

Hvilken betydning har introduksjon av VIPS praksismodell for person-sentrert omsorg og for arbeidsmiljø?

VIPS praksismodell (VPM) bygger på Kitwood (1) sin teori om personsentrert omsorg (PSO). Målet med PSO er at pasienten skal få hjelp, slik at pasienten trives og kjenner seg verdsatt.

FAKTA

Guri Rosseland Rummelhoff
Sykepleier, førstelektor,
Høgskolen i Østfold,
avd. Helse og Velferd,
bachelor sykepleie
guri.rummelhoff@hiof.no

Turid Helberg
Sykepleier, professor,
Høgskolen i Østfold, avd.
Helse og Velferd
turid.helberg@hiof.no

Introduksjon

Dette gjøres ved å styrke den ansattes forutsetninger for å støtte pasientens grunnleggende psykologiske behov for trøst, tilhørighet, identitet, inkludering og beskjeftigelse.

Forskning viser at 80 % av alle beboere på sykehjem i tillegg til behovet for hjelp til egen omsorg har demensproblematikk (2). Personer med demens får endret sin personlighet og det er utfordrende å se mennesket bak diagnosen. I følge Kitwood (1) er det viktig for personer med demens å være i et psykososialt miljø hvor de blir sett på som en person med unik personlighet og livshistorie. VPM er utviklet for personer med demens.

VPM innebærer en økt vektlegging av følgende elementer og er en oppsummering av alle sidene av PSO (3). Bokstavene i V-I-P-S representerer fire elementer som må være med for at omsorgen skal være personsentrert.

V - alle mennesker har samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

I - omsorgen er **individuell** tilrettelagt.

P - å ta **perspektivet** til personen med demens, se verden slik personen med demens ser den.

S - et **støttende** sosialt miljø (3).

I VIPS-rammeverket har disse elementene seks indikatorer (hjelpespørsmål) hver. Til hver av indikatorene er det utarbeidet underpunkter som bidrar til refleksjon. Pleierne bruker indikatorene i et fagmøte for å vurdere om de gir PSO til personer med demens i en konkret situasjon (4).

En litteraturgjennomgang av personsentrering innen gerontologisk omsorg fant at det er fire begrep som er sentrale for PSO: være i relasjon, være i en sosial verden, være på plass og være seg selv (5). Et teoretisk rammeverk for personsentrert praksis består av fire komponenter: forutsetninger, omsorgsmiljø, personsentrerte prosesser, forventet resultat. Omsorgsmiljøet handler om den sammenhengen der omsorgen gis, det er viktig med ulike kompetanser i teamet, velfungerende personalrelasjoner og støttende organisatoriske systemer (6). En litteraturgjennomgang har funnet sammenheng mellom PSO og jobbtilfredshet (7). En studie utført på sykehjem i Norge, Sverige og Australia viser at de ansattes opplevelse av å arbeide personsentrert betyr at de møter beboerens individuelle behov og preferanser i nære relasjoner og deler felles mål/verdier ved å arbeide mot en kollektiv praksis i samarbeidende team (8).

PSO har positiv innvirkning på jobbtilfredshet, jobbproduktivitet og organisatorisk engasjement for ansatte i sykehjem (9). Det er av interesse å undersøke arbeidstakersiden av VPM ettersom det har vist seg å være en sammenheng mellom arbeidsmiljø og kvalitet i praksis (10).

Innføring av VPM er et nasjonalt satsningsområde knyttet til Demensplan 2015 (11) og videreføres i Demensplan 2020 (12). Forskningsmiljøet ved Aldring og helse har i mange år forsket på effekt av metoder innenfor miljøbehandling, både Marte-Meo, Dementia Care Mapping og VIPS-praksismodell (13-21).

VPM ble innført på to sykehjem. Resultater fra studien viste følgende hovedtemaer: strukturert



Foto: Shutterstock

teamwork, veiledning og støttende ledelse. Støtte fra avdelingsleder var avgjørende for å innføre VPM med fagmøter. Fagmøte er et forum for å oppnå konsensus og koordinere miljøbehandlingen (22).

Personer med demens har beskrevet livet på sykehjem som vanskelig og ensomt (23). En effektstudie av VPM viste reduksjon av nevropsykiatriske symptomer og depresjon hos pasienter med demens i gruppen som brukte VPM sammenliknet

med en kontrollgruppe som ikke brukte VPM (14). Tidligere forskning viser at det å arbeide personsentrert har betydning for arbeidsmiljøet (5, 7-9, 24). Erfaring viser at VPM er positivt for arbeidsmiljøet og gjør at personalet arbeider mer fagbasert (13). VPM har effekt både for pasienter og ansatte på sykehjem, og denne studien vil gi økt kunnskap om PSO har betydning for arbeidsmiljøet.

Sammendrag: Hvilken betydning har introduksjon av VIPS-praksismodell for personsentrert omsorg og for arbeidsmiljø?

Bakgrunn: VIPS praksismodell og fagmøter ble innført på 9 sykehjem i en kommune. Denne modellen omhandler den enkeltes verdi, perspektiv, individualisering og sosial støtte.

Hensikten: Hensikten med studien er å undersøke om VIPS praksismodell (VPM) har betydning for ansattes praktisering av personsentrert omsorg (PSO) og for arbeidsmiljø.

Metode: Studien ble organisert som en anonymt besvart repetert tverrsnittstudie. To validerte spørreskjemaer om psykososialt arbeidsmiljø og personsentrert omsorg ble utfylt av ansatte før og etter innføring av VPM. Frekvensanalyse og uavhengig t-test ble benyttet for å undersøke endring mellom de to tidspunktene ($p < 0,001$).

Resultater: Arbeidsmiljø: Det som har økt mest ved andre måling er egenkontroll, selvutførelse, medansvar og innflytelse over egne oppgaver, personlig og faglig utvikling. Personsentrert omsorg: Introduksjon av fagmøter der vi diskuterte hvordan vi gir beboerne personsentrert omsorg, bedret seg mest ved andre måling. Beboernes livshistorie ble brukt oftere. Å ikke ha tid til å yte personsentrert omsorg hadde lavere skår ved andre måling.

Konklusjon: Studien viser at etter innføring av VPM, ble det rapportert en bedring av arbeidsmiljøet og i større grad praktisert personsentrert omsorg.

Nøkkelord: VIPS praksismodell, personsentrert omsorg, arbeidsmiljø

Abstract: What impact does the introduction of VIPS practice model have on person-centered care and the work environment?

Background: VIPS which includes values, individualized and supportive care with the perspective of the patient and regular professional meetings was introduced in nine nursing homes.

The aim: The aim of this study is to investigate whether the VIPS practice model (VPM) is important for employees' practicing person-centered care (PSO) and for the work environment.

Method: In this repeated cross-sectional study, two validated questionnaires were completed anonymously by the employees at two different times, before and after the introduction of VIPS and professional meetings. One questionnaire was about psychosocial working environment and one was about personalized care. Frequency analyses and independent t-test were used to examine change ($p < 0,001$).

Results: Working environment: An increase in sense of control, personal involvement, influence and co-responsibility for tasks, personal and professional development was observed between the two measurements. Personalized care: Professional meetings with discussions about how the residents were provided care had improved most. The residents' life stories were used more often. No time to provide personalized care had lower scores.

Conclusion: This study shows that introduction of VPM and professional meetings improved working environment and personalized care.

Keywords: VIPS practice model, person-centered care, working environment

Kompetansestyrkende tiltak med innføring av VPM og fagmøter ble videreført til alle ni langtidspsykehjemmene i en østlandskommune etter gjennomføring av et pilotprosjekt ved to sykehjemsavdelinger (25). Høgskolen har ansvar for evaluering av intervensjonen.

Hensikten med studien er å undersøke om VIPS-praksismodell har betydning for ansattes praktisering av PSO og for arbeidsmiljø.

Materiale og metode

Design

Denne studien er organisert som en repetert tverrsnittstudie ved ni sykehjem høsten 2015 og våren 2016. Fokus for studien har vært å undersøke både de ansattes praktisering av PSO før og etter kursdag om VPM og introduksjon av fagmøter og deres opplevelse av arbeidsmiljø.

PSO er den ene resultatvariabelen og arbeidsmiljø er den andre. Det er disse vi måler på to tidspunkter. Det vi introduserer i praksis er VPM og fagmøter.

«Prosjektleder arrangerte kurs for ansatte ved 25 avdelinger ved ni sykehjem»

Etablering av PSO ved bruk av VPM

Prosjektleder arrangerte kurs for ansatte ved 25 avdelinger ved ni sykehjem. Det ble arrangert et heldagskurs for ressurspersoner, avdelingsledere og et tre timers kurs for for ansatte som arbeider over 50% stilling. VPM ble presentert med foredrag, film, fagmøter og rollespill. VPM ble innført på ulike typer avdelinger, ikke bare skjermede avdelinger for personer med demens. Pleierne bruker VIPS-indikatorerne i et fagmøte for å vurdere om de gir PSO til personer med demens i en konkret situasjon.

Fagmøte er et fast ukentlig forum for PSO, det er selve hjørnesteinen ved innføring av VPM (4). Fagmøtet har fast struktur med definerte roller for deltakerne. Fagmøtene ledes av ressurspersoner som sikrer kvalitet og innhold i tråd med VIPS-indikatorerne. Primærpleier, som har daglig ansvar

for pasienten, legger fram situasjonen fra pasientens perspektiv. Strukturen i fagmøte hjelper til å oppnå enighet og alle må være lojale mot avgjørelsene. Primærpleieren har ansvar for å dokumentere og vurdere effekten av tiltakene (22). De ansatte som arbeidet mindre enn 50% fikk ikke tilbud om kurs, de fikk opplæring av ressurspersonen på avdelingen.

Datainnsamling

Datainnsamling

Respondentene besto av ufaglærte, helsefagarbeidere, og verne- og sykepleiere i ulike stillingsbrøker. Besvarelsene var anonyme og det var derfor ikke mulig å si hvem som var de samme respondentene ved de to tidspunktene. Alle deltakerne på VIPS-kurs svarte på den første spørreundersøkelsen. I oppfølgingsrunden ble respondentene også spurt om deltakelse på kurs og fagmøter. Det ble også innhentet data om utdanning, stillingsstørrelse og antall år på arbeidsstedet.

To validerte evalueringsskjemaer ble benyttet med tillatelse fra Aldring og Helse. Mjørud og Rokstad (13, 17, 21) har testet spørreskjemaene i Norge. De samme to spørreskjemaene ble brukt ved begge tidspunkt.

Spørreskjema om psykososialt arbeidsmiljø og jobbtillfredshet inneholdt 10 spørsmål med svaralternativer 1-6 (1= meget dårlig, 6= meget bra). Spørsmålene fokuserer på arbeidsmengde, variasjon i arbeidsoppgaver, sosial støtte, samarbeid med kollegaer og forhold til nærmeste leder (26).

Spørreskjemaet om personsentrert omsorg inneholdt 13 spørsmål. Spørsmål 1-7, 13 er påstander om individuell omsorg, spørsmål 8-12 er påstander om organisatorisk og miljømessig støtte. Svaralternativer er 1-5 (1= uenig og 5 = helt enig) (17, 27). Spørsmålene handler om personalet diskuterer personsentrert omsorg, har de teammøter (fagmøter) hvor temaet fokuseres på, kjenner de beboerens livshistorie og har de tid til å praktisere personsentrert omsorg. Det er viktig å merke seg at spørsmål 8-12 omhandler negative forhold, jo høyere skår på påstand 1-7 og 13 jo mer enig i påstanden. Jo høyere skår på påstand 8-12 jo mer uenig i påstanden. I spørreskjema er ordet teammøte brukt, men vi har valgt å bruke det norske ordet fagmøte.

Analyse

Dataene er analysert ved hjelp av SPSS v. 23. For analyser av respondentenes stillingsbrøk, fagutdanning og deltakelse på kurs og fagmøter der VPM ble introdusert og fulgt opp, ble deskriptive metoder benyttet, dvs. frekvensanalyse for å undersøke prosentandel og hvor mange som tilhørte hver kategori. Videre ble uavhengig t-test benyttet for å undersøke styrken på forskjellen mellom de to tidspunktene ved å få frem signifikansnivå der grensen var $p < 0,001$ (28).

Etiske overveielser

Respondentene fikk et informasjonsskriv om spørreundersøkelsene. De ble informert om at svarene ville være anonyme og ikke kunne kobles sammen med navnet deres. De ga sitt samtykke til å delta i spørreundersøkelsen ved å svare på spørreskjemaet. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS. (NSD) med nr. 44711.

Resultater

Utvalg

Ansatte ved ni sykehjem (n = 327) og med ulike fagbakgrunn som deltok på VIPS-kurs høst 2015/vår 2016 svarte på spørreundersøkelse 1. Etter gjennomføringen av kurs og fagmøter, ble spørreunder-

søkelsen gjentatt våren 2017 (n = 180, hvorav n= 86 hadde deltatt ved den første spørreundersøkelsen). I spørreundersøkelse 1 er svarprosenten 100 av alle som gikk på kurs, de fikk utdelt spørreskjemaet på kurset, og alle svarte. I spørreundersøkelse 2 ble det sendt ut spørreskjemaer til avdelingsledere, som distribuerte spørreskjemaene på sin avdeling, og 180 svarte, det gir en svarprosent på 55.

Respondentenes stillingsprosent (tabell 1) viser at 72 % har over 50 % stilling og 13,2 % har under 50 % stilling. Ansatte som arbeidet over 50 % fikk tilbud om kurs.

Respondentenes fagutdanning viser at helsefagarbeidere utgjør 42,4 %, syke-/vernepleiere 29,8 % og ufaglærte 9,7 %.

Deltakerne var bare delvis de samme personene ved oppfølgingsundersøkelsen, og deltakelse på kurs og fagmøter varierte (tabell 1). Svar om deltakelse på kurs/fagmøte viser at 47,8 % har deltatt på kurs og 67,2 % har deltatt på fagmøte.

Arbeidsmiljø

Resultatene fra spørreskjema om arbeidsmiljø (tabell 2) viser gjennomsnittscore (mean) og standardavvik (SD) for tidspunkt 1 og tidspunkt 2, før og etter kurs/innføring av VIPS-praksismodell og fagmøter. Tid 2 viser også mean og SD for dem som har gått på kurs og deltatt på fagmøte.

TABELL 1: Respondentenes stillingsprosent, fagutdanning, deltakelse på kurs og fagmøte ved de to tidspunktene og for alle respondenter.

	Tid 1 (n=327)	Tid 2 (n=180)	Alle (n=507)
Stillingsprosent			
>50%	238 (72,8%)	127 (70,5%)	365 (72%)
< 50%	39 (11,9%)	28 (15,5%)	67 (13,2%)
Missing	50 (15,3%)	25 (14 %)	75 (14,8%)
Fagutdanning			
Ufaglært	32 (9,8%)	17 (9,4%)	49 (9,7%)
Helsefagarbeider	146 (44,7%)	88 (48,9%)	234 (46,2%)
Syke-/Vernepleier	108 (33 %)	65 (36,1%)	173 (34,1%)
Missing	41 (12,5%)	10 (5,6%)	51 (10 %)
Deltatt på kurs	327 (100%)	86 (47,8%)	
Ikke deltatt på kurs		72 (40%)	
Missing		22 (12,2 %)	
Deltatt på fagmøte		121 (67,2%)	
Ikke deltatt på fagmøte		39 (21,7%)	
Missing		20 (11,1%)	

Deltakelse på kurs og fagmøte var spørsmål som ble stilt bare på tid 2, alle som svarte ved tid 1 deltok på kurs, men fagmøte var ikke innført på tid 1

I tillegg ser vi forskjellen på skåren mellom de to tidspunktene som alle var signifikante ($p > 0.001$). Det som har økt mest på tid 2 i spørreskjemaet om arbeidsmiljø, er egenkontroll og selvutfoldelse, det å ha innflytelse og medansvar på egne oppgaver og mulighet for personlig og faglig utvikling. Økt har også sosial støtte, felleskap og samarbeid med kollegaer. Forholdet til nærmeste leder, informasjon og kommunikasjon, god åpenhet og at det er lett å bli hørt. Alle gjennomsnittsverdiene har økt for de respondentene som har gått på kurs og deltatt på fagmøte.

TABELL 2: Arbeidsmiljø for alle respondenter, presentert som gjennomsnittlige verdier ved de to måletidspunktene og differanse mellom før og etter kompetansestyrkende tiltak. Arbeidsmiljø for respondenter som har deltatt på VIPS kurs og fagmøte. Svaralternativer 1-6 (1= meget dårlig, 6= meget bra)

	Tid 1, mean, (SD) N=327	Tid 2, mean (SD) N=180	Tid 2, mean (SD) Kurs N=86	Tid 2, mean (SD) Fagmøte N=121	Diff. T2 – T1
Arbeidsmengde – vurdering av arbeidspress, tidspress, overtid	3,13 (1,61)	3,64 (1,35)	3,72 (1,20)	3,66 (1,27)	0,51 *
Variasjon – at oppgavene er varierte og meningsfulle	3,62 (1,75)	4,61 (1,20)	4,78 (1,09)	4,79 (1,18)	0,99 *
Egenkontroll – innflytelse og medansvar på egne oppgaver	3,81 (1,77)	4,99 (1,12)	5,10 (0,87)	5,10 (1,04)	1,18 *
Sosial støtte – felleskapet og samarbeidet med kollegaer	4,36 (1,89)	5,23 (1,08)	5,19 (1,05)	5,26 (1,07)	0,87 *
Selvutfoldelse – mulighet for personlig og faglig utvikling	3,31 (1,76)	4,34 (1,45)	4,50 (1,38)	4,45 (1,40)	1,03 *
Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle – er klare og tilpasset dine forutsetninger	3,91 (1,78)	4,88 (1,18)	4,88 (1,14)	5,02 (1,07)	0,97 *
Ledelse – forholdet til nærmeste overordnede. Veiledning, praktisk hjelp, samarbeidet, medmenneskelig støtte	4,11 (1,97)	5,16 (1,24)	5,20 (1,09)	5,31 (1,18)	1,05 *
Informasjon og kommunikasjon – god åpenhet, lett å bli hørt	3,75 (1,81)	4,92 (1,24)	5,02 (1,15)	5,14 (1,05)	1,17 *
Trygghet for jobben – at jobben din ikke står i umiddelbar fare	4,36 (2,00)	5,13 (1,31)	5,02 (1,42)	5,41(0,93)	0,77 *
Tilhørighet og trivsel – i arbeidsheten	4,37 (1,92)	5,33 (0,99)	5,30 (0,93)	5,45 (0,86)	0,96 *

*= $P > 0,001$

Persontrentert omsorg

Resultatene fra spørreskjema om PSO (tabell 3) viser gjennomsnittscore (mean) og standardavvik (SD) for tidspunkt 1 og tidspunkt 2, før og etter kurs/innføring av VIPS praksismodell og fagmøter, samt differansen mellom måletidspunktene. Tid 2 viser også mean og SD for dem som har deltatt på kurs og fagmøter.

Spørsmål 1-6, 11 og 13 viser signifikante endringer ved de to måletidspunktene. Spørsmål som har økt mest på tid 2 er: 1. Vi diskuterer ofte hvordan yte persontrentert omsorg. 2. Vi har teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg. 3. Beboernes livshistorie brukes oftere i

planlegging av omsorgen. 6. Beboerne gis mulighet til deltakelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis. 11. Beboernes behov vurderes daglig.

Spørsmål 7-10 og 12 er negativt ladet, det er ingen store forskjeller mellom undersøkelsene ved de to tidspunktene. Spørsmål som har fått lavere skår på tid 2 er: 7. Jeg har faktisk ikke tid til å yte

persontrentert omsorg. 8. Miljøet oppleves kaotisk. 9. Vi må få arbeidsoppgavene unnagjort før vi kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø. 10. Denne arbeidsplassen hindrer meg i å yte persontrentert omsorg. Gjennomsnittsverdiene for spørsmål 1-6 og 13 har økt for dem som har deltatt på kurs og fagmøte. De negative utsagnene har ikke økt.

TABELL 3: Persontrentert omsorg, for alle respondenter, presentert som gjennomsnittlige verdier ved de to måletidspunktene og differanse mellom før og etter kompetansestyrkende tiltak. Persontrentert omsorg for respondenter som har deltatt på kurs og fagmøte. Svaralternativer: 1-5 (1= uenig og 5= helt enig)

	Tid 1, mean (SD) N=327	Tid 2, mean (SD) N=180	Tid 2 VIPS kurs, mean (SD) N=86	Tid 2 Fagmøte, mean (SD) N=121	Diff. T2 – T1
1.Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte persontrentert omsorg	3,00 (1,42)	3,84 (1,10)	3,87 (1,16)	3,93 (1,08)	0,84 *
2.Vi har teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg	2,26 (1,33)	3,66 (1,19)	3,71 (1,24)	3,85 (1,12)	1,4 *
3.Beboernes livshistorie brukes regelmessig i planleggingen av omsorgen	2,53 (1,36)	3,37 (1,19)	3,38 (1,16)	3,42 (1,08)	0,84 *
4.Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og beboerne er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	3,12 (1,44)	3,76 (1,10)	3,74 (1,12)	3,70 (1,09)	0,64 *
5.Vi har anledning til å endre arbeidsrutiner etter beboernes egne ønsker	3,01 (1,49)	3,58 (1,17)	3,52 (1,17)	3,63 (1,18)	0,57 *
6.Beboerne gis mulighet til deltakelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	2,82 (1,40)	3,54 (1,11)	3,57 (1,15)	3,64 (1,06)	0,72 *
7.Jeg har faktisk ikke tid til å yte persontrentert omsorg	2,28 (1,30)	2,24 (1,07)	2,09 (1,00)	2,21 (1,09)	-0,04 ($p=0,749$)
8.Miljøet oppleves kaotisk	2,24 (1,28)	2,27 (1,03)	2,09 (1,03)	2,25 (1,04)	0,03 ($p=0,804$)
9.Vi må få arbeidsoppgavene unnagjort før vi kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø	2,55 (1,43)	2,83 (1,23)	2,67(1,30)	2,84 (1,28)	0,28 ($p=0,027$)
10.Denne arbeidsplassen hindrer meg i å yte persontrentert omsorg	2,10 (1,24)	2,17 (1,02)	2,00 (0,95)	2,15 (1,02)	0,07 ($p=0,562$)
11.Beboernes behov vurderes daglig	2,98 (1,52)	3,79 (1,13)	3,38 (1,32)	3,43 (1,25)	0,81 *
12.Det er vanskelig for beboerne å finne frem i avdelingen	2,23 (1,25)	2,38 (1,08)	2,19 (1,10)	2,29 (1,08)	0,15 ($p=0,181$)
13.Beboerne kan bruke uteområdet når de måtte ønske det	2,91 (1,62)	3,43 (1,29)	3,38 (1,32)	3,43 (1,25)	0,52 *

*= $p < 0,001$



Foto: Shutterstock

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke om kompetansestyrkende tiltak og fagmøter har betydning for PSO og arbeidsmiljø.

«Denne studien viser at det var signifikant forbedring av arbeidsmiljø etter implementering av VPM»

Arbeidsmiljø

Denne studien viser at det var signifikant forbedring av arbeidsmiljø etter implementering av VPM. Det kan tyde på at arbeidsmiljøet har bedret seg etter introduksjon av VPM og fagmøter. Forfatterne hadde i utgangspunktet tro på at implementering av VIPS-praksismodell ville skape en endring, men ble positivt overrasket over at alle spørsmålene

om arbeidsmiljø viste en tydelig endring. Spørsmål med høyest gjennomsnittsskår var egenkontroll, selvutfoldelse og forhold til nærmeste leder. Studien av Törnquist (29) synliggjør at i en avdeling der personalet opplever høy arbeidstilfredshet trives også beboerne. Et positivt arbeidsklima gir også positive effekter på beboerne. Sykepleiere er mest positive til å arbeide i demensomsorgen når de føler seg verdsatt og støttet av organisasjonen og kollegaer gjennom utdanning, trening og veiledning (30). En litteraturgjennomgang viser at å arbeide personsentrert har positiv effekt på generell jobbtillfredshet, jobbkrav, emosjonell utmattelse og personlig prestasjon. (7). Diskusjoner i kollegiet om hvordan løse utfordrende situasjoner med beboere skaper kunnskap og trivsel i arbeidet (7, 8). Personsentrert praksis handler ifølge McCormack and McCance (6) om omsorg for alle, både pasienter og ansatte. I omsorgsmiljøet er det viktig med ulike kompetanser i teamet, velfungerende personalrelasjoner og støttende organisatoriske systemer.

I følge Mjørud (2012) som har brukt samme spørreskjema, var personalet mest fornøyd med den sosiale støtten i fellesskapet med kollegaer, tryggheten i jobben og forholdet til nærmeste leder. De var minst fornøyd med arbeidsmengde og variasjon i oppgavene. Rokstad, Døble (21) har også brukt de samme spørreskjemaene som viser statistisk signifikant økning i skår på personsentrert omsorg og jobbtillfredshet (21).

I følge Sund (26) viser dokumenterte studier at stort tidspress, monotont arbeid, liten egenkontroll, dårlig sosial støtte i arbeidet, manglende arbeids glede og dårlig motivering har en ugunstig innvirkning på psykisk og fysisk helse. Sosial støtte og tilgang på gode ressurser har positiv betydning for arbeidsmiljøet. Et vennlig miljø og organisatorisk støtte har signifikant positiv effekt på jobbproduktivitet og jobbtillfredsstillelse (9).

Våre resultater om et bedre arbeidsmiljø støttes av andre studier der man har hatt fellesskap omkring kompetansestyrking og møter med faglig fokus.

PSO

Studien viser også at de fleste spørsmålene om PSO har fått signifikant bedre gjennomsnittsskår i spørreundersøkelse 2 Det kan tyde på at implementering av kurs om VPM og fagmøter kan ha positiv betydning for å arbeide personsentrert.

Spørsmål med høyest gjennomsnittsskår er: Vi har fagmøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg. Det er positivt at dette spørsmålet har fått høy skår, da innføring av fagmøter er selve hjørnesteinen i VPM og her diskuteres hvordan praktisere PSO i konkrete pasientsituasjoner.

Spørsmålet om beboerens livshistorie brukes regelmessig i planleggingen av omsorgen har også fått bedre skår. Det er en forutsetning å kjenne pasienten for å arbeide personsentrert.

Demente personer har ofte god langtidshukommelse, det er viktig å få tak i de fortellingene som har hatt stor betydning i pasientens liv. Når de ansatte får kjennskap til beboernes livsfortellinger, er det lettere å se at sykdom ikke er det eneste som kjennetegner beboerne (32). Bruken av livsfortellinger gjør at personer med demens framtrer som hele mennesker, stemmen deres blir hørt, de kan føle seg stolt av seg selv og sitt liv (33). En positiv relasjon mellom pasienten og primærkontakten reduserer pasientens følelse av ensomhet og depre-

sjon (23). Når primærpleieren kjenner pasienten blir det lettere å legge fram situasjonen fra pasientens perspektiv på fagmøte. Det er fem spørsmål med negative utsagn som ikke viste tilsvarende endring. Vi ser positivt på at disse utsagnene f.eks. «vi har ikke tid til ...», ikke er endret. Det betyr at respondentene vurderer at de har tid til å yte PSO. På spørsmål om det er tid nok til å yte PSO svarte ansatte at de ikke ønsket å fokusere på den tiden de manglet, men på hvordan de brukte den tiden de hadde (15).

«PSO krever kontinuerlig organisatorisk og individuell feedback, forhandling, tilpasninger og læring»

VPM er utviklet for personer med demens, men den kan også anvendes for kognitivt friske pasienter. Forskning viser at 80% av pasienter på sykehjem har demensdiagnose (2). Det er 20% kognitivt friske beboere på sykehjem som også trenger PSO. PSO er en pågående læringsprosess, det er en livslang aktivitet, som fremmer teamwork, kommunikasjonsferdigheter og en sterk relasjon med både pasientene og de ansatte. PSO krever kontinuerlig organisatorisk og individuell feedback, forhandling, tilpasninger og læring (34). Våre resultater samsvarer med tidligere forskning som viser at implementering av VPM har positiv betydning for å arbeide personsentrert.

Styrker og begrensninger

Det er en styrke ved studien at vi har brukt validerede spørreskjemaer (26, 27).

En styrke har også vært det store utvalget av sykehjem som har deltatt, samtidig har det vært stor variasjon i svarprosent. Første datainnsamling skjedde med alle til stede, svarprosenten var 100. Ved andre datainnsamling var det langt lavere svarprosent, 55. Lav svarprosent kan også ha sammenheng med fravær og lav stillingsprosent. Lederens rolle har sannsynligvis hatt betydning for resultatet, slik man erfarte i studien til Røsvik, Kirkevold (22). Hvordan lederen har informert og

motivert de ansatte til å delta i spørreundersøkelsen har vært av betydning. Redusert deltakelse på spørreundersøkelse 2 kan også bety at det var de minst positive som ikke svarte. Det kan tenkes at vi har fått positive svar fordi det var de mest positive som valgte å svare. På en annen side er en svarprosent på over 50 beskrevet som tilfredsstillende (35). Det er en svakhet ved undersøkelsen at det ikke er de samme respondentene på de to spørreundersøkelsene og det vil være vanskelig å sammenlikne resultatene. Det vil påvirke studiens reliabilitet. Det ville vært en fordel om det var de samme respondentene, det ville gitt mer valide resultater. Vi har fått svar på gruppenivå, men 86 personer (de som har gått på kurs) har svart på begge spørreundersøkelsene. Det er en styrke at vi har fått signifikante resultater.

På samme tid som denne studien foregikk, har det vært flere tiltak med fokus på arbeidsmiljø. Det kan også ha påvirket resultatet i denne undersøkelsen.

Implikasjoner for sykepleiepraksis og videre forskning

Lederens rolle er avgjørende for å gjennomføre et vellykket prosjekt, alle ansatte må være med for å skape en personsentrert pleiekultur. Fagutvikling

skjer på mange nivåer gjennom veiledning, undervisning og utdanning, men ikke minst viktig er den kompetansen som overføres mellom kollegaer i et team som arbeider mot felles mål (13). Vår studie undersøker hvilken betydning kompetansestyrkende tiltak har for de ansatte. Videre studier bør fokusere på beboernes tilfredshet med PSO. Det viktigste er at beboere er fornøyd med omsorgen.

Konklusjon

Studien viser at i en periode der implementering av VPM med kompetansestyrkende tiltak ble gjennomført, ble det rapportert en bedring av arbeidsmiljøet og i større grad praktisert personsentrert omsorg. Å arbeide personsentrert og i team gir større trivsel i arbeidet. Lederens rolle er helt avgjørende for å få til fagutvikling.

Takk

En stor takk til Elisabeth Østensvik som var leder for Utviklingssenter for sykehjem, Østfold og til prosjektleder Birgitte Tombre som var med å utforme ideen og samle inn data. ■



Foto: Shutterstock

Referanser

1. Kitwood T. Dementia reconsidered, The person comes first. Buckingham: Open University Press; 1997.
2. Selbæk G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(9):843-9.
3. Brooker D. Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse; 2013.
4. Røsvik J. VIPS practice model - person-centered care into the routines of the department. *Demens & Alderspsykiatri*. 2013;17(3):11-2.
5. McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *J Clin Nurs*. 2004;13(3 A):31-8.
6. McCormack B, McCance T. Person-Centred Nursing: Theory and Practice. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2010.
7. van den Pol-Grievink A, Jukema JS, Smits CH. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(3):219-29.
8. Vassbø TK, Kirkevold M, Edvardsson D, Sjøgren K, Lood Q, Bergland Å. The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. *BMC Nursing*. 2019;18(1):N. PAg-N.PAG.
9. Huang C-Y, Weng R-H, Wu T-C, Hsu C-T, Hung C-H, Tsai Y-C. The impact of person-centred care on job productivity, job satisfaction and organisational commitment among employees in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(15-16):2967-78.
10. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*. 2017;26(3):172-6.
11. Norge Helse- og o, Omsorgsplan, Demensplan 2015: "den gode dagen". Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
12. Meld.St.nr.29, Morgendagens omsorg. Strmeld (trykt utg). Oslo: Departementenes servicesenter; 2013.
13. Mjørud M. Utprøving av VIPS - rammeverk for personsentrert omsorg. In: Rokstad AMM, editor. *Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling : demensplan 2015* Tønsberg: Aldring og helse; 2012.
14. Rokstad AMM. Person-centred dementia care to prevent and treat neoropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients - the role of leadership and the use of Dementia Care Mapping. Oslo: Faculty of Medicine University of Oslo; 2013.
15. Rokstad AMM. *Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling : demensplan 2015*. Tønsberg: Aldring og helse; 2012.
16. Rokstad AMM. *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
17. Rokstad AMM, Engedal K, Edvardsson D, Selbæk G. Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-centred Care Assessment Tool. *International Journal of Nursing Practice*. 2012;18(1):99-105.
18. Rokstad AMM, Røsvik J, Kirkevold Ø, Selbæk 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. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*. 2013;36(5/6):340-53.
19. Rokstad AMM, Vatne S. Dementia care mapping: en mulighet for refleksjon og utvikling. Molde: Høgskolen i Molde - vitenskapelig høgskole i logistikk; 2011. S. 28-34 p.
20. Rokstad AMM, Vatne S, Engedal K, Selbæk G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*. 2015;23(1):15-26.
21. Rokstad AMM, Døble BS, Engedal K, Kirkevold Ø, Benth JS, Selbæk G. The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*. 2017;12(2):n/a-n/a.
22. 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. *International Journal of Older People Nursing*. 2011;6(3):227-36.
23. 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 Services Research*. 2017;17:1-9.
24. McCormack B, Manley K, Titchen A. *Practice development in nursing and healthcare, second edition*. 2nd ed. ed. Wiley; 2013.
25. Rummelhoff GR, Smebye KL, Tombre B. Provides individualized care. *Sykepleien*. 2016;104(8):48-51.
26. Sund A. Selektiv helseovervåking med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. In: Moen BE, editor. *Håndbok for bedriftshelsetjenesten : D 3 : Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket* D. 3. [Rev. utg.]. ed. Oslo: Arbeidsmiljøforl.; 2003.
27. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 2010;22(1):101-8.
28. Pallant J. *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5th ed. ed. Maidenhead: McGraw-Hill; 2013.
29. Törnquist A. Personcentrat ledarskap. In: Edvardsson D, editor. *Personcentrerad omvårdnad i teori og praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, Lund; 2010.
30. Chenoweth L, Merlyn T, Jeon Y-H, Tait F, Duffield C. Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: outcomes from an Australian study. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(2):234-47.
31. Mjørud M, Røsvik J, Rokstad AMM, Munch M, Røen I. Bruk av fire metoder for å implementere personsentrert omsorg: VIPS praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og planverktøy for strukturering av miljøbehandling. *Demens & Alderspsykiatri*. 2016;20(3):34-7.
32. Heggstad AKT, Slettebø Å. How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling - a case study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(15/16):2323-30.
33. Abrahamsen Grøndahl V, Persenius M, Bååth C, Helgesen AK. The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff -- a systematic mixed studies review. *BMC Nursing*. 2017;16:1-11.
34. Dille L, Geboyl L. Staff perspectives on person-centred care in practice. *Alzheimer's Care Today*. 2010;1(3):172-85.
35. Jacobsen DI. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.