

# Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Hvordan få til  
nytenkning  
i kommunale  
sykehjem?

Side 24

**GERIATRISK SYKEPLEIE** utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

**ANSVARLIG REDAKTØR**

Wivi-Ann Tingvoll  
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no  
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/  
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

**Jorunn Drageset**, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Liv Wergeland Sørbye**, Sykepleier Professor Emerita, Fakultet for helsefag Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslo-met – storbyuniversitetet.

**ABONNEMENT**

Send bestilling til:  
Wivi-Ann Tingvoll  
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no  
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

**ANNONSER**

Frank Eide  
Tlf: 993 21 576  
frank.eide@bergen.kommune.no

**TRYKK:** Andvord Grafisk

**FORSIDEFOTO:** Shutterstock

**ANNONSERING**

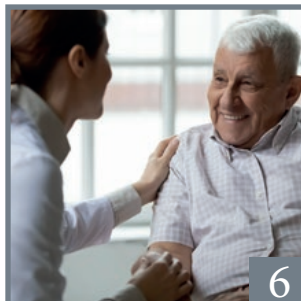
Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

# Innhold

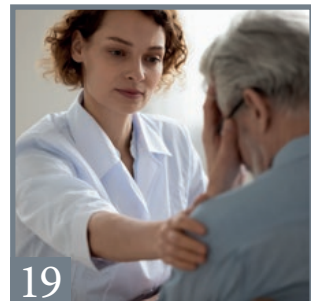
# 01 - 2021



- 6** Hvilken betydning har introduksjon av VIPS praksismodell for personsentrert omsorg og for arbeidsmiljø?
- 8** En kvalitativ studie om hjemmesykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon
- 22** Hvordan få til nytenkning i kommunale sykehjem?
- 33** Tredje års sykepleierstudenter er på Løvåsen sykehjem og lager instruksjonsfilm
- 34** Medisinering i eldre- og demensomsorgen
- 40** NSF FGDs Landskonferanse 2021



6



19



25



35



FAKTA

**Tor Engevik**Leder NSF's Faggruppe  
for sykepleiere i geriatri og demens

# Sykepleiernes kamp fortsetter

**N**orges Sykepleierforbund ble startet den 24. september 1912. Helt fra den spede begynnelse var det klart at i tillegg til lønn og gode arbeidsforhold, så var det sykepleiefaget som skulle løftes fram. «Først dyktighet - så rettigheter» var forbundets parole den gang. Høy faglig kompetanse er fortsatt et av Sykepleierforbundets viktigste mål. De 36 faggruppene i Norsk Sykepleierforbund, fra faggruppe i geriatri og demens til operasjons- og Intensivsykepleierne, er alle viktige bidragsyttere til utvikling og videreformidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Etter et år med pandemi er det vel ingen som tviler på at denne kunnskapen er livsviktig.

Sykepleieres involvering og deltagelse i forskning, fagutvikling og pasientrettet arbeid er avgjørende for pasientsikkerheten. Og når noen av oss kan ha vårt fokus på fag, så kan vi være trygge på at andre i Norsk Sykepleierforbundet tar seg av fagforeningsarbeidet. Det var ikke bare i 1912 at rettigheter var en kampsak for forbundet vårt. For selv om vi har kommet langt når det gjelder offentlig velferd i Norge, så er ikke Sykepleierforbundets kamp for faglige rettigheter fullendt. Når sykepleiere kjemper for bedre helse og mot sykdom og pandemier, ja så er gode arbeidsvilkår selve verneutstyret vårt.

Det er ganske utrolig at i en situasjon der vi mangler tusenvis av sykepleiere så jobber fortsatt mange av våre kolleger uønsket deltid. Det gir

dem dårligere vilkår for å holde seg faglig oppdatert og redusert mulighet til å kunne forsørge seg selv. Og ikke minst vil det gi en pensjon som det kan bli vanskelig å leve av i fremtiden. Sykehuset i Østfold saksøkte sine egne spesialsykepleiere som ønsket seg fulle stillinger. De modige sykepleierne fikk medhold i tvisteløsningsnemnda, men tre av de fire tapte retten til full stilling i tingretten. Med støtte fra Sykepleierforbundet fortsetter de kampen for heltid i lagmannsretten: <https://sykepleien.no/2021/03/ostfold-sykepleierne-anker-dommen-gi-oss-har-aldrig-vaert-et-alternativ> Vi krysser derfor fingrene for at denne viktige kampen for heltid lykkes.

En annen sak som pågår i rettssystemet er saken fra Grefsenhjemmet. Der ble sykepleierne fratatt lønnstillegg i forbindelse med at Grefsenhjemmet skiftet arbeidsgiverorganisasjon - fra Virke til NHO. I en situasjon der kommunehelsetjenestene har mangel på sykepleiere har vi altså arbeidsgivere som setter sine ansatte ned i lønn. Det er nesten ikke til å tro og bedrer neppe rekrutteringen til tjenestene. Sykepleierne tapte dessverre i tingretten og lagmannsretten. Hvis dette resultatet blir stående så vil nok flere arbeidsgivere kunne bli fristet til å avslutte inngåtte avtaler ved å bytte arbeidsgiverorganisasjon. Saken er viktig og de ti sykepleierne får derfor god hjelp av sykepleierforbundet når saken nå skal opp for høyesterett. Sykepleierne har hele



fagbevegelsen i ryggen. <https://sykepleien.no/2021/04/sykepleiere-i-hoyesterett-vi-oppfatter-det-som-vi-er-satt-ned-i-lonn>

Norsk sykepleierforbund er en fagorganisasjon som setter faget høyt, men vi er i høyeste grad også en fagforening. Hvis vi i fremtiden skal ha gode og motiverte sykepleiere som jobber med fagutvikling og yter gode faglige tjenester, så må vi ha arbeidsforhold og en lønn som vi kan leve med. Da kan ikke vi sykepleiere ha en lønn som bare utgjør ca 85 prosent av lønnsnivået i mannsdominerte yrker. Det er heller ikke noen logikk i at kriteriene for å få yrkesskadeerstatning er laget slik at de favoriserer ansatte i tradisjonelle mannsyrker: <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2019/04/slitne-kvinner-skadde-menn-yrkesskader-er-ikke-alle>

Vi trenger fagforeningen vår fordi vi fremdeles har et stykke vei å gå for få rett til heltid, gode turnuser, likelønn og likeverdige arbeidsvilkår for alle sykepleiere. Når vi kom oss såpass godt gjennom pandemien så er en av årsakene at vi bor i en velferdsstat, men uten fagforeningene hadde vi ikke hatt noen velferdsstat.

Forfatter Stig Holmås' beskriver fagforeningens betydning i dette diktet:

*Til mine barn:*

*Jeg etterlater mine barn dette diktet  
For at de skal lære å elske vindene, havet,  
Den søte lukten av stor kjærlighet, -  
og fagforeningene.*

*Uten dem hadde vi ingenting.*

*Den sultne ser ikke det vakre.*

*Den trette orker ikke elske.*

*Jeg etterlater mine barn dette diktet*

*For at de skal lære å elske vindene, havet,  
Den søte lukten av stor kjærlighet, -  
og fagforeningene.*

*Uten dem hadde vi ingenting.*

På Arbeiderpartiets landsmøte i 2005 formante parti- sekretær Martin Kollberg delegatene om at partiets støttespillere er: «... fagbevegelsen, fagbevegelsen, fagbevegelsen». Og de vant valget.

Pandemien bør være en «game changer», for hvis vi i fremtiden skal beholde sykepleiernes kritiske kompetanse så bør 2021 være det året der alle politikere kaller på Sykepleierforbundet. ■





## OVERSIKT OVER KONTAKTPERSONER I LOKALGRUPPENE

Hordaland	Trond Bergflødt	Trond.Bergflodt@bergen.kommune.no	Mobil 90 59 68 24
Nordland	Tina Sjøvoll	tina.sjovoll@narvik.kommune.no	Mobil 91 30 60 43
Troms	Hilde Fryberg Eilertsen	hildefryeil@hotmail.com	Mobil 90 10 43 23
Sogn og Fjordane	Greta Elisabeth Gard Engdal	greta.elisabet.gard.endal@helseforde.no	Mobil 95 12 80 30
Vestfold	Katrine Linnom Pedersen	katrine.linnom@hotmail.com	Mobil 93 01 40 58
Møre og Romsdal	Heidi Opsvik Aandal	HeidiOpsvik@hotmail.com	Mobil 41 62 14 88
Oppland	Kari-Ågot K Taralrud	k.taralrud@hotmail.com	Mobil 91 64 69 61
Hedmark	Gunn Gihle Riisehagen	gunneitosi@gmail.com	Mobil 48 24 91 16
Buskerud	Heidi Hobbestad	Heho7412@hotmail.com	Mobil 99 70 49 51
Østfold	Anne Kierulf Jacobsen	anne.kierulf.ja@gmail.com	Mobil 41 90 20 70
Oslo/Akershus	Christine Jærv Erkheim	christineerkheim@hotmail.com	Mobil 95 80 10 93
Rogaland	Oddveig Andersen	oddveiga86@hotmail.com	Mobil 95 55 08 01
Trøndelag	Linda Vinje	lindavinje@hotmail.com	Mobil 93 02 67 93
Telemark	Anne Cathrine Mathisen	Annecat.mathisen@gmail.com	Mobil 47 28 79 71
Finnmark	FGD Solfrid Nilsen Lund	solfrid@betania-alta.no	Mobil 99 64 64 78
Agder	<i>Søker ny kontaktperson</i>		

### STYRET

Frank Eide fra venstre øverst, Hilde Fryberg Eilertsen, Elin Grønsveen, Wivi-Ann Tingvoll, Katrine Linnom Pedersen, Tor Engevik. Nederst fra venstre Liv Berit Jordal, Siren Andreassen.



# 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.

## Introduksjon

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

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

## FAKTA

Guri Rosseland Rummelhoff

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

Turid Heiberg

Sykepleier, professor, Høgskolen i Østfold, avd. Helse og Velferd turid.heiberg@hiof.no



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 tverrsnittsstudie. 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, selvutfoldelse, 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.

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 effektene 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 jobbtilfredshet 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.

---

## «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-indikatorene 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-indikatorene. Primærpleier, som har daglig ansvar



## 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 Samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS. (NSD) med nr. 44711.

## Resultater

### Utvalg

Ansatte ved ni sykehjem ( $n = 327$ ) og med ulik 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)
<b>Stillingsprosent</b>			
>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%)
<b>Fagutdanning</b>			
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 %)
<b>Deltatt på kurs</b>	327 (100%)	86 (47,8%)	
Ikke deltatt på kurs		72 (40%)	
Missing		22 (12,2 %)	
<b>Deltatt på fagmøte</b>		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.

**Persontentrert 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 persontentrert omsorg. 2. Vi har teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg. 3. Beboernes livshistorie brukes oftere i

**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 arbeidsenheten	4,37 (1,92)	5,33 (0,99)	5,30 (0,93)	5,45 (0,86)	0,96 *

\*= $P > 0,001$

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

personsentrert 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 personsentrert omsorg. Gjennomsnittverdiene 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:** Personsentrert omsorg, for alle respondenter, presentert som gjennomsnittlige verdier ved de to måletidspunktene og differanse mellom før og etter kompetansestyrkende tiltak. Personsentrert 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 personsentrert 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 personsentrert 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 personsentrert 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 kompetansestykende 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 gjennomsnittskår 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 jobbtilfredshet, 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 jobbtilfredshet (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 jobbtilfredsstillelse (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, Kirkeveld 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-Grevelink 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, Kirkeveld M, Edvardsson D, Sjögren 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. Stmeld (trykt utg). Oslo: Departementenes servicesenter; 2013.
13. Mjørud M. Utpøring av VIPS - rammeverk for personsentrert omsorg. In: Rokstad AM, 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 neuropsychiatric 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, Kirkeveld Ø, Selbæk G, Salyte 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, Kirkeveld 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, Kirkeveld M, Engedal K, Brooker D, Kirkeveld 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, Kirkeveld 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, Titcher 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. Personcentrerat ledarskap. In: Edvardsson D, editor. *Personcentrerat 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 planverkøy 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, Geboy L. Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*. 2010;11(3):172-85.
35. Jacobsen DI.  *Hvordan gjennomføre undersøkelse? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.

# En kvalitativ studie om hjemmesykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon

I årene som kommer vil eldre utgjøre en større del av den norske befolkningen og aldersgruppen 80 år og eldre vil nesten fordoble seg de neste 20 årene (1). Med økt alder stiger andelen eldre som trenger omsorgstjenester fra kommunene (2).

## Introduksjon

I følge Verdens Helse Organisasjon er depresjon den vanligste psykiske lidelsen blant den eldre delen av befolkningen i verden, omtrent 7 % av eldre kan komme under denne kategorien (3). Internasjonale studier bekrefter at depresjon hos eldre er utbredt (4) og flere nasjonale studier beskriver det samme (5, 6). Dersom forekomsten av eldre med depresjon holder seg stabil i årene fremover er det forventet at hjemmetjenesten oftere vil møte denne pasientgruppen.

Sykdomsbildet til eldre med depresjon kan presentere seg annerledes enn hos den yngre aldersgruppen (7, 8) og studier påpeker at symptomer på depresjon som ikke oppfyller diagnosekriteriene kan forekomme 2-3 ganger hyppigere enn depresjon hos eldre (9). I Nasjonale retningslinjer for behandling av voksne med depresjon er eldre beskrevet som en særskilt pasientgruppe med spesielle behov (10). Hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å vurdere endringer hos denne pasientgruppen (11). Forskning viser at depresjon hos eldre har sammenheng med redusert livskvalitet, svekket helse og økt risiko for selvmord (9, 12).

Flere lovpålagte oppgaver, begrensede ressurser og flere pasienter med behov for pleie og omsorgstjenester har vært med på å legge et press om mer effektivitet i hjemmetjenesten (13-15). Samtidig beskriver sykepleiere at tidspress går utover kvaliteten på tjenesten og at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er for stor til at de ønsker å fortsette i arbeidet (16).

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hjemmesykepleiere sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon.

## Metode

For å få en dypere forståelse av sykepleierne sine erfaringer ble et kvalitativt forskningsdesign anvendt. Data ble analysert med systematisk tekst-kondensering (17).

## Datainnsamling

Deltagerne i studien kommer fra to ulike kommuner i Nord-Norge. Kommunene har over 7000 innbyggere. Kommunene der intervjuene er gjort benytter seg av bestiller- utfører modellen (18) som innebærer at egne ansatte på bestillerenheten mottar søknader om tjeneste, gjør vurderinger og innvilger tjeneste. Enkeltvedtaket sendes videre til utførertjenesten som skal arbeide etter beskrivelsen i enkeltvedtaket. Utførertjenesten er i denne sammenhengen hjemmesykepleien. Det ble benyttet et strategisk utvalg (17). Inklusjonskriteriene for å delta var minst to års erfaring med å arbeide som sykepleier i hjemmesykepleien og erfaring med å følge opp eldre med depresjon. Til sammen ble fire kvinner og en mann rekruttert til studien. Deltagerne hadde mellom 12 og 30 års ansiennitet som sykepleiere og var ansatt som sykepleier eller spesialsykepleier i hjemmesykepleien. Av hensyn til kravet om anonymisering beskrives ikke utvalget ytterligere. Intervjuene ble gjort sommeren 2019.

Datainnsamlingen foregikk med semistrukturerte intervjuer. På forhånd var deltagerne blitt gjort kjent med tema for intervjuet og med

## FAKTA

**Matilde Efskin Sjøset**  
Mastergrad i aldring og eldreomsorg  
Spesialsykepleier og demens koordinator i hjemmetjenesten, Leirfjord kommune  
Matilde.sjoeset@leirfjord.kommune.no  
958 76 509

**Ann Karin Helgesen**  
(kontaktperson)  
Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap  
Professor, prodekan fou Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd  
ann.k.helgesen@hiiof.no  
+47 416 44 245  
Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet



samtykkeerklæringen. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er: «Kan du fortelle om erfaringer du har hatt i din jobb med eldre pasienter med depresjon?», «Hva tenker du om organiseringen av arbeidet har å si for tilbudet eldre pasienter med depresjon får fra hjemmesykepleien?» Intervjuene foregikk i egnede lokaler på arbeidsplassen til deltagerne og i deres arbeidstid. Intervjuene varte mellom 60 og 70 minutter. Førsteforfatter transkriberte intervjuene ordrett kort tid etter opptak.

### Analyse

Intervjuene ble analysert ved å anvende systematisk tekstkondensering (17). I første fase ble det skapt et helhetsinntrykk av innholdet i teksten. Deler av teksten fra hvert av intervjuene som kunne belyse problemstillingen ble skrevet ned som «foreløpige tema». I fase 2 ble delene av teksten som besvarte forskningsspørsmålene identifisert som meningsbærende enheter. Hver av de meningsbærende enhetene ble merket med nummeret på intervjuet teksten var hentet fra. Denne formen for koding

var en fleksibel prosess der deler av teksten ble tatt ut av sin sammenheng og satt i sammenheng med nærstående tema og sortert inn i tabeller (systematisk detekstualisering). Etter en ny gjennomgang av tabellene ble det funnet tre hovedkategorier med to subgrupper under hver kategori. I fase 3 ble meningsinnholdet fra hver av subgruppene skrevet som et kunstig sitat. For å markere at sitatene representerte hver av deltagerne ble kondensatene skrevet i jeg-form og så nært den opprinnelige teksten som mulig (kondenseringsfasen). I fase 4 ble delene av teksten satt sammen igjen (rekontekstualiseres). Kondenseringen gikk over til beskrivelser og resultatene viser lojalitet til hva deltagerne har fortalt i intervjuene. I resultatkapitlet blir sitat brukt for å illustrere den analytiske teksten.

### Etiske vurderinger

Prosjektskissen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansenummer 284668. Studien følger de forskningsetiske vurderingene som er beskrevet i Helsinkideklarasjonen (19).

#### Sammendrag:

**Bakgrunn og hensikt:** I årene som kommer er det forventet at hjemmetjenesten oftere vil møte eldre med symptomer på depresjon. Hensikten med studien er å få kunnskap om hjemmesykepleiere sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med data fra fem intervju. Intervjuene er analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering. Studien er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

**Resultat:** Oppfølging av eldre med depresjon er ikke er en prioritert sykepleieoppgave i hjemmetjenesten. Det mangler felles mål for oppfølging og hjemmetjenesten samarbeider ikke med psykiaritjenesten. Resultatene viser at deltagerne gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt og de tar grep for å få mer tid til oppfølging. Data viser at deltagerne føler seg alene i arbeidet, det er ikke kultur for faglig refleksjon. Det konstante presset påvirker deltagerne.

**Konklusjon:** Studien viser at eldre med depresjon ikke får sykepleiefaglig oppfølging i hjemmetjenesten selv om depresjon er forbundet med risiko for alvorlig sykdom og komplikasjoner. Mangel på kontinuitet i oppfølgingen gjør det utfordrende å iverksette koordinerte tiltak. Ved å ha en personsentrert tilnærming imøtekommer deltagerne behov pasienten har for individuell oppfølging. Veiledning bør bli en integrert del av sykepleiepraksisen.

**Nøkkelord:** Hjemmesykepleier, erfaring, eldre, depresjon, kvalitativ studie

**Abstract:** A qualitative study of home nurses' experiences of following up elderly people with depression

**Background and purpose:** In the years to come, it is expected that the home care service will more often meet the elderly with possible depression. The purpose of the study is to gain knowledge about home nurses' experiences of following up the elderly with depression.

**Method:** This is a qualitative study with data from five interviews. The interviews are analyzed with Malteruds systematic text condensation. The study has been approved by the Norwegian Center for Research Data (NSD).

**Results:** Follow-up of the elderly with depression is not a priority nursing task in the home care service. There is a lack of common goals for follow-up and the home care service does not cooperate with the psychiatric service. The results show that the participants make the best of the situation for the elderly with depression to feel taken care of and they take action to have more time for follow-up. Data show that the participants feel alone at work, there is no culture for professional reflection. The constant pressure affects the participants.

**Conclusion:** The study shows that elderly people with depression do not receive nursing follow-up in the home care service, even though depression is associated with a risk of serious illness and complications. Lack of continuity in follow-up makes it challenging to implement coordinated interventions. By having a person-centered approach, the participants meet the patients' needs for individual follow-up. Supervision should become an integral part of nursing practice.

**Keywords:** Home nurse, experience, elderly, depression, qualitative study

TABELL 1: Resultater

Hovedkategori	Subgruppe 1	Subgruppe 2
Det er lite fokus på eldre med depresjon	Det er ikke en prioritert sykepleieoppgave	Felles mål for oppfølging og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull
Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen	Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt	Sykepleieren tar grep
Sykepleieren føler seg alene	Det er ikke kultur for faglig refleksjon	Konstant press påvirker sykepleierne

Deltagerne er informert om studiens formål og muligheten til å trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for dem. Skriftlig informert samtykke er innhentet.

#### Det er lite fokus på eldre med depresjon

Data viser at det er lite fokus på eldre med depresjon i hjemmetjenesten og at oppfølging av pasientgruppen ikke er en prioritert sykepleieoppgave. Dette medfører blant annet til at symptomer på depresjon ikke blir systematisk kartlagt og oppfølging av selve depresjonen sjeldent dokumenteres i journalen. Data viser også at det mangler felles mål for oppfølgingen eldre med depresjon får og at hjemmetjenesten ikke samarbeider med psykiatritjenesten. Dette gjør det utfordrende å iverksette koordinerte tiltak.

#### Det er ikke en prioritert sykepleieoppgave

Deltagerne forteller at en stor del av sykepleierens arbeidstid blir brukt hos pasienter som krever avansert medisinsk behandling og legemiddel-håndtering. Eldre med depresjon blir ikke sett på som så syke at det er behov for at sykepleier har den regelmessige oppfølgingen. Det er først når tilstanden er blitt så alvorlig at pasienten har sluttet å spise, ikke vil stå opp av sengen eller at risikoen for selvmord vurderes som høy at deltagerne blir kontaktet av sine kollegaer. Data viser at symptomer på depresjon ikke kartlegges og at det ikke tilbys støttesamtaler til den eldre med depresjon.

«Ikke noe måleverktøy eller.. Da går det mer på å føle seg frem».

«Samtale med deprimerte er ikke det som står øverst på sykepleier agendaen»

I intervjuene blir det fremhevet at oppfølging av depresjon i liten grad er nevnt i enkeltvedtaket

eldre har om hjemmetjeneste og at det sjeldent er beregnet tid til samtale som gjelder den psykiske helsen.

«Så lenge de har andre ting de sliter med eller.. andre vedtak da, så kan man følge de opp. Men jeg tror ikke det blir noe gehør for å følge opp.. i gåseøyne om de BARE er deprimerte».

#### Felles mål for oppfølging og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull

Deltagerne forteller at det mangler felles mål for oppfølging av eldre med depresjon. De vet lite om hvilke utfordringer kollegaer møter hos disse pasientene og om hvilke vurderinger som gjøres i forhold til deres psykiske helse. Deltagerne beskriver at dette henger sammen med at depresjon sjeldent blir tatt opp som tema i muntlige og skriftlige rapporter.

«Kanskje observerer vi forskjellige ting. Vi er ulike sånn. Ulike personer, pleiere som er inne hos pasienten».

I intervjuene beskrives at det ofte er tilfeldig om hjemmetjenesten kjenner til om pasienten også har oppfølging av psykiatritjenesten. Deltagerne uttrykker et sterkt ønske om samarbeid med psykiatritjenesten og muligheten til å få råd og veiledning i vanskelige situasjoner.

«Det er jo på en måte psykiatritjenesten som har disse samtalene, men det er jo som jeg sier i sted, vi har jo ikke noe samarbeid med dem. Vi vet jo ikke hva de har pratet om».

#### Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen

Data viser at deltagerne gjør det beste ut av situasjonen når de skal følge opp eldre med depresjon. De beskriver at det er viktig for dem at pasientene



Foto: Shutterstock

skal føle seg ivaretatt og at de tar grep for å kunne bruke mer tid hos dem.

### **Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt**

Deltagerne forteller at de er bevisste på å gi eldre med depresjon sin fulle oppmerksomhet når de er på tilsyn. De tar av seg jakken, setter seg ned og med rolig prat forsøker de å formidle at de er til stede for pasienten. I situasjoner der pasienten er urolig eller har sterk angst forsøker de å finne årsaken og om symptomene kan ha sammenheng med smerter eller andre sykdommer. Deltagerne er fleksible når det gjelder å imøtekomme pasientens ønsker og beskriver at tiden som er avsatt til å få hjelp til for eksempel å dusje kan heller bli brukt til samtale.

*«Men det å gi seg tid til å se pasienten og gjøre en liten forskjell for de, det tenker jeg er kjempeviktig. Nesten viktigere enn medisin i mine øyne».*

Deltagerne beskriver at de er avhengig av å ha en trygg og tillitsfull relasjon til pasienten for at de skal åpne seg og snakke om vanskelige følelser. Mangel på kontinuitet i pleiesituasjon kan hemme dette. Mangel på tid kan føre til at sykepleierne vel-

---

## «Data viser at sykepleierne føler seg alene i arbeidet»

---

ger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtale om sin psykiske helse. I travle situasjoner prioriterer sykepleieren heller å hjelpe til med praktiske oppgaver som å ta ut søplet eller vaske koppene.

*«Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp det er jo.. den stunden å kunne prate litt.. det blir jo ikke aktuelt».*

### **Sykepleieren tar grep**

I intervjuene blir det fremhevet at deltagerne er nøye med å prioritere tiden de har til rådighet for å kunne bruke mer tid hos eldre med depresjon. Dokumentasjon og egen matpause blir trukket frem som eksempler på hva deltagerne velger å bruke mindre tid på. Mulighetene deltagerne har for å disponere egen arbeidstid er avgjørende for at de ønsker å fortsette å arbeide i hjemmetjenesten.





«Den dagen de kommer og sier at du skal huske å bare bruke de minuttene, og stå med en stoppeklokke, da drar søster xxx til en annen plass».

### Sykepleieren føler seg alene

Data viser at sykepleierne føler seg alene i arbeidet. Det er ikke kultur for faglig refleksjon og det konstante presset påvirker dem.

### Det er ikke kultur for faglig refleksjon

Deltagerne forteller at det ikke er satt av tid til faglig refleksjon og at dette kunne gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner. Mangel på kultur for faglig refleksjon blir beskrevet som årsak til at det er vanskelig å ta opp faglige og etiske problemstillinger med sine kollegaer.

«Det er ikke alltid jeg føler meg tøff nok til å si at.. ja til å tørre å si det».

### Konstant press påvirker sykepleierne

I intervjuene beskriver deltagerne at de føler et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver som er forventet utført og eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Særlig tyngende er det når den eldre ikke har nettverk og hjemmetjenesten er de eneste som er innom. Deltagerne forteller at de har få muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen.

«Mange ganger føler jeg at det er helt for jævlig at vi sitter med alt dette. For vi vet jo at vi ikke klarer å følge dem opp godt nok».

Data viser at deltagerne har med seg tanker om hvordan det går med disse pasientene hjem etter arbeidstid. Søvn blir påvirket og et indre stress setter seg i kroppen.

«Mange ganger har du det travelt og det går kanskje ikke sånn inn på deg. Men det er etterpå at du tenker på den enkelte»

«Å se et menneske som slutter å spise, slutter å ha kontakt med omverdenen, bli mer og mer likegyldig til seg selv er som å se på en sakte død».

Deltagerne beskriver at de er engstelige for å bli følelsesmessig kalde og at det er sårt å bli fratatt kvalitetstid med eldre som er deprimerte. De fremhever at det ikke er mulig med «et sakte arbeid» i hjemmetjenesten.

«Man må jo bare.. innse at dette er et sakte arbeid. Evgivarende. Så det går mer i sirkel enn det går fremover»

### Diskusjon

Resultatene viser at det er lite fokus på eldre med depresjon i hjemmetjenesten. Sykepleierne gjør det beste for å ivareta pasientgruppen, men mangel på veiledning og refleksjonsrom gjør at de føler seg alene i arbeidet.



Foto: Shutterstock



Det er oppsiktsvekkende at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieroppgave i hjemmetjenesten. Depresjon som ofte arter seg atypisk hos eldre, gir økt risiko for alvorlig sykdom, komplikasjoner og selvmord (7, 12, 20, 21). Det er derfor avgjørende med god sykepleiefaglig og personsentrert oppfølging der hjemmesykepleierne bør ha en nøkkelrolle (22). Deltagerne beskriver at det i vedtakene ikke er beregnet tid til å følge opp depresjon hos eldre. Dette kommer i sterk kontrast til forståelsen av sykepleiefaget som en kyndig hjelp til å leve gjennom sykdom og behandling der behovene for hjelp endres ut fra situasjon og helsetilstand (23). På den andre siden støtter resultatet forskning som viser at enkeltvedtak ofte er styrende i utøvelsen av sykepleiepraksis og at dette begrenser sykepleieren i å utøve helhetlig omsorg (24).

Resultatene viser videre at felles mål for oppfølging av eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull. Systematisk kartlegging samt muntlig og skriftlig rapportering er begrenset. Et overordnet mål i forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten er et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (25). For å kunne planlegge og utføre helsehjelpen slik at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt er det nødvendig at dokumentasjon og informasjonsutveksling blir gjort strukturert og systematisk (26).

Studien viser at deltagerne gjør det beste for å skape en trygg og tillitsfull relasjon slik at den eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Et viktig resultat er at sykepleierne tar grep ved å ta kortere matpauser og skyver på andre oppgaver slik at det blir mer tid ved tilsyn hos eldre med depresjon. Helsepersonells evne til empati og personsentrert tilnærming har tidligere vist seg å være av vesentlig betydning for reduksjon i opplevd ensomhet blant pasienter i hjemmetjenesten (27) og Skatvedt and Andvig (28) fremhever betydningen av hverdagspraten mellom eldre med psykiske lidelser og ansatte i hjemmetjenesten.

Resultatene viser at deltagerne sjeldent har anledning til å diskutere egne erfaringer og føler seg alene i arbeidet. De formidler et sterkt ønske om veiledning og faglig refleksjon og viser initiativ og vilje til å forankre det faglige og personlige i fagkulturen og i fagforståelsen. Sykepleiefaglig veiledning kan gi mulighet til å styrke den teo-

retiske og den personlige kompetansen (29). En systematiskoversiktsstudie viser imidlertid at det mangler evidens for at sykepleiefaglig veiledning

---

## «Resultatene viser at deltagerne sjeldent har anledning til å diskutere egne erfaringer og føler seg alene i arbeidet»

---

faktisk virker etter intensjonen (30). Tidligere studier viser at kollegastøtte og refleksjon er viktig for hjemmesykepleiere i arbeidet med å følge opp eldre med psykiske lidelser (11, 31). Veiledning må være forankret hos ledelsen for å være en etablert del av sykepleiepraksisen (32).

Resultatene viser at konstant press påvirker sykepleierne. De beskriver en følelse av å gå på akkord med seg selv i arbeidet og tar med bekymringer med hjem og søvnen blir påvirket. Moralsk stress har vist seg å kunne oppstå i situasjoner der sykepleiere hindres i å utføre etiske handlinger fordi profesjonelle forpliktelser gjør det umulig å handle utfra hva som oppleves som moralsk riktig (33). Langvarig stress kan gå utover sykepleiernes helse i form av depresjon og utbrenthet (34). Organisasjonen bør ha et kritisk blikk på om arbeidsmiljøet og praksiskulturen legger til rette for en moralsk forsvarlig praksis. Et sentralt ledd i dette arbeidet bør bestå av å styrke sykepleiernes kompetanse og mestring av moralsk stress (35).

### Metodiske overveielser

Forfatterne er sykepleiere med videreutdanning i eldreomsorg og har lang og relevant praksiserfaring. Gjennom arbeidet med studien har vi vært oppmerksomme på vår forforståelse og at nærheten til forskningsfeltet kan påvirke refleksiviteten. Resultatene er formidlet lojalt utfra hva deltagerne har fortalt i intervjuene. Studiens begrensninger er at relativt få deltagere er med, samtidig har utvalget god informasjonsstyrke. Intervjuene ble utført i arbeidstiden, noe som kan ha påvirket konsentrasjonen til noen av deltagerne. Gjennom hele arbeidet med undersøkelsen har forfatterne hatt et tett samarbeid, noe som styrker studiens troverdighet.





### Konklusjon

Resultatene viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieoppgave i hjemmetjenesten, selv om depresjon er forbundet med alvorlig sykdom og komplikasjoner. I tjenestevedtakene er det ikke beregnet tid til oppfølging av depresjon, noe som kan hindre individuell personsentrert oppfølging ettersom vedtakene ofte er styrende for helsehjelpen som blir gitt. Begrenset kartlegging og rapportering, samt mangel på samarbeid med psykiatritjenesten gjør det vanskelig å innfri kvalitetsforskriftens mål om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Sykepleierne gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivarettatt. Det er av stor betydning for eldre med psykiske lidelser å bli møtt med empati av helsepersonell og at det blir tatt hensyn til individuelle behov. Sykepleierne tar grep ved å skyve på andre gjøremål for å få mer tid til eldre med

depresjon, samtidig fører dette til mindre tid til andre arbeidsoppgaver og egen matpause. Mangel på kultur for faglig refleksjon og mangel på veiledning gjør at sykepleierne føler seg alene i arbeidet. Veiledning må forankres hos leder for å bli en etablert del av sykepleiepraksisen. Studien viser at sykepleierne føler et konstant press ved å bli dradd mellom organisasjonens krav på den ene siden og eget ønske om å følge opp disse pasientene på den andre siden. Langvarig stress kan gi økt risiko for utbrenthet og manglende motivasjon for å fortsette i arbeidet. Det krevende arbeidet sykepleierne har med oppfølging av eldre med depresjon må anerkjennes ved å legge til rette for bedre kontinuitet i arbeidet, faglig utvikling og mestring av moralsk stress. Studien kan benyttes som grunnlag i arbeidet med å forbedre tilbudet til eldre med depresjon, samt beholde og utvikle kompetente sykepleiere i eldreomsorgen. ■



Foto: Shutterstock

## Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken 2020 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/11668/>].
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e-63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>].
3. World Health Organization. Mental health of older adults 2017 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>].
4. Sylke A, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017;210(2):125.
5. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbaek G. Older people with depression – a three-year follow-up. *Eldre med depresjon – oppfølging over tre år*. 2019;139(16).
6. Folkehelseinstituttet. Sykdomsbyrde i Norge 1990- 2013. Oslo; 2016.
7. Engedal K, Tveit M, Lage Barca M. *Alderspsykiatri*. 1. utgave. ed. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk; 2019.
8. Aakhus E. Tailored implementation for chronic diseases. Depression in the elderly. University of Oslo 2017.
9. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2011;129(1-3):126-42.
10. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten 2009 [Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/ed0d2ef2-dall-4c4e-9423-58eb6ddc4d9-961cda-6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-dall-4c4e-9423-58eb6ddc4d9-961cda-6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf)].
11. Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(17-18):2562-70.
12. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018;47:1-5.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid 2009 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16a-d32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>].
14. Hjemnås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for hel-sepersonell frem mot 2035: statistisk sentralbyrå; 2019 [Available from: [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)].
15. Øydgard G. Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(01):27-39.
16. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser for mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem: Velferdsinstituttet NOVA; 2016 [Available from: [https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)].
17. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
18. Fjørtoft A-K. *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2016.
19. Verdens legeforening. Helsinkideklarasjonen: Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker 2013 [Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikkk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>].
20. Nascimento PPP, Batistoni SST, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study - UNICAMP. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2016;29.
21. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF, Diniz BS. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;202(5):329-35.
22. McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health & Social Care in the Community*. 2009;17(1):83-91.
23. Elstad I. *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
24. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*. 2011;18(3):386-96.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten 2003* [Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften%20i%20pleie%20og%20omsorg>].
26. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015;18-26.
27. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2015(03):266-82.
28. Skatvedt A, Andvig E. Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(1):64-70.
29. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turner J. Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary nurse*. 2013;45:22-32.
30. Pollock A, Campell P, Deery R, Fleming M, Rankin J, Sloan G, et al. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(8):1825-37.
31. Janløv A-C, Johansson L, Clausson EK. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2018;32(2):987-96.
32. Driscoll J, Stacey G, Harrison-Dening K, Boyd C, Shaw T. Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. *Harrow, Middx.*: 2019. p. 43-50.
33. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*. 2016;22(1):51-67.
34. Deschenes S, Kunyk D. Situating moral distress within relational ethics. *Nursing Ethics*. 2020;27(3):767-77.
35. Hetzel- Riggan D, Melanie., Swords A, Brett., Tuang LH, Deck M, Joshua., Spurgeon S, Nicholas. Work engagement and resiliency impact the relationship between nursing stress and burnout. *Psychological Reports*. 2020;123(5):1835-53.



# Hvordan få til nytenkning i kommunale sykehjem?

Det er mangel på sykepleiere og fagpersonell generelt i kommunale sykehjem, og endringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste bidrar til økte kompetansebehov (1, 2, 3).

## Introduksjon

Ledere i kommunale sykehjem møter derfor mange utfordringer når de skal ivareta samfunnsoppdraget, og det er behov for å tenke nytt om hvordan imøtekomme kompetansebehovet. Vi spør derfor om kreative metoder kan være nyttige verktøy for å få til nytenkning, og bidra til en bedre utnyttelse av allerede eksisterende kompetanse i kommunale sykehjem. Ulike former for kreative metoder brukes i et mangfold av organisasjoner, der nye ideer og løsninger på ulike utfordringer fremkommer i gode kollektive arbeidsprosesser (4). Det å benytte eksisterende kompetansepotensial er spesielt viktig fordi evalueringen av kompetanseløftet 2020 viser at det er utfordrende å rekruttere og beholde helsepersonell i kommunene, og det er spesielt utfordrende å rekruttere sykepleiere med generell kompetanse (5). Det er også vanskelig å imøtekomme et økende behov for sykepleiere med spesialkompetanse, spesielt innenfor kliniske områder i sykepleiefaget (5). Samtidig fører et høyt fravær til at mange sykepleiervakter ofte blir dekket av ufaglært personell, og mange vakter forblir udekket (6, 7). Flere sykehjemsbeboere med komplekse og sammensatte lidelser fører til oppgaveforskyvning der oppgaver som sykepleierne tidligere ivaretok blir forskjøvet til helsefagarbeidere og ufaglærte (6). Sykepleiere opplever krysspess i forhold til hvilke pasienter som skal prioriteres først i forhold til fagkompetanse (3), og ønsker tydeligere oppgave- og ansvarsområder dersom de skal arbeide i sykehjem (8). En kvantitativ tysk studie viser at når sykepleiere selv får mulighet til å kontrollere arbeidsplanleggingen og tjenesteutøvelsen, kan de bli mindre sårbar mot negative effekter av høye jobbkraav (9). En belgisk survey viser at sykepleiernes mestringsopplevelser

i arbeidet er avgjørende for deres engasjement i forhold til planlegging av pleie (10). Samtidig viser en engelsk survey at det er mangel på kompetanse blant sykepleieleidere om avansert pleieplanlegging for pasienter med demens, en oppgave de heller ikke betrakter som tillagt lederrollen (11). Hensikten med denne artikkelen er å gi et innblikk i kreative metoders potensiale som ledelsesverktøy for å arbeide med ansvars- og oppgavefordeling samt kompetanseutvikling blant sykepleiere og ufaglærte ansatte i kommunale sykehjem.

## Hvorfor benytte kreative metoder?

Kreative metoder kan benyttes for å utforske og utvikle nye tanker og ideer blant ansatte i kommunale sykehjem. Arbeidsmetodene, som beskrives senere, kan bidra til at kjente tankemønstre brytes, samtidig som metodene kan gi oss verktøy for systematisk bearbeiding og evaluering av ideer som fremkommer i kreative arbeidsprosesser (12). Ved bruk av kreative metoder gis det rom for å «stille spørsmål heller enn å fortelle folk sannheten», og kreative arbeidsprosesser kan bidra til at ansatte utvikler samhandling basert på tillit og trygge relasjoner (13). De kreative metodene åpner opp for at alle kan uttrykke sin mening både muntlig og skriftlig, og prosessene kan frembringe et rikt materiale som utgjør faktainformasjon, som kan benyttes i et videre arbeid med å realisere ansattes kompetansepotensial.

Bruk av kreative metoder krever et visst forarbeid av lederne, fordi en av de sterkeste barrierer for endring og videreutvikling i sykehjemmet kan være motstand blant ansatte (14). Motstand kan fremkomme fordi realisering av kompetansepotensialet kan føre til endring både i sykehjemmets formelle og uformelle struktur. Den formelle organisasjons-

## FAKTA

**Hilde Nordahl-Pedersen**  
Amanuensis, Handelshøyskolen i Harstad, UiT Norges Arktiske Universitet

**Bente Liljan Lind Kassah**  
Professor, Institutt for barnevern og sosialt arbeid, UiT Norges Arktiske Universitet

**Wivi-Ann Tingvoll**  
Emerita, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges Arktiske Universitet



strukturen viser til avdelinger, stillinger, formelle normer, regler, osv.. Parallelt med den formelle organisasjonsstrukturen eksisterer en uformell struktur som fremkommer når ansatte bringer sine egne interesser og ønsker inn i organisasjonen (15). Endringsmotstand kan forekomme blant annet på grunn av snevre egeninteresser, manglende helhetssyn og frykt for å miste makt (14). Makt kan defineres som å få noen til å gjøre det de ellers ikke ville gjort (16). Ved å være i forkant kan lederen imøtekomme endringsmotstand som har sitt utspring i en rasjonell reaksjon fra enkeltindivider som forsvarer noe som er kjent fremfor noe som er nytt og ukjent (14). Lederen må også være spesielt bevisst sin rolle som normsender i kreative prosesser.

Kreative metoder åpner opp for at alle ansatte kan delta i arbeidet med å bringe frem ideer som kan bidra til å realisere kompetansepotensialet i sykehjem best mulig. Kompetanse kan betraktes som en persons samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger (17). Ved bruk av kreative metoder kan både eksplisitt og taus kunnskap, dvs. internalisert kunnskap, bringes frem fordi gjennom aktiv deltagelse kan internalisert kunnskap som vanskelig lar seg verbalisere bli satt ord på (18). Kreative metoders potensiale for å kunne bringe

frem taus kunnskap kan være viktig fordi det stilles ikke ofte spørsmål ved internalisert kunnskap, den er en del av den enkeltes virkelighets- og forståelseshorisont. Holdninger er sentrale elementer i den enkeltes forståelseshorisont og holdninger kan betraktes som konkretisering av verdier (19). Holdninger kan betraktes som et arkivsystem som gir den enkelte psykisk trygghet, fordi oppfatninger og vurderinger fremstår som stabile og konsistente over tid (19). Holdninger blir slik viktig for målrealisering i tjenesteutøvelsen og for hvordan personalets kompetansepotensial vurderes. De kreative metodene kan gi mulighet for økt forståelse og eierskap knyttet til endringer i forbindelse med kompetanse, ansvars- og oppgavefordeling i kommunale sykehjem.

De kreative metodene, galleri- og flipovermetoden samt verdenscafe, benyttes for å illustrere hvordan ledere kan arbeide med å realisere kompetansepotensialet i sykehjem. En nærmere beskrivelse av metodene og hvordan de kan benyttes blir illustrert i diskusjonen.

#### **Illustrerende diskusjon - bruk av kreative metoder**

Som tidligere beskrevet krever bruk av kreative metoder at leder, eventuelt i samarbeid med andre, forbereder arbeidsprosessene. For lederen er det



Foto: Shutterstock





viktig å fasilitere prosessen slik at sykehjemets grunnleggende verdier blir ivaretatt, og medarbeiderskapshjulet kan være et redskap i arbeidet (20).

## «Hver metode kan være et selvstendig verktøy i en ideutviklingsprosess eller de kan benyttes sammen»

Medarbeiderskapshjulet belyser fire begrepspar som omhandler viktige dimensjoner i kreative arbeidsprosesser. Begrepsparene er; 1) *tillit og åpenhet* som handler om at dialogen skal være preget av tillit, respekt og konstruktive løsninger ved uenighet. 2) *felleskap og samarbeid* som omhandler respekt og verdsetting av hverandres kompetanse og styrker. 3) *engasjement og meningsfullhet* som vektlegger glede og stolthet over den jobben som utføres, og 4) *ansvarlighet og initiativ* som dreier seg om å være aktiv og initiativrik innenfor gitte myndighetsområder. For å realisere begrepsparene

i medarbeiderskapshjulet kreves en klar ledelse av prosessen der det etableres regler for kommunikasjon der deltagerne skal ha en «JA, OG...» holdning til de ideer som fremkommer. Dette innebærer at deltagerne bygger videre på hverandres ideer og at ingen ideer skal betraktes som dumme eller dårlige. Det legges med andre ord vekt på å etablere en positiv innstilling til arbeidsprosessene.

Med medarbeiderskapshjulet som bakgrunn gjør vi i det følgende rede for de kreative metodene galleri- og flipovermetoden samt verdenscafe, samtidig som det gis eksempler på hvordan metodene kan benyttes i arbeidet med realisering av ansattes kompetansepotensial. Lederen vil ha en nøkkelrolle som prosessleder og kan benytte allerede eksisterende møtearenaer for å gjennomføre prosessene. Lederens bruk av kreative metoder er et dynamisk arbeid som kan foregå over tid og som ikke er lineært i tid og faser (12). Hver metode kan være et selvstendig verktøy i en ideutviklingsprosess eller de kan benyttes sammen. I den illustrerende diskusjonen belyses en ideutviklingsprosess der resultatene fra galleri- og flipovermetodene samt verdenscafe, bygger på hverandre og ses i sammenheng.



Foto: Shutterstock

### **Kan gallerimetoden gi nye ideer til arbeids- og oppgavefordeling?**

*Gallerimetoden* er en brainstormingsmetode som er nyttig å bruke både i små og store grupper. Når arbeidet med gallerimetoden skal settes i gang må lederen i forkant av prosessen gå gjennom spillereglene for gjennomføring av gallerimetoden sammen med deltagerne. Det er lederens ansvar å etablere en tydelig kontekst for prosessen ved å gjøre rede for hensikten og målsettingen med å benytte gallerimetoden. I dette eksemplet er målet å få realisert kompetansepotensialet blant personalet, og hensikten er å få til en god arbeids- og oppgavefordeling i sykehjemmet. I forkant av prosessen har lederen hengt opp mange galleriark på veggene i rommet, der hvert ark har et enkelt spørsmål som er skrevet øverst. Spørsmålene utformes i forhold til hensikten og målsettingen for prosessen. Eksempel på spørsmål er; Hvordan kan vi benytte kompetansen i sykehjemmet best mulig? Hvilken arbeidsdeling bør det være mellom grupper med ulik kompetanse? Deltagerne går rundt i stillhet og skriver sine ideer på de ulike galleriarkene. De skal også inspireres til å bygge videre på det andre har foreslått og skrive ytterligere ideer på de relevante arkene (12). Etter en stund kan deltagerne oppleve «idetørke», men det kan være viktig å fortsette arbeidet fordi erfaringer viser at de beste ideene kan dukke opp etter at idegenereringen har pågått en tid. For å åpne opp for ytterligere kreativitet og ideutvikling kan man bruke ulike virkemidler underveis, som for eksempel bilder, musikk, tegning og dikt. De beste ideene kan siles ut i etterkant i plenum, ved bruk av eksempelvis poenggivning. Ideene kan bearbeides av leder og eventuelle tjenesteutøvere rett i etterkant av prosessen eller senere, hvis ideene skal ses i sammenheng med ytterligere ideer fra flipovermetoden og verdenskafeen.

### **Kan flipovermetoden få oss til å tenke «utenfor boksen»?**

Flipovermetoden er en egnet metode for bruk i både store og små grupper for å generere ideer som kan bidra til realisering av målet. Deltagerne sitter i en hestesko rundt lederen, som stiller spørsmål som skal bidra til å generere ideer om hvordan realisere ansattes kompetanse. Lederen noterer fortløpende deltagerens innspill til ideer på flipoverark. Deltagerne skal være åpne og positive, ikke samtale

med hverandre eller vurdere forslagene som gis (21). Eksempler på spørsmål er: Hva må til for at du skal kunne realisere/ benytte din kompetanse best mulig i vårt sykehjem? Lederen kan også supplere idegenereringen ved å benytte en forhåndslaget «kortstokk», med alt fra 20 til 80 kort med eksempelvis ulike navn på kjente rollefigurer i media.

---

## «Flipovermetoden er en egnet metode for bruk i både store og små grupper for å generere ideer som kan bidra til realisering av målet»

---

Lederen trekker for eksempel et kort med navnet til den islandske treneren for Norges kvinnelandslag i håndball, Thorir Hergeirsson. Lederen spør deretter deltagerne om; Hva vil Thorir Hergeirsson gjøre for at hans spillere skal kunne realisere sin kompetanse best mulig? Hensikten med å benytte kortene er at deltagerne skal «tenke utenfor boksen» og åpne opp for nye ideer. Lederen noterer på flipoverark alle ideer som dukker opp, og ideene skal ikke vurderes i denne fasen. Deltagerne kan deretter deles i grupper der de skal vurdere hvilke ideer som kan bidra til kompetanserealisering, og eksempelvis deling av erfaring og kunnskap i sykehjemmet. Hver gruppe skriver ned de umiddelbart beste ideene fra prosessen, som deretter henges opp sammen med galleriarkene på veggen. Ideene kan eventuelt også bearbeides rett i etterkant av prosessen.

Neste steg i den kreative prosessen fokuserer spesielt arbeid med holdninger og bruk av verdenscafe.

### **Verdenscafeen som verktøy for holdningskapende arbeid**

I denne delen av prosessen er det viktig å gripe fatt i ansattes holdninger til hverandres kompetanse og erfaringskunnskap. Endring av holdninger er utfordrende fordi det rører ved den enkeltes virkelighetsoppfatning (22) og rokker ved den enkeltes ”kompass” for handlinger. Ved å benytte verdenscafe kan ansattes holdninger knyttet til kompetanse og ansvars- og oppgavefordeling aktiveres





gjennom de spørsmål og diskusjoner som fremkommer. Kompetanserealiserings kan betinge at ansatte anerkjenner hverandres kompetanse, og at det etableres enighet om hvordan få til en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling. Holdningsendring er trolig en viktig dimensjon i arbeidet med å realisere kompetansepotensialet i sykehjem og det er mulig at holdningsendring fordrer at tauskunnskap (18) knyttet til både tjenesteutøvelse og

## « Ved bruk av verdenscafe skapes det en cafestemning med bakgrunnsmusikk og der deltagerne har tilgang til f.eks. kaffe, te og frukt »

relasjonsegenskaper blant tjenesteutøverne verbaliseres. Hvis ikke kan tauskunnskap fungere som en barriere mot endring. Hvis leder vurderer endringsklimaet i sitt sykehjem som utfordrende, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i en inkrementalistisk tenkning, der spørsmålene i verdenskafeen er avgrenset slik at innspillene som fremkommer, senere kan bearbeides og føre til små endringer over tid (14). For å skape rom for realisering av ansattes kompetanse, kan det med andre ord være behov for endringer i sykehjemets formelle og uformelle organisasjonsstruktur.

For å endre formelle og uformelle strukturelle elementer som for eksempel roller og normer for samhandling, kan lederen på sykehjemmet gjennomføre et innledende arbeid til verdenscafe. Her kan det legges vekt på å skape økt bevissthet om hvordan ansattes holdninger virker inn på kunnskaps- og erfaringsdelingen. Lederen deler deltagerne inn i grupper og gir hver gruppe et ark med flere eksempler på normer for samspill som skal prege samarbeidet blant personalet i sykehjemmet. Eksempler på noen ønskede normer for atferd kan være følgende; *I sykehjemmet vårt er deling av kunnskap naturlig i arbeidshverdagen. I vårt sykehjem er alle ansattes kompetanse viktig i tjenesteutøvelsen. Vi gir respektfullt uttrykk for egne følelser, behov, tanker og meninger.* Deltagerne leser gjennom reglene for samspill individuelt, og sup-

plerer på sitt eget ark eventuelt nye regler som de synes mangler og er viktige å etterleve. Hver gruppe diskuterer seg frem til eksempelvis seks regler for hvordan få til best mulig bruk av kompetansetilfanget i sykehjemmet. Noen av disse reglene må belyse hvordan de enkelte normene skal etterleves slik at samhandlingen i sykehjemmet preges av respekt og inkludering. Dette er viktig fordi tidligere undersøkelser viser at samhandlingen mellom vikarer, ufaglærte og faglærte ansatte kan bære preg av manglende forståelse for hverandres kompetanse (23). Begrenset forståelse kommer blant annet til uttrykk gjennom et uformelt makthierarki der de med minst formell kompetanse kan oppleve seg nedvurdert (24).

Prosessen avsluttes med at gruppene i fellesskap blir enige om de eksempelvis fem viktigste reglene for samspill som skal gjelde for samarbeidet i sykehjemmet. Reglene kan rammes inn og henges opp på personalrommet eller annet egnet sted i sykehjemmet. Denne innledende fasen i arbeidet med holdninger kan være viktig fordi uformelle normer for samhandling i sykehjem kan begrense realisering av ansattes kompetansepotensial. Innenfor studier om profesjonsforskning fremkommer det at utøvere bygger en sterk identitet gjennom sin profesjons- eller fagutdanning, der et eget språk og ritualer kan utfordres i samarbeid med andre (25), slik som for eksempel ufaglærte tjenesteutøvere.

Etter det innledende arbeidet for å etablere en bevissthet om normenes betydning for samspillet i sykehjemmet, viderefører lederen holdningsarbeidet med å gjennomføre en verdenscafe. Oppgavene for verdenskafeen kan lages på bakgrunn av en eller flere av de beste ideene fra Galleri- og eller flipovermetoden, eller det kan være en annen oppgave som lederen ønsker at personalet skal gå i dybden på.

### Verdenskafeen – problemløsning gjennom dialog

Verdenskafeen kan være en egnet metode å bruke i litt større grupper fordi dialogen har en sentral plass for å skape eierskap og konsensus om de ulike tema som tas opp. Dialog som metode kan bidra til refleksjon om hvilke holdninger som styrer egen adferd og hvordan atferden oppleves av andre, noe som kan øke bevisstheten om grunnleggende verdier som det å vise respekt og opptre hensynsfullt overfor hverandre (25). I henhold til diskursetikk kan verdispørsmål bare løses gjennom dialog (26).

Ved bruk av *verdenscafe* skapes det en cafestemning med bakgrunnsmusikk og der deltagerne har tilgang til f.eks. kaffe, te og frukt. Fem til syv deltagere setter seg rundt ulike bord, med hvite papirduker og en tussj i ulike farger til hver deltager. Lederen gjør rede for hensikten med verdenscafeen og hvordan metoden skal brukes. Alle gruppene får utlevert hvert sitt ark med samme spørsmål som skal diskuteres. Spørsmålet som de ansatte skal arbeide med kan for eksempel være; *Tenk gjennom arbeidsfordelingen i sykehjemmet i dag. Hvordan kan det legges til rette for at sykepleierne får benytte sin kompetanse best mulig? Hvordan kan det legges til rette for at vikarer og ufaglærte gis rom til å benytte sin kompetanse bedre?*

Underveis i gruppediskusjonen skal deltagerne bruke duken aktivt for å skrive stikkord, tegne modeller, figurer, tabeller og resonnementer for å reflektere over utlevert oppgave. Leder kan sirkulere ved de ulike bordene. Etter 20 minutter gir lederen beskjed om at det skal velges en vert ved hvert bord. Vertene ved det enkelte bord blir sit-

tende mens de andre deltagerne sprer seg rundt i «den store verden», dvs. de velger fritt hvilket bord de vil sitte ved, eneste krav er at det sitter deltagere der som de ikke har snakket med i første runde. Verten ved hvert bord benytter duken som referanseramme, og forteller de nye deltagerne om hvordan diskusjonen har forløpt. De andre deltagerne supplerer med det de har diskutert ved sine opprinnelige bord, og diskusjonen fortsetter med nye ideer som skrives på duken. Etter nye 20 minutter går deltagerne tilbake til sine opprinnelige vertsbord. Verten forteller hva diskusjonen har omhandlet og deltagerne supplerer med hva de har diskutert ved sine bord. Arbeidsøkten avsluttes i plenum med oppsummering fra hver gruppe (27). Lederen kan også be de enkelte gruppene om å lage en skriftlig oppsummering av hovedpunkter fra oppgaveløsningen, som lederen samler inn.

Etter å ha gjennomført Verdenscafeen skriver den enkelte deltager det de mener er de umiddelbart beste ideene fra dukene opp på galleriarkene. Da henger det til slutt galleriark på veggene som



Foto: Shutterstock





synliggjør ideene fra galleri- og flipovermetoden samt verdenscafeen. Deltagerne bes deretter om å lese gjennom alle ideene på de ulike opphengte arkene, og den enkelte deltager gir deretter poeng

---

## «Vel gjennomførte kreative prosesser kan styrke den relasjonelle tilliten og slik bidra til «større takhøyde» og et arbeidsmiljø preget av positivitet og inkludering»

---

som anføres ved de beste ideene, på det enkelte ark (12). Poengene gis med utgangspunkt i gitte kriterier utviklet av leder, kriterier som omhandler synliggjøring og frigjøring av kompetansepotensialet hos personalet. Eksempel på slike kriterier kan være; 1) best mulig tjenesteutøvelse 2) best mulig ansvars- og oppgavefordeling mellom sykepleiere, vikarer og ufaglærte, og 3) arbeidsmiljø preget av respekt og tillit. Det gjøres en oppsummering av poenggivningen, og de ideene som har fått flest poeng skrives på et flipoverark som leder henger på veggen. Deltagerne deles deretter inn i grupper, der hver gruppe får velge en av de beste ideene på det opphengte flipoverarket. Hver gruppe får så et avgrenset tidsrom, f.eks. 20 minutter, på å bearbeide og visualisere den valgte ideen etter de tre ovennevnte vurderingskriterier. Denne siste øvelsen er viktig fordi de ansatte selv skal «selge inn» betydningen av å få gjennomført de endringer i ansvars- og oppgavefordeling som fremkom, noe som skal bidra til å påvirke realisering av personalets kompetansepotensial.

### Avslutning

I artikkelen har vi søkt å illustrere hvordan kreative metoder kan benyttes i arbeidet med å realisere kompetansepotensialet hos ansatte i kommunale sykehjem. Kreative metoder kan benyttes både på et individuelt og kollektivt nivå og lederne kan selv skreddersy gjennomføringen av arbeidsprosessene for å sikre god forankring i personalet om de resultater som prosessene frembringer. Kreative metoder

gir rom for endring i holdninger, normer, roller og ansvar- og oppgavefordeling, noe som kan bidra til bedre ressursutnyttelse og læring. Dette fordi arbeidet med kreative metoder kan øke den enkeltes bevissthet om «tatt for gitt kunnskap» som styrer interaksjon og utnyttelsen av kompetanse i sykehjemmet.

Styrken med å bruke de kreative metodene, galleri- og flipovermetoden samt verdenscafe, er at de raskt kan gi god produksjon av ideer, både individuelt og kollektivt. En annen positiv effekt er at forslagene som fremkommer blir løst fra den enkelte person, og gjennom bearbeiding kan ideene fremstå som et kollektivt produkt som de ansatte kan gi sin oppslutning til. Utvikling av et kollektivt produkt, f.eks. regler for hvordan realisere kompetansepotensialet, kan frembringe varige organisatoriske endringer i ansvar- og oppgavefordeling i sykehjemmet. Ifølge Nonaka og Takeuchi (29) er det et premiss for læring i organisasjoner at ny kunnskap gjennomgår legitimeringsprosesser. Dette er essensielle og avgjørende prosesser for å få til læring i sykehjemmet. Gjennom legitimeringsprosesser får ansatte en forståelse for hvorfor den aktuelle kunnskapen er nødvendig å integrere i organisasjonens kunnskapsreservoar. Bruk av kreative metoder kan slik bidra til resosialiseringsprosesser gjennom utvikling av sosiale normer, samt faglig og sosialt fellesskap.

Vel gjennomførte kreative prosesser kan styrke den relasjonelle tilliten og slik bidra til «større takhøyde» og et arbeidsmiljø preget av positivitet og inkludering. Det er behov for mer forskning om hvordan kreative metoder kan benyttes for å fremme effektive arbeidsprosesser som ivaretar krav til god tjenesteøvelse i kommunale sykehjem. ■



## Litteratur:

1. Bing-Jonsson, P., Foss, C. & Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>.
2. Pedersen, K.R. & Tingvoll, W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdags situasjoner. I: Kassah, B.L.L., Tingvoll & Kassah, A.K. (red.). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
3. Mæhre, K.S. (2017). «Vi må ha hjelp!» Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjem-savdeling etter Samhandlingsreformen. Doktoravhandling. Bode: Nord Universitet.
4. Carlsen, A., Clegg, S. og Gjersvik, R. (2012). *Ideawork*. Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
5. Grut, L., Lippestad, J.-W., Monkerud, L.C., Zeiner, H.H., Nesje, K., Olsen, D.S. og Aamodt, P.O. (2020). *Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport II*. Oslo: Sintef AS, NIBR, NIFU.
6. Vestly, S. og Løvdal, L.M. (2021). Muligheter og begrensninger i sykepleierens handlingsrom når sykehjemspasientens sykdomstilstand forverrer seg. I: Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W.-A.: *Handlingsrom for profesjonalisert velferd – kommunal helse- og omsorgstjeneste og kommunalt barnevern*. Oslo: Cappelen Damm.
7. Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA-rapport 6/2016. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)
8. Bergland, Å., Vibe, O. & Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass. *Sykepleien*, 98(1), 52-54. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0005>.
9. Schmidt, K.-H. & Diestel, S. (2011). Differential effects of decision latitude and control on the job demands – strain relationship: a Cross-sectional survey study among elderly care nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (3): 307-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.04.003>.
10. Gilissen, J., Pivodic, L., Wendrich-van Dael, A., Cools, W., Vander Stichele, R., Van den Block, L., Deliens, L., & Gastmans, C. (2020). Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *Palliative Medicine*, 34(7), 917–924. <https://doi.org/10.1177/0269216320916158>
11. Beck, E. R., McIlpatrick, S., Hasson, F., & Leavey, G. (2017). Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2633–2645. <https://doi.org/10.1111/jocn.13690>
12. Lerdahl, E. (2007). *Slagkraft. Håndbok i idéutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
13. Torgersen, G.E. og Steiro, T.J. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Stjørdal: Læringsforlaget.
14. Jacobsen, D.I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
15. Selznick, P. (1984). *Leadership in administration. A sociological interpretation*. Berkeley, CA: University of California Press.
16. Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.
17. Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
18. Polanyi, M. (1983). *The tacit dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith.
19. Martinussen, W. (1991). *Sosiologisk analyse. En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
20. Velten, J., Tengblad, S. & Heggen, R. (2016). *Medarbeiderskap. Hva som får folk til å ta ansvar og vise initiativ*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
21. Forsth, 2021. Hentet fra: <http://www.kreativtnorge.no/KreativeMetoderTeknikker.htm>
22. Schiefloe, P.M. (2019). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget. ISBN: 9788245023756.
23. Tingvold, L. & Munkejord, M. C. (2020). Shared goals, communication and mutual respect in multicultural staff teams: A relational coordination perspective. *NursingOpen*, 8:957-965. <https://doi.org/10.1002/nop2.704>.
24. Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen, H. & Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning. I: Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W.-A.: *Handlingsrom for profesjonalisert velferd – kommunal helse- og omsorgstjeneste og kommunalt barnevern*. Oslo: Cappelen Damm.
25. Schein, E.H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. 3.utg. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
26. Habermas, J., Eriksen, E.O., Molander, A. & Lindén, T. (1997). *Diskurs, rett og demokrati: politisk – filosofiske tekster*. Daidalos.
27. Senese, M. (2002). Verdenskafeen – aktiv involvering gjennom meningsfulle konversasjoner. I: Levin, M. & Klev, R. (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
28. Schei, V. & Sverdrup, T.E. (2011). Når kreative team mangler kreativitet. *Magma – Tidsskrift for økonomi og ledelse* 6, s.67-72. (8s). Tilgjengelig fra internet: <https://www.magma.no/nar-kreative-team-mangler-kreativitet>
29. Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford, England: Oxford University Press.

# RESOURCE® ULTRA FRUIT

– endelig en klar næringsdrikk  
med EKSTRA MYE PROTEIN



**Resource® Ultra Fruit** er en klar og energirik næringsdrikk som inneholder **75 prosent mer protein** enn andre klare næringsdrikker, som finnes på markedet. Et **leskende og velsmakende alternativ** til melkelignende næringsdrikker, som med fordel kan brukes som et næringsrikt alternativ til vann, saft og juice. Resource® Ultra Fruit inneholder **100 % myseprotein** og er **fettfri**.

#### Informasjon til helsepersonell

Resource® Ultra Fruit er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn. Til kostholdsbehandling av pasienter med underernæring eller i risiko for underernæring.

[www.nestlehealthscience.no](http://www.nestlehealthscience.no)

**NYHET!**

**300  
kcal**

**14g  
protein**

per 200 ml

 **Nestlé**  
HealthScience



# Tredje års sykepleierstudenter er på Løvåsen sykehjem og lager instruksjonsfilm til opplæring i håndtering av utfordrende adferd

Av Stein Erik Fæø

I et tidligere nummer av Geriatrisk sykepleie ble vi kjent med sykepleiestudenter som jobbet med bruk av verktøy for å bli bedre rustet til å møte utfordrende atferd i sykehjem og hjemmetjenester. Prosjektet heter «å jobbe på grønt lys» og studentene har fått grunnleggende opplæring og de har vært med som studentrepresentanter i utarbeidelsen av et større forskningsprosjekt.

Nå har de fire tredjeårsstudentene laget ny opplæringsfilm om emnet som er tatt opp ved en avdeling på Løvåsen sykehjem. Filmen skal brukes til opplæring og studentene spiller selv pleiere, mens lektor ved ViD, Kjell Arne Aarheim gjør en god rolle som en beboer som vil ut av avdelingen fordi han skal rekke et fly til et viktig møte. Studentene har selv skrevet manus og har hatt regi på filming.

«Ved å være med på dette prosjektet har vi som studenter følt oss mer inkludert og sett, og føler at vi får en høyere stemme. Vi håper at mer studentinvolvering og slike samarbeidsprosjekter, vil bli en større del av studiets pedagogiske opplegg. Store deler av sykepleieryrket handler tross alt om å veilede og undervise pasienter, kolleger og studenter i praksis. Vi har også sett hvor mye lærerne verdsetter bidragene og refleksjonene våre. På den måten kan utdanningen styrkes,» forteller Vilde Haugland Kristiansen, en av studentene som har vært med i prosjektet. ■



Rune filmer student, Jeanette Holst-Larsen i hyggelig samtale med beboer, som spilles av høyskolektor Kjell Arne Aarheim.



Fra venstre: Karoline Gunnerud, Vilde H. Kristiansen, Frida Viddal Orheim, PhD Stein Erik Fæø, Jeanette Holst-Larsen og Rune Letrud.

# Medisinering i eldre- og demensomsorgen

Å medisinere sykehjempasienter kan synes som en balansekunst mellom livskvalitet, ansvarsorganisering og kommuneøkonomi

## FAKTA

Av  
Åse Dragland

Jeg vet ikke når doseringsbrettene kom på banen i eldreomsorgen, men det måtte jo bety at medisinforbruket ble så stort at gamle folk ikke greide å holde oversikten. I dag er det ifølge Folkehelseinstituttet, helt vanlig at eldre som bor hjemme, kan stå på over 15 reseptbelagte medisiner i løpet av et år. I 2017 fikk om lag 76 000 hjemmeboende eldre utlevert dette antallet medisiner hver på resept. Og 570 000 andre fikk fem eller flere legemidler. Utlevering av medisiner til eldre som bodde hjemme, økte fra 6 prosent i 2004 til 9 prosent i 2017. (FHI, 2018)

Hva er det som har skjedd i løpet av en generasjon når det gjelder medisinbruk? Min mormor ble 99 år. 88 av de årene levde hun hjemme under samme tak som mine foreldre og oss søsken. Det fantes ingen hjemmehjelp som kom med medisiner på 60 og 70-tallet. Jeg har spurt søsknene mine: Husket dere at mormor tok faste medisiner? Nei. Jeg tror ikke det var mye annerledes med andre gamle folk på bygda. De hadde nok sine plager. Og mange hadde sikkert faste medisiner. Men fra det til dagens medisinflod?

Da jeg tok toget sørover i vår, ble jeg sittende ved siden av en sykepleier. Hun jobbet på et sykehjem i Oslo, og fortalte at pasientene var en broket forsamling av eldre som var demente og/eller hadde lettere psykiske lidelser.

– Når de kommer til oss, må vi ofte gå gjennom hvilke medisiner de bruker og prøve å skrelle av flest mulig, fortalte hun. – Det er mange som bruker et titalls ulike medisiner for å motvirke bivirkninger av de enkelte. Kanskje har ikke fastlegen deres oversikt heller. Vi prøver i hvert fall å ta bort det vi ser som kan fjernes, sa hun.

– Men er det mulig å minimere medisinbruken fullstendig? spør jeg.

– Nei, sukket hun. – Det er det som er ille. Siden vi er så få ansatte, blir det mye uro og utagering, og ofte må vi da ta i bruk medisiner for å skape tilstrekkelig ro i hverdagen. Jeg er overbevist om at hadde vi vært én ansatt per pasient, ville bildet vært helt annerledes.

## Billigere med medisiner enn pleie?

Et forskerteam fra NTNU ønsket å undersøke om beboere på sykehjem brukte medisiner mot psykiske lidelser over lengre tid. I seks år fulgte forskerne sykehjemsbeboere i ulike kommuner i Norge, og kartla for første gang vedvarende bruk av psykofarmaka på norske sykehjem.

Ved første gjennomgang var 1 163 beboere med i studien, etter seks år var bare 98 fremdeles i live og kunne delta i femte og siste oppfølging. Det viste seg at medisinbruken mot psykiske lidelser var høy, uavhengig av om beboerne var demente eller ikke. 40 prosent brukte antidepressiver. Pasienter med sterk aggresjon, irritabilitet og hallusinasjoner var overrepresentert. De som ikke hadde demens, brukte i høyere grad sovemidler over lang tid enn beboere med en slik diagnose. Det ble også brukt mer angstdempende medisiner over lengre tid på større sykehjem enn på mindre. Dette blir gjerne forklart med at det er mer aktivitet og høyere lydnivå på større sykehjem, noe som gjerne skaper utrygghet og angst hos beboerne. (Helvik, 2017)

Kjellaug Enoksen, lederen i Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, tror det dreier seg om et ressurs spørsmål på de stedene der medisinering blir førstevalget foran pleie.





Foto: Shutterstock

Til [Forskning.no](https://forskning.no) forteller hun om en dramatisk økning av korttidsbeboere på sykehjemmene, og hvilke ressurser disse krever ved inn- og utskrivning.

Når ressurser overføres til andre pasientgrupper, betyr det at langtidspatientene får dårligere oppfølging og lavere kvalitet på pleie enn de burde hatt. Disse pasientene er også de mest skrapelige og har behov for tett oppfølging av kompetent personale, samt jevnlig justering av legemiddelbehandling, sier hun. (Myrhol, 2017)

Tidsskriftet *Sykepleien* ønsket å høre sykepleiernes egne erfaringer med og holdninger til angst- og sovemedisiner. Bladet sendte ut spørreskjema til flere tusen sykepleiere, og over tusen svarte. Det viste seg at én av tre sykepleiere, månedlig eller oftere, delte ut beroligende og angstdempende piller på grunn av tidsnød. I undersøkelsen kom det fram at 25 prosent av sykepleierne mente det ble brukt for mye angst- og sovemedisiner på sin arbeidsplass. Grunnen ble også slått fast: Pasienter får vanedannende angst- og sovemedisiner fordi sykepleiere opplever tidsnød og ressursmangel. (Helmers, 2017)

Det mest oppsiktsvekkende funnet var likevel dette: Selv om beboerne viste bedring i sympto-

mene over tid, fortsatte mange likevel å stå på de samme medisinene.

Dette står i klar motsetning til Nasjonale retningslinjer som sier at antipsykotika skal brukes over så kort tid som mulig. (Helsedirektoratet, 2013) Forsker Anne-Sofie Helvik som jobber ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie på NTNU, sier følgende:

Antipsykotiske midler som blir brukt mot atferds- symptomer til eldre i sykehjem, skal ikke være første alternativ i behandling, og det er viktig å prøve å slutte med dem etter en stund, for så å se hvordan det går med beboeren. Fokuset må først og fremst være på pleie med høy kvalitet fremfor medisiner (Myrhol, 2017).

Det kreves altså god oppfølging av beboerne når angst- og sovemedisiner gis. Det skal vurderes om behandlingen fungerer, eller om det oppstår uønskede effekter. Dette ser ut til å være en utfordring jevnt over.

#### **Balansekunst**

Å medisiner sykehjempasienter er tydeligvis en balansekunst. De aller fleste er enige i at sykehjempasienter bruker for mye medisiner, og at de to





store synderne er antidepressiva og sovemedisiner. Men derifra er synspunktene sprikende.

Geir Selbæk ved Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse, påpeker at bruken av antipsykotika har gått betydelig ned siden 2009, og at dette skyldes at man har blitt klar over bivirkninger som

Selv om duoen ser at det kan utvikles farlig avhengighet av medisinerne, understreker de, pussig nok for en utenforstående, at toleranseutvikling alene ikke er tilstrekkelig til at man blir avhengig. Et medikament har bivirkninger, men dette står ikke i motsetning til at medisinen skal skrives ut til en pasient. Tvert om kan det, ifølge dem, være god medisin å foreskrive til tross for at man kjenner bivirkningene.

Christine Gulla som i dag er sykehjemslege og fastlege på Askøy utenfor Bergen, er krassere i tonen. Hun har i sin doktorgrad funnet ut at hver fjerde pasient på sykehjem bruker sovemedisin, og synes dette er merkelig siden sovemedisin fungerer maks én måned, men pasientene står på medisinen år etter år. «Det er ille siden medisiner med Xanor, Sobril, Valium og Vival (benzodiazepiner) har en rekke bivirkninger som er ugunstige for eldre, som økt falltendens, søvnighet og økt risiko for kognitiv svikt». (Gulla, 2018) Hun trekker fram at dødeligheten ved lårhalsbrudd etter fall, er høy, og at man tror medisiner gir økt risiko for demens. I tillegg skaper sovemedisin nye behov. Om man fortsatt ikke får sove, gis pasientene ofte nye medisiner.

Tall fra Reseptregisteret viser at antall brukere av benzodiazepinderivater (legemidler for søvnvansker, uro og angst) øker med alderen. I 2016 var 66 brukere per tusen innbyggere i aldersgruppen 55 til 59 år. Deretter er det en jevn stigning fram til aldersgruppen 85 til 89 år med 143 brukere per tusen innbyggere. Fra 90 år og over går det så litt ned i bruken, med 132 per tusen. (Reseptregisteret, 2016)

Geir Selbæk kjenner til tallene. Han er enig i at det finnes lite dokumentasjon på at medikamentene er effektive for å dempe angst, uro og søvnproblemer. Derimot er bivirkningene så alvorlige at det er grunn til å være forsiktig.

Jeg vet ikke hvorfor eldre bruker mer av disse medikamentene, men noen tidligere undersøkelser har vist at eldre i mindre grad får psykologisk eller psykoterapeutisk behandling enn yngre. I tillegg er det en del som tyder på at urotilstander hos personer med demens behandles med benzodiazepiner eller benzodiazepinliknende medikamenter, sier Selbæk. (Helmers, 2018)

---

## «Det er avgjørende å vurdere effekt og bivirkninger kontinuerlig og ta vekk medisinerne hvis de ikke virker»

---

kan føre til en tidligere død for noen. Han anbefaler at man fremdeles er varsom når slike medisiner brukes av personer med demens. Men ut ifra egen forskning, mener han at budskapet om å ta vekk alt av antipsykotika, bør modereres. Man må se an den enkelte pasient for å vurdere når det er hensiktsmessig å bruke medisinen. Det er avgjørende å vurdere effekt og bivirkninger kontinuerlig og ta vekk medisinerne hvis de ikke virker, mener han. (Selbæk, 2016)

Psykiater Jørgen Bramnes og overlege Tom Vøyvik legger seg litt på samme linja, men tar mindre forbehold mot medisinbruken. De hevder at vanedannende legemidler ikke representerer et stort problem i Norge, og at vi har et forbruk av både angstdempende og søvninduserende legemidler som er helt på linje med land det er naturlig å sammenlikne oss med. (Bramnes & Vøyvik, 2017) Forfatterne viser til en rapport (FHI, 2018) som slår fast at forbruket av slike legemidler har sunket i Norge de senere årene, og de mener at det derfor er mye riktigere å snakke om å gjøre *bruken* av vanedannende legemidler bedre, framfor å ha et ensidig mål om reduksjon.

Som alltid må vi leger veie fordeler mot ulemper når vi skal anbefale et medikament. Angstdempende og søvnfremmende medisiner er gode og effektive om de blir brukt riktig. Men om man er alvorlig syk, eller bruker dem sammen med andre medisiner, er det en annen sak. Da kan kombinasjoner med disse legemidlene være svært risikabelt, uttaler de to legene (Bramnes & Vøyvik, 2017).

### Livskvalitet

Men hva med livskvalitet for de eldre? Henger medisiner og livskvalitet sammen? Utvilsomt, mener legene Torgeir Bruun Wyller og Rita Romskaug. (Romskaug & Wyller, 2019)

De synes vi har organisert oss dårlig når det gjelder å håndtere de lange medisinlistene til eldre pasienter, og ser flere problemer som virker sammen: Spesialister på sykehus mediserer bare «sitt organ» og forholder seg ikke til medisiner som pasienten har fått for noe annet. Fastlegene på sin side tør ofte ikke å endre på medisiner som en spesialist har startet opp.

Det er også slik at når en pasient har brukt en medisin i mange år, kan det være vanskelig å vite hva den opprinnelig ble gitt for, og hvorvidt det fortsatt er behov for den. Dette krever grundig leting i pasientjournalen. I et system der korte sykehusopphold og hurtig turnover blir premiert, blir det vanskelig å finne tid til det. (Romskaug, 2018)

Begge forfatterne mener at Norge trenger bedre systemer for å sikre at pasientene får størst mulig helsegevinst og minst mulig risiko for bivirkninger av behandlingen. «De skal få medisiner som er til nytte, og nye medisiner om nødvendig.

Men samtidig må det fjernes medisiner som ikke lenger er nyttige, eller der bivirkningsrisikoen er blitt for stor», sier de.

I 2019 gikk de to legene i gang med COOP- studien som tok utgangspunkt i at geriater er spesialister på medisiner hos eldre, mens fastlegen representerer kontinuiteten. Hypotesen var: Om geriater og fastlege vurderer legemidlene til pasientene sammen, vil dette da bedre pasientenes helse? (Romskaug, 2019)

174 pasienter som var 70 år eller eldre, ble plukket ut etterfulgt av en drøfting mellom geriater og fastlege. De øvrige 87 fikk oppfølging av fastlegen sin etter vanlige rutiner.

Etter fire måneder viste det seg at nesten halvparten (48 prosent) av pasientene i gruppen der geriater/fastlege samarbeidet, hadde fått en betydningsfull bedring av livskvaliteten mot 22 prosent i kontrollgruppen. Pasientene som fikk legemidlene vurdert av både geriater og fastlege, fikk redusert og avsluttet doser på langt flere medisiner enn i kontrollgruppen.

Romskaug og Bruun Wyller konkluderer med at det er et stort behov for bedre systemer for å sikre at eldre får maksimal nytte og minimal skade av medisiner. De hevder de nå har etablert et system og vist at det virker. Et slikt system bør bygges ut



Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

nasjonalt etter deres mening. (Romskaug, 2019) ut. 87 fikk et opplegg med undersøkelse og gjennomgang av medisinene ved geriater

#### **Uklart ansvar for medisiner**

Det kan altså se ut som om mengden av medisiner bestrides av ulike eksperter, men alle vektlegger likevel riktig medikament til rett person. Det innebærer at medisiner til den enkelte må gjennomgås ofte. Jo lengre medisinlisten er og jo skrøpeligere pasienten er, desto grundigere må listen overvåkes og justeres. Det er også slik at når man begynner å bruke medisiner, bør man også ha en klar plan for hvor lenge dette skal vare.

Men hvordan skal man organisere dette arbeidet på et sykehjem? Hvem skal ta ansvaret for å gjennomgå lister, vurdere og eventuelt fjerne medisiner?

Sykehjemslege Christine Gulla synes at det er sykepleiernes oppgave å sjekke antall medisiner og vurdere bivirkningene. «Sykehjemspasienter kan med hell få færre medisiner. Det gjelder både psykofarmaka og blodtrykksmedisiner. Her har sykepleierne en voldsom makt. Det er de som observerer bivirkninger og hvordan pasientene tar medisinene». (Fonn, 2019)

Gulla mener at en sykepleier ofte har fordelene av å utvikle en god relasjon for å samtale om livsproblemer som angst, søvnproblemer, medisinbruk og annet. Ofte vil en sykepleier være den som faktisk avgjør om pasienten skal eller ikke skal få en sove- eller angsttablett. (Fonn, 2019)

Men ikke alle sykepleiere og helsepersonell er enige i dette. De etterlyser klare retningslinjer for medisiner. På området angst- og søvnproblemer vil det aldri bli helt enkel å gi en «oppskrift» på rett behandlingen. Det vil alltid handle om individuelle vurderinger og ofte dilemmaer. Derfor hevder flere at det er leger som må bestemme hvilke midler hver pasient skal bruke. (Helmers, 2018)

#### **Det er mulig!**

Fra 1. januar 2017 ble det bestemt at alle norske sykehjem skulle være pålagt å ha legemiddelgjennomgang ved pasientens ankomst, og deretter minst én gang i året. (Carlsen, 2018)

Et NRK- innslag fra 2019 viser at man for eksempel ved Bergen Røde Kors sykehjem har faste avtaler med sykehjemslegen som kommer innom for å se over medisinlistene til den enkelte beboer. På dette sykehjemmet er de opptatte av å kutte medisiner så fort de ikke lenger trengs hos pasientene. (Sommerfeldt, 2019)

Andre eksempler viser at det er mulig å få bukt med overmedisineringsen på sykehjem. Ved Bekkelagshjemmet i Oslo har sykehjemsoverlege Pernille Bruusgaard mer enn halvert medisinbruken. (Hanger, 2018) Argumentet hennes for å gjøre dette, er at de eldste riktignok er de sykeste, men de tilhører også gruppen som tåler medisiner dårligst. Hun forteller, som mange andre, at når pasienter flytter inn på sykehjem, har de gjerne med seg en lang medisinliste. Noen pasienter kommer inn med

12, 15 eller opptil 20 ulike legemidler på sin liste. «Legene som skriver det ut, aner ikke hvordan det påvirker pasienten. Jeg blir nysgjerrig på hvem pasienten er bak alle disse medisinene», sier hun til Dagens Medisin. (Hanger, 2018)

Gjennom å ta vekk medisiner, har Bruusgaard opplevd at pasienter har blitt helt forandret. Noen får tilbake språket, blir mer våkne i blikket og mer mottakelig for samtaler, men det mest vanlige er at ingenting skjer. Det kan fjernes mange medisiner uten at det merkes på pasienten. En sjelden gang får de tilbake symptomer på det de er blitt behandlet mot. Da trapper legen opp igjen, ifølge Bruusgaard.

Framgangsmåten ved Bekkelagshjemmet er at ledelsen gjør en registrering ved innkomst, og så innkaller pårørende til samtale etter å ha spurt beboerne om dette er greit. Denne samtalen oppleves som svært viktig når det gjelder medisiner. Den gir et inntrykk av i hvilken grad de pårørende er opptatt av medisiner og behandling: Mange pårørende har tatt stort ansvar for dette; andre igjen aner ikke hvor mange medisiner vedkommende står på. Mange setter pris på at listen blir ryddet opp i. Bruusgaard forteller at i en slik samtale får hun nyttig informasjon om ulike medisiner som er prøvd ut før, og opplever at sykehjemmet får de pårørende med på lag. Fokus flyttes fra piller og medisiner til pasientene og deres behov. (Hanger, 2018)

I løpet av en arbeidsdag tar det utrolig mye tid å sortere og fordele medikamenter. Dersom personalet slipper å holde så mye på med tabletter, får de mer tid til å være sammen med pasientene og konsentrere seg om at måltidene blir hyggelige.

«Videre bestiller vi nå medisiner halvparten så ofte som før, og vi bruker mindre tid på å dosere og å gi tabletter. Hvis pasientene slipper å svelge åtte kapsler før de starter frokosten får de bedre appetitt», sier Bruusgaard. (Storvik, 2017)

Bruusgaard er også kilden til en graverende historie fra Bekkelagshjemmet der de fikk inn en pasient som hadde stått på fire tabletter Paracet i døgnet i over fire år. Det sto ingen steder i journalen hvor pasienten hadde smerter, og han var fortsatt smertefri da medisinene ble tatt bort. «Det vil si at pasienten muligens har fått nesten 6000 tabletter, uten å ha behov for det. Det er en grov feilbehandling å gi medisiner til folk mot noe de ikke feiler lenger», mener Bruusgaard. (Askvik, 2019)

---

## «På demenshjemmet Dagmarsminde i Danmark har de faset ut alt av antipsykotika og beroligende medisiner»

---

At det er mulig å fjerne medisiner på sykehjem, finner jeg også i et annet eksempel. På demenshjemmet Dagmarsminde i Danmark har de faset ut alt av antipsykotika og beroligende medisiner.

Men eksempler som fra Bekkelagshjemmet og Dagmarsminde, er fortsatt i fåtall. Ifølge Regjeringens Demensplan 2020 bruker beboere på sykehjem i gjennomsnitt sju legemidler, og én av tre beboere bruker minst ett overflødig legemiddel. (Demensplan, 2020)

Tidligere redaktør i Sykepleien, Barth Tholens, oppsummerer hele dilemmaet med medisiner av eldre, slik:

De kortsiktige gevinstene ved pillebruken gjør det vanskelig å få øye på de langsiktige skadene. Når en pille først virker, vil pasienten nødig gi slipp. Når pasienten nødig gir slipp, vil sykepleieren nødig ha bråk med legen for å få vedkommende over på noe annet. Dermed fortsetter man som før. Pillene som skal være en del av løsningen for pasienter med angst- og soveproblemer, blir dermed en del av selve problemet. Pille-nes pris er at de ved langvarig bruk – utover den anbefalte tiden som produsentene opplyser om i Felleskatalogen – fanger pasientene i en vond spiral. De trenger stadig større doser for å oppnå samme effekt. Dermed øker også det opprinne- lige problemet i styrke og omfang. Det er fornuftig å oppfordre alle aktørene i helsesystemet til å gasse ned. Leger, sykepleiere og pasienter bør alle ta et selvstendig ansvar for å slakke ned på farten, oppfordrer han (Tholens, 2018).

Artikkelen er et utdrag fra boka «Medisiner med bismak» av Åse Dragland. ■



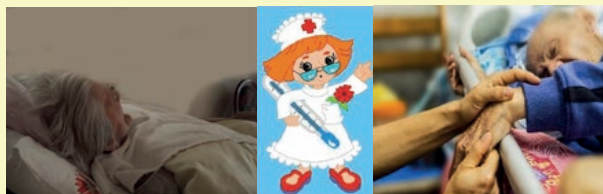
NORSK  
SYKEPLEIERFORBUND

NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



# NSF FGDs LANDSKONFERANSE 2021

DEN AKUTT SYKE ELDRE –  
*HVILKEN ROLLE HAR SYKEPLEIEREN?*



**HOTEL SCANDIC NIDELVEN TRONDHEIM**  
**9 - 10 SEPTEMBER 2021**

*Alle gode ting er 3..... ( 2 tidligere avlysninger grunnet Corona)*

*Vi prøver igjen å avvikle vår flotte landskonferanse og håper det beste..*



## NSF FGD inviterer til Landskonferanse: *Den akutt syke eldre – hvilken rolle har sykepleieren?*



### NSF FGD inviterer til Landskonferanse «Den akutt syke eldre-hvilken rolle har sykepleieren?»

Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er et forum for alle sykepleiere som har interesse av eldreomsorg og demensomsorg.

Et av våre formål er å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Alderdommen vil gradvis redusere reservekapasiteten i organene og den eldre er ekstra utsatt ved akutt sykdom. Samtidig kan symptomene være utydelige og annerledes.

Det viktig å skille mellom akutt sykdom og vanlige aldersforandringer.

Dette krever økt kunnskap og forståelse. Temaet til landskonferansen vår i 2021 er "Den akutt syke eldre- hvilken rolle har sykepleieren?"

Velkommen til konferanse i Trondheim og til å delta i vårt faglige fellesskap.

Hilsen

Tor Engevik, leder NSF FGD

## PROGRAM:

**Møteleder begge dager:** Terje Årsvoll Olsen, Førstelektor, Høgskulen på Vestlandet (HVL)

### Torsdag den 9. SEPTEMBER 2021:

- |               |   |
|---------------|---|
| 09.15 – 10.00 | <b>Registrering/kaffe</b>   |
| 10.00 – 10.10 | <b>Velkommen</b><br><i>v/styreleder Tor Engevik, NSF FGD</i>  |
| 10.10 – 10.15 | <b>Hilsen ved ordfører i Trondheim</b><br><i>Rita Ottervik</i>  |
| 10.15 – 10.30 | <b>Hilsen ved Forbundsledelsen i NSF</b>  |
| 10.30 - 11.15 | <b>Akuttgeriatriens 10 bud</b><br><br><i>Guro Brustad, Spesialsykepleier i Akuttmottaket SThf Skien og universitetslektor på bachelor paramedic ved OsloMet</i> |
| 11.15 – 11.45 | <b>Pause med besøk i utstillingslokalet</b>   |

- 11.45 – 12.30 **Akutt geriatri/Ortogeriatri**  
*Ingvild Saltvedt, geriater, St.Olav Hospital .*
- 12.30 – 13.15 **Akuttgeriatri – hvilke pasienter - hva gjør man?**  
*Elin Kristin Einarsen, Fagutviklings sykepleier, Geriatrisk avd. St Olav Hospital.*
- 13.15 – 14.15 Lunsj**
- 14.15 – 14.45 **Syke gamle og Frailty-begrepet**  
*Greta Gard Endal spesialsykepleier i geriatri, Helse Førde*
- 14.45 – 15.15 **Pause med besøk i utstillingslokalet**
- 15.00 – 15.30 **Eldre, demens og alkohol – et pårørendeperspektiv**  
*Helene Kjeka Broen, sykepleier St. Olav Hospital*
- 15.30 – 16.00 **Helhetlig pasientforløp i kommunen**  
*Torbjørn Solberg, Virksomhetsleder i Bodø kommune*
- 19.00 Konferansemiddag**

## **Fredag den 10. SEPTEMBER 2021:**

- 09.00 – 09.45 **Eldre og psykisk sykdom**  
*Lisa Digerud, psykiatrisk sykepleier og Anniken Wold Nordhaug, sykepleier, Alderspsykiatrisk, avd. Østmarka St. Olav Hospital.*
- 09.45 – 10.30 **Delirium**  
*Sigurd Evensen, geriater, phd, Diakonhjemmet Oslo*
- 10.30 – 10.45 **Pause og utsjekk**
- 10.45 – 11.15 **Tannhelse – smerter i munnen**
- 11.15 – 11.45 **Kommunikasjon mellom sykehus og kommuner i utskrivning og overføring av pasienter over 80**  
*Elin Grønsvveen, Spesialsykepleier i geriatri og PhD-stipendiat. Diakonhjemmet*
- 11.45 – 12.15 **Pause med besøk i utstillingslokalet**
- 12.15 - 13.00 **Palliasjon – Døden**  
*Håkon Johansen, geriatrisk sykepleier msc, rådgiver ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold).*
- 13.00 – 14.00 Lunsj**
- 14.00 – 14.30 **Etiske utfordringer.**  
*Terje Årsvoll Olsen, Fagseksjonsleder/Førstelektor geriatrisk sykepleie HVL*
- 14.30 – 15.00 **Kan velferdsteknologi være til hjelp ved akutte hendelser hos eldre?**  
*Sigrud Nakrem, Professor phd. NTNU,*
- 15.00 – 15.30 **Avslutning**

## Det tas forbehold om endring i programmet

### PRAKTISKE OPPLYSNINGER:

**Påmelding:** Bindende påmelding, som gjøres elektronisk på følgende lenke:

Early bird t.o.m 16.08.21 <https://www.trippus.net/fgd21/earlybird>

**Overnatting:** Rom bestilling samtidig som påmelding på

Enkeltrom to dager, 07. – 09. eller 08. – 10.09.21	Kr. 2960,-
Dobbelrom to dager, 07. – 09. eller 08. – 10.09.21	Pr. person når to deler rom, kr.1680,-
Enkeltrom en dag, 09 – 10.09.21	Kr.1480,-
Dobbelrom en dag, 09 – 10.09.21	Pr. person når to deler rom, Kr. 840,-

**Registreringsavgift:** Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe

Early bird – meld deg på før 16. august 2021 og spar penger!	Ordinær pris, fom. 17. august 2021
<b>Medlem i NSF FGD:</b> To dager: Kr. 2.900,- En dag: Kr.1.700,- Student*/pensjonist, to dager Kr. 2.200,- Student*/pensjonist en dag: Kr. 1.200,- <b>*Student i bachelorutdanning.</b>	<b>Medlem i NSF FGD:</b> To dager: Kr. 3.400,- En dag: Kr. 2.200,- Student*/pensjonist, to dager: Kr. 2.700,- Student*/pensjonist en dag: Kr. 1.700,- <b>*Student i bachelorutdanning.</b>
<b>Ikke medlem i NSF FGD:</b> To dager: Kr. 3.900,- En dag: Kr. 2.200,-	<b>Ikke medlem i NSF FGD:</b> To dager: Kr. 4.400,- En dag: Kr. 2.700,-

**Rabatt på deltakeravgift:** Rabatt for poster: Kr. 500,- pr. poster

**Konferansemiddag 9. april:** Kr. 790,-

**Bli medlem** Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppa og oppnå redusert konferanseavgift.

Enkel innmelding: [Send SMS med GERIATRI til 02409](#)

Evt. Send e-melding til [tor.engevik@hotmail.no](mailto:tor.engevik@hotmail.no)

**Godkjenning:** Konferansen er godkjent som meritterende til klinisk spesialist i NSF med 12 timer.

**Produktutstilling:** Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen.

Påmelding for utstillere: <https://www.trippus.net/fgd21/utstillere>

**Kontaktpersoner:** Tor Engevik : [tor.engevik@hotmail.no](mailto:tor.engevik@hotmail.no) : mob: 90 54 62 28

Liv-Berit L. Jordal: [livberitjordal@msn.com](mailto:livberitjordal@msn.com) : mob: 41 69 30 56

Døvre Event/Marketing: [kongress@dovre.as](mailto:kongress@dovre.as) , mobil: 90 59 32 75





NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

## Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens du også!

Vi er et slag kraftig fellesskap med medlemmer som brenner for fagfeltet geriatri og demens.

Medlemmer får Fagtidsskriftet Geriatrisk sykepleie to ganger i året i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler som blant annet tilbud om kurs og konferanser.

### Kontingent kr. 400,- for 2021

- Pensjonister og medlemmer som ikke er aktiv i arbeid har kontingent på 200 kr.
- Gratis for sykepleierstudenter ut det året de er ferdig med bachelorgraden.

Kontaktperson: Leder Tor Engevik,  
tor.engevik@hotmail.no.

Send kodeordet **GERIATRI** på **SMS** til **02409**