samme pasient fram, slik at alle kunne dra nytte av erfaringene og få mer kunnskap. Pleierne erfarte at fagmøter med bare tre pleiere til stede ikke var hensiktsmessig. De små enhetene på sykehjem B slo seg sammen og holdt felles fagmøter.

Indikatorerne i VIPS-rammeverket gjorde personalet flinkere til å «lese» pasientene, og på en enhet hadde det ført til mindre bruk av skjerming. Indikatoren «empati og risikovurdering» hadde gjort personalet oppmerksomme på balansen mellom å la pasienten delta i aktivitet og faren for overstimulering. De innså at de kanskje hadde lagt mest vekt på å fore-

bygge overstimulering og ville nå fokusere mer på hva de kunne gjøre for at pasientene skulle få være med på det som var viktig for dem. For at fagmøtene skulle fungere var det viktig at lederen satte opp møteplan samt var til stede og støttet ressurspersonen i å lede møtet og primærkontakten i å presentere perspektivet til personen med demens.

Marte Meo lærte pleierne nødvendigheten av å ha et rolig tempo, å holde øyekontakt og å følge pasientens rytme. En pleier beskrev hvordan hun i Marte Meo-filmen så akkurat når hun mistet øyekontakt med pasienten og hvordan det gjorde pasienten forvirret slik at samhandlingen brøt sammen. Marte Meo ble foreslått benyttet til evaluering av nye tiltak, og kunnskapene er nyttige når personalet skal ta tak i tilbakemeldingene fra DCM.

Dokumentasjon var en generell utfordring. Tiltak ble ofte ikke godt nok beskrevet i pasientens plan. Tiltak besluttet etter DCM-tilbakemelding, Marte Meo-veiledning eller VPM-fagmøter ble ofte dokumentert i et eget punkt i dokumentasjonssystemet. Noen henviste videre til pleieplan der tiltakene ble ført inn under ulike punkt. Noen hadde egne VPM-notatbøker for konklusjonene fra fagmøtene. Da ingen hadde rukket å ta i bruk planverktøyet i løpet av prosjektperioden, fikk en ikke høstet noen erfaringer knyttet til bruken av dette.

Bruk av metodene ga personalet flere og nye ord og uttrykk for å beskrive det de observerte. De fikk begreper «å se med» og et språk til å formidle verdier og kunnskap. Personalet opplevde innføringen av metodene som positivt for arbeidsmiljøet, det krevde at de måtte høre på hverandre og samarbeide med respekt og åpenhet.

### Ledernes erfaringer

Lederne opplevde at metodene konkretiserte ulike aspekter ved personsentrert omsorg og ga innsikt i hva personsentrert omsorg innebærer i praktisk miljøbehandling. DCM opplevdes nyttig for å få overblikk over grad av personsentrert praksis i fellesarealer samt engasjement, velvære og trivsel hos beboerne. DCM-kartleggingen ga personalet tilbakemelding og anerkjennelse for tiltak som økte trivsel hos pasientene. På sykehjem B uttrykte de at tilbakemelding fra ekstern DCM-kartlegger var spesielt nyttig fordi det kom fra en som ikke var i avdelingen til daglig.

Fordeler ved å ha intern kompetanse i Marte Meo og DCM er at kompetansen er lett tilgjengelig. Fordeler ved bruk av ekstern kompetanse er å få utenfra-blikk med nye tanker og ideer.

Marte Meo ble brukt der det var særlige utfordringer knyttet til kommunikasjon og

*Dokumentasjon  
var en  
generell utfordring.*

**Tabell 1.**  
**Møtestruktur i fagmøtet med VPM eller tilbakemelding fra DCM eller Marte Meo**

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

samhandling. Lederne erfarte at personalet ble bevisst detaljer i samhandlingen med pasienten, og oppmerksomme på hva som hadde positiv effekt.

Strukturen i VPM-fagmøtet var viktig for å holde fokus, og gi forståelse av hvordan situasjonen kunne oppleves for pasienten. Diskusjonen bidro til at personalet fant bedre måter å hjelpe pasienten på. Fagmøtet kunne brukes til å gi Marte Meo-veiledning og DCM-tilbakemeldinger. Se tabell 1 for hvordan et slikt fagmøte kan se ut.

Ved et sykehjem hadde de diskutert om legen skulle delta, men trodde det kunne virke dempende på deltakelsen for de andre ansatte. Fagmøtet opplevdes nyttig som forberedelse til møtet med legen senere.

For å sikre ukentlige VPM-fagmøter var det viktig at møtene foregikk på faste dager til fast klokkeslett. Det ene sykehjemmet hadde tilpasset turnusen slik at ressurspersonene var på jobb og flest mulig kunne delta. Metodene bidro til at personale med ulik kulturbakgrunn fikk en felles tilnæringsmåte til pasientene. Ingen av lederne mente at implementering av metodene var for ressurskrevende.

## Oppsummering

Hensikten med prosjektet var å innhente erfaring i bruk av fire metoder for å implementere personsentrert omsorg. Både ledere og personalet løftet fram økt bevissthet rundt pasientens perspektiv og trivsel som viktige erfaringer. Dette hjalp dem å finne gode omsorgstiltak og miljøbehandling tilpasset hver enkelt.

Metodene løfter fram ulike dimensjoner som må ivaretas i personsentrert omsorg. Erfaringene viser at metodene utfyller hverandre og med fordel kan brukes sammen, og at implementering av metodene er gjennomførbart med hensyn til ressursbruk og kostnader.

## REFERANSER

- Rokstad AMr. Bedre hverdag for personer med demens. Tønsberg: Aldring og helse, 2012.
- Kitwood T. Dementia reconsidered. Buckingham.: Open university press.; 1997.
- Lunde LH, Munch M. Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. Demens&Alderspsykiatri. 2012;16(3):20-4.
- Gunderson JG. Defining therapeutic process in psychiatric milieus. Psychiatry. 1978;41:327-35.
- Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J. Dementia care creating a therapeutic milieu. Journal of gerontological nursing. 1993;19(10):30-9.
- Brooker D. Person centered dementia care. Making services better. London: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
- Røsvik J, Kirkevoold M, Engedal K, Brooker D, Kirkevoold Ø. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. International journal of older people nursing. 2011;6(3):227-36.
- 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. Implementation Science. 2009;4:50.
- 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.
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. BMJ. 2008;337:a1714.
- McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. Journal of clinical nursing. 2004;13(3a):31-8.
- (BSI) BSI. PAS 800 Use of Dementia Care Mapping for Improved Person-Centred Care in Care Provider Organisation 2010. Available from: <http://www.bsigroup.com>.
- Brooker D, Surr C. Dementia Care Mapping: Principper og praksis: University of Bradford & Daniae; 2007.
- Aarts M. Marte Meo. Basic Manual. 2 ed: Aarts Productions; 2008.
- Hylmo I, Nordhus IH. Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2004;41:16-20.
- Røen I, Storlien M. Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Aldring og helse; 2015.
- Rokstad AM, Røsvik J, Kirkevoold Ø, Selbaek G, Saltyte Benth J, Engedal K. The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. Dement Geriatr Cogn Disord. 2013;36(5-6):340-53.
- Alnes Eiang R. Demens og samspill, Marte Meo veiledning I demensomsorg. Demens & Alderspsykiatri. 2015;19(3).
- Hansen A, Ytrehus S. How the Marte Meo-method affects the personnel's perception of coping in dementia care. Sykepleiern Forskning. 2011;6(1):1363-71.
- Andersen AE. Metoden som kan forandre praksis - En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen: Nordiska høgskolan för folkhälsevetenskap 2009.