

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Å trives på sykehjem
- en balanse mellom
aksept og lengsel

Side 8



GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Gunn Mari Holdø**, Førsteamanuensis universitet i Tromsø. **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, OsloMet – storbyuniversitetet.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
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: Mediehuset Andvord AS

FORSIDEFOTO: iStockphoto

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

02 - 2024



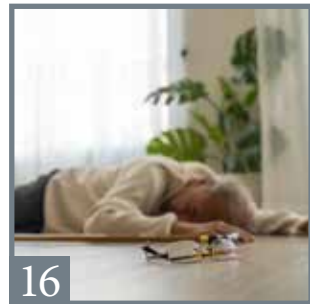
- 8** Å trives på sykehjem – en balanse mellom aksept og lengsel
- 16** Organisering av hjemmesykepleien – ulike utfordringer
- 26** Balanse mellom fortid og nåtid – Ein kvalitativ

studie av korleis eldre beskriv oppleving av livsglede

- 36** Første Fylkeseldreombud ansatt i Agder



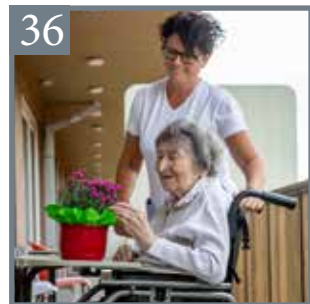
8



16



26



36

Vi ønsker alle
en riktig god jul
og et godt nytt år!



**Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Kjetting-Jan, syke barn og offentlige ansatte

Sykefravær er et økende samfunnsproblem som rammer alle bransjer, og kommunal sektor ligger på den lite attraktive førsteplassen. Sammen med dårlig rekruttering representerer sykefravær en stor utfordring for helsetjenestene våre, og både årsaksforklaringer og løsningsforslagene er mange. Lønn og arbeidstidsordninger fremheves som virkemidler for å tiltrekke seg nye medarbeidere, og når det gjelder sykefravær er bl.a IA-avtalen under lupen. At mange har kastet seg inn i meningsutvekslingen, er ingen hemmelighet, og hvem som skal bli hjemme med snørrete barn, er en problemstilling som tilhører den debatten.

En som har en noe unyansert løsning på sykefraværspørsmålet knyttet til det siste, er industriprofil Jan Vindenes, også kalt «Kjetting-Jan». Den 30. september i år kom med følgende uttalelse til Finansavisen: «Jobber far i privat sektor og mor i kommunen bør mor bli hjemme med sykt barn - 100 prosent av gangene» <https://www.finansavisen.no/samfunn/2024/09/29/8183411/kjetting-jan-vil-palegg-kommuneansatte-a-vare-hjemme-med-sykt-barn-det-er-ganske-provoserende>.

Jan mener at det er de som jobber i næringslivet som skaper verdiene som de offentlige ansatte lever av, og da må offentlig ansatte stille opp og ta ansvar når næringslivet trenger hjelp til syke barn. I årevis har det irritert Jan at hans ansatte med syke barn har blitt hjemme, mens

deres bedre halvdel i kommunal sektor har gått på jobb i kommunen.

Det Kjetting-Jan ikke ser, er at dersom offentlige ansatte konsekvent blir hjemme med syke barn, så kan heller ikke mange av hans ansatte møte på jobb, fordi det da ikke vil være noen som kan ta imot barna deres, hverken i barnehagen eller på skolen. Selv må han kanskje også bli hjemme, eller stille opp på sykehjemmet og sørge for at hans syke far eller mor får nødvendig helsehjelp, mat eller medisiner. Da blir det lite verdiskaping for næringslivet.

Verdi kan ikke alltid måles i penger. For mange arbeidstakere har det stor verdi at deres barn har det trygt og godt i en offentlig barnehage når mor eller far er på arbeid. Det har også en verdi at barn og unge kan gå på offentlig skole for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter, som de senere kan bruke i det private næringsliv. Og for barna selv er det kanskje aller viktigst at de har to likeverdige foreldre som deler på ansvaret.

Noen i privat næringsliv vil se verdien i at egne ansatte som er rammet av skade eller sykdom får adekvat helsehjelp. Og det er kanskje nettopp fordi en ansatt i det private ble hjemme med sykt barn, at en operasjon på et offentlig sykehus kunne gjennomføres, slik at en arbeidstaker i det samme private næringslivet kom raskere tilbake på jobben. Andre jobber i eldreomsorgen og ivaretar de eldre slik at de som er i yrkesaktiv alder kan gå på arbeide i trygg forvisning om at deres



gamle har det bra. Dette har også en verdi. Både økonomisk og ikke minst menneskelig.

Samtidig som Kjetting-Jan vil at de offentlige ansatte skal ta ansvaret og være hjemme med syke barn så vegrer han seg mot å betale skatt. I september 2017 var en annen gang Kjetting-Jan var veldig irritert. Den gang over formueskatten. Han dumpet derfor 25 tonn med kjetting utenfor kemnerkontoret i daværende Fjell kommune <https://www.dagbladet.no/nyheter/her-dumper-jan-vindenes-25-tonn-kjetting-hos-kemneren/68661079>, men det er en annen historie.

Det er å anbefale at de som mener at offentlig sektor ikke er verdiskapende å lese denne artikkelen skrevet av Kåre Hagen, førsteamanuensis og tidligere instituttleder på Handelshøyskolen BI <https://sykepleien.no/2009/03/er-offentlig-sektor-ineffektiv>.

Jeg skal nøye meg med å vise til konklusjonen: «uten en sterk offentlig sektor bryter markedet sammen». Noe å tenke på for Kjetting-Jan.

Så la oss jobbe sammen for å redusere sykefraværet og la oss dele på ansvaret for syke barn, da kan vi skape verdier på hver vår kant enten vi jobber i det private eller offentlige. ■

For Engewik

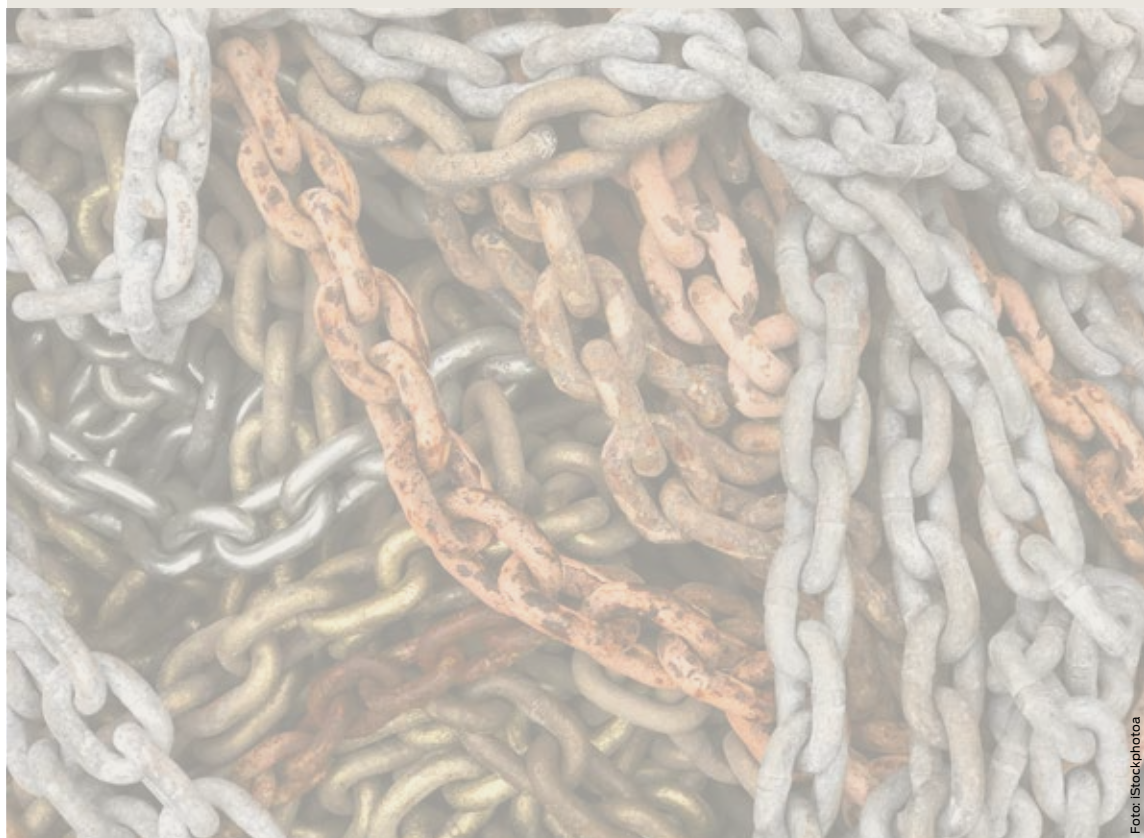


Foto: iStockphotoa



Trine-Lise Dræge Steinskog

Førsteamanuensis
Høgskulen på Vestlandet

Refleksjon i farta

– bevisstgjøring av sykepleiefaget i effektiviseringsjaget

Nylig gjennomførte jeg en øvelse med sykepleiestudenter i oppstarten av deres bacheloroppgaver. Etter å ha formulert problemstillinger, ble de oppfordret til å bruke et program for kunstig intelligens for å sammenligne og vurdere alternative begreper. Resultatet var at studentene fikk forslag til endringer fra personrettede begreper som 'ivaretagelse av', 'hvordan fremme' eller 'tilrettelegge for', til mer resultatorienterte begreper som 'effektive strategier'. Latteren satt løst da den ene etter den andre leste opp hva de skulle effektivisere. Vi opplevde at bruken av kunstig intelligens førte til en dreining fra sykepleiefaglige tiltak mot en mer resultatorientert tilnærming. Dette førte til gode diskusjoner med studentene om bevisstgjøring av terminologi og hvordan måten vi snakker om faget vårt kan påvirke vår praksis.

I en tid hvor omsorgstjenestene står overfor økende krav og utfordringer med flere eldre og færre helsepersonell per pasient, er det avgjørende at vi kontinuerlig stopper opp for å reflektere, snakke sammen og finne en balanse mellom effektivitetskrav og personrettet omsorg. Det er lett å bli fanget i en travelhet der vi risikerer at kvantitet blir mer verdsett enn kvalitet. Holdninger og utsagn om at man er travel kan resultere i høy status og symbolisere at man er en verdi-

full medarbeider. I et slikt maskineri er det ikke alltid lett å stoppe opp og reflektere over faget vårt. Det kreves mot til å utfordre gruppenormer og etablerte kulturer, og mange er kanskje ikke bevisste på at de deltar i usunne arbeidsprosesser.

Den franske filosofen Paul Ricoeur understreker viktigheten av refleksjon og hevder at vi trenger å gjøre en betydelig innsats for å oppnå en grundig forståelse av miljøet vi er en del av. Refleksjon innebærer å ta et steg tilbake for å se og tenke over hva vi gjør, og dermed tilegne oss et nytt perspektiv på situasjonen. Ricoeur påpeker videre at vi blir bevisste på vår deltakelse i verden ved å snakke om den. Språket blir et uttrykk for våre inntrykk og erfaringer, og åpner muligheter for å se noe nytt i det som tas for gitt. Uten refleksjon rundt egen erfaring blir det dermed vanskelig å bli klar over uheldige trekk ved praksisen vi deltar i, og som vi kanskje ikke lenger tenker over.

«Tid for etisk refleksjon er nå!» hevder Amle og kolleger, og argumenterer for at systematisk refleksjon kan bidra til økt kvalitet på omsorg, redusert moralsk stress, samt fungere som et virkemiddel for å beholde og rekruttere sykepleiere. Refleksjon kan ikke bli et overskuddsprosjekt tilsidesatt til 'en dag vi har tid'. Både de etiske aspektene ved vår sykepleiepraksis og



refleksjon rundt beslutningene vi tar, må integreres i vår daglige praksis. Hvis vi ubevisst lar oss rive med av effektivitetskrav, risikerer vi at dette går på bekostning av kvalitet og personrettet omsorg. 'Produktet' i dette maskineriet – som kunstig intelligens gjerne ville omtalt pasientene og deres kontekst – er mennesker som er prisgitt sykepleierens kompetanse og omsorg i ulike deler av helsevesenet.

I dette nummeret får vi innsikt i sykehjemsbeboeres tanker rundt trivsel, hvor deres hverdag i stor grad formes av sykehjemets ansatte. Forventningene til sykepleiere handler ikke bare om å effektivt utføre oppgaver, men om å bygge meningsfulle relasjoner som styrker pasientens trivsel, verdighet og autonomi.

For noen er overflytting til institusjon ønskelig – eller uunngåelig for å sikre forsvarlig omsorg. Likevel møter utøvere i hjemmesykepleien sammensatte utfordringer når stadig flere eldre bor hjemme, til tross for komplekse omsorgsbehov. I artikkelen om organisering og tilrettelegging av hjemmebaserte tjenester kan vi lese om utfordringer helsepersonell i hjemmesykepleien står i. De erfarer økte krav, samhandlingsutfordringer og behovet for opplæring

og omfordeling av arbeidsoppgaver for å forbedre kvalitet og prioritere pasientomsorg.

«Vær ulydige, sykepleiere!» uttalte Kari Martinsen i et intervju i 2019, og oppfordret til å protestere mot tidspress og effektiviseringskrav som går på bekostning av omsorgen for pasientene. Stram økonomistyring, prioritering og økt bruk av teknologi innføres i økende grad for å møte utfordringene vi står ovenfor. En bevisstgjøring av hvordan vi snakker og utøver faget vårt og tilpasser oss endringer er viktigere enn noensinne, både blant dagens og morgendagens sykepleiere. Artiklene i dette nummeret inviterer oss til å reflektere over dette.

God lesning, refleksjon og diskusjon! ■

Referanser:

Alme, T. Y., Dønåsen, M. I. R., & Gulpinar, S. R. (2024). Mer etisk refleksjon må til i helsevesenet. Sykepleien. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94161>

Martinsen, K. (2019). Pleien tar den tiden den tar [Intervju]. Norsk Sykepleierforbund. <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Ricoeur, P. (1976). Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning. Texas Christian University press.



Foto: iStockphoto

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend



Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut seks utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

Tre stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og tre på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre <https://www.nsf.no/fg/geriatri-og-demens/fag-utdanning-og-forskning-0> og sende dette til faggruppas leder på epost tor.engevik@hotmail.no som videre-formidler søknaden til stipend-utvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.



Å trives på sykehjem - en balanse mellom aksept og lengsel

Denne artikkelen setter søkelys på beboeres trivsel på sykehjem. Trivsel som begrep blir ofte knyttet til mening og det som gjør at en har det bra i en bestemt situasjon, omgivelse, setting eller livsfase. Begrepet ser på sammenhenger mellom fysiske, mentale og sosiale aspekter som bidrar til mening og kan forstås som en persons subjektive følelse av å ha det bra i en spesiell situasjon (1, 2). Trivsel kan også handle om hvordan mennesker samhandler og tilpasser seg sosiale, relasjonelle og institusjonelle miljø, uavhengig av helsestatus eller funksjonalitet (3).

FAKTA

Marianne Morland, sykepleier med videreutdanning i avansert gerontologi, Phd. Førsteamanuensis ved institutt for sykepleie ved fakultet for helsevitenskap ved VID vitenskapelige høgskole, campus Bergen
marianne.morland@vid.no

Kristin Ferstad, sykepleier med videreutdanning i avansert gerontologi, master. Programansvarlig for videreutdanning i geriatrisk sykepleie ved Institutt for sykepleie ved Fakultet for helsevitenskap ved VID vitenskapelige høgskole, Campus Bergen
Kristin.Ferstad@vid.no

Linda Rykkje, sykepleier, master i sykepleievitenskap, Phd, Professor ved Institutt for sykepleie ved Fakultet for helsevitenskap VID vitenskapelige høgskole, Campus Bergen
linda.rykkje@vid.no

Britt Moene Kuven, sykepleier, Dosent ved Institutt for sykepleie ved Fakultet for helsevitenskap VID vitenskapelige høgskole, Campus Bergen
Britt.Kuven@vid.no

Introduksjon

Omtrent 30 000 av 38 000 norske sykehjemsbeboere har langtidsplass og i overkant av 80 % har en demens diagnose (4, 5). Tidligere forskning peker på at å tilrettelegge for trivsel på sykehjem i hverdagslige situasjoner er viktig, blant annet ved muligheten til å tilbringe tid utendørs, sosial interaksjon med medbeboere og kontakt med familie og venner (3, 6-12) (3, 8). Videre kan trivsel være uttrykk for om en føler seg hjemme eller ikke på sykehjemmet (13). Trivsel kan også knyttes til opplevd trygghet, meningsfulle aktiviteter, personsentrert omsorg, og en meningsfull hverdag (10, 14). Studier viser at gode relasjoner, god kvalitet i pleien og at forholdet mellom sykepleier og beboer har en betydelig innvirkning på trivsel i sykehjem (3, 15, 16). Bergland og Kirkevold (2, 17, 18) har utviklet et flerdimensjonalt trivselskonsept spesielt tilpasset langtidsomsorgsinstitusjoner, med følgende to aspekter: a) *Beboernes mentale holdning til å bo på sykehjem* og b) *Kvaliteten på omsorgen og personene som utøver omsorg*. For å føle trivsel må begge aspekter være til stede, der det første er det mest avgjørende (9, 17). Dette kan sees i sammenheng med en studie der beboerne beskrev at de måtte «ville» eller «bestemme seg for» å trives fordi de innså at de måtte bo på sykehjemmet; de måtte trives fordi det ikke var noe annet alternativ (17, 18).

Det å flytte til sykehjem medfører en grunnleggende endring i forhold til beboernes tidligere måte å leve på. Enkelte beboere kan føle seg ensomme selv om de bor med andre og kan derfor uttrykke mistrivsel (2). Videre kan det å miste evnen

til å klare seg selv medføre sorg og beboeren kan oppleve en lengsel etter det tidligere livet (19). Ifølge Ueland (21) tenker en ofte tilbake til det som har vært mest betydningsfullt i livet, det som ligger hjertet nærmest, når man lengter etter noe. Hun påpeker at lengsel og savn går hånd i hånd, der savnet er et uttrykk som beskriver sider ved lengsel (20). Savn kan handle om å søke å gjenskape, en lengsel etter noe som var. Til tross for savn kan eldre personer fortsatt oppleve å trives (14). Ifølge Paque et al. (19) er det viktig at helsepersonell retter oppmerksomhet nettopp mot lengsel og iverksetter persontilpassede tiltak for å forebygge ensomhet for beboere i institusjon.

Flere ulike faktorer kan bidra til trivsel på sykehjem (9, 17). Trivsel som konsept i sykehjem er forsket på (3, 10, 17, 21, 22), imidlertid er det få studier som har inkludert beboere med demens. Siden majoriteten av norske sykehjemsbeboere har demens, inkluderer denne studien eldre beboere i sykehjem både med og uten demensdiagnose, for å gjenspeile beboergruppen i klinisk praksis. Studien har følgende forskningsspørsmål:

Hvordan gir beboere uttrykk for trivsel i dagliglivet på sykehjemmet?

Metode

Artikkelen er en del av en større kvalitativ hermeneutisk intervjustudie som omhandler åndelig omsorg og trivsel på sykehjem. I forkant av prosjektet var det forskernes for forståelse at beboernes uttrykk for trivsel på sykehjem kunne bidra til også



Foto: iStockphoto

Sammendrag

Bakgrunn: Trivsel på sykehjem omhandler fysiske, mentale og sosiale aspekter som bidrar til mening og opplevelsen av å ha det bra i hverdagen. Trivsel fokuserer på hvordan den eldre personen samhandler og tilpasser seg sitt sosiale, relasjonelle og institusjonelle miljø – uavhengig av helsestatus eller funksjonalitet. Det er derfor nyttig å vite hvordan beboere på sykehjem uttrykker trivsel i hverdagen.

Hensikt: Forståelse av eldre beboeres trivsel i dagliglivet på sykehjem.

Metode: En kvalitativ hermeneutisk intervjustudie med 38 individuelle intervju med beboere på sykehjem. Materialet er tematisk analysert ved hjelp av Braun and Clarkes seks steg.

Funn: Deltakerne beskrev hverdagslivet som beboere på sykehjem. To hovedtema med undertemaer ble tolket frem som relevante for å beskrive trivsel i hverdagen på sykehjem: *Å finne seg til rette på sykehjem og lengsel etter det som har vært.*

Konklusjon: Trivsel ble av beboerne knyttet til hverdagslige opplevelser som ga hverdagen mening. Samtidig ble trivsel knyttet til aksept av den nåværende situasjonen, selv om beboerne også opplevde savn og lengsel. For å fremme beboernes trivsel kan det være essensielt at sykepleier har fokus på hvordan beboerne aksepterer sin situasjon, etablerer relasjoner og finner mening i livet på sykehjemmet.

Nøkkelord: Sykehjem, trivsel, beboer

Abstract

Background: Thriving in nursing homes encompasses physical, mental, and social aspects that contribute to a sense of meaning and the experience of well-being in daily life. Thriving focuses on how older individuals interact with and adapt to their social, relational, and institutional environments, regardless of their health status or functionality. Therefore, it is useful to understand how nursing home residents express their well-being in everyday life.

Purpose: To gain an understanding of how older residents thrive in their daily lives at nursing homes.

Methods: A qualitative hermeneutic interview study with 38 individual interviews of nursing home residents. The material was thematically analyzed using Braun and Clarke's six-step approach.

Findings: Participants described daily life as nursing home residents. Two main themes with sub-themes were interpreted as relevant for describing thriving in daily life at the nursing home: *adjusting to life in the nursing home and longing for the past.*

Conclusion: Thriving was associated by residents with everyday experiences that imparted meaning to daily life. At the same time, thriving was linked to the acceptance of the current situation, even though residents also experienced feelings of loss and longing. To promote residents' thriving, it may be essential for nurses to focus on how residents accept their situation, establish relationships, and find meaning in life at the nursing home.

Keywords: Nursing home, thriving, resident



å utdype forståelsen for åndelig omsorg. Funnene om åndelig omsorg er publisert (13) og viser en viss sammenheng med faktorer som bidrar til trivsel. Under analysearbeidet vurderte vi at trivsel i seg selv var et komplekst begrep å forstå, derfor ble det valgt å skille ut datamaterialet som omhandlet trivsel til en egen analyse med publisering av artikkel som presenterer funn kun knyttet til trivsel. Vi valgte å presentere analyseresultatene i norsk språkdrakt da begrepet trivsel skiller seg fra det engelske begrepet «thriving», med fokus på å unngå tap av sentrale momenter ved oversettelse til engelsk språk.

Rekruttering av deltakere

Intervjuene er utført på et norsk sykehjem med 90 sengeplasser for langtidsbeboere. I prosjektet var det god dialog mellom forskerne og sykehjemets ledelse, og det ble gjennomført et avklaringsmøte for å bli enige om hvordan rekrutteringen av deltakere skulle gjennomføres. For å delta måtte beboerne kunne føre en kort samtale og svare ja eller nei på om de ville delta, mens beboere uten samtykkekompetanse eller som ikke kunne delta i en samtale på grunn av kognitive eller fysiske utfordringer ble utelatt. Lederne i samarbeid med fagansatte som kjente beboerne godt inviterte til sammen 48 beboere til å delta, og på intervjudagen ble deltageren igjen spurt av en ansatt om de ønsket å delta. Beboerne fikk informasjon om hvem

forskeren var og hensikten med intervjuet, og totalt takket 10 nei til delta.

Datasamling

Det ble utført 38 intervjuer med 24 kvinner og 14 menn i alderen 75-106 år, blant disse hadde 24 en demens diagnose, se tabell 1. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet oktober 2021 til februar 2022. Forskerne fordelte intervjuene mellom seg. Samtalene ble gjennomført på beboernes rom og varte mellom 15-35 minutter. Forskerne hadde erfaring fra eldreomsorgen, og var oppmerksomme på tegn til om beboeren ble sliten eller om intervjuet måtte avsluttes. Det ble stilt to spørsmål med relevans for denne artikkelen: 1) *Fortell litt om deg selv* og 2) *Trives du på sykehjemmet?* I samtalene ble deltakerne bedt om å utdype svarene sine, ved for eksempel å fortelle mer om hvorfor en trives eller om det er noe en mistrives med. Dialogen ble tilpasset beboernes helsetilstand og kommunikasjonsevne. Det ble tatt hensyn til sviktende syn og hørsel, og personer med demens sin evne til dialog. Det ble også spurt spørsmål knyttet til åndelig omsorg, med funn som er publisert separat (13). Etter første dag med intervjuer møttes forskerne for å diskutere møtene med beboerne og for å sikre en felles fremgangsmåte og tilpasse tilnærmingen til temaene i samtalene. For å fange opp uttrykk for trivsel ble det vektlagt å spørre om hverdagen og hva som er viktig for den enkelte.

TABELL 1: Deltagere

Deltagernummer	Deltagere med demens	Kjønn
1-24	1, 5, 6,8,9,12, 13,14,15,16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	Kvinne
25-38	25,26,31,32,33,35,36	Mann

Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett og deretter kodet i NVivo slik at transkribert intervjuetekst som omhandlet trivsel ble separert fra datamateriale om åndelig omsorg. Datamaterialet i trivselskoden ble fortolket ved hjelp av tematisk analyse etter Braun og Clarkes seks steg for analyse av kvalitative data (23), se tabell 2. Et eksempel fra

analysens steg 3 vises i tabell 3. I alle stegene leste forskerne hvert enkelt intervju på nytt for å ikke miste helheten, i tråd med hermeneutisk lesning. I artikkelen er det valgt ut noen sitater, likevel er alle deltagerens intervjuer er en del av det helhetlige analyse materialet. Sitatene belyser temaene med deltakernes egne ord.

TABELL 2: Stegene i tematisk analyse, fritt oversatt til norsk etter Braun & Clarke (23)

Analytisk steg	Beskrivelse	Eksempel fra analyse
1. Bli kjent med materialet	Forskerne leste gjennom hverandres intervju Alle forfatterne deltok – møttes jevnlig	Refleksjon sammen Trivsel kan være vanskelig å beskrive
2. Koding	Startet å kode materiale Alle forfatterne deltok – møttes jevnlig	«Det er ikke nokke snakk i de» kodet til «savner sosiale fellesskap»
3. Søke etter tema	Kodene dannet to overordnede grupper med tema Så sammenhenger i ulike tema Alle forfatterne deltok – møttes jevnlig	Tema: «Trivsel som uttrykk for tilpasning til omgivelsene» og «Lengsel og livserfaringens betydning for trivsel»
4. Rette og revidere	Kombinerte undertema og koder Rettet og reviderte tema Alle forfatterne deltok – møttes jevnlig	Temaet «Trivsel som uttrykk for tilpasning til omgivelsene» ble forandret til «Til pasning til et nytt hjem/tilværelse»
5. Definere og navngi	Definerte spesifikke tema og laget sammenhengende tekst Alle forfatterne deltok	Alle forfatterne leste og kommenterte på de definerte temaene, ytterligere endringer ble gjort
6. Skrive manuskriptet	Gikk tilbake til materialet Skrev om tekst og fant sitater som passet til de ulike temaene Alle forfatterne deltok	Sitater ble lagt til, tema og analyse i sammenheng

TABELL 3: Eksempel fra steg 3 i tematisk analyse

Sitat	Kode	Kategori	Tema
«Jeg synes det er veldig fint at du kommer og hjelper når du skal kle deg på en måte spesielt. Det betyr veldig mye»	Pleierne som faktor for trivsel	Betydningen av pleierne på sykehjemmet	Trivsel som uttrykk for tilpasning til omgivelsene

Etiske overveielser

Studien er godkjent av REK - Regional Etisk Komite (256815). Sykehjems-ledelsen og forskerne møttes før oppstart for å sikre en felles forståelse for hvem som kunne inkluderes i studien, og avgjørelsene ble tatt av helsepersonell som kjente beboerne. Deltagerne samtykket muntlig og skriftlig. I ett tilfelle klarte ikke deltageren å skrive under samtykkeskjema, her signerte en helsearbeider som kjente beboeren på dennes vegne, i tråd med fremgangsmåten som var godkjent i REK. Deltagelse var frivillig og informasjon om at en kunne trekke seg ble gitt til deltagerne, både muntlig og skriftlig på forhånd og på intervjudagen. Oppmerksomhet omkring personer med demens og samtykke ble adressert i søknaden til REK, og beslutningen om at deltakelse var forsvarlig begrunnes i at forskning må inkludere personer med demens slik

at deres stemmer blir hørt. Det ble dessuten vurdert at gevinsten ved deltakelse oversteg eventuelle ulemper for deltakerne. For å sikre oppfølging av deltagerne vedrørende temaene åndelig omsorg og trivsel, ble deltagerne spurt om de ønsket å snakke med personale eller sykehjemspresten etter endt intervju. Inntrykket var at deltakerne hadde en positiv opplevelse av intervjusamtalene, og flere takket ja til ettersamtale med prest, mens ingen ønsket videre samtale med pleiepersonalet.

Metodologiske overveielser

Forskerne erfarte at det finnes en underliggende utfordring ved at det å snakke om trivsel krever en viss kognitiv kapasitet, noe som gjorde det vanskelig for flere beboere å utdype egne erfaringer i en samtale om temaet. Analysen avdekket at mange deltakere snakket om hvordan de opplevde å bo på



sykehjem uten å bruke ordet trivsel direkte. Forskerne spurte også indirekte om trivsel ved å spørre om hvordan deltakerne hadde det i hverdagen og hva som var viktig for dem. Deltagernes beskrivelser av dagliglivet gav slik innblikk i hvordan de trivdes på sykehjemmet. Studien indikerer at hverdagsopplevelser kan gi indirekte uttrykk for

trivsel på sykehjem, og at det særlig for personer med demens kan være en god tilnærming til å forstå hvordan de opplever tilværelsen.

Funn

Følgende hovedtemaer med undertemaer beskriver hverdagen og trivselen til beboerne på sykehjem:

TABELL 4: Tema og undertema

Tema	Undertema
Å finne seg til rette på sykehjem	Takknemlighet og hverdagsglede Aksept og tilpasning
Lengsel etter det som har vært	Vemod og savn Ensomhet og manglende fellesskap

De to hovedtemaene viser til underliggende motsetninger i det beboerne fortalte om trivsel.

Vår forståelse er at beboerne forsøkte å akseptere tilværelsen, samtidig som flere uttrykte ambivalens når det gjaldt opplevelser av savn og ensomhet.

Å finne seg til rette på sykehjem

Mange deltakere var glade for å bo på sykehjemmet, samtidig som de også kunne streve med å finne seg til rette i rammene for hverdagen i sykehjemmet.

Takknemlighet og hverdagsglede

De fleste beboerne ga uttrykk for at de var takknemlige for å bo på sykehjemmet, og brukte ord som «hyggelig» (6), «greit sted» (28), og «kjekke pleiere» (14). Flere beskrev at de følte seg heldige som hadde fått plass på sykehjem. En beboer sa: «Jeg har bare vært glad for at jeg fikk komme her» (17).

Beboerne fremhevet takknemlighet for og betydningen av hverdagslige hendelser. De var opptatt av muligheter som å ta en tur utendørs, mulighet til å kle seg på en spesiell måte eller å kjøpe pastiller fra småvarevognen. En beboer som alltid hadde vært vant til å kle seg pent sa: «Jeg synes det er veldig fint at de kommer og hjelper når du skal kle deg på en måte spesielt. Det betyr veldig mye» (15). Maten på sykehjemmet ble også trukket fram som viktig, og flere uttrykte at de gledet seg over måltidene, som i dette utsagnet: «Maten er aldeles utmerket. Jeg har fått dessert til raspeballene» (37). Disse «små» dagligdags hendelsene brakte glede i hverdagen.

Aksept og tilpasning

Selv om de fleste fant glede i hverdagslige hendelser, var de likevel bevisst på det de hadde forlatt. Deltagerne var opptatt av at rutinene på sykehjemmet var veldig forskjellige fra det de var vant med fra eget hjem. En beboer ytret: «Men, men, sånn er det. Jeg spiste jo masse med frukt hjemme, og bær. Det var jeg veldig glad i, men du kan ikke få det sånn som du hadde det hjemme» (6). Andre påpekte at de ikke lenger kunne velge selv hvor de ville spise, når de skulle legge seg eller hvilken musikk de ville høre på. De måtte forholde seg både til sykehjemets rutiner og med-beboere. Beboerne reflekterte over hvordan hverdagslivet var avhengig av sykehjemets ansatte, og at de ofte måtte tilpasse seg gjennom å gi avkall på egne vaner og personlige preferanser.

Til tross for at de måtte tilpasse seg viste beboerne stor grad av aksept for sin egen situasjon og hadde tydelige ønsker om å gjøre det beste ut av det. Flere gav uttrykk for at sykehjem var det eneste alternativet for dem. De kunne ikke lengre klare seg hjemme og var derfor helt avhengige av hjelpen fra andre. En beboer fortalte: «Jeg må jo trives, jeg er nødt til å trives, på en måte» (27). I analysen fant vi at de fleste beboerne aksepterte og tilpasset seg den nåværende situasjonen som sykehjemsbeboer.

Lengsel etter det som har vært

Analysen viste at der var ulike forhold i et sykehjem som kunne bidra til at beboere opplevde mangel på fellesskap og savn etter det som hadde vært. Beboernes tilpasning var knyttet til å trives slik

livet har blitt, samtidig som mange var opptatt av ulikeforhold som de savnet fra sin tidligere hverdag, noe som for mange var knyttet til en lengsel etter livet slik det var før. Flere deltagere reflekterte over ulike savn de levde med som følge av å være gammel og bo på sykehjem, og noen gav også uttrykk for ensomhet og mistriivsel.

Vemod og savn

Samtalene handlet ofte om lengsel etter livet slik det var før, lengsel etter hjemmet sitt, avdød ektefelle, hytten og sosiale felleskap med andre. Samtidig var det flere som gav uttrykk for tilfredshet over å et «*godt levd liv*». Flere fortalte at de savnet noen å prate med og lengsel etter å bli sett som et medmenneske, ikke bare som en beboer. En beboer sa: «*Jeg savner at jeg kan gjøre slik som før, at jeg kan ordne meg og sånn, at jeg kan være med der det skjer*» (25). Savnet etter det å ha noen å prate med var også tydelig hos mange, og når de søkte fellesskap ble det påpekt at mange med-beboere har mistet evnen til å kommunisere: «*Det er ikke nokke snakk i de*» (20).

Variasjonen i dagliglivet og valgmulighetene ble begrenset både av institusjonens rutiner og av egne fysiske evner. Det var vemodig å ikke kunne bestemme selv og leve slik en pleide før: «*Det er veldig rart, det er veldig stor overgang. Å komme til et sånt hjem. Så jeg kommer meg veldig lite ut. Jeg sitter i rullestol og det blir mer at vi holder oss inne vettu*» (8). Det samme savnet etter å kunne gjøre som tidligere beskrives hos en annen beboer: «*Jeg savner det å gå ut, for nå må jeg jo ha en med meg. Så det blir ikke så mye ut-gåing. Det savner jeg veldig. For jeg var veldig vant å gå på fjellet og tur. Så det, bare å ta på seg jakken og gå, det går ikke lenger*» (32).

Ensomhet og manglende felleskap

Flere deltagere uttrykket at de var ensomme og en beboer sa følgende om manglende trivsel: «*Jeg er jo stort sett ulykkelig, fordi at jeg føler meg så alene*» (12). Det å føle på ensomhet selv om en bodde sammen med andre var knyttet til å føle seg fremmed: «*Det er veldig vanskelig for det, du vet at å finne seg til rette på et sånt sted. Jeg sitter liksom*



Foto: iStockphoto

og lengter hjem igjen. Å være bare sammen med, fremmede» (8). Flere opplevde stor avstand mellom seg selv og de andre beboerne. Noen opplevde seg plaget av medbeboeres oppførsel og låste døren for å forhindre uønskede besøk på rommet sitt. Det kunne også være ubehagelig med samvær i felles-arealene: «Det er litt problemer med bordet, når vi sitter der og spiser, nokken er litt sint og irritert og galen at den drittmaten her er ikke nokke. Jeg kvir meg litt av og til å sitte med bordet» (5).

Beboerne bemerket også at dagene på sykehjemmet kunne være lange og ensformige. Flesteparten av beboerne gav uttrykk for et ønske om mer tid med personalet. Mange hadde likevel forståelse for de ansattes travle hverdag og ga uttrykk for at de opplevde avdelingene som underbemannet. Analysen viste at deltakerne opplevde en avstand mellom deres egne langsomme dager og personalets tilgjengelighet og travelhet. En beboer sa: «Det er en sånn fart» (38).

Drøfting

Våre funn retter søkelys på flere faktorer som påvirker beboernes opplevelse av trivsel i hverdagen. Mange deltagere uttrykte takknemlighet for å være på sykehjem og samtidig var det en ambivalens mellom aksept av nåværende situasjon og lengsel etter fortiden. Små hverdagsgleder var betydningsfulle for beboernes trivsel, noe som er i overenskomst med at trivsel er en følelse knyttet til situasjon, omgivelser eller livsfase (2). Studiens funn er i tråd med oppfatningen av trivsel som mer enn fravær av sykdom; det inkluderer også fysiske, psykiske og sosiale aspekter (2, 18). Vi vil særlig vektlegge betydningen av små opplevelser i hverdagen, opplevelser som kan bety mye for den enkelte beboers trivsel og glede på sykehjem. Dette harmonerer med funn fra tidligere studier som viser at muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter, opprettholde positive relasjoner, og ha en viss grad av selvbestemmelse viktige faktorer for trivsel (10).

I tillegg til takknemlighet og glede over de små hverdagsøyeblikkene er det viktig å merke seg at livet på sykehjem har flere fasetter. For de fleste beboerne er sykehjemmet den eneste alternative boformen. Funnene tyder på at tilpasning til hverdagen på sykehjem for mange beboere også handler om aksept av den nåværende situasjonen beboerne er kommet i. Likevel fant vi en ambivalens hos

deltakerne knyttet til livssituasjonen. Deltagerne trivdes fordi de på mange måter måtte trives, dette samsvarer med funn fra andre studier (8, 22). Beboernes holdning til å bo på sykehjem, kvaliteten av omsorgen og personene som utøver omsorgen er betydningsfull for hvordan en opplever trivsel (2, 18). Overordnet var de fleste beboerne takknemlige for hjelpen og omtalte omsorgen som god, noe vi tolker som aksept for livssituasjonen som sykehjemsbeboer. I tråd med Bergland og Kirkevold (18), er det å ha positive relasjoner til andre, deltakelse i meningsfulle aktiviteter, og muligheten til å være aktiv utenfor sykehjemmet avgjørende for trivsel. Våre funn tilsier at beboernes opplevelse av ambivalens knyttet til trivsel på sykehjemmet kan være relatert til mangelen på disse elementene. Flere deltagere ga uttrykk for at deres behov for meningsfulle aktiviteter og frihet til å bevege seg utenfor sykehjemmet ikke ble tilstrekkelig ivaretatt. De uttrykte blant annet at de hadde liten innflytelse på sin egen hverdag, samt en følelse av å ikke ha funnet seg helt til rette på sykehjemmet. Ettersom beboerne generelt var fornøyde med å bo på sykehjemmet, fremstår deres positive holdning og tilfredshet med omsorgskvaliteten som noen av de mest betydningsfulle faktorene for trivsel (18). Andre studier bekrefter også viktigheten av positive relasjoner og kvaliteten på omsorgen som sentrale aspekter for trivsel i sykehjem (8, 9).

Om beboeren fant seg til rette på sykehjemmet er nært knyttet til trivsel og et godt fysisk miljø (2, 3). Hvordan beboere oppleve psykiske og sosiale aspekter har tett sammenheng med utforming av sykehjemmets fysiske miljø (2, 18). Det å føle seg ensom når en bor i et felleskap med andre var noe flere deltagere trakk frem i vår studie. Vi mener det er viktig for helsepersonell å være oppmerksom på at beboere på sykehjem kan oppleve ensomhet og manglende fellesskap, selv i en institusjon. Funnene indikerer også at flere aspekter med betydning for trivsel er knyttet til lengsel etter fortiden, savn og vemod over at livet ikke ble slik en hadde tenkt (19). Vi vil påpeke at sammenheng mellom beboernes tilfredshet og de relasjonelle og omsorgsmessige aspektene understreker behovet for å sikre at sykehjemmet kan tilby et fysisk miljø som både fremmer gode relasjoner og gir beboerne muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter. Videre omtalte flere beboere savn over at de ikke lenger var der ting skjedde. Funnene viser viste at for beboere

er det et gap mellom deres langsomhet og pleiernes travle hverdag. Beboerne anerkjente travelheten, men opplevde at den travle hverdagen til pleierne kunne være et hinder for at de hverdagslige gleder og føle seg sett og anerkjent. Dette tolkes som en lengsel etter å bety noe i hverdagen.

Implikasjoner for sykepleiepraksis

Funnene gir innsikt i at hverdagslige gleder har betydning for beboers trivsel i sykehjem. Studien fremhever også betydningen av beboernes valgmuligheter og tilfredshet i hverdagslivets aktiviteter, samt at pleierne må være oppmerksomme på uttrykk for mistriivsel og manglende fellesskap. Dette er verdifull kunnskap for ansatte i sykehjem og for dem som planlegger tjenestene til eldre. Videre forskning bør utforske hvordan sykehjem kan tilrettelegge for den enkeltes behov og ønsker, samt balansere ulike faktorer for å fremme beboernes trivsel.

Konklusjon

Studien viser at hverdagslige opplevelser og små gleder er avgjørende for trivsel. Funnene påpeker at trivsel er knyttet til aksept og tilpasning til nåsituasjonen, samtidig som beboerne opplever en ambivalens knyttet til lengsel, savn og ensomhet. For at beboere skal trives, må de akseptere situasjonen, oppleve positive relasjoner, samt selv oppleve at de lever meningsfulle liv på sykehjemmet.

Interessekonflikter

U.a

Finansiering

Arbeidet er gjort gjennom vårt FoU-arbeid.

Takksgelser

Tusen takk til alle beboerne som delte ærlig og åpent om sin hverdag på sykehjem. ■

Referanser

- Lämås K, Bölenius K, Sandman PO, Bergland Å, Lindkvist M, Edvardsson D. Thriving among older people living at home with home care services—a cross sectional study. *J Adv Nurs*. 2020;76(4):999-1008.
- Kirkevoold M. Why thriving - and well-being - ought to be fundamental goals in nursing. 1 ed: Routledge; 2024. p. 179-90.
- Baxter R, Corneliussen L, Björk S, Kloos N, Edvardsson D. A recipe for thriving in nursing homes: A meta ethnography. *J Adv Nurs*. 2021;77(6):2680-8.
- Hoen B, Abrahamsen D. Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge (Nursing home and home-based nursing care in Norway): Statistisk sentralbyrå (Norwegian Statistics); 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/helse/>

helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge.

- Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstjenester>.
- Patomella AH, Sandman PO, Bergland Å, Edvardsson D. Characteristics of residents who thrive in nursing home environments: a cross sectional study. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2153-61.
- Björk S, Lindkvist M, Lövheim H, Bergland Å, Wimo A, Edvardsson D. Exploring resident thriving in relation to the nursing home environment: A cross sectional study. *J Adv Nurs*. 2018;74(12):2820-30.
- Björk S, Lindkvist M, Wimo A, Juthberg C, Bergland Å, Edvardsson D. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *J Adv Nurs*. 2017;73(8):1884-95.
- Bergland Å, Kirkevoold M, Sandman PO, Hofoss D, Edvardsson D. The thriving of older people assessment scale: validity and reliability assessments. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):942-51.
- Baxter R, Corneliussen L, Björk S, Edvardsson D. Promoting resident thriving in nursing homes: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2024.
- Sjögren K, Bergland Å, Kirkevoold M, Lindkvist M, Lood Q, Sandman PO, et al. Effects of a person centred and thriving promoting intervention on nursing home residents' experiences of thriving and person centredness of the environment. *Nursing Open*. 2022;9(4):2117-29.
- Rinnan E, André B, Drageset J, Garåsen H, Espnes GA, Haugan G. Joy of life in nursing homes: a qualitative study of what constitutes the essence of joy of life in elderly individuals living in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1468-76.
- Rykkje L, Morland M, Ferstad K, Kuven BM. A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *J Clin Nurs*. 2023.
- Nygaard A, Halvorsrud L, Grov EK, Bergland A. What matters to you when the nursing home is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatr*. 2020;20:1-13.
- Drageset J, Taasen SE, Espehaug B, Kuven BM, Eide WM, André B, et al. Associations between nurse-patient interaction and sense of coherence among cognitively intact nursing home residents. *J Holist Nurs*. 2021;39(1):16-28.
- Haugan G, Kuven BM, Eide WM, Taasen SE, Rinnan E, Xi Wu V, et al. Nurse-patient interaction and self-transcendence: assets for a meaningful life in nursing home residents? *BMC Geriatr*. 2020;20:1-13.
- Bergland Å, Kirkevoold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(6):681-91.
- Bergland Å, Kirkevoold M. Thriving—a useful theoretical perspective to capture the experience of well being among frail elderly in nursing homes? *J Adv Nurs*. 2001;36(3):426-32.
- Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, Dilles T. Living in a nursing home: A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1477-84.
- Ueland V. Längtan - välbefinnande och hälsa. In: Wiklund Gustin L, Asp M, editors. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. 3 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2022. p. 241-53.
- Bergland Å, Kirkevoold M. Resident-caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Res Nurs Health*. 2005;28(5):365-75.
- Bergland Å, Kirkevoold M. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2008;17(10):1295-302.
- Braun V, Clarke V, Braun V. *Thematic analysis : a practical guide*. Los Angeles, California: SAGE; 2022.

Organisering av hjemmesykepleien – ulike utfordringer

Hjemmesykepleien fikk en mer omfattende rolle i helse- og omsorgssystemet etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 (1), og en økende eldre befolkning med sammensatte og komplekse lidelser medfører større behov for hjemmesykepleietjenester (1, 2, 3). Antallet eldre, fra 67 år og over, forventes å øke fra dagens 900 000 til 1,4 millioner i 2050 (2).

Innledning

Samtidig som antallet eldre øker i Norge, er det stor mangel på helsepersonell, og i 2035 vil det mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere, og innen 2060 vil tallene dobles (4). Kartlegginger viser at omtrent fire av ti ufaglærte både i hjemmetjenesten og sykehjem har utdanning på nivå med ungdomsskolen. Et lavt utdanningsnivå er urovekkende fordi pasienter skrives ut fra sykehusene når de er utskrivningsklare, men ikke ferdig behandlet (1, 3). Det er et politisk mål at eldre skal bo hjemme lengst mulig og samtidig oppleve trygghet i egne hjem (5, 6). Dette setter press på hjemmesykepleien som møter utfordringer på grunn av utilstrekkelig satsning og mangelfull tilrettelegging når det gjelder kompetanse, kapasitet og effektivitet (7, 8). Hjemmesykepleien, ryggraden i omsorgstjenesten, står overfor store utfordringer og det er behov for omstilling dersom tjenesten skal klare å møte nå- og fremtidens behov for omsorgstjenester (9). *I denne artikkelen søker vi å belyse hvilke utfordringer helsepersonell i hjemmesykepleien erfarer i forbindelse med økende antall hjemmeboende eldre med stadig mer komplekse omsorgsbehov, og hvordan disse utfordringene kan imøtekommes.* Hensikten er å synliggjøre helsepersonells kunnskap/forståelse om hvilke endringer som kan bidra til å gjøre hjemmesykepleien bedre i stand til å møte et økende omsorgsbehov.

Både hjemmesykepleien og sykehjem opplever stor mangel på sykepleiere og det er en klar sammenheng mellom mangel på sykepleiere og kvalitet på grunnleggende sykepleie (1). Det fremkommer videre at det er en sterk sammenheng mellom rekrutteringsproblemer og arbeidsmiljøet i syke-

hjem og hjemmesykepleien (10). Husebø (11) påpeker at ansatte i hjemmetjenesten ikke blir tilstrekkelig ivarettatt fordi tilretteleggingen i brukernes hjem er utilstrekkelig. Samtidig viser forskning at ansatte arbeider mer enn de skal, men at de skjuler arbeidsmengden fordi de er urolige for reprimander fra arbeidsgiver (10). Hjemmesykepleiens utfordringer knyttet til mangel på kompetanse og bemanning har bidratt til at oppmerksomheten rettes mot teambaserte tjenestemodeller, og det pågår flere forsøk med tverrfaglige team i Norge. Et av disse er prosjektet HeltOm i Bergen, der det søkes å øke samhandling mellom ulike faggrupper knyttet til hjemmebaserte tjenester. I prosjektet er hjemmesykepleiens tradisjonelle organisering i avdelinger erstattet av fagteam som er inndelt i omsorgs- og helsetjenesteteam (12).

Kontekst

Det er ulike former for organisering av den kommunale hjemmesykepleien i Norge. Dette som følge av at det kommunale selvstyret åpner opp for lokale tilpasninger basert på utfordringer og behov i den enkelte kommune. I vår undersøkelse inngår to kommuner som er lokalisert i samme region. Begge kommunene er politisk styrt etter formannskapsmodellen. Kommune en har ca. 25 000 innbyggere og kommune to har 22 000 innbyggere. Ifølge helse- og omsorgsplanene i begge kommunene skal hjemmesykepleien være organisert slik at det legges til rette for tverrfaglig samarbeid både innad og mellom første- og andrelinjetjenesten. Begge kommunene arbeider ut fra en bestiller-utfører-modell i hjemmesykepleien (9). Det er en egen organisatorisk enhet som tildeler tjenester til pasienter som

FAKTA

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

Hilde Nordahl-Pedersen*, Førstelektor, Handelshøyskolen, UiT Norges Arktiske Universitet

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

*angir likeverdige forfattere

trenger lovpålagte pleie- og omsorgstjenester. Når bestiller-enheten har vurdert og fattet et vedtak blir vedtaket sendt over til hjemmesykepleien som skal utføre tjenestene (13). Hjemmesykepleien har ansvaret for at de tjenester som pasientene har rett og krav på følges opp, og at kvaliteten på tjenestene utføres i henhold til lovmessige, faglige og etiske krav (14).

Hjemmesykepleien i kommune en er organisert i tre soner med hver sin avdelingsleder som har personalansvar og en faglig leder. Sonene har selvstendig ansvar for den daglige drift med hensyn til personell, fag og økonomi og rapporterer til en enhetsleder, som samordner og rapporterer videre til kommunal sjef innen helse- og omsorg.

I kommune to er hjemmesykepleien delt inn i fire avdelinger med hver sin avdelingsleder, som har ansvar for daglig drift når det gjelder personell, fag og økonomi. For å koordinere og samordne tjenestene i de fire avdelingene er det ansatt en driftskoordinator. Kommunal helse- og omsorgssjef er overordnet leder for hjemmesykepleien.

Alle kommuner har egen database, VAR, som inneholder kunnskapsbaserte faglige prosedyrer på de ulike områdene som hjemmesykepleien skal ivareta og VAR er beslutningsstøtte for de ansatte.

Teoretisk tilnærming

Begrepet formell struktur refererer til hvordan ulike roller og arbeidsoppgaver i organisasjonen

fordeles og koordineres (15). Rollen som leder er sentral i organisasjoner og det er enighet om at utøvelse av ledelse er en prosess der en søker å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for slik å motivere til innsats for å nå felles mål (16). I hjemmesykepleien kjennetegnes lederes handlingsrom av komplekse arbeidsoppgaver, kompetansemangel og knappe ressurser, noe som gjør det utfordrende å ivareta forsvarlig helse- og omsorgsarbeid. New Public Management (NPM) ble innført i kommunene for å effektivisere offentlig sektor (17). Innføring av bestiller-utfører modellen (BUM) i helse- og omsorgstjenesten er et ledd i markedstenkningen som ligger til grunn for NPM, og medførte et skille mellom myndighetsutøvelse/forvaltning og tjenesteutøvelse (17, 18). I mange kommuner ble det opprettet tildelingskontor som fikk ansvar for å tildele tjenesteytende omsorgstiltak til den enkelte pasient i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien gjennomfører tjenester på bakgrunn av tildelingskontorets vedtak, der tidsbruk hos den enkelte pasient er spesifisert. Lederes handlingsrom i hjemmesykepleien formes slik av politiske beslutninger og lovverk, hierarkisk oppbygning, samt ansattes holdninger og utdanning (19). Når omfattende politiske mål knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ivaretas, kan NPM som styringsverktøy være utfordrende (20). Ansatte i hjemmesykepleien som skal ivareta krevende pleie- og omsorgsoppgaver

Sammendrag

Studien belyser hvilke utfordringer helsepersonell i hjemmesykepleien erfarer i forbindelse med økende antall hjemmeboende eldre med stadig mer komplekse omsorgsbehov, og hvordan disse utfordringene kan imøtekommes. Det er benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og gjennomført ni semistrukturerte kvalitative intervju av ledere og ansatte i hjemmesykepleien. Empirien viser omfattende samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og eksterne samarbeidspartnere, praktiske utfordringer i hverdagen, samt bruk av vikarer med begrenset kompetanse, usynlig organisatorisk arbeid og behov for organisatoriske endringer. Funnene tyder på at det er behov for oppgavedeling mellom yrkesgruppene, økt formalisert opplæring og endring i hjemmesykepleiens organisering. Teamarbeid og selvledelse kan også bidra til å styrke pasientomsorgen og frigjøre tid til andre pasientrelaterte oppgaver.

Nøkkelord: Hjemmesykepleien, teamarbeid, selvledelse, usynlig organisatorisk arbeid

Abstract: Organization and facilitation of home-based services

The study sheds light on the challenges health personnel in home care nursing services experience due to the increasing number of elderly people living at home with increasingly complex care needs, and how these challenges can be met. A phenomenological-hermeneutic approach has been used and nine semi-structured qualitative interviews of managers and staff in home care services have been conducted. The data shows interaction challenges between home nursing services and external partners, practical challenges, the use of substitute workers, invisible organizational work and the need for organizational changes in home care nursing services. The findings indicate that there is a need for redistribution of work tasks between the occupational groups, increased formalized training and the use of aids. Teamwork and self-management can also help to strengthen patient care services and make time for other patient-related tasks.

Keywords: Homecare nursing, teamwork, self-management, invisible organizational work





innenfor NPM som organisatorisk rammeverk kan oppleve både krysspress og rollekonflikter i arbeidshverdagen. Krysspress innebærer at en rolleinnhaver opplever motstridende forventninger som kan være vanskelig å imøtekomme og krysspress kan føre til rollekonflikt. Rollekonflikt oppstår når uforenlige forventninger rettes mot en person i en bestemt rolle (21). Styringsprinsippene i NPM har etter hvert blitt møtt med kritikk blant annet for å være for markedsbasert og rigid, noe som er utfordrende innenfor hjemmesykepleien (22). Det er mulig at New Public Governance (NPG) har styringsprinsipper som kan være bedre egnet for hjemmesykepleien. Styringsprinsippene samstyring og flatere struktur gir for eksempel et omfattende handlingsrom for samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner (23). Samtidig legges det vekt på nære relasjoner mellom ledere og ansatte, og tradisjonelle kontroll- og måleregimer nedtones fordi tillitsrelasjoner er en viktig styringsmekanisme (24). Personlig tillit er relasjonelt betinget og innebærer at aktørene stoler på at den enkelte gjør det som er forventet, og har betydning for den enkeltes opplevelse av sikkerhet (25), noe som er viktig for samarbeid i team.

Samarbeid i team kan forstås som at tre eller flere samhandler for å nå et felles mål (26). Teamarbeid innebærer at den enkelte deltager har ansvar for både eget arbeidsområde og et felles ansvar for de andre deltagerens handlinger (27).

Det er mulig at NPG's styringsprinsipper kan øke ansattes handlingsfrihet og gi rom for selvledelse. Begrepet selvledelse benyttes ofte innenfor organisasjoner med høyt kvalifisert arbeidskraft, men vi velger å benytte begrepet i forhold til hjemmesykepleien fordi det kan bidra til å belyse utfordringer i den enkelte ansattes arbeidssituasjon. Selvledelse innebærer at ansatte administrerer seg selv, har beslutningsmyndighet og ansvar og kan trolig skape større muligheter for selvregulering og være et grunnlag for nye måter å jobbe på (28). Selvledelse kan forstås som myndiggjøring av ansatte, og ifølge Askheim (29) kan myndiggjøring inneha både en strukturell og en relasjonell dimensjon. Den individuelle dimensjonen omhandler det å bli bevisst hva som hindrer egenkontroll og hvordan komme over hindringene (29, 30). Maktforhold og strukturer som fører til barrierer mot egenkontroll er en del av den strukturelle dimensjonen (29). Ifølge Weber kan makt defineres som:



«ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (31). Myndiggjøring innebærer at det skjer en omstrukturering av maktrelasjoner (32), noe som kan være utfordrende for både ledere, ansatte og hjemmeboende. Myndiggjøring av ansatte kan eksempelvis ofte innebære endringer i arbeidsorganiseringen (33).

Metodisk tilnærming

Datamaterialet som ligger til grunn for denne undersøkelsen er innhentet i to mellomstore kommuner og det ble skaffet tilgang til feltet gjennom snøballmetoden (34). Lederne i den enkelte enhet/sone fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Lederne spurte sine ansatte om de ønsket å delta og de forespurte takket ja. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, men alle valgte å gjennomføre intervjuene. To forskere intervjuet to enhetsledere, to sykepleiere, to hjelpepleiere/helsefagarbeider og tre vikarer (ufaglærte). På grunn av uvær ble intervjuene foretatt via teams og det ble brukt lydopptak etter samtykke fra informantene. Intervjuene varte i ca. en time og ble gjennomført våren 2024.

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervju (34) og intervjuguidens tema var utfordringer knyttet til organisering, kompetanse, samarbeid og vikarbruk. Metoden semistrukturerte intervju ble valgt fordi det er informantenes erfaringer og refleksjoner som er i fokus, noe som kan åpne opp for en dypere forståelse av undersøkelsens tema (35). Semistrukturerte intervju bidrar samtidig til at intervjuet har en viss struktur og samtaleformen er fleksibel. Forskerne har slik mulighet for å følge opp ideer og betraktninger som informantene spontant kan bringe inn i samtalen (36, 34). Semistrukturerte intervju gir også rom for å sjekke ut at informantens utsagn er riktig forstått, noe som kan bidra til å fjerne uklarheter og eventuelle misforståelser fra dataen (34).

Gjennomføring

Intervju via teams kan være utfordrende. Informantene og forskerne får ikke den umiddelbare ansikt til ansikt kontakten som et samlokalisert møte gir. Til tross for god bilde- og lyd kvalitet kan denne intervjukonteksten gi utfordringer knyttet til det å skape en avslappet atmosfære som innbyr

informantene til å snakke fritt om de tema som tas opp. Dette kan ha ført til tap av data selv om forskerne valgte å snakke uformelt om hverdagslige ting i oppstarten for å etablere en viss trygghet i situasjonen.

Etter hvert som vi penset samtalen inn på tema-

«Deres trygghet kan også ha sammenheng med at de ofte benyttet teams i sin arbeidshverdag og var fortrolige med kommunikasjon via lyd og bilde»

ene vi ønsket å få belyst, opplevde vi at informantene villig delte sine erfaringer om utfordringer i arbeidshverdagen. De snakket fritt og det var god flyt i samtalen, noe som tyder på at de var komfortable i intervjukonteksten. Deres trygghet kan også ha sammenheng med at de ofte benyttet teams i sin arbeidshverdag og var fortrolige med kommunikasjon via lyd og bilde. Underveis i samtalen reformulerte og fortettet vi informantens utsagn for å hindre misforståelser og ivareta dataens kvalitet. Vi avsluttet samtalen med å spørre om det var noe de ønsket å tilføye og slik fikk de anledning til å tenke over om det var noe de hadde glemt underveis.

Bearbeidelsen av data

Det ble benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i bearbeidelsen av data. Vi gjennomførte meningsfortettinger og utviklet meningsenheter (34). Det enkelte intervju ble gjennomlest og utsagn som omhandlet de ulike tema for undersøkelsen ble avmerket med ulike farger i margin. Videre ble sitatene satt sammen i subtemaer og vi utviklet mulige temaer. Temaene ble så sett på tvers og det ble utviklet felles subtemaer og temaer. Det ble tidlig klart at lederne og alle sykepleierne og helsearbeiderne/hjelpepleierne erfarte utfordringer som var felles. Disse var mangelfull samhandling, praktiske utfordringer, bruk av vikarer og begrenset kompetanse og endring i hjemme-sykepleiens organisering.



Etiske betraktninger

Alle informantene underskrev informert samtykke, hvor det blant annet framkom at informantene skulle anonymiseres og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Studien er godkjent av SIKT, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Presentasjon av data

1. Mangelfull samhandling

Empirien viser at det er mangelfull samhandling mellom hjemmesykepleien, koordinerende enhet og spesialisthelsetjenesten, fastleger og apotek.

Informant 4 forteller for eksempel at det er tidkrevende bare å få klarlagt en resept for en pasient: «(...) bare det å få en resept, kan jo ta kjempelang tid, hvis man sender en PLO og ikke får svar (...) så må man ringe til legesenteret og legesenteret svarer ikke alltid på telefonen, så da er det liksom å ringe og ringe og ringe og i verste fall kjøre dit og si at vi må få den resepten i dag. Og så når den er kommet, så er det å kjøre ned på apoteket, hente opp den medisinen, få forordninga, legge inn i Profil, må få en sykepleier til å kontrollere det og så legge det i dosetten. En så liten ting som en medisin uten resept, kan jo ta kjempelang tid». Informant 4 forteller videre at det ofte ikke er samsvar mellom medisinlistene og feil i epikrisene.

Informant 2 forteller om utfordringer i forhold til samarbeid med koordinerende enhet og sier: «(...) så det bildet som koordinerende enhet har er ikke lik det bildet vi har. Så jeg syns at koordinerende enhet har for mye makt. (...) Det har noe med at vi stoler for lite på pasientene og koordinerende enhet stoler for lite på oss.

Informant 5 fortsetter: «Vedtakene stemmer ikke helt med dagens virkelighet».

Informant 3 fortsetter:

«Sykehuset har vips arena og vi har profil. I mitt hode hadde det vært det beste å ha noe å la det samme sånn at man kunne unngått dokumenteringen så veldig mange ganger. At når du får pasienten så kunne det ligget inne i systemet allerede».

Empirien kan forstås som om at det er store samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og samarbeidspartnere.

2. Praktiske utfordringer

Våre funn viser at de ansatte i hjemmetjenesten har mange og varierte utfordringer i arbeidshverdagen på grunn av manglende tilrettelegging.

Informant 4 forteller følgende om utfordringer i arbeidshverdagen:

«Det er egentlig mange ting som er utfordrende, alt fra praktiske ting, sånn som at vi ikke har parkeringsplasser, at vi har dårlige fremkomstmidler, at vi har lite tid, lite folk på jobb, veldig mye administrative oppgaver.»

Informantene forteller at det er de selv som har ansvar for å rengjøre bilene. Informant 8 forteller: «Vi må vaske bilene innvendig og driftskoordinator er nøye på at vi har rene biler. (...) Vi har ansvar for å ta bilen til et bilpleiefirma, og vi må koordinere vasking og dekkskifte med hverandre slik at det er to pleiere involvert og det tar mye av pasientenes tid».

Informant 7 forteller: «Det er ugunstig med organisering av mattransport. Vi må levere middagen til hjemmeboende og det kan være opptil femten middager vi må kjøre ut, istedenfor å bruke en sjåfør eller andre til å gjøre den jobben. Det burde vært en bedre arbeidsfordeling».

Vi tolker funnene slik at pasientenes tildelte tid 'spises opp' av dårlig tilrettelegging når det gjelder praktiske oppgaver som ansatte må utføre.

3. Bruk av vikarer og begrenset kompetanse

Funnene viser at både fast ansatte og vikarer erfarer stress og uforutsigbarhet i arbeidshverdagen, og de forteller om begrenset opplæring og faglig påfyll.

Informant 4 forteller: «Men det som gjør hverdagen kaotisk og utfordrende det er jo at vi har lav grunnbemanning og at ting ikke blir fulgt opp fordi det kanskje kommer vikarer og nye folk på jobb som ikke har tråden i ting. Så stopper det egentlig litt opp og kanskje ikke blir fulgt opp så godt det kanskje burde. (...) Det gjelder jo alt fra små ting som er, ernæringscreening til legekontakt og oppfølging av medisiner».

Både fast ansatte og vikarene ønsker også økt fokus på opplæring av vikarer. Informant 9 sier: «(...) det burde være mer formalisert opplæring da det er utfordrende (...) vi har mange dårlige pasienter». Informant 8 forteller: «Det er en del vikarer i helgene. Vi får ikke faglig påfyll. Får ikke kurs i hjerte lunge redning eller klinisk observasjon. Men, vi har utstyr for å måle blodsukker, blodtrykk og saturasjon, og det forventes at vi skal bruke det. (...) Jeg føler meg ikke trygg hvis jeg kommer til en pasient som ligger bevisstløs.»

Informant 8 fortsetter: «Opplæring av vikarer er to til tre opplæringsvakter, og det er begrenset



hva som læres. (...) Vikarer bør også få tilgang til VAR. (...) Vi googler og bruker YouTube for å finne løsninger».

Informant 8 forteller at andre forhold som skaper usikkerhet er rapportering: *«Men, vet ikke hva som skal rapporteres og sies fra til sykepleier om. Vi skal si fra om bivirkninger på medisiner, men hva skal man si når man ikke vet hva som er normalt?».* Informant 9 sier: *«Jeg har jobbet som ufaglært over lengre tid her og føler meg utrygg i faglige spørsmål ...utdanner meg til helsearbeider nå».*

Funnene kan forstås som om at hyppig bruk av vikarer og mangelfull opplæring bidrar til at både ansatte og vikarer opplever stress og uro i arbeidshverdagen.

4. Fokus i tjenesteutøvelsen

Empirien viser at informantene er opptatt av hva som skal være fokus for måten de arbeider på og hvordan samhandlingen skal være internt i tjenesten og mellom ansatte og pasienter. De tar opp utfordringer knyttet til både fordeling av arbeidsoppgaver, kunnskaps- og erfaringsdeling og vurderinger rundt pasientens egenomsorg og mestring. Informantene sier at det er behov for endring i arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene.

Informant 2 forteller: *«(...) enkelte sykepleieroppgaver som er klassiske sykepleieroppgaver, burde*

tas ut og bli rendyrka. Og så kan man se på de andre oppgavene som ting som både sykepleiere og helsefagarbeidere kan gjøre. Og så er det visse ting som assistenter kan gjøre. Det er jo et samspill hele tiden. Men sykepleiere trenger ikke å gjøre alt».

Informantene trekker også inn tidsdimensjonen som en viktig faktor for den tjenesteutøvelsen de er i stand til å yte. Informant 2 fortsetter: *«Men hvis vi skal bli gode sykepleiere, må vi få tid til å bli kjent med pasienten. Sørg for at pasienten får den hjelpa han skal ha. Ellers blir de kasteballer inn og ut fra primært spesialisthelsetjenesten».*

Flere informanter forteller om at stress påvirker deres fokus i pasientomsorgen. Informant 2 forteller: *«(...) jeg har sprunget siden klokka åtte. (...) Jeg får ikke tid til å tenke, bare gjøre.»*

Informant 5 forteller at opplevelse av for dårlig tid medfører at: *«(...) du stresser som en tulling. (...) Og så går du med høyt stressnivå hele tiden. Det har det vært i senere tid, sånn var det ikke før».*

Samtidig legger flere av informantene vekt på at økt bruk av hjelpemidler kan bidra til å styrke den enkelte pasient sin selvstendighet, samtidig som det er tidsbesparende. Informant 8 forteller:

«Vi er blitt kvitt en del brukere ved å lære dem å ta på seg støttestrømper. De hadde tilsyn hver dag, nå har de en dag i uken. (...) Evondos maskinen som

deler ut medisin er også tidsbesparende. Mange er også fornøyd med multidoser, og da er vi innom bare annenhver uke».

Flere informanter gir uttrykk for at selvledelse i arbeidshverdagen er viktig. Informant 2 forteller: «Og ut fra selvledelse er det slik at det er meg som skal kunne lede meg selv i hverdagen. Men pasientene skal også lede sin egen helse.»

«Empirien viser at hjemmesykepleierne også befinner seg i en situasjon der praktiske oppgaver som rengjøring og avising av biler vinterstid, ansvar for dekkskifte og mattransport er utfordringer som krever koordinering og intern og ekstern kommunikasjon»

Vi tolker funnene slik at det er behov for økt fokus på oppgavedeling mellom yrkesgruppene, samtidig som bruk av hjelpemidler og selvledelse kan bidra til å styrke pasientomsorgen og frigi tid til andre pasientrelaterte oppgaver.

Diskusjon

Samhandlingsutfordringer og mangelfull praktisk tilrettelegging

Empirien viser at det er omfattende samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og andre samarbeidspartnere som kommunal ledelse, fastlege, apotek, sykehus og tildelingskontor. Hjemmesykepleierne bruker mye tid på å skaffe nødvendige medisiner og følge opp rutiner i forbindelse med godkjenning og utdeling av medisiner til sine brukere. Kjøring mellom hjemmesykepleie, lege og apotek tar mye tid og empirien tyder på at samhandlingen er mangelfullt koordinert. Empirien viser at hjemmesykepleierne også befinner seg i en situasjon der praktiske oppgaver som rengjøring og avising av biler vinterstid, ansvar for dekkskifte og mattransport er utfordringer som krever koordi-

nering og intern og ekstern kommunikasjon. Dette er tidkrevende, men nødvendige aktiviteter for at pleie- og omsorgsarbeidet skal bli ivaretatt. Informantene gir uttrykk for at de praktiske oppgavene kan andre aktører uten vansker gjennomføre, da det ikke krever helsekompetanse. Dette arbeidet kan betraktes som usynliggjort organisatorisk arbeid for å ivareta kontinuitet og helhet i arbeidet med pasientene og betydningen av den uformelle koordineringen kommer ikke frem. Dette funnet gjenspeiles også i annen forskning (37). Organisatorisk arbeid kan karakteriseres som «limet» i arbeidet med pasienter og bidrar til høy kvalitet i tjenesteutøvelsen (38).

Roller som ansatt i hjemmesykepleien kan slik preges av krysspress fordi ansatte forventes å ivareta både organisatorisk arbeid og oppgaver som ikke ligger inn under deres kompetanseområde, samtidig som de skal ivareta pålagte pleie- og omsorgsoppgavene. Krysspress kan gå over til rollekonflikt når motstridende forventninger til rollen varer over tid, og når rolleinnhaverne opplever at det ikke er mulig å fjerne motstridende krav og forventninger (21). Krysspress og rollekonflikt kan trolig være årsaker til utmattelse og sykemeldinger som skaper utfordringer i hjemmesykepleien. Rolleavklaring vil trolig kunne bidra til å fjerne oppgaver som ikke hører inn under hjemmesykepleiens arbeidsområde og kan bidra til å dempe krysspress og rollekonflikter.

Funnene tyder på at til tross for at hjemmesykepleien har formidlet sine behov til overordnet kommunal ledelse, blir deres behov i liten grad imøtekommet. Ut fra hjemmesykepleiens perspektiv kan dette tyde på at samhandlingen preges av en viss makt-ubalanse (31). Det kan være flere årsaker til dette. Kampen om knappe ressurser er velkjent, men det kan også skyldes at hjemmesykepleien og kommunal politisk ledelse har ulik situasjonsforståelse når det gjelder hjemmesykepleiens utfordringer. Ulik situasjonsforståelse kan ha sammenheng med at det ofte er et kommunalt administrativt ansvar å fremme forslag til tiltak i formannskap og kommunestyre og politikerne kommer ofte ikke inn før i den avsluttende beslutningsfasen. Manglende deltagelse i utredningen av vedtak vedrørende hjemmesykepleien kan muligens bidra til at hjemmesykepleiens situasjonsforståelse i liten grad når frem til politikerne. Dette tyder på at det er stor avstand mellom hjemme-

sykepleien, som ivaretar pleie- og omsorgsarbeidet og kommunalt politisk beslutningsnivå (39). Ledelsen i hjemmesykepleien kan på denne måten befinne seg i en situasjon preget av avmakt da de har begrenset mulighet for å utøve handlinger som kan ha virkning på beslutninger som fattes (40). Ledere i hjemmesykepleien har få eller ingen midler å benytte som motmakt for å utvikle mer balanse i maktrelasjonene mellom overordnet kommunal politisk ledelse og ledere i hjemmesykepleien. Forskning viser at avdelingsledere i hjemmesykepleien mangler støtte fra overordnet ledelse og erfarer at de står alene med ansvaret for tjenesteutøvelsen (41).

Empirien tyder på at hvis samhandlingen mellom hjemmesykepleien og overordnet politisk ledelse skal bidra til at hjemmesykepleien skal kunne ivareta et økende antall eldre med sammensatte og komplekse lidelser er det behov for en felles situasjonsforståelse. Det kan være nødvendig at både hjemmesykepleien og overordnet politisk ledelse deltar i utredningsfasen når utfordringer i hjemmesykepleien skal behandles. Dette fordi samhandling kan bidra til å utvikle en felles situasjonsforståelse, noe som er sentralt for at det skal skje en gjensidig tilpasning (42).

Vikarbruk og mangelfull opplæring

Empirien tyder på at det er et gap mellom det som forventes av vikarene og det de blir opplært til å utføre av arbeidsoppgaver, og vikarer benytter både google og YouTube for å få informasjon om hvordan håndtere ulike utfordringer. Noen har også utstyr som de kan benytte for å måle blodsukker, blodtrykk og saturasjon, men får lite opplæring i hvordan det skal gjøres. Det forventes videre at vikarene skal rapportere til sykepleiere om pasientenes tilstand og mulige bivirkninger av medisiner. Empirien viser at dette kan være utfordrende da de har begrenset opplæring i hva de skal se etter, med mindre de er i gang med, eller har en helsefaglig utdanning. Det er med andre ord ulike og mangfoldige forventninger som rettes mot vikarrollen i hjemmesykepleien og den enkelte vikar kan oppleve både krysspress og rollekonflikt (21), noe som er emosjonelt belastende over tid. Empirien viser at manglende opplæring i observasjon av helsetilstand og medisinske bivirkninger skaper usikkerhet, og viktige tilstander i den enkeltes helse kan slik gå upåaktet hen til pasienten får besøk av ansatte med fagkompetanse. Dette kan ta tid, spesielt i helgene, da vikarbruken er høy. Manglende opplæring kan ha betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesteutøvelsen og



kan bidra til utrygghet hos vikarene når de skal ivareta sine arbeidsoppgaver.

Empirien tyder på at hvis hjemmesykepleien skal bli i stand til å møte nå- og fremtidige utfordringer, vil kompetanseheving være et viktig virkemiddel. Forskning viser at kommunene satser mye på korte kurs og adhoc-opplæring (43), men det er mulig at formalisering av opplæringen for vikarer kan bidra til at både krysspress og rollekonflikter dempes. Det er hyppig bruk av vikarer i helse- og omsorgstjenesten, og mangel på helsepersonell tilsier at vikarbruken vil vedvare. Samtidig kan styrket opplæring blant vikarene bidra til å skape trygghet for de fast ansatte fordi de får bedre grunnlag for sine faglige beslutninger. Ved å styrke vikarenes kompetanse kan den personlige tilliten mellom fast ansatte og vikarer styrkes fordi fagansvarlige vet at vikarene er i stand til å ivareta sine arbeidsoppgaver. Det fremkommer i empirien at også fast ansatte har behov for å styrke sin kompetanse for å møte økte faglige krav i tjenesteutøvelsen.

Organisatoriske endringer i hjemmesykepleien

Innenfor hjemmesykepleien har ansatte en arbeidssituasjon der de arbeider mye alene i pasientenes hjem, og kravene til handling i kritiske situasjoner er umiddelbar. Dette innebærer at ansatte har et stort ansvar og fatter beslutninger som angår pasientens liv og helse. Ansattes arbeidssituasjon ser ut til å være preget av en viss selvledelse (28), men deres mulighet for å administrere seg selv er begrenset av det strukturelle systemet som domineres av formelle vedtak om tidsbruk, ressursknapphet og av andre praktiske oppgaver som egentlig ikke er innenfor hjemmesykepleiens ansvarsområde. Det er trolig et behov for å endre den formelle strukturen som hjemmesykepleien arbeider innenfor og dermed skape økt handlingsrom for selvledelse. Strukturelle endringer kan for eksempel innebære at utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tildelingskontoret og hjemmesykepleien imøtekommes, slik at gapet mellom tildelte tjenester og pasientenes reelle behov reduseres. Dette vil kunne dempe det usynlige arbeidet som hjemmetjenesten utfører og synliggjøre faktisk arbeidsmengde. Dette innebærer trolig en utjevning i maktforholdet mellom partene slik at sykepleiernes handlingsrom for å fatte beslutninger og administrere seg selv i arbeidssituasjonen styrkes. Utjevning av makt kan slik bidra til per-

sonlig myndiggjøring for hjemmesykepleien (29, 32). Empirien tyder på at det også er behov for en oppgavedeling mellom for eksempel helsefagarbeidere og sykepleiere, men en oppgavedeling krever formalisert opplæring og kompetanseheving av helsefagarbeidere. Organisatoriske endringer kan slik gi rom for økt selvledelse (28) og kan trolig bidra til å dempe rigiditeten i systemet og gi en mer forutsigbar arbeidshverdag fordi den enkelte har mulighet for økt selvadministrasjon. Selvledelse vil få betydning for den tradisjonelle lederrollen fordi ansatte blir medansvarlig for planlegging, beslutningstaking og evaluering, noe som gir både større handlingsrom og ansvar for ansatte enn tidligere (28). Dette vil kunne bidra til lederne får frigjort tid til veiledning og andre ledelsesoppgaver.

Det er mulig at selvledelse kan knyttes til samarbeid i team. Dette fordi samarbeid i team kan styrke helhetsbildet av den enkelte pasients omsorgsbehov, da det gir rom for refleksjon i en tverrfaglig kontekst. Teamarbeid kan føre til økt bevissthet om pasienters muligheter og fokusere forebyggende og helsefremmende arbeid i hjemmesykepleien, noe som kan føre til økt myndiggjøring av pasienter. Det er mulig at organisatoriske endringer i hjemmesykepleien betinger et fokusskifte fra styringsprinsippene i NPM til NPG, da NPG legger vekt på samstyring og arbeid i team (24). Samstyringen som foregår i team vil utgjøre rammer for den enkelte selvledelse og kunne begrense opplevelsen av å være alene med ansvaret i utøvelsen av tjenesten. Dette fordi deltagerne i teamet har et felles ansvar for beslutninger som fattes, noe som kan bidra til trygghet for den enkelte ansatte.

Oppsummering og avsluttende kommentar

Studien tyder på, ut fra hjemmesykepleiens perspektiv, at samhandlingsutfordringer mellom politisk ledelse og ledere i hjemmesykepleien kan skyldes blant annet ulik situasjonsforståelse av hjemmesykepleiens ressursbehov når lovpålagte tjenester og oppgaver skal ivaretas. Dette impliserer at samhandlingen mellom hjemmesykepleien og politisk ledelse kan være tjent med å starte i utredningsfasen av hjemmesykepleiens ressursbehov slik at det gis mulighet for å etablere en felles situasjonsforståelse, som gjør samhandling mulig. Samtidig er det trolig behov for formalisering av kompetansehevede tiltak, oppgavedeling, rolleavklaring og

synliggjøring av tid og ressurser brukt på usynlig organisatorisk arbeid. For å imøtekomme fremtidens utfordringer er det trolig behov for organisatoriske endringer som bidrar til strukturell og personlig empowerment og teamledelse med basis i styringsprinsippene i NPG. Teamarbeid vil slik kunne legge rammer for selvløse blant ledere og ansatte i hjemmesykepleien. ■

Litteratur

- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Rapport nr.14. Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Aursand, P. (2023). Eldrebølgen skaper stor usikkerhet for helsesektoren. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-oglonn/sysselsetting/artikler/eldrebolgenskaper-stor-usikkerhet-for-helsesektoren>
- Kassah, B.L.L., Tingvoll, W-A. og Kassah, A. K. (red.). (2014). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene.
- SSB (2019). Norge vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/05/ssb-norge-vil-mangle-28-000-sykepleiere-i-2035>
- Meld.St.24 (2022-23). Fellesskap og meistring – Bu trygt heime-reformen. Helse- og sosialdepartementet.
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Helse- og sosialdepartementet.
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rapport nr.362. Telemarkforskning.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning 8(2):116-122. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>.
- Meld.St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse og omsorgsdepartementet.
- Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA Rapport 6.
- Husebø, B. (2023). Det må satses på hjemmetjenestene. Tidsskrift for den norske legeforening, no.2. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2023/01/aktuelt-i-foreningen/det-ma-satses-pa-hjemmetjenestene>
- Følstad, G. og Lefevr, H.F. (2023). Sluttrapport Prosjekt HeltOm 2.0., Bergen kommune.
- Tønnesen, S., Kassah, B.L.L. og Tingvoll, W-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien forskning 11(1): 14-22. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 15. Juli 2013, fra www Lovdata.no
- Selznick, P. (1984). Leadership in administration: a sociological interpretation. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations, 8th edition. Pearson.
- Busch, T. og Vanebo, J. O. (red.). (2001). Modernisering av offentlig sektor. Universitetsforlaget.
- NOU (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste, 2005:3. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schönfelder, W., Andersen, S. T. og Kane, A. A. (2018). Muligheter og begrensninger for profesjonsutøvernes handlingsrom i de kommunale barneverntjenestene. I: W.Schönfelder, S. T. Andersen og A. A. Kane (red.), Handlingsrom i barnevernet. Muligheter og begrensninger for profesjonsutøveren (s.175-280). Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Wølner, M. R. (2024). Mellomledere i spesialisthelsetjenesten – emosjonelt arbeid og organisatoriske endringer. Tidsskrift for Arbejdsliv, 26(3).
- Martinussen, W. (2008). Samfunnsniv. Innføring i sosiologiske tenkemåter, 2.utg., Universitetsforlaget.
- Kirkhaug, R. (2013). Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap. Universitetsforlaget.
- Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2016). Styring og samstyring, governance på norsk. Fagbokforlaget.
- Bentzen, T. Ø. (2016). Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner: i springet fra ambisjon til praksis. Doktoravhandling. Roskilde Universitet.
- Kassah, B. L. (2007). Tillit og kontroll i det nye arbeidslivet. Tidsskrift for samfunnsforskning, 48(4):579-589. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2007-04-05>.
- Sjøvold, E. (2022). Teamet – utvikling, effektivitet og endring i grupper. Universitetsforlaget.
- Hjertø, K. B. (2013). Team. Fagbokforlaget.
- Martinsen, Ø. L. (2015). Selvløse. I: Martinsen Ø. L. Perspektiver på ledelse. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2003). Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Gyldendal akademisk.
- Kassah, A. K., & Kassah, B. L. (2009). Funksjonshemming: sentrale ideer, modeller og debatter. Fagbokforlaget.
- Weber, M. (1971). Makt og byråkrati. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (2007). Empowerment: i teori og praksis. Gyldendal akademisk.
- Fredriksen, S-T. D., Kassah, B. L. L. og Tingvoll, W-A. (2021). Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern. I: Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W-A. (red.). Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern. Cappelen Damm Akademisk.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk.
- Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. State University of New York Press, Albany.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). The SAGE Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bjørnnes, T. D. (2024). Organisatorisk arbeid i hjemmesykepleien opplevs som ekstraarbeid. Sykepleien, 112(94545):e-94545. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94545>
- Allen, D. (2019). Sykepleiernes usynlige arbeid: organisering av sykehus og pasientomsorg. Fagbokforlaget.
- Kattouw, C. E. og Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. Sykepleien Forskning 13(74391) (e-74391) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Hernes, T. (2012). Process, Sensemaking, and Organizing (Perspectives on Process Organization Studies). Oxford University Press.
- Jordal, K., Saltveit, V. og Tønnesen, S. (2022). Nursing leadership and management in home care: A qualitative scoping review. Journal of Nursing Management. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13872>
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Cappelen Damm Akademisk.
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport 362 ISBN978--82-7401-829-7



Balanse mellom fortid og nåtid

– Ein kvalitativ studie av korleis eldre beskriv oppleving av livsglede

Denne studien omhandlar livsglede for eldre i sjukeheim og omsorgsbustad. I Noreg bur i overkant av 39 000 menneske på sjukeheim, og av desse er tre av fire 80 år eller eldre. Samstundes mottar omlag 175 000 menneske over 80 år helsetenester i heimen, mange av desse bur i omsorgsbustader (1).

Introduksjon

Livsgledeheimar er sertifiserte sjukeheimar som brukar systemverktøy for å ivareta bebuarane sine psykososiale behov. Leve heile livet reforma beskriv at *livsglede* skulle være ein bidragsytar i form av å gje opplæring og støtte, samt vegleing til korleis aktivitetar og gode opplevingar kan organiserast for bebuarane på sjukeheimar (2). I «Leve heile livet» kvalitetsreforma var målet ein trygg og god alderdom i eit samfunn der eldre kunne bruke sine ressursar med vekt på aktivitet, god mat, fellesskap og helsehjelp (2). Føringar om personsentrert omsorg var eit berande element i reforma, noko som inneber å sjå heile menneske og ikkje berre sjukdommen (3). Tilnærminga gjev rom for at pleiarane kan bli betre kjent med pasienten, og har som mål å styrkje pasienten sin integritet og verdigheit gjennom ein kvardag basert på gode augneblunk og med meistring i fokus (4, 5).

Tidlegare forskning viser til fire faktorar som påverkar eldres oppleving av livsglede; eiga innstilling, psykososialt miljø, relasjonar og aktivitets-tilbod. Eldre som bur på sjukeheim må finne aksept i sin livssituasjon for å kunne oppleve trivsel (6-8). Livsglede passar med ein salutogen tilnærming til helse der ressursar og meistring av utfordringar vektleggast, samt oppleving av samanheng (9). Ei positiv innstilling omfattar å omstille tankar og forventingar om det å bu på sjukeheim. Eldre kan ønskje å bu heime, men likevel godta livet som sjukeheimsbebuar ved å balansera det å leve livet her og nå, opp mot å leve det livet dei drøymde om å leve (6). Også sjukeheimsmiljøet spelar ei viktig rolle, det bør være heimekoseleg, innbydande og ein hyggeleg plass å være (6-8, 10, 11). Dessutan

er gode og positive relasjonar til venar, familie, pleiarar og medbuarar medverkande for å trivast. Det er viktig for bebuarane å bli kjent med pleiarane som personar, difor er det å involvere seg, og ta del i andre menneskjer sine liv, og i samfunnet, ein essensiell del av livsglede hjå eldre (12).

Det er avgjerande at bebuarar som ønskjer det får delta på aktivitetar som er meningsfulle for dei (7, 13). Det kan til dømes vere å ta imot besøk frå venar og familie. Å få besøk og ha støttespelarar utanfor institusjonen, kan styrka bebuaranes identitet (4). Moglegheita til å bruke sin eigen kropp i utføringa av aktivitetar er også meningsfylt for mange eldre (13). Reduksjon i mental og fysisk helse kan gje mindre trivsel, men helsepersonell kan tilpassa aktivitetar slik at dei fremmer bruken av den eldre personens eigne ressursar slik at dei opplever meistring. Det kan vere å stelle seg sjølv, gå tur eller å bevege seg frå ein stad til ein annan. Andre kjelder til livsglede og mening hjå bebuarar er engasjerande aktivitetar som konserter, kortspel, idrett eller quiz (12).

Metode

Studien er kvalitativt med ein hermeneutisk og fortolkande tilnærming til eldre si oppleving av livsglede. Bevisstheit om forforståing er avgjerande i denne tilnærminga (14). Livsglede, personsentrert omsorg og oppleving av samanheng er forstått som viktige faktorar som påverkar bebuarane sin kvardag.

Forskingsspørsmålet er: *Korleis beskriv beboere i sykehjem si oppleving av livsglede?*

FAKTA

Ann-Charlott Borge Vik-Nystad,
Spesialsykepleier i Geriatri med Master i Klinisk sjukepleie. Fagkoordinator og Hovedlivsgledeansvarlig v/ Plankemyra bo- og omsorgssenter
Epost: ann-charlott.borge.vik-nystad@arendal.kommune.no

Åshild Gjellestad,
førsteamanuensis i diakoni, verdier og profesjonell praksis ved VID vitenskapelige høgskole.
Epost: ashild.gjellestad@vid.no

Linda Rykkje,
Professor i sykepleie ved VID vitenskapelige høgskole.
epost: linda.rykkje@vid.no

Datasamling

Eit strategisk utval (14) vart valt for å sikre variasjon blant deltakarane. For å bli inkludert måtte dei eldre være kognitivt klare og ha samtykkekompetanse. Totalt seks deltakarar vart rekruttert januar- mai 2023; tre menn og tre kvinner mellom 70-95 år. Ein var frå «vanleg» sjukeheim, to frå ein sertifisert livsgledesjukeheim og tre frå omsorgsbustad. Datamaterialet vart innsamla gjennom individuelle semistrukturerte intervju på 20-60 minuttar, utford heime hjå bebuarane.

Analyse

Braun og Clarke (15) si tematiske analyse vart brukt. I fase 1 blir forskarane kjent med data frå transkripsjonen ved å lesa intervjuva fleire gongar for å få ei innleiande forståing for materialet, dette vart gjort gjennom å stille spørsmål til teksten. Fase 2 er koding. Tankar om det essensielle innhaldet vart notert fortløpande. I analysen vart uttrekk frå transkripsjonen satt inn i ein tabell der venstre kolonne inneheld teksten, medan det i høgre kolonne vart skreve inn kodar. Som skildra av Braun og Clarke (15) så var kodeprosessen ein «levande» eller «open» prosess, der forfattarane gjekk fram og tilbake mange gonger mellom tekst og tankar. I fase 3 finn ein foreløpige

tema. Ein oversikt over fellestrekk for alle kodene vart omgjort til overordna koder ved hjelp av gule lappar og eit tankekart. Tankekartet vart brukt som eit tematisk kart der også samanhengen mellom tema vart avdekket. Dei essensielle kodene vart identifisert i denne fasen og det var desse kodene det vart jobba vidare ut ifrå for å namngi tema. Dei foreløpige tema vart drøfta i forfattarteamet. Fase 4 er redefinering, her vart tema gruppert i tre hovudtema med undertema. Kvart av undertema vart skreve fram med ein beskrivande tekst, der forskaren brukte eigne ord. I dette arbeidet vart forfattarane einige om dei undertema som dei skulle behalde og nokre undertema vart flytta mellom hovudtema. Dei undertema som vart valt, var dei som støtta oppunder tema og som hadde tilstrekkeleg støtte i datamaterialet, og særleg vart det vektlagt å ha rike sitat. I fase 5 var tema definer og namngitt, sjå Tabell 1. Fase 6 er rapportering, som er å skrive fram funna ifrå empirien. Dette vert presentert under funn, og det er valt å vektlegge bruk av sitat frå deltakarane, noko som tilfører autentisitet og troverd.

Forskingsetikk

Skriftleg informasjon vart delt ut til alle deltakarane før intervjuet. Samtykkeskjema vart gjennom-

Balanse mellom fortid og nåtid - Ein kvalitativ studie av korleis eldre beskriv oppleving av livsglede

Sammendrag

Bakgrunn: Eit viktig mål i reforma «Leve heile livet» var ein god alderdom der eldre personar tek i bruk eigne ressursar. Reforma skulle bidra til meistring av livet og den tidlegare satsinga på «Livsgledesjukeheim» passa godt inn i denne tilnærminga.

Hensikt: Målet med denne studien er auka kunnskap og innsikt om eldre si oppleving av livsglede.

Metode: Ein kvalitativ intervjustudie av seks eldre busett ved ein livsgledeheim, sjukeheim eller i ein omsorgsbustad.

Funn: Deltakarane beskriv ein balanse mellom noverande rolle som bebuar og den personen dei var i fortida. Det handlar også om eigenverd og akseptere behov for hjelp. Dei små tinga i kvardagen vert beskriven som ein viktig del av deira livsglede.

Konklusjon: Livsglede kjenneteiknast av oppleving av identitet, tillit, tilhøyrse, respekt, venleik, smil, tryggleik og deltaking.

Nøkkelord: Livsglede, eldre, sjukeheim bebuar, personsentrert omsorg, trivsel

Balance between past and present - A qualitative study of how older people describe experiences of joy in life

Abstract

Introduction: An important goal of the «Leve heile livet» reform was to ensure a fulfilling old age in which older people could use their own resources. The reform aimed to contribute to wellbeing in life, and the previous initiative «Livsgledesjukeheim» (Joy-of-life nursing home) aligned well with this approach.

Objective: The aim of this study is to increase knowledge and insight into older people's experiences of joy of life.

Methods: A qualitative interview study of six older individuals residing in a joy-of-life nursing home, traditional nursing home, or assisted living facility.

Findings: Participants describe balancing between their current role as residents and the person they once were. This also involves self-worth and accepting the need for assistance. The small everyday things are described as an important part of their joy of life.

Conclusion: Joy of life is characterized by experiences of identity, trust, belonging, respect, beauty, smiles, safety, and participation.

Keywords: Joy of life, Older people, Nursing home resident, Person-centred care, Thriving





gått saman med kvar deltakar før dei signerte. Det vart informert om oppbevaring av datamateriale, behandling av personopplysningar, ivaretaking av anonymitet og moglegheita til å kunne trekke tilbake samtykke. Studien er godkjent av SIKT, Ref. nr. 199011.

Funn

Funna presenterast gjennom tre hovudtema og tilhøyrande undertema, sjå Tabell 1.

TABELL 1: Tema oversikt

Tema	Undertema
Ein balanse mellom fortid og nåtid	<ul style="list-style-type: none"> • Oppleving av tap og sakn • Familie og samvær som ressurs
Eigenverd og akseptere å få hjelp	<ul style="list-style-type: none"> • Å gjere det til ein heim • Glede over å klare ting sjølv • Akseptere behov for hjelp
Dei små tinga i kvardagen	<ul style="list-style-type: none"> • Å verta møtt av eit vennleg smil • Meiningsfylte aktivitetar • Å føle at nokon passer på og hjelper til

Ein balanse mellom fortid og nåtid

Deltakarane beskrev fortida som av stor betydning for kven dei er i dag. Fortida danna grunnlaget for deira ressursar, kjensler og tankar om nåtida. Fleire fortalte ivrig om det som har vore før og kva dei gjorde i livet sitt, som kva hobbyar dei hadde, familieliv og arbeid. Behovet for å prate om det som har vore, gav inntrykk av å vere viktig for deltakarane av di det bidreg til å bevare deira identitet. Personen dei er i dag kan bli forstått som summen av den dei har vore og framleis er. Nåtida var prega av tap og sakn knyta til fortida, men også av det som er viktig for dei no, slik som betydninga av familien.

Oppleving av tap og sakn

Fleire av deltakarane fortel om tap og om ting dei saknar etter at dei har blitt eldre og flytta inn på sjukeheim eller i omsorgsbustad. Dei opplevde til dømes tap av funksjon, sjølvstende og felles for fleire var at dei lengta tilbake, slik ein deltakar beskrev:

Så det der med trivsel, du kan jo sei det er ikkje noko eg mistrivast med, men eg har det der inni meg.. at eg lengtar litt heim.

Ein bebuar hadde budd på sjukeheimen saman med kona og fortalte at kona pleidde å lese høgt ifrå avisa medan han lytta. Etter kona gjekk bort, forsøkte han å lese avisa aleine, men det var vanskeleg

på grunn av svekka syn. Kona hadde kompensert for hans funksjonstap, og synstapet heldt han tilbake frå å delta på aktivitetar. Den personen han var før, vart viska litt ut som bebuar på sjukeheim, fordi han opplevde desse formane for tap og sakn. Han var ikkje aleine i denne framstillinga. Fleire av deltakarane fortalte om funksjonstap, som gjorde at aktivitetar dei hadde likt, no var vanskeleg å gjennomføre, til dømes å gå ut i hagen og gå turar. Dei eldre kan velje å møta tapa med pågangsmot, slik ein annan deltakar uttrykte:

Sjølv om eg har fått denne sjukdommen, så kan eg framleis bevega meg rundt.. og eg har bestemt meg for at eg skal ikkje la meg påverke av denne her sjukdommen.

På tross av sjukdommen, ønskte han å fokusere på dei gjenværande funksjonane. Funna viser at deltakarane i stor grad tilpassar seg til situasjonen ved å forhalda seg til trygge aktivitetar som dei kunne meistre, sjølv om det ikkje alltid var det dei hadde likt å gjere tidlegare i livet.

Familie og samvær som ressurs

Særleg ein deltakar fortalte om kor mykje glede han hadde av familien, tre born og fire barneborn som han hadde eit godt forhold til. Likevel var det ein balanse mellom ønske om meir besøk og kjensle av einsemd som enkemann:

Nei, eg kan ikkje peike på noko som, som er negativt eigentleg. Det er ikkje noko eg saknar, sånn direkte. Viss eg saknar noko, så er det mi eiga feil. Fordi at dei borna mine bur litt langt borte.. Nei, det er ikkje det. Og så er jo dei opptatt med sine arbeid, dei har viktig jobbar begge to så det, eg skjønner det godt.

Han forklarte at han vart lykkeleg av å være saman med familien, men skjønte at dei hadde travle liv. Sakn av familie kan delvis kompenseres med fellesskap med andre bebuarar som ein kan prata saman med, men samtalar med bebuarar med demens kan vere utfordrande. Sjølv om samvær med andre bebuarar er ein ressurs, er mange svært sjuke og då forsvinn grunnlaget for sosiale aktiviteter og samtalar. Ein deltakar som hadde budd i omsorgsbustad lenge hadde følgjande refleksjonar kring når ein leilegheit vart ledig:

Da vert det spennande kven som kjem inn, men eg synast at dei tek inn sånne som ikkje er så god lengre.. Ja, og det er synd, for me hadde hatt behov for noko sånt litt liv. Sånn som me hadde, me hadde det jo veldig koseleg.

Dette er eit utsegn som speglar utviklinga i eldreomsorga der bebuarane er stadig sjukare før dei vert tildelt ein bustad.

Eigenverd og akseptere å få hjelp

Overgangen frå å bu heime til å flytte inn ein anna plass var krevjande for fleire deltakarar. Det var viktig å kunne akseptere situasjonen som dei nå var i, noko som og handla om å godta å ta imot hjelp frå andre. Eigenverdet vert utfordra når ein vert gamal, ein ønskjer fortsett å være noko for andre og vere seg sjølv slik ein var, difor er det er ein overgang å tilpassa seg rolla som mottakar av hjelp.

Å gjere det til ein heim

Som nyinnflytta bebuar fortalte deltakarane at det handla det om å finne sin plass, og venne seg til å bu saman med andre menneskje som dei ikkje hadde noko kjensskap til ifrå før. På tross av at alle menneskje har sine eigne faste rutinar, skal desse faste rutinane nå passe inn i andre menneskjer sin kvardag. Ein deltakar beskrev det slik: *Korleis eg trivast? Det, det er eit sårt punkt. Fordi at det er så valdsam overgang frå å være heime.*

På tross av at det var vanskeleg å flytte, såg dei ut til å velje å godta den nye situasjon. Dei tok tida til hjelp, som ein annan deltakar skildrar:

Eg trivast godt.. Frå byrjinga så var det jo litt rart då synast eg.. Når du kjem ifrå ein stor leilegheit, og så ned her... Men nå trivast eg i grunnen greitt. Eg har jo blitt litt meir vandt til dei daglege tinga som skjer her og.

Å gjere den nye bustaden til ein heim handla om å arbeide med tankar og kjensler knyta til den nye bustaden. Moglegheita til å ta med seg møbler og andre kjente ting, til dømes symaskin og skrivar, i frå heimen sin gjorde at trivselen auka. Dette bidrog til at deltakarane kjende på at staden var ein heim for dei.

«Å få moglegheita til å nytte sine gjenværande ressursar, synast som ein viktig del av det å finne seg til rette i den nye kvardagen»

Gleda over å klare ting sjølv

Deltakarane sat pris på å få gjere mest mogeleg sjølv. Jo færre ting dei kunne bestemme i alderdommen, desto viktigare vart dei tinga dei kunne bestemme sjølv. Å få moglegheita til å nytte sine gjenværande ressursar, synast som ein viktig del av det å finne seg til rette i den nye kvardagen: *Og dei er også klar over at eg prøver og greie meg mest mogleg sjølv. Eg kler av meg og på meg, og alt sånt.. Eg ber om hjelp om eg treng det, då kjem dei.*

Deltakarane beskrev at å oppretthalde deira oppleving av identitet og eigen autonomi var viktig. Dei la vekt på at det gjorde noko med dei når dei fekk det til sjølv, ein kan kjenne seg stolt som i følgjande utsegn:

Men eg går og handlar og ordnar opp.. Då har eg gjort ein bragd.. Veldig kry av meg sjølv, og det eg klarer.



Undervegs i samtalane kom det fram ei oppleving av at deira identitet, den dei har vore og fortsett kjennar inni seg, var svært viktig for dei. For ein av deltakarane var det rart å være den personen som trong hjelp. Ho hadde alltid vore så glad i stille opp for andre.

«Fleire fortalde at dei ønskje å spreie glede i kvardagen, gjennom å gjere andre glad, å prate med medbuarar og hjelpe der ein kan»

Akseptere behov for hjelp

Ting dei kunne gjere før som var så enkelt, var no tungt og vanskeleg, og dei stod i ein situasjon der dei trengte hjelp. Tre av deltakarane budde i ein omsorgsbustad, og reknast dermed som heimebuande. Dei fekk hjelp frå heimesjukepleia, medan dei tre andre budde på sjukeheim og fekk hjelp av tilsette der. På tross av at fleire av deltakarane beskrev at dei lengtar heim, såg dei også eit behov for å bu ein stad der dei fekk hjelp. Ein sa det slik:

Eg kan jo ikkje bu heime for meg sjølv. Eg er nøydt til å.. å være ein stad der eg får hjelp til ein del ting.

Å akseptere behovet for hjelp var ikkje berre enkelt, men det kan finnast ei glede i det å akseptera å mota hjelp frå andre:

Berre at nokon hjelper meg med å ta opp noko som fell på golvet. Det er ei stor glede, eg har problem med å strekke meg og er ustødig, og når nokon då hjelper meg, så er det ei stor glede for meg.

Dei små tinga i kvardagen

Deltakarane beskrev glede knytte til dei små tinga i kvardagen. Det kunne vere enkle ting, som å verta møtt med eit smil og vennlegheit. Vidare handla det om meningsfylte aktivitetar, samt å verta ivaretatt og passa på slik at ein kan kunne seg trygg. Gleda vart framstilt som noko eineståande, noko

som kvar enkelt deltakar eigde sjølv, knytt opp mot dei sjølve og deira kvardag.

Å verta møtt av eit vennleg smil

Korleis ein møtte kvarandre vart beskrive som ein viktig del av gleda, og det sosiale fellesskapet dei levde i. Å gi og verta møtt med eit smil kunne gjere mykje med dagen, ein kjede seg sett og satt pris på. Tre ulike deltakar beskrev det slik:

Kvifor skal ikkje eg gje frå meg eit smil?...Det er mange som er veldig glad for å få det.

Eit smil, det er ein kostbar ting... Det er ein kostbar ting å få, men det er ikkje ein kostbar ting å levere.

Kvart smil som vert levert her, skaper glede. Her smilast det nemleg ofte.

Funna viser at det er like viktig at andre opplev glede som deira eiga oppleving av glede. Dette være seg både familien deira, medbuarar og dei tilsette. Fleire fortalde at dei ønskje å spreie glede i kvardagen, gjennom å gjere andre glad, å prate med medbuarar og hjelpe der ein kan. Å verta møtt med eit vennleg smil, var ein fin inngangsport for samtale mellom medbuarar og med dei tilsette. Ein deltakar fortel om hans oppleving av staden og betydninga av å bli møtt med vennlegheit: «*Eg hadde aldri innbilt meg at eg skulle få det så godt her, som det eg har fått det her.*» Å ta seg tid til ein samtale, møtte opp og servere eit smil skapte glede for bebuarane.

Meiningsfylte aktivitetar

Meiningsfylte aktivitetar som gav glede for deltakarane var kjente og kjære aktivitetar frå barndommen, aktivitetar som dei hadde drive med som vaksne eller aktivitetar som dei hadde gjort saman med andre menneskjer som dei var glade i. Nokre dømer var jakt, fiske, matlaging, maling, sport og handarbeid. Ein deltakar som var oppteken av aktivitetar som gav han glede fortalde at han likte å male, men på grunn av sjukdommen var det no vanskeleg for han å gjennomføre denne aktiviteten :

Og det, det er jo klart at det kunne godt være at eg ville prøvd på det då... men om eg ville få det til lengre, det veit eg jo ikkje. Men det er jo berre å prøve det, det er ikkje noko anna å gjere med det.

Ein annan deltakarane fortalte om gleda ho hadde av å kunne dra på motorsykkeltur med sonen sin. Ho viste bilete og fortalte stolt om motorsykkeldrakta som ho hadde fått av borna sine i gåve, og dette ville ho fortsette med så lenge som råd. For andre var eit eksempel på meiningsfylt aktivitet å gå tur ilag med ein pleier:

Eg synast at det er koseleg, for då kan vi gå og snakke og då kan eg gå i mitt tempo... og nokon gonger tek eg av og til med meg, ein sånn der dino-

saur. Og så skremmer eg vette av pleiaren. Og det er veldig gøy, liksom dei vert ikkje sinte for det er berre tøys... Det er på ein måte å gjere litt ut av smertene.

Deltakaren fortalde historia med stor iver, og la vekt på at moglegheita til å kunne snakka om smertene og samstundes bruke humor, tøys og tull i kvardagen. Å gå tur var for fleire deltakarar oppfatta som ein god avveksling i kvardagen.





Å føle at nokon passer på og hjelper til

Fleire av deltakarane gav uttrykk for at dei sat pris på at det var nokon som såg dei, og passa på at alle har det greitt. Dei fortalte at dei var nøgde med dei tilsette og staden dei budde, og fleire beskriv at dei tilsette gjorde så godt dei kunne. Å kjenne seg trygg var ein viktig faktor som kom fram i samtala med deltakarane, slik som ein deltakar beskriv her: *Nei, det er det at du har folk rundt deg til ein kvar tid, til og med på natta. Å... ja, du føler deg trygg og ivarettatt. Eg synast at det er det beste.*

Oppleving av trivsel og glede gjorde at tryggleik auka. Personalet vert sett pris på og det kan vere er ein glede i kvar ein liten gest dei gjer og hjelpa dei tilbyd:

Så eg har så mykje små gleder, eller når man sit og er tørst. Så kjem det nokon å spør om me vil ha ein dråpe vatn eller sånt, det er også ein glede. Å vite at nokon tenkjer på oss.. Så glede, det er ikkje farleg når gleda er sjølvsgagt.

Det synast som opplevinga av trivsel og glede hang saman med kjensla av at det var gode menneske som arbeidde på staden dei budde på.

Drøfting

Hensikta med studien var auka kunnskap og innsikt om eldre si oppleving av livsglede.

Ei balanse mellom fortid og nåtid

I denne studien var deltakarane opptekne av å bevare personen dei var fortida inn i nåtida, samstundes med at dei kjenner på ulike tap og sakn. Tidlegare forskning har vektlagt bebuarane eigen innstilling til det å flytte heimanfrå til sjukeheim som viktig for å oppleve trivsel som sjukeheimsbebuar (6-8). Sett i lys av oppleving av samanheng (9), kan vi forstå bebuarane sin innsats for å bevare fortida si inn i nåtida som ein måte å handtere og finne mening med å bu på sjukeheim eller i ein omsorgsbustad. Det handlar om å kunne tilpasse seg den nye kvardagen slik at den gjev dei ei oppleving av at situasjonen er handterbar for dei. Det betyr ikkje at dei ikkje kan sakne heimen sin, men at dei bruker resursar til å tilpasse seg og akseptere situasjonen (16).

Gjennom personsentrert omsorg kan helsepersonell hjelpe bebuarar å finne ein måte å handtere det å vere sjukeheimsbebuar. Dette kan medan anna gjerast gjennom å ha kjennskap til



Foto: iStockphoto

deira livshistorie (4). Personsentrert omsorg inneber å møte personen i den situasjonen dei er i, her og no (3). Gjennom samtaler med helsepersonell og medbuarar kan bebuarane uttrykke sine tankar og kjensler. Å føle seg høyrte og sett av andre kan gje dei ei oppleving av trivsel (17). Å oppleve å bli lytta til kan være ein god start på ein god relasjon til pleiarar, venar, familie og medbuarar, noko som er viktig for å trivast (10). Samvær med andre kan få ein tung situasjon til å opplevast som meir meningsfylt eller som meir handterbar, fordi ein ikkje er einsam. Deltakarane i denne studien gav uttrykk for at familien var travel og det kunne være vanskeleg å føre ein samtale med andre medbuarar på grunn av sjukdom. Dette stiller større krav til pleiarane for å fylle behovet når det kjem til det sosiale (17).

Eigenverd og akseptera å få hjelp

Studien viser at det er krevjande for dei eldre å flytte ifrå heimen sin, det krev mykje å skulle tilpasse seg. Vidare viser det seg at bebuarane og må akseptera å få hjelp, og dei må finne ein balanse mellom rolla som pasient og den personen dei før har vore. Anna forskning viser at eldre må finne ein balanse mellom det livet som dei lever her og nå, opp mot dei draumane dei hadde før dei flytta (6-8). I kva grad ein person kan klare å akseptere og relatere til det som skjer i livet (9), samt eldre si evne til å tilpasse seg situasjonar er viktig for å finne aksept (12). Sjølv om deltakarane i denne studien kunne ønskte å bu heime, aksepterte dei å måtte bu ein stad der dei kunne få hjelp. Helsepersonell kan være behjelpeleg med å gjere denne situasjonen meir handterbar for bebuarane gjennom tilrettelegging for at dei kan ta med kjente og kjære ting heimanfrå. Studiens funn viser at dette bidreg til større kjensle av å bevare noko av det som er viktig for den einskilde, og det skaper ein heimkoseleg atmosfære for dei. Tidlegare forskning støttar at moglegheita for å ta med kjente ting frå heimen deira, auka kjensla av eigarforholdet til rommet deira på staden (8).

Funna i denne studien tyder på at deltakarane fann glede i å klare ting sjølv. Helsepersonell kan fremme bebuarane sine ressursar ved å legge til rette for nettopp dette gjennom personsentrert omsorg og hjelp tilpassa kvar bebuar (4). I tråd med tidlegare forskning viser studien at å gjennomføre aktivitetar der bebuarar kan nytta kroppen

sin opplevast som meningsfylt (13). Det vektleggast at det ikkje treng og være store ting, men aktivitetar som fremmer bruken av dei eldre sine

«Glede finnes og i dei små tinga i kvardagen, ein liten samtale, eit vennleg smil og å oppleve tryggleik»

eigne ressursar. Dersom helsepersonell bygger på personens egne ressursar og gjer situasjonen handterbar (9), vert det etter vårt syn gitt rom for auka meistringskjensle og sjølvtilitt. Vi tenkjer at god tilrettelegging gir større moglegheit for å godta og finne aksept i å mota hjelp frå andre, noko som bidreg til større forståing og oppleving av mening i å mota hjelp frå andre (6-8).

Dei små tinga i kvardagen

Studien viser at glede ikkje nødvendigvis er knyta til det å delta på store aktivitetar, eller å være saman med andre. Glede finnes og i dei små tinga i kvardagen, ein liten samtale, eit vennleg smil og å opplevetryggleik. Glede finns også i det å kunne bruke kroppen og egne ressursar til det ein sjølv klarer, som i moglegheita til å kunne lage middag sjølv. I tråd med tidlegare forskning (7, 13), viser også denne studien at bebuarar på sjukeheim og i omsorgsbustader, har glede av å delta på aktivitetar som opplevast som meningsfulle. Det er viktig å presisere at aktivitetar som er basert på bebuarane sine ønskjer og preferansar, vil gje ei større kjensle av glede, derfor er det igjen viktig å trekke inn bebuarane si livshistorie (4). Personsentrert omsorg er absolutt ein viktig nøkkel for arbeid på sjukeheim og i omsorgsbustad (3). Aktivitetar som å gå tur, bidreg også til eit avbrekk i kvardagen og kan vere ein anledning til å tenkje på noko anna enn smerter eller anna ein strevar med. I tråd med anna forskning (8) viser våre funn at moglegheita til å delta på aktivitetar som skaper meistring, gjev glede. Vi vil påpeke at å oppleve glede og meistring, vil kunne gje bebuarane ein moglegheit til å handtere situasjonen på ein annan måte. Dei små tinga i



kvardagen vert også i tidlegare forskning beskriven som ei betydeleg kjelde til glede (13).

Studiens styrker og svakheiter

Dei ulike skildringane av glede som deltakarane uttrykte, er eit funn av universell betydning av di livsglede har relevans i alle livets fasar. Funna kan bidra inn til personsentrert omsorg, og bruken av salutogenese har passa godt i tråd med denne tenkinga. Forskaren sit igjen med ein kjensle av at kunnskap om kjelder til glede er viktig, og at tilsette i sjukeheim og i omsorgsbustad kan ha nytte av å lære av skildringane frå deltakarane. På tross av at dette er ein liten studie, gjort på to sjukeheimar og ein omsorgsbustad, meiner vi at funna er overførbare til praksis.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge: Statistisk sentralbyrå; 2013 [oppdatert 14. april.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>.
2. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Kitwood T. En vurdering af demens - personen kommer i første række: Munksgaard; 2021.
4. Rokstad AM. Personentrert omsorg. I: Rokstad AM, Smebye KL, redaktører. Personer med demens - møte og samhandling: Cappelen Damm Akademisk 2022. s. 51-71.
5. Utviklingssenteret. Personentrert omsorg: Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester; 2021 [oppdatert 24.07.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingssenter.no/malrettet-miljobehandling/personentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/modeller-for-malrettet-miljobehandling-/personentrert-omsorg>.
6. Baxter R, Sandman P-O, Björk S, Lood Q, Edvardsson D. Illuminating Meanings of Thriving for Person Living in Nursing Homes. *The Gerontologist*. 2019;60(5):859-867.
7. Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing studies*. 2005;3(6):681-691.
8. Baxter R, Corneliussen L, Björk S, Kloos N, Edvardsson D. A recipe for thriving in nursing homes: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*. 2021;77(6):2680-2688.

Konklusjon

Det å oppleve livsglede for eldre som bur på sjukeheim eller i omsorgsbustad kan forståast som ein balanseong mellom fortid og nåtid, ein dialog mellom det tapte og det som er att. Livsglede handlar om dei små tinga og dei gjenværande ressursane i kvardagen. Det handlar og om å få lov til å oppretthalde sin identitet. Livsglede kjenneteiknast av opplevinga av identitet, tillit, tilhøyrslse, respekt, venleik, smil, tryggleik og deltaking.

Interessekonflikt

Ingen interessekonflikar.

Finansiering

Ingen ekstern finansiering. ■

9. Antonovsky A. Helsens mysterium - Den salutogene modellen: Gylendal Akademisk; 2018.
10. Bergland Å. Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem - presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. *Geriatrisk sykepleie*. 2012;4(1):22-28.
11. Björk S, Lindkvist M, Lövheim H, Bergland Å, Wimo A, Edvardsson D. Exploring resident thriving in relation to the nursing home environment: A cross-sectional study. 2018;74(12):2820-2830.
12. Haugan G, Drageseth J, Rinnan E, André B. Livsglede og self-transcendence – to sider av samme sak? *Geriatrisk sykepleie*. 2017(3):14-21.
13. Björk S, Lindkvist M, Wimo A, Juthberg C, Bergland Å, Edvardsson D. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *Journal of advanced nursing*. 2017;73(8):1884-1895.
14. Thagaard T. Systematikk og innlevelse- En innføring i kvalitative metoder. Fagbokforlaget; 2021.
15. Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis - A practical guide*: SAGE; 2022.
16. Rykkje L, Morland M, Ferstad K, Kuven M, Britt. A qualitative hermeneutical understanding of spiritual care in old age when living in a nursing home: The residents' voices. *Journal of clinical nursing*. 2023;32(21-22):7846-7859.
17. Drageset S, Ellingsen S, Haugan G. Helsefremmende sykehjem: Antonovsky's salutogene helseteori som ein guide til velvære. *Geriatrisk sykepleie*. 2023:7-16.



Gratis e-kurs om fallforebyggende trening - BASIS i ny form

Et godt funksjonsnivå blant kommunens innbyggere vil være en god investering for fremtidens helse- og omsorgstjenester og for kommuneøkonomien. Trenger din virksomhet mer kunnskap om hvordan jobbe effektivt med fallforebygging? Over 4700 personer fra hele landet har nå fullført HelseDirektoratets e-læringer om fallforebyggende trening. E-læringen BASIS er nå oppdatert og har en ny form. Vurder om de ulike kursene kan være nyttige i din virksomhet, kommune eller region.

www.basis-fallforebygging.no



Første Fylkeseldreombud ansatt i Agder

Hanne M. Nøding tiltrådte stillingen som fylkeseldreombud 3. juni 2024, og er landets første og eneste fylkeseldreombud. Vi hadde tidligere et nasjonalt eldreombud som ble lagt ned 1. juli 2023 av daværende helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol. Nøding har mastergrad i statsvitenskap fra UiO og arbeids- og organisasjonspsykologi fra UiB, og har en allsidig erfaring fra interessepolitikk og ulike frivillige organisasjoner.

Av Wivi-Ann Tingvoll

Hva er hennes jobb som fylkeseldreombud?

Hun skal på fritt og selvstendig grunnlag jobbe for å bidra til å fremme de eldres interesser i Agder. Hun skal på alle samfunnsområder arbeide for å fremme eldres interesser ovenfor det offentlige og private, og følge med på utviklingen i eldres situasjon.

Nøding skal jobbe for og være en stemme for eldre i Agder og

- skal sikre at eldres rettigheter blir overholdt, bidra til informasjon og veiledning
- drive med politisk påvirkning opp mot ulike aktører for å forbedre
- bidra til å styrke eldres rettigheter
- spre informasjon om eldres livssituasjon og rettigheter.

For mange er alderspensjon og 65 + til å vare nesten en tredjedel av livet. Den eldre befolkningen blir stadig eldre og lever lengre. Men eldre er ikke en byrde eller bølge. De er en mangfoldig gruppe med enormt mye kunnskap, erfaring og ressurser. Nettopp derfor er arbeidet med aldersvennlige samfunn ekstremt viktig i årene fremover. Et godt aldersvennlig samfunn er et godt universelt utformet samfunn for alle.

Aldersgruppen 65 + er en mangfoldig gruppe, med mye ressurser, kompetanse og erfaring. Det er ikke slik at alle eldre trenger pleie og omsorgstjenster. Fylkeseldreombudet er opptatt av eldre skal ha en verdig alderdom og få den hjelpen de trenger etter hvilket funksjonsnivå de har. Sam-

funnet må ha respekt for mangfoldet som den eldre delen av befolkningen har, og ha respekt for deres kompetanse og kunnskap. I tillegg må vi legge til rette for at eldre opplever trygghet og har gode sosiale møteplasser som de faktisk kan komme til, også de som av ulike grunner ikke kjører bil.

Hun vil ha et tett samarbeid med elderrådet i kommunene i Agder samt fylkets leder av elderrådet.

Nøding sier:

Jeg skal starte med å besøke alle sykehjemmene i fylket, og ha samtaler med ansatte om ulike sider ved sykehjem og tjenestetilbudet. Hva skjer på sykehjemmene? Vi har i dag bare Kostra-tallene som måler kvalitet og forholde oss til, og de sier ingenting om kvaliteten. Jeg er også opptatt av verdigheten i sykehjem. Vi må sikre at beboere på sykehjem får en verdig alderdom, med tilstrekkelig pleie og omsorg ved livets siste fase.

Et annet område jeg ønsker også, er det frivillige arbeidet og de ulike organisasjoner som jobber med det. Frivilligheten vil være helt avgjørende i årene fremover. Det er noen utfordringer med for få hender i helsetjenestene, og da kan frivilligheten bli en viktig ressurs. Jeg tror det er viktig å tydeliggjøre grensene for hva frivillige kan gjøre, og hva som er det offentliges ansvar. Vi må også styrke rammene rundt frivilligheten, slik at de kan utføre sitt arbeid på best mulig måte. Det er viktig at frivillige organisasjoner kjenner hverandre og samarbeider, slik at vi sammen kan møte utfordringene i eldreomsorgen. Senter for aldersvennlig

FAKTA

Hanne Merethe Nøding,
Fylkeseldreombud i Agder

Tjenestetorg og politisk
sekretariat

Mobil: 905 86 412

E-post:
Hanne.Merethe.Noding@
agderfk.no



Norge viser til i en rapport at årlig så utgjør eldres frivillige innsats målt i kroner og ører 29 milliarder kroner. Det sier litt om hvilken ressurs og kraft eldre representerer i samfunnet.

Jeg er bekymret over at vi blir færre hender i eldreomsorgen. Jeg tror vi må tenke nytt og finne ut hvordan vi kan drive en god og verdig eldreomsorg. Det er viktig å si at alle de ansatte på sykehjemmene i dag, og de som jobber med hjemmetjenestene, gjør så godt de kan ut fra de betingelsene de har.

Kommunene må tørre å tenke forebygging og slippe frivilligheten inn. De må faktisk bare

gjøre det, men frivilligheten skal ikke inn og gjøre kommunens oppgaver. Derfor må vi tydelig differensiere hva som er kommunens oppgave, og hva de frivillige skal gjøre. Slik det er nå, ser jeg at kommunene løper i et hamsterhjul og blir nesten handlingslammet, fordi det hele tiden dreier seg om økonomi. Men det er et paradoks at det er dyrere å reparere enn å forebygge. Man må tørre å ta den kostnaden for å frigjøre ressurser, selv om det ikke vises på budsjettet med en gang. Det koster å forebygge, men det koster enda mer og ikke forebygge. ■





Medlemsmøte i Nordre Follo



Femti engasjerte medlemmer i NSF i Nordre Follo. Foto: Tor Engevik



Fra venstre: Alice Horn, Tor Engevik, Jurga Alknes og Espen Gade Rolland.

Av Tor Engevik

Den 30. oktober kalte de hovedtillitsvalgte Jurga Alknes og Alice Horn i Nordre Follo kommune inn til medlemsmøte i kommunestyresalen i Gamle Oppgård rådhus. Leder for NSF's faggruppe for sykepleiere i psykisk helse og rus, (SPoR), Espen Gade Rolland, og leder for NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, Tor Engevik, var invitert for å si noe om faggruppene i NSF. Det var hyggelig for oss faggruppelidere å hilse på og diskutere fag med engasjer medlemmer fra faggruppene. Espen, som fra tidligere er med i flere faggrupper, benyttet anledningen til å melde seg inn i faggruppe for geriatri og demens. Vi ønsker Espen

Gade Rolland hjertelig velkommen i vår faglige felleskap og håper på godt samarbeid mellom faggruppene våre fremover.

Etter innlegg om faggruppene fikk de 50 fremmøtte sykepleierne høre foredrag om Tørn-prosjektet der det gjøres forsøk med nye organisasjonsformer i kommunenes helse og omsorgstjenestene. Forsøkene skal bidra til en mer bærekraftig sektor ved å øke heltidsandelen og andelen ansatte med formell kompetanse i tjenestene.

De fremmøtte fikk også høre innlegg velferdsteknologi og AI og om hvordan dette vi påvirke helse og omsorgstjenestene i tiden fremover. ■



Inspirerende foredrag om det å være pårørende til personer med demens

Av Tor Engevik og Wivi-Ann Tingvoll

Den 25. september inviterte vår lokalgruppe i Rogaland alle sine medlemmer til et inspirerende foredrag om hvordan det er å være pårørende til personer med demens på kultursenteret på Sjøperlo i Ølen.

Leder i lokalgruppen, Oddveig Jorunsdotter Andersen, ønsket de 35 fremmøtte velkommen og vi fikk høre sykepleier og førsteamanuensis Ellen Johanne Svendsbø fortelle om de forskjellige demenstypene og hvilke tiltak som finnes til pårørende til personer som rammes av demens. Ellen la frem resultater fra sin egen forskning om pårørende og hun fortalte levende om sine egne opplevelser som pårørende til

først sin far og senere sin mor som begge utviklet demens. Ellen fortalte historier om egne erfaringer som pårørende, som var både rørende og tankevekkende, men hun fortalte også med varme om humoristiske situasjoner som hadde oppstått i møtene med sin mor og far.

Alt i alt ble dette en svært så lærerik og fin ettermiddag med faglig påfyll om hvordan vi sykepleiere kan møte pårørende på en god og verdig måte.

Ønsker du eller en sykepleier du kjenner å melde deg inn i faggruppen så send sms med kodeord GERIATRI til 02409. ■



Fra venstre: foredragsholder; førsteamanuensis Ellen Johanne Svendsbø og fra styret i Rogaland; Oddveig Jorunsdotter Andersen, Marita Husevåg Helleesen og Sølvi Anne Eide Lunde. Foto: Tor Engevik

Noen av tilhørerne på fagseminaret følger engasjert med på foredraget. Foto: Tor Engevik





Temakveld 21. november

Får alle den hjelpen de skal ha? Om utelatt helsehjelp



Foredragsholder Janne Myhre forteller om aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon.

Foto: Marina Rudenko.

Tekst **Christine Ekrheim**

Det ble en fin samling da styret i lokalgruppe for geriatri og demens i Akershus og Oslo hadde temakveld på Helsebygget i Lillestrøm den 21. november 2024. De 14 deltageren fikk servert både pizza og fikk faglig påfyll om temaet: «Får alle den hjelpen de skal ha? Om utelatt helsehjelp». Det var Janne Myhre, spesialsykepleier i geriatri og psykiatri som fortalte om temaet i åpen dialog med deltakerne som aktivt stilte spørsmål underveis. Janne Myhre er medforfatter til boken «Dumme pasienter og troll til pleiere?». Det handler om ny forståelse av aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon. Etter foredraget hadde de fremmøtte quiz om utelatt helsehjelp og tre heldige vinnere fikk fine premier som faggruppen hadde fått fra NSF Akershus.

Styret i lokalgruppen består i dag av Trude Solberg, Marina Rudenko og Christine Ekrheim og vi har plass til flere hvis andre skulle få lyst til å være med på å lage flere gode faglige samlinger i tiden fremover. ■



Fornøyde og engasjerte deltagere på temakveld i Lillestrøm. Foto: selfie av lokalgruppeleder Christine Ekrheim.



Presentasjon av faggruppetleder

Christine Jærv Ekrheim

Har vært styreleder i lokalgruppen NSF FGD Oslo og Akershus siden 2010. Jeg er utdannet på Menighetssøsterhjemmets Høgskole i 2004. Har Master i Helsetjenester til eldre, fra Lovisenberg/Diakonhjemmet, 2015.

Jeg jobber på Diakonhjemmet Sykehus, Ortopedisk sengepost A, som assisterende enhetsleder og sykepleier på Osteoporose poliklinikken tilhørende sengeposten. Jeg har jobbet på samme avdeling siden 2004, i ulike stillinger.

Jeg har stor interesse for god behandling av eldre med brudd/hoftebrudd, forebygging av delirium og osteoporose. Viktigheten av tidlig mobilisering for å forebygge sengeleiets komplikasjoner og benskjørhet er i fokus på ortopedisk avdeling.



Vi markerer også Verdens deliriumsdag hvert år på sengeposten der jeg jobber. I 2025 er datoen 12. mars. Oppfordrer alle til å markere dagen!

Lokalstyret møtes ca. en gang i måneden, noen ganger har vi digitalt møte. Vi er kun tre personer i styret, men får likevel arrangert temakvelder og seminarer. Vi prøver å ha et arrangement per år. Vi i lokalstyret jobber ulike steder i Oslo og Akershus og har alle interesse for eldre, geriatri og demens.

Den 21. november var det temakveld i Lillestrøm: «Får alle den hjelpen de skal ha? Om utelatt helsehjelp.» Vi i lokalstyret synes det var hyggelig at mange medlemmer tok turen til Lillestrøm. Det er fint å ha noen å dele felles interesse for sykepleiefaget og de eldste eldre. Det føler jeg absolutt at jeg får som medlem i NSF FGD og i lokalstyret.

Ta gjerne kontakt om du har lyst bli med i lokalstyret i Oslo og Akershus. Vi vil gjerne ha flere medlemmer i lokalstyret. ■



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

VERVEKAMPANJE

NSFs faggruppe i geriatri
Kampanjen starter nå og varer ut januar 2025

Verv 2 nye betalende medlemmer og få en gratis faggruppesekk med vår logo

Den som skal verves sender SMS med kodeord
GERIATRI til 02409.

Medlemmet som verver, sender navn
på de som verves til Tor Engevik på mail:
tor.engevik@hotmail.no

Vervepremier sendes da ut fortløpende.

Vi har gratis medlemskap i faggruppe for
geriatri og demens ut 2024.



Vil du bli medlem av faggruppen?
Send SMS med kode GERIATRI til 02409
400 kr per år



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



NORSK
SYKEPLEIERFORBUND

ALDRI FOR GAMMEL TIL Å ROCKE



LANDSKONFERANSE Radisson Blu Bryggen Bergen 24 – 25 April 2025

Bindenede påmelding gjøres elektronisk på følgende lenke;

Early bird til og med 20.03.25 på:

<https://www.trippus.net/fgd25/earlybird>

Bli medlem

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

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

- Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.
- Eller send en e-post med opplysningene til tor.engevik@hotmail.no
- Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

INNMELDINGSBLANKETT

Jeg ønsker å bli medlem av NSF FGD:



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Navn:

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2024

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin.

De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.