

Geriatrisk

sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Medisinering og oppgave- deling

Leder, side 3



GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **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@uit.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr. 1 000

ANNONSER

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

TRYKK: Mediehuset Andvord

FORSIDEFOTO: Shutterstock

ANNONSERING

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

Innhold

01 - 2023



- 7** Helsefremmende sykehjem: Antonovsky's salutogene helseteori som en guide til velvære
- 21** Kunnskapsbaserte tjenester i kommunale sykehjem – idealer og realiteter
- 16** Onboarding – Obligatorisk kompetansehevingsprogram for nyansatte i Oslo kommune
- 33** Styret i NSFs faggruppe for geriatri og demens ønsker velkommen til landskonferanse



7



16



21



33



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Medisinering og oppgavedeling

Det var mange, meg selv inkludert som reagerte med sjokk og vantro etter at NRK brennpunkt med skjult kamera bak lukkede dører avslørte et særdeles dystert bilde av eldreomsorgen i Norge <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer>.

Etter dokumentaren har flere fulgt opp med både innlegg og debatt og i mange av dem er sykepleiermangel og behovet for oppgavedeling blitt tema. 28. januar skrev politisk kommentator i VG Hanne Skartveit kommentaren Frykten for å bli gammel. Etter min mening har Skartveit ofte gode politiske analyser, men noen av poengene hennes i denne artikkelen er det likevel fristende å kommentere.

Skartveit skriver blant annet at sykepleierforbundet med leder Lill Sverresdatter Larsen i spissen viser liten vilje til å la andre gjøre noen av de oppgavene sykepleierne gjør i dag. En av oppgavene som ble trukket frem var utdeling av medisiner. I kommentaren fremstilles derfor Sykepleierforbundet som litt bakstreversk, mens Fagforbundet berømmes for at de mer enn gjerne vil la helsefagarbeiderne overta oppgaver fra sykepleierne.

Å gi helsefagarbeiderne mer ansvar for legemiddelhåndteringen enn de har i dag høres veldig fristende ut, i alle fall hvis det er det som skal

til for å løse krisen med sykepleiermangel. Men så enkelt er det ikke. De som tror at det å dele ut medisiner kun er en rent praktisk oppgave tar feil. For det første er medisinutdeling mer enn utdeling av medisiner fra dosett eller multidose. Medisinutdeling kan være ett eller flere medikamenter nøyaktig dosert i en smertepumpe eller antibiotika blandet fra tørrstoff til væske, gitt intravenøst i nøye oppmålte drypp. Det kan være medikamenter blandet og gitt på forstøverapparat eller medikamenter satt subcutant og intramuskulært.

Når Skartveit skriver at helsefagarbeiderne må få lov til å dele ut medisiner så har hun en oppgavefokuset tilnærming til det å dele ut medisiner. Men det er ikke alltid selve oppgaven som er det vesentlige. Selve utdelingen er bare en liten del av legemiddelansvaret. Den kliniske analysen og de strukturerte observasjonene som gjøres av sykepleieren før, under og etter at medisinen er gitt er omfattende og helt vesentlig for at pasienten skal oppnå best mulig effekt og minst mulig bieffekt. Sykepleierne har kunnskapen og kompetansen som er nødvendig for at legemiddelhåndteringen skal være sikker og trygg og da bør kanskje ansvaret og oppgaven også ligge hos dem.



Ressursknapphet og mangel på kvalifisert helsepersonell er et faktum og det tvinger frem nye løsninger. Oppgavedeling er muligens et klokt tiltak, men før oppgaver forskyves fra ett kompetansenivå til et annet er det helt nødvendig med nøye gjennomgang av hvilke oppgaver som kan delegeres slik at vi ikke starter et kappløp mot bunnen der alle kan gjøre alt, og pasientenes sikkerhet og liv settes i fare. I Bergens tidende den 24. april beskrives flere alvorlige avvik i legemiddelhåndtering <https://www.bt.no/helse/i/Xba3eo/fall-medisinsvikt-og-opplysninger-paa-avvege-dette-er-avvika-i-eldreomsorga-i-bergen>. Et eksempel fra artikkelen: «På et hjemmebesøk klarte ikke den ansatte i hjemmesjukepleien å vekke brukeren. Etter gjentatte forsøk, ble medisinen lagt fram, og helsepersonellet reiste videre til neste oppdrag. Det som ble oppfattet som dyp søvn, var egentlig en forverring i helsetilstanden. Dette ble ikke fanget opp før om kvelden og neste dag døde kvinnen. Dette viser at hvis pasientens helsesituasjon er uavklart og ustabil så vil selv «enkle» oppgaver kreve høy kompetanse.

I helsetjenestene våre er legemiddelhåndtering et av våre største risikoområder. Da må beslutningen om hvem som fysisk skal gjøre hva, være mer enn godt gjennomtenkt. Edit Gevjon er professor, men er tidligere utdannet både hjelpepleier og sykepleier. Hun er helt tydelig på at vi ikke bare kan ta utgangspunkt i selve oppgaven når det gjelder fordeling av arbeid mellom faggrupper. Pasientsikkerhet må være hovedfokus og da må pasienten bak oppgaven og dennes totale helsesituasjon være det sentrale når det skal vurderes hvem som skal løse de ulike oppgavene. Oppgavedeling kan ikke alene løse krisen i eldreomsorgen, men det kan være et fornuftig steg i riktig retning. Gevjon mener at forutsetningen for å lykkes er at ansvars- og oppgavedelingen skjer med bevissthet, planlegging og tydelig ledelse. Det betyr også, slik jeg forstår henne, at det må være kvalifisert helsepersonell som står for de individuelle vurderingene og avgjørelsene når pasientrelaterte oppgaver skal fordeles på ulik kompetanse. Les gjerne Edits gode notat om ansvars og oppgavedeling: <https://www.nsf.no/nyheter/sykepleierfaget/ansvars-og-oppgavedeling-i-et-sykepleierperspektiv>.

Da gjenstår det å oppfordre Hanne Skartveit til å stole på at vi fagpersoner sammen kan finne de gode løsningene som sikrer trygghet og verdighet i eldreomsorgen. Oppgavedeling må skje med en tydelig faglig ledelse og settes i system. For når alt kommer til alt så har både sykepleiere, helsefagarbeidere og annet helsepersonell et felles ansvar for at vi har pasientens sikkerhet og helsesituasjon som utgangspunkt i all pleie og ikke bare ha fokus på oppgaven i seg selv. ■

For Engewick



FAKTA

Gunn-Mari Holdø

Førsteamanuensis
Institutt for helse- og omsorgsfag
UiT Norges arktiske universitet

I dette nummeret av Geriatrik sykepleie settes det søkelys på kommunehelsetjenesten og viktigheten av å legge til rette for at helsepersonellet som arbeider i sykehjem kan jobbe kunnskapsbasert.

Etter samhandlingsreformens inntog i 2012 har en rekke av oppgavene som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten blitt overført til kommunehelsetjenesten. Samtidig har det vært en utvikling i medisinsk behandling som har ført til flere og bedre behandlingsformer. Et bedre behandlingstilbud betyr også at vi lever lengre med flere og sammensatte sykdommer, noe som også vil øke behovet for helsehjelp. De endringene som har skjedd den siste tiden har hatt innvirkning på behovet for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, samtidig som det medisintekniske utstyret som benyttes krever at personalet innehar den kunnskapen som trengs. Ifølge siste utredning om personellbehovet i helse- og omsorgstjenesten; «Tid for handling» (NOU 2023: 4) hevdes det at behovet for helsepersonell vil øke i tiden framover og da spesielt i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Behovet for flere utdannede helsepersonell i Norge er ikke nytt og sykepleiemangelen som er i alle deler av helsevesenet er blitt belyst både i media og i ulike utredninger. På tross av dette er det fortsatt nødvendig å løfte dette temaet fram slik som på NSF's FDG's landskonferanse i april i år: «Er vi forberedt på eldrebølgen? Utdfordringer og muligheter for sykepleierne».

Det er viktig å påpeke at for å være i stand til å møte denne utfordringen så er helsepersonellens faglige kunnskaper en viktig del, og kunn-

skapen må være oppdatert. Dette temaet blir belyst i artikkelen «Kunnskapsbaserte tjenester i kommunale sykehjem – idealer og realiteter». Artikkelen gir et innblikk i hvordan ledere og fagutviklingssykepleiere i sykehjem opplever det å drive fagutvikling og legge til rette for kunnskaps basert praksis. Forfatterne har undersøkt tre hovedområder: Ledernes opplevelser og begrensninger relatert til kunnskapsbasert arbeid, organiseringen av kunnskapsbasert arbeid og organisering av kompetanse. Artikkelen er basert på intervju med ledere og fagutviklingssykepleiere fra syv kommunale sykehjem i tre norske bykommuner. Resultatet av studien viser at det er manglende insentiver fra kommunene når det gjelder å øke kunnskapen til personalet i sykehjem. Det påpekes samtidig at lederne i sykehjemmene også har et ansvar for å følge opp dette i praksis.

Fagartikkelen i denne utgaven beskriver hvordan Oslo kommune har valgt å bidra til systematisk kompetanseheving blant nyansatte. Opplæringsprogrammet er digitalt og har fått navnet «Onboarding» som er obligatorisk for alle nyansatte i helse- og omsorgstjenesten. Målet med programmet er å systematisere hvordan nyansatte får den informasjonen og kompetansehevingen de har behov for og dermed trygge de i jobben. Hensikten med et felles opplæringsprogram er å få riktig kompetanse inn i tjenestene samtidig som forventningene tydeliggjøres. I tillegg er ønsket at dette vil være med på å gi følelsen av tilhørighet og styrke det som forener medarbeiderne i Oslo kommunes helse- og omsorgssektor. Artikkelen viser en mulig



måte å gi kompetanseheving til nyansatte og dermed også hva lederne kan forvente av sitt helsepersonell.

Den siste artikkelen i denne utgaven av Geriatrik sykepleie setter fokus på sykehjemsomsorgen og hvordan den kan videreutvikles. Antonovsky's salutogene helseteori blir utdypet og det diskuteres hvordan denne teorien kan benyttes i praksis for å fremme helse og velvære til beboerne på sykehjem. Forfatterne viser i diskusjonen hvordan helsepersonell kan benytte Antonovskys spørreskjema som en guide til å utvikle en personsentrert omsorg som øker livskvaliteten til pasientene. Ifølge for-

fatterne bør den salutogene helseteorien implementeres både som filosofi og som en praktisk guide for å forbedre sykehjemsomsorgen.

Til slutt vil jeg trekke fram at også i den kommunale beredskapsmessige sammenheng er faglig oppdaterte sykepleiere og annet helsepersonell svært viktig.

God lesning! ■



Foto: Shutterstock

Helsefremmende sykehjem: Antonovsky's salutogene helse- teori som en guide til velvære

Alder er ikke en sykdom, men ved økende alder øker også forekomsten av sykdommer. Følgelig er de fleste kronisk syke eldre mennesker.

Introduksjon

Forekomsten av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse er høy i den eldre populasjonen (1), og mange eldre får behov for heldøgns pleie i sykehjem. Norges helsepolitikk innebærer å støtte de eldre til å bo hjemme så lenge som mulig (2). Som en konsekvens av dette er de fleste som flytter inn i sykehjem svært skrøpelige; populasjonen preges av kronisk sykdom (1), flere samtidige og komplekse diagnoser, høy symptombyrde, tap av funksjoner og sosiale relasjoner (3-5). To norske studier (6, 7) viser at eldre i sykehjem rapporterer høy symptombyrde; smerte (49% og 45%), fatigue (57% og 54%), dyspné (41% og 43%), forstoppelse (43% og 52%), søvnløshet (38% og 32%) (3, 6, 8), mens ensomhet (7), depresjon (30% og 23%) og angst (12% og 20%) er vanlige emosjonelle plager (1, 9-13). Ergo har denne populasjonen høy risiko for emosjonelle og fysiske plager sammen med redusert opplevelse av mening i livet (14-16). Langtidsplass i sykehjem innebærer for de fleste at sykehjemmet er siste holdeplass i livet. Eksistensielle spørsmål/behov som «hva gjør livet mitt verd å leve» og «hvordan kan jeg håndtere at mitt liv snart er over» kan være fremtredende. Slike eksistensielle utfordringer kan resultere i eksistensiell smerte (17). De få studiene som er tilgjengelig viser at eldre i sykehjem har behov for å snakke om eksistensielle spørsmål (5, 7, 8, 15, 18, 19). Alt dette medfører at eldre i sykehjem representerer en særlig sårbar populasjon med behov for palliativ omsorg (1). Det er derfor underlig at sykehjemsforskning i liten grad fokuserer på eksistensielle spørsmål og eksistensiell lidelse slik som forskning innen kreft- og palliativ omsorg gjør (20, 21).

Ifølge nasjonale retningslinjer (22) skal alle norske sykehjem dekke beboernes behov for lindrende behandling og palliativ omsorg (23). Den moderne hospitsfilosofiens mål er å legge til rette for velvære og meningsfullhet frem til døden inntreffer (24). Palliativ omsorg er sentralt i dagens standard for god sykepleie (25, 26) og derved også for sykehjemsomsorg (27): en helhetlig tilnærming, smerte- og symptomlindring, samt helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon er avgjørende for livskvalitet og velvære (3, 6, 15, 28, 29). Dette betyr at målene for sykehjemsomsorgen sammenfaller med målene for palliativ omsorg: gode helsefremmende sykehjem integrerer den palliative kunnskapen og tenkningen i sin praksis. Saunders (24) introduserte begrepet 'total smerte' som innebærer at smerte som fenomen og opplevelse alltid er sammenvevd av menneskets fysiske, mentale, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter og kan ikke forstås som kun et fysisk fenomen. Ergo må ideen om den 'totale smerte', som også inkluderer familien og nære relasjoner, implementeres i helsefremmende sykehjem (30, 31).

For tiden bor det ca. 40 000 mennesker i norske sykehjem (32); gjennomsnittsalderen er ca. 86 år, og gjennomsnittlig botid er ca. 1,8 år. Botid varierer imidlertid; i flere kommuner dør 35 % av beboerne innen 6 måneder (22). I Norge skjer om lag 40 % av alle årlige dødsfall i sykehjem (33). Følgelig er hovedmålene for sykehjemsomsorgen å fremme beboernes livskvalitet, velvære, samt å tilrettelegge for en verdig død (6, 34, 35).

I dag preges sykehjemmene generelt av utfordringer knyttet til begrensede ressurser og rekruttering av nødvendig kompetanse. Det er behov for nye og alternative tilnærminger for å øke trivsel,

FAKTA

Sigrunn Drageset^{1*},
Sidsel Ellingsen²,
Gørill Haugan^{4,5}

Sigrunn Drageset,
Høgskolen på Vestlandet,
Institutt for helse- og
omsorgsvitskap,
E-mail:
sigrunn.drageset@hvl.no
+47 55585632
+47 40491541
<https://orcid.org/0000-0003-4481-7656>

Sidsel Ellingsen,
VID vitenskapelige
høgskole, Institutt for
sykepleie, Fakultet for
helsefag
E-mail:
sidsel.ellingsen@vid.no
+47 56 99 26 72
+47 99241672
<https://orcid.org/0000-0003-2675-8541>

Gørill Haugan,
Professor, PhD, RN
Head of the Division
of Nursing (Bachelor)
and Vocational Health
Studies
NTNU-Department of
Public Health and Nursing
Nord University
Faculty of Nursing and
Health Science
E-mail:
gorill.haugan@ntnu.no
+47 73 41 21 58
+47 975 03 375
<https://orcid.org/0000-0003-0090-6462>

velvære og opplevelse av mening i livet blant de som lever i sykehjem.

Denne artikkelen presenterer og diskuterer hvordan sykehjemsomsorgen kan anvende den salutogene kunnskapen for å fremme helse og velvære blant langtids sykehjemsbeboere.

Salutogenese: den salutogene helseteorien

I Ottawa-Charteret definerer WHO helse som en «... en ressurs for hverdagen ... Et positivt konsept som legger vekt på sosiale og personlige ressurser, så vel som fysisk kapasitet.» Salutogenesen utviklet av Antonovsky (36) representerer en teoretisk tilnærming som fokuserer på helsens opprinnelse og menneskers evne/kapasitet til å fungere godt og føle velvære på tross av at de har erfart traumatiske livshendelser, sykdom og store utfordringer. Generelt innebærer den salutogene tilnærmingen en helsefremmende måte å forholde seg til andre på, både i jobb og ellers i livet. Den salutogene helseteorien (36) forstår helse som en bevegelse langs et kontinuum mellom fullstendig helse (H+) og fullstendig uhelse (H-). Dermed er ingen av oss enten utelukkende friske eller syke, vi er alle et sted imellom de to imaginære polene av total helse og total uhelse - dette gjelder selvsagt også de som lever i sykehjem. Salutogenesen involverer tre sentrale begreper: (1) opplevelse av sammenheng (SOC), (2) generelle og (3) spesifikke motstandsressurser. Antonovsky (36) definerte SOC som:

En global holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige; (2) tilstrekkelige ressurser er tilgjengelige for at en kan takle kravene til disse stimuli; og (3) disse kravene er utfordringer det er verdt å engasjere seg i (36, s. 37).

SOC-begrepet består av tre dimensjoner: (1) begripelighet, (2) håndterbarhet og (3) meningsfullhet. *Begripelighet* uttrykker i hvilken grad individet opplever og forstår inntrykkene han/hun får fra omgivelsene. Personer med høy grad av begripelighet forventer i større grad at det som skjer i fremtiden er forståelig og forutsigbart, i stedet for kaotisk og tilfeldig. Hvis hendelser skjer overraskende, vil personer med høy SOC fortsatt kunne erfare hendelsene som begripelige (36). *Håndterbarhet* beskriver i hvilken grad den enkelte opplever å ha ressurser tilgjengelig for å møte utfordringer og vansker; det vil si alle ressurser som individet har tilgjengelig i seg selv, i en gruppe eller i miljøet som individet er en del av. Ressurser kan være personlige, som god selvtillit og intellektuell kapasitet. Ressurser i miljøet kan være sosial støtte fra noen man stoler på, som familie, venner, helsepersonell og Gud. *Meningsfullhet* betegner om noe er verdt å engasjere seg i og kjempe for. Derfor inkluderer komponenten meningsfullhet motivasjonsaspekter for handling, som forutsetter begripelighet og håndterbarhet. Disse tre komponentene er overlappende og interagerer (36).

Generelle motstandsressurser (GRR) og spesifikke motstandsressurser (SRR) er avgjørende for menneskets opplevelse av sammenheng (SOC). Det som er vanskelig og utfordrende for den enkelte, forstås som motstand (36): for langtidsbeboere i sykehjem kan motstand, det som er utfordrende, være tap, plager/symptomer, ensomhet, eksistensiell smerte. Det kreves ressurser for å mestre denne motstanden; motstandsressurser finnes både på individ- og gruppenivå (familie, jevnaldrende), samt i kulturen og samfunnet som system. GRR er ressurser den gamle har tilgjengelig både fra eksterne og personlige kilder, mens den gamles personlige ressurser inkluderer personens egenskaper/evner som letter tilpasningen til det insti-

Å utvikle sykehjemmene i en mer helsefremmende retning innebærer mer enn behandling av beboernes sykdommer og symptomer. De fleste langtidsbeboere i sykehjem har flere kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse, høy symptombyrde, og er i siste fase av livet hvor palliativ omsorg er sentralt. Forskning viser at kognitivt friske langtidsbeboere med høy score på opplevelse av sammenheng (sense of coherence = SOC) rapporterer bedre velvære. Sykehjemsomsorgen bør videreutvikles med sterkere fokus på å fremme beboernes helse og velvære; dette involverer

blant annet å identifisere generelle og spesifikke motstandsressurser og fremme beboernes SOC. Basert på Antonovsky's salutogene helseteori hvor dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet sammen med motstandsressurser står sentralt, diskuterer denne artikkelen hvordan sykehjemsomsorgen kan anvende den salutogene kunnskapen for å fremme helse og velvære blant langtids sykehjemsbeboere.

Nøkkelord: følelse av sammenheng, trivsel, sykehjemsbeboere, palliasjon



tusjonalisert livet i sykehjemmet, samt å håndtere sin dødelighet. Eksempelvis kan meningsfulle livserfaringer som vi vet fremmer en sterk SOC, samt en sterk gudstro, være personlige ressurser blant beboere i sykehjem (37-39). Den salutogene teorien vektlegger ego-identitet og sosial støtte som avgjørende GRR (40). Eksterne GRR innebærer sosial støtte fra ens familie, venner og jevnaldrende (41). Sykehjemmet innehar spesifikke motstandsressurser (SRR) så som sykepleier-pasient-interaksjonen, et tilrettelagt fysisk miljø, samt spesifikke intervensjoner rettet mot å øke velvære og livsglede (41-43). Generelt er motstandsressurser (GRR) nyttige for effektiv håndtering av ulike stressfaktorer (37, 39), mens SRR eksemplifiserer situasjonsspesifikke ressurser tilgjengelig i spesielle livssituasjoner (37). Sykepleier-pasient-interaksjonen og sosial støtte fra familie/venner er sentrale salutogene ressurser (39).

Antonovsky utviklet spørreskjemaet 'Orientation to Life Questionnaire' (OLQ) som er mye brukt for å måle SOC i ulike populasjoner (36, 44). Hvert av de 13 spørsmålene er en indikator på en av de

tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Generelt indikerer en lav skår på SOC lav mestring, mens høy skår reflekterer god mestring i møte med utfordringer (36). Forskning indikerer at å styrke et individs SOC er å fremme personens helse og velvære (40, 45-47). Individers SOC er sterkt korrelert med velvære i alle aldre (15, 44); ergo er eldre sykehjemsbeboeres opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet indikatorer på velvære (36, 45-49). God sykehjemsomsorg inkluderer en rekke tilnæringer for å fremme mental, emosjonell, åndelig/eksistensiell og fysisk helse/velvære. Et skifte fra et patogent perspektiv som ensidig fokuserer på sykdommer og tap over til et salutogent, holistisk og ressursorientert fokus på velvære som inkluderer bl.a. opplevelse av mening i livet synes nødvendig (15, 38, 50). SOC, GRR/SRR og sykepleier-pasient-interaksjon er sentrale aspekt ved salutogen sykehjemsomsorg som fremmer velvære og helse inntil livet avsluttes.

Denne artikkelen utdyper og diskuterer hvordan den salutogene helseteorien kan anvendes for å



fremme helse og velvære blant beboere i sykehjem. Spørsmålene i Antonovskys spørreskjema benevnt OLQ-13 indikerer sentrale aspekt i salutogen sykehjemsomsorg.

Diskusjon

Å ha kroniske sykdommer etterfulgt av funksjonstap og behov for å flytte inn i et sykehjem er en utfordrende livserfaring, og representerer en krevende jobb for helsepersonell. Antonovskys SOC-konsept kan fungere som en guide for helsepersonell til å møte beboeres utfordringer og for å utvikle sykehjemmene og deres kultur i en mer helsefremmende retning. Å utvikle mer salutogene «standarder» og gjøre sykehjemmene mer salutogene er mulig. Selv om Antonovskys antok at ens SOC ikke kan transformeres radikalt, lot han det stå åpent om SOC kunne formes og styrkes og derved lede mennesker mot helse og velvære

(51). Derfor, med referanse til sykehjems-beboernes situasjon, kan identifisering av GRR-er og SRR-er for å forbedre deres opplevde begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet bli et eksplisitt mål for salutogen sykehjemsomsorg.

Å fremme begripelighet

Som sykehjemsbeboer kan det være utfordrende å håndtere endringene i livet som sykdom og funksjonstap medfører. Hvordan den enkelte beboer mestrer dette avhenger av hvordan de forstår hva som skjer med dem her og nå. Tabell 1 viser de fem OLQ-spørsmålene som dekker dimensjonen begripelighet; disse innebærer opplevelser av å bli overrasket over oppførselen til mennesker som du tror du kjenner godt, å befinne seg i en ukjent situasjon og ha blandede følelser og følelser som man helst ikke vil ha. Se tabell 1.

TABELL 1: OLQ-spørsmål som dekker begripelighet

Beskrivelse OLQ-13	
2	«Har det hendt tidligere at du ble overrasket over oppførselen til folk du trodde du kjente godt?»
6	«Føler du at du er i en ukjent situasjon og ikke vet hva du skal gjøre?»
8	«Har du veldig blandede følelser og ideer?»
9	«Hender det at du har følelser inni deg du helst ikke vil føle»
11	«Når noe skjedde, har du generelt sett at...du overvurderte eller undervurderte viktigheten av det... kontra... du så ting i riktig proporsjon?»

Sykehjemsbeboere generelt trenger hjelp til personlig hygiene, å kle på seg, spise, gå på toalettet, legge seg samt symptomlindring. Dette kan medføre at de kan kjenne seg prisgitt pleiernes hjelp og velvilje. I tillegg har de vært nødt til å forlate hjemmet sitt og flytte inn i den institusjonaliserte konteksten som et sykehjem er. Dagliglivet i et sykehjem innebærer å forholde seg til rutiner og praksiser bestemt av andre, samt å bo nær fremmede. Følgelig kan sykehjems-beboere oppleve at de er i en ukjent situasjon (OLQ-6), og kan føle seg hjelpeløse, maktesløse, ubrukelige eller til og med tingliggjort. Pleierne er nøkkelpersoner i denne livssituasjonen; de er i posisjon til å kunne tilby meningsfull kontakt som involverer lytting og anerkjennelse av bebo-

erens opplevelse av sin situasjon. Kierkegaard (52) hevder at «Hvis man virkelig skal lykkes med å føre en person til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der han er og starte derfra. Dette er hemmeligheten bak kunsten å hjelpe». Dette innebærer å ta utgangspunkt i beboerens livsverden og kombinere det praktiske som skal gjøres på en måte som ivaretar beboerens verdighet og opplevelse av sammenheng (SOC). Kartlegging av beboerens GRR-er og SRR-er er et avgjørende aspekt ved salutogen sykehjemsomsorg og sentralt i et palliativt perspektiv. Derfor bør interaksjonen mellom pleier og beboer brukes bevisst og kompetent for å identifisere beboerens GRR og SRR. Sentrale spørsmål er: Hva er viktig for den enkelte? Hva tenker

beboeren på? Hvilke interne og eksterne ressurser står til den enkeltes disposisjon? Meningsfull samhandling ledsaget av instrumentell og emosjonell støtte er betydelige salutogene ressurser (GRR) for velvære (37, 38, 53). Følgelig er det avgjørende å legge til rette for regelmessig kontakt med familie, slektninger og venner, enten fysisk eller ved videokonferanse og å tilby muligheter til å se på TV sammen med andre for å forbedre beboernes velvære (54).

Pleiere i sykehjem bør utforske hvordan beboerne opplever å samhandle med andre; det vil si å la den gamle snakke om for eks. å bli overrasket over oppførselen til mennesker de kjenner godt (OLQ-spørsmål 2), ha blandede følelser (OLQ-spørsmål 8) eller negative følelser (OLQ-spørsmål 9); ganske enkelt om hva de tenker på. Sykehjemsbeboere forventer og trenger at pleierne er omsorgsfulle. Noen ganger føler de seg imidlertid overrasket over pleierens oppførsel (38). Pleiere bør være klar over sin posisjon, sin makt og at deres relasjonelle atferd kan være helsefremmende (SRR) eller være krenkende og

skadelig for beboerens helse og velvære. (5, 18, 55-57). Hvordan pleieren interagerer og er til stede sammen med sykehjems-beboerne, har vist seg å ha signifikant betydning for angst, depressive symptomer, opplevelse av håp, mening i livet, livsglede, ensomhet og SOC blant eldre i sykehjem (14, 18, 46, 55, 58-60). Forskjellen mellom å føle seg sett eller oversett, forstått eller misforstått, har avgjørende betydning for om den enkelte føler tillit eller mistillit til pleierne, samt en følelse av verdi og verdighet, eller uverdighet (61). Følgelig påvirkes beboerens følelser, positivt eller negativt, i betydelig grad av det som skjer i interaksjonen mellom mellom pleieren og beboeren.

Å fremme håndterbarhet

Håndterbarhet innebærer å bruke tilgjengelige GRRer/SRRer for å fremme helse. Tabell 2 viser de fire OLQ-spørsmålene som indikerer håndterbarhet; disse involverer følelser som å bli skuffet over folk du regnet med, å føle seg urettferdig behandlet, og å holde sine følelser under kontroll. Se tabell 2.

TABELL 2: QLQ-spørsmål som dekker håndterbarhet

Beskrivelse OLQ 13	
3	Har det hendt at folk som du stoler på har skuffet deg?
5	Har du følelsen av at du blir urettferdig behandlet?
10	Mange mennesker, selv de med en sterk karakter, føler seg noen ganger som tapere i visse situasjoner. Hvor ofte har du følt det slik tidligere?
13	Hvor ofte har du følelser som du ikke er sikker på at du kan holde under kontroll?

Generelt har beboere i norske sykehjem plager som smerte, dyspné, søvnløshet, tap av matlyst, sammen med eksistensielle problemer som meningsløshet, ensomhet, depresjon og kjedsomhet (3, 9, 13, 62-64). Studier viser at å bo i institusjonaliserte settinger som et sykehjem, påvirker ens livskvalitet og velvære (3, 8, 65). Sykdom og funksjonstap medfører avhengighet til andre for f.eks. toalettbesøk og spising, som begge kan erfares som særlig privat for den enkelte. Følgelig medfører slik avhengighet økt sårbarhet og derved økt sensitivitet i møte med andre; ergo kan eldre i sykehjem være mer sårbar for å føle seg uverdigg behandlet (QLQ-5) samt å føle seg som «en taper»

(QLQ-10). Med tanke på å fremme helse og velvære er det viktig å lytte til og respektere slike følelser hos beboerne; samtaler om følelser kan også være en inngangsport til å identifisere fysiske plager. Eldre i sykehjem erfarer store endringer, tap og plager samtidig som døden står for døren; dette er en eksistensielt krevende livssituasjon. Forskning fremhever at å akseptere og tilpasse seg situasjonen er sentrale individuelle GRR-er (14, 18, 31, 55, 60, 66). Å tilrettelegge det fysiske miljøet kan øke deres opplevelse av håndterbarhet og autonomi.

For å oppnå god smerte- og symptomlindring vektla Saunders (24) at pasienten og familien må ansees som en «enhet»; det er avgjørende å ivareta



og involvere pårørende. Beboerens tilstand og plager påvirker også de som står dem nær; slik blir beboerens lidelse også familiens lidelse. Samtidig kan pårørende representere en sentral GRR. Generelt er beboere i sykehjem gamle; gjennomsnittsalder i norske sykehjem er 86 år. Dette innebærer at mange har mistet mange relasjoner; ofte har venner og ektefelle gått bort (QLQ-3) eller er selv syke med påfølgende funksjonstap og avhengighet av hjelp. Dermed er det sosiale nettverket ofte begrenset. Ofte utgjør kontakten med pleierne deres hovedkilde til sosial kontakt. Å forebygge skuffelse, sosial isolasjon og ensomhet er viktig for trivsel i sykehjem; å initiere sosiale arenaer basert

på gjensidighet, tillit og respekt synes avgjørende (12, 35, 67).

Å fremme meningsfullhet

Opplevelse av meningsløshet innebærer at en ikke har energi eller motivasjon til å anvende sine motstandsressurser for å fremme mening, helse og velvære. Tabell 3 viser fire OLQ-spørsmål som representerer dimensjonen meningsfullhet; disse involverer følelsen av at du ikke bryr deg om hva som skjer rundt det, ikke ser hensikten med livet, samt å ikke ha noen form for fremtidige mål. Se tabell 3.

TABELL 3: QLQ-spørsmål som dekker meningsfullhet

Beskrivelse OLQ-13	
1	Har du følelsen av at du virkelig ikke bryr deg om hva som skjer rundt deg?
4	Inntil nå har livet ditt hatt: ingen klare mål eller hensikt i det hele tatt ... kontra.... veldig klare mål og formål
7	Å gjøre tingene du gjør hver dag er ... en kilde til dyp nytelse og tilfredsstillelse kontra ... en kilde til smerte og kjedsomhet
12	Hvor ofte har du følelsen av at det er liten mening med de tingene du gjør i hverdagen?

Det overordnede målet for norske sykehjem er at beboerne skal oppleve mening i livet, velvære og livsglede i hverdagen (3, 6, 66). Dimensjonen meningsfullhet utgjør motivasjonsaspektet i SOC-begrepet: meningsfullhet fungerer som en drivkraft til å påvirke sin situasjon (34). Eldre i sykehjem har i livets siste fase forlatt hjemmet sitt for å bo i en institusjon sammen med fremmede; eksistensiell ensomhet og opplevelse av meningsløshet er vanlig (6, 8, 12, 15, 68, 69). Salutogene sykehjem bør utvikle en standard for å identifisere ensomhet og hva som kan bidra til livsglede for den enkelte beboer. Spesifikke intervensjoner (forstått som SRRs) for å fremme velvære og livsglede bør implementeres; dette kan være kulturarrangementer, kontakt med dyr, barn og natur, dvs. aktiviteter som bidrar til opplevelse av mening og glede for den enkelte. Det salutogene perspektivet og helsefremmende tiltak kan også bidra til et «helsefremmende arbeidsmiljø»; dette kan også anses som en essensiell SRR. Å arbeide systematisk mot et helsefremmende arbeidsmiljø og kultur er

avgjørende for å utvikle sykehjemmene i en mer salutogen retning.

Som tidligere nevnt, representerer det å leve sin siste tid i et sykehjem for de fleste en eksistensiell krevende livssituasjon preget av lite energi (fatigue) til selv å «ta grep». Derfor er det palliative kjerne-spørsmålet «hva er viktig for deg nå?» sentralt (QLQ-1 og QLQ-4). Hva som er viktig, kan variere fra person til person og fra dag til dag. Derfor må helsepersonell i sykehjemmene utvikle meningsfulle dialoger med beboerne for å utforske dette spørsmålet. Menneskets åndelige dimensjon innebærer kontakt med seg selv, andre, en høyere enhet, og naturen (70). Å fremme slik kontakt er en GRR så vel som en SRR. Studier har vist at helsefremmende pleier-pasient-interaksjon har signifikant betydning for velvære blant eldre i sykehjem (8, 28); slik interaksjon fremmer nettopp meningsfylt kontakt med seg selv og andre. En salutogen sykehjemsomsorg integrerer åndelige/eksistensielle behov som sentralt for helse og velvære (61, 71); dette er ofte dype og personlige anliggende nært relatert til den enkeltes verdighet og integritet og

må håndteres med varsomhet og respekt (61). Kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen er avgjørende (8, 31) og anses som særlig viktig for å styrke beboers opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet samt hans/hennes opplevelse av verdi (31, 70, 72). Et eksempel på relevante spørsmål i denne situasjonen kan være «Hva kan bidra til at du opplever mening i livet akkurat nå»? Å stille dette spørsmålet krever at pleieren bruker tid til å lytte, samt ivaretar og aksepterer beboers svar og følelsesmessige reaksjoner.

Meningsfulle aktiviteter representerer GRR-er som kan bidra til å lindre sosial isolasjon og ensomhet og derved bidra til opplevelse av mening. Å oppleve lite mening i hverdagen (QLQ-12), og føle at ens daglige aktiviteter er en kilde til smerte og kjedsomhet (QLQ-7) følges ofte av opplevelse av uverdighet (62). Ulike palliative strategier (73) kan ha overføringsverdi for sykehjemmene; musikkterapi fordrer at individenes musikalske ønsker vektlegges (74). Andre meningsfulle aktiviteter kan være å delta i videokonferanser, en bokklubb eller for eksempel opprette en lydbokklubb da mange eldre har vansker med å lese på grunn av redusert syn, og (54, 75); det vil si å praktisk tilrettelegge for at beboerne kan høre på lydbøker samt kommunisere med andre via video. Innen palliativ omsorg har slike aktiviteter vist å kunne dempe usikkerhet, bidra til følelse av kontroll, opprettholde kunnskap, samt lindre depresjon og ensomhet (54). For å lykkes i dette arbeidet må helsepersonell identifisere beboernes ressurser, oppmuntre og etablere fellesskap, og bidra til kontinuitet i relasjoner (75).

Konklusjon

Generelt er gamle i sykehjem preget av skrøplighet, komorbiditet og høy symptombyrde. Smerte- og symptombehandling samt lindring av eksistensiell lidelse er sentrale komponenter i en salutogen sykehjemsomsorg. Samtidig er det viktig å fremme helse og velvære ved å fokusere på det som kan gi økt opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Ergo er kartlegging av symptomer og plager sentralt, samtidig som en systematisk identifiserer beboers salutogene ressurser (GRR, SRR og SOC) som inkluderer evner og egenskaper hos den enkelte beboer. Å vurdere disse aspektene ved personen krever en meningsfull relasjon basert på respektfull dialog; studier har vist at helsefremmende pleier-

pasient-interaksjon har signifikant betydning for velvære i sykehjem (15, 38). Kunnskap om SOC kan guide helsepersonell i sykehjem til å utforske hvordan den gamle forstår, håndterer og finner mening i sin livssituasjon. Antonovsky's spørsmål i OLQ-13 kan anvendes for å identifisere og aktivere beboers salutogene ressurser for å fremme helse og velvære.

«Den palliative tilnærmingen med fokus på økt livskvalitet bør vektlegges i sykehjemmene; dette inkluderer systematisk kartlegging, symptomlindring og personsentrert omsorg og fokus på beboers helse og velvære»

Kliniske implikasjoner

Den salutogene helseteorien bør implementeres i sykehjemsomsorgen både som filosofi og praktisk guide for å forbedre beboers SOC, helse og velvære. Helsepersonell kan fremme beboers SOC ved å legge til rette for meningsfulle samtaler, og derved også identifisere plager og symptomer som kan lindres. Dette kan gjøres ved å spørre og identifisere hva som er viktig her og nå og hva som gir mening for den enkelte; svarene bør veilede hvilke aktiviteter det skal tilrettelegges for basert i hva beboeren selv ønsker, mestrer, forstår og håndterer. Den palliative tilnærmingen med fokus på økt livskvalitet bør vektlegges i sykehjemmene; dette inkluderer systematisk kartlegging, symptomlindring og personsentrert omsorg og fokus på beboers helse og velvære. ■

Referanser

1. Hoben M, Chamberlain SA, Knopp-Sihota JA, Poss JW, Thompson GN, mfl. Impact of symptoms and care practices on nursing home residents at the end of life: A rating by front-line care providers. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(2):155-61.
2. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
3. Rinnan E, Andre B, Espnes GA, Drageset J, Garasen H, mfl. Despite Symptom Severity, do Nursing Home Residents Experience Joy-of-Life?



- The Associations Between Joy-of-Life and Symptom Severity in Norwegian Nursing Home Residents. *J Holist Nurs.* 2022;40(2):84-96. <https://doi.org/10.1177/0898010211021219>
4. Söderbacka T, Nyström L, Fagerström L. Older persons' experiences of what influences their vitality—a study of 65 and 75 year olds in Finland and Sweden. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(2):378-87.
 5. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scand J Caring Sci.* 2014;2014(28):74-8. <https://doi.org/10.1111/scs.12028>
 6. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *J Clin Nurs.* 2014;23(7-8):1030-43. <https://doi.org/10.1111/jocn.12282>
 7. Kuven BM, Drageset J, Haugan G. Quality of life and nurse-patient interaction among NH residents: Loneliness is detrimental, while nurse-patient interaction is fundamental. *J Clin Nurs.* 2023. <https://doi.org/10.1111/jocn.16645>
 8. Haugan G. Life satisfaction in cognitively intact long-term nursing-home patients: symptom distress, well-being and nurse-patient interaction. In: Sarracino F, Mikucka M, redaktører. *Beyond money – the social roots of health and well-being.* New York.: Nova Science Publishers, Inc.; 2014. s. 165-211.
 9. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(9):1259-70.
 10. Brownie S, Horstmanhof L. The management of loneliness in aged care residents: an important therapeutic target for gerontological nursing. *Geriatric Nursing.* 2011;32(5):318-25.
 11. Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Anxiety and depression and mortality among cognitively intact nursing home residents with and without a cancer diagnosis: a 5-year follow-up study. *Cancer Nurs.* 2013;36(4):E68-74. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31826fcb11>
 12. Drageset J, Haugan G. Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents - a questionnaire survey. *Geriatr Nurs.* 2021;42(4):828-32. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.001>
 13. Erdal A, Flo E, Selbaek G, Aarsland D, Bergh S, mfl. Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia. *J Affect Disord.* 2017;218:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.038>
 14. Haugan G, Rannestad T, Hanssen B, Espnes GA. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs.* 2012;21(23-24):3429-41. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04217.x>
 15. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *J Clin Nurs.* 2014;23(13-14):1830-44. <https://doi.org/10.1111/jocn.12402>
 16. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet.* 2015;385(9968):640-8. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61489-0)
 17. Grech A, Marks A. Existential Suffering Part I: Definition and Diagnosis #319. *J Palliat Med.* 2017;20(1):93-4. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0422>
 18. Haugan G. The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *J Adv Nurs.* 2013;79 (1):107-20. <https://doi.org/10.1111/jan.12173>
 19. Sjöberg M, Beck I, Rasmussen BH, Edberg AK. Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging Ment Health.* 2018;22(10):1357-64. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481>
 20. Gautam S, Neville S, Montayre J. What is known about the spirituality in older adults living in residential care facilities? An Integrative review. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(2):e12228. <https://doi.org/10.1111/ohn.12228>
 21. Kissane DW. The relief of existential suffering. *Arch Intern Med.* 2012;172(19):3501-5. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3633>
 22. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. The Norwegian Directorate of Health; 2019. Rapport nr.: IS-2800.
 23. Sanderson WC, Scherbov S. Demography. Remeasuring aging. *Science.* 2010;329(5997):1287-8. <https://doi.org/10.1126/science.1193647>
 24. Saunders CM. The philosophy of terminal care. London: Edward Arnold 1978.
 25. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report: World Health Organization; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.
 26. Coyle N. Introduction to palliative nursing care. I: Ferrell BR, Coyle N, Paice JA, redaktører. *Oxford textbook of palliative nursing* Oxford: Oxford University Press; 2015. s. 4-5.
 27. Ersek M, Unroe KT, Carpenter JG, Cagle JG, Stephens CE, mfl. High-Quality Nursing Home and Palliative Care-One and the Same. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(2):247-52. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.11.027>
 28. Haugan G, Dezutter J. Meaning-in-life – a vital salutogenic resource for health. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research.* Cham: Springer; 2021.
 29. Sekse RJ, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):e21-e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
 30. Snowden A, Lobb EA, Schmidt S, Swing AM, Logan P, mfl. 'What's on your mind?' The only necessary question in spiritual care. *Journal for the Study of Spirituality.* 2018;8(1):19-33. <https://doi.org/10.1080/20440243.2018.1431031>
 31. Haugan G, Demirci AD, Kukulu K, Aune I. Self-transcendence among adults 65 years and older: A meta-analysis. *Scand J Caring Sci.* 2021. <https://doi.org/10.1111/scs.12959>
 32. Statistics Norway. Sjukeheimar, heimeteneser og andre omsorgstenester 2020 [Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikk/pleie>.
 33. Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimeteneser og andre omsorgstenester 2020 [Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikk/pleie>.
 34. Haugan G, Rannestad T. Health promoting health work - pathogenesis and salutogenesis. I: Haugan G, Rannestad T, redaktører. *Health promotion in the specialist health service.* Oslo: Cappelen Damm, Academic 2016. s. 34-51.
 35. Haugan G, Kuven BM, Eide WM, Taasen SE, Rinnan E, mfl. Nurse-patient interaction and self-transcendence: assets for a meaningful life in nursing home residents? *BMC Geriatr.* 2020;20(1):168. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>
 36. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
 37. Espnes GA, Moksnes UK, Haugan G. The Overarching Concept of Salutogenesis in the Context of Health Care. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research.* Cham: Springer; 2021. s. 15-22. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_2
 38. Haugan G. Nurse-Patient Interaction: A Vital Salutogenic Resource in Nursing Home Care. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research.* Cham: Springer; 2021. s. 117-36. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_10
 39. Haugan G, Eriksson M. An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research.* Cham: Springer; 2021. s. 3-14. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_1
 40. Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Center; 2010.
 41. Andre B, Heldal F, Sjøvold E, Haugan G. Will an Implementation of «Joy of Life in Nursing Homes» Have Positive Effect for the Work Culture? A Comparison Between Two Norwegian Municipalities. *Front Psychol.* 2020;11:607943. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607943>
 42. Andre B, Gronning K, Jacobsen FF, Haugan G. «Joy of life» in nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with content analysis of interviews. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):771. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06801-w>

43. Andre B, Jacobsen FF, Haugan G. How is leadership experienced in joy-of-life-nursing-homes compared to ordinary nursing homes: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):73. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00850-0>
44. Moksnes UK. Sense of coherence. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer; 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>
45. Birkeland A, Tuntland H, Forland O, Jakobsen FF, Langeland E. Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *J Multidiscip Healthc*. 2017;10:195-203. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>
46. Drageset J, Taasen SE, Espehaug B, Kuven BM, Eide WM, mfl. Associations Between Nurse–Patient Interaction and Sense of Coherence Among Cognitively Intact Nursing Home Residents. *J Holist Nurs*. 2020;898010120942965. <https://doi.org/10.1177/0898010120942965>
47. Hoidahl T, Magnus JH, Mdala I, Hagen R, Langeland E. Emotional distress and sense of coherence in women completing a motivational program in five countries. A prospective study. *Int J Prison Health*. 2015;11(3):169-82. <https://doi.org/10.1108/IJPH-10-2014-0037>
48. Bringsvor HB, Langeland E, Oftedal BF, Skaug K, Assmus J, mfl. Self-management and health related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*. 2019;28(11):2889-99. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02231-8>
49. Strandmark M. Health Means Vital Force—A Phenomenological Study on Self-Image, Ability and Zest for Life. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2006;26(1):42-7.
50. 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.
51. Seah B, Espnes GA, Ang ENK, Lim JY, Kowitzlakul Y, mfl. Achieving healthy ageing through the perspective of sense of coherence among senior-only households: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2021;25(5):936-45. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1725805>
52. Kierkegaard S. Synspunkt et fra min Forfatter-Virksomhed. København Gyldendal 1994.
53. Haugan G, Eriksson M. Future Perspectives of Health Care: Closing Remarks. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer; 2021. s. 375-80. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_26
54. Tsai H-H, Tsai Y-F. Changes in Depressive Symptoms, Social Support, and Loneliness Over 1 Year After a Minimum 3-Month Videoconference Program for Older Nursing Home Residents. *J Med Internet Res*. 2011;13(4):e93. <https://doi.org/10.2196/jmir.1678>
55. Haugan G, Moksnes UK, Lohre A. Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):790-801. <https://doi.org/10.1111/scs.12307>
56. Hedelin B, Jonsson I. Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(3):317-22. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.310001-11>
57. Lundgren SM, Berg L. The meanings and implications of receiving care. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(2):235-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00815.x>
58. Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK. The Effect of Nurse–Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *J Clin Nurs*. 2013;22(15-16):2192-205. <https://doi.org/doi:10.1111/jocn.12072>
59. Haugan G, Eide WM, Andre B, Wu VX, Rinnan E, mfl. Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents: the impact of the nurse-patient interaction. *Scand J Caring Sci*. 2021;35(1):208-19. <https://doi.org/10.1111/scs.12836>
60. Reed P, Haugan G. Self-transcendence – a salutary process for well-being. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer; 2021.
61. Drageset S, Ellingsen S. Dignity, protected by caring in care. I: Tranvaag O, Synnes O, McSherry W, redaktører. *Stories of Dignity within Healthcare: Research, narratives and theories* London: M & K Publisher; 2016. s. 49-59.
62. Slettebo A, Saeteren B, Caspari S, Lohne V, Rehnsfeldt AW, mfl. The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home residents's experiences of dignity. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):718-26. <https://doi.org/10.1111/scs.12386>
63. Campbell ML, Kiernan JM, Strandmark J, Yarandi HN. Trajectory of dyspnea and respiratory distress among patients in the last month of life. *J Palliat Med*. 2018;21(2):194-9.
64. Emilsdóttir AL, Gústafsdóttir M. End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. *Int J Palliat Nurs*. 2011;17(8):405-11.
65. Barca ML, Selbaek G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(4):417-25.
66. Rinnan E, Andre B, Drageset J, Garasen H, Espnes GA, mfl. 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. <https://doi.org/10.1111/scs.12598>
67. Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer; 2021.
68. Dewitte L, Vandenbulcke M, Dezutter J. Meaning in life matters for older adults with Alzheimer's disease in residential care: associations with life satisfaction and depressive symptoms. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(5):607-15. <https://doi.org/10.1017/s104610218002338>
69. Larsson H, Rämgård M, Bolmsjö I. Older persons' existential loneliness, as interpreted by their significant others - an interview study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0533-1>
70. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum* 2015. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
71. Ross A, McSherry W. Spirituality in Health care: Perspectives for Innovative Practice. Timmins F, Caldeirac S, redaktører: Springer 2019.
72. Saeteren B, Nåden D. Dignity: An Essential Foundation for Promoting Health and Well-Being. I: Haugan G, Eriksson M, redaktører. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer; 2021. s. 71-84. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_7
73. Perez-Eizaguirre M, Vergara-Moragues E. Music Therapy Interventions in Palliative Care: A Systematic Review. *J Palliat Care*. 2020;825859720957803. <https://doi.org/10.1177/0825859720957803>
74. Tziraki C, Grimes C, Ventura F, O'Caioimh R, Santana S, mfl. Rethinking palliative care in a public health context: addressing the needs of persons with non-communicable chronic diseases - CORRIGENDUM. *Prim Health Care Res Dev*. 2020;21:e60. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000602>
75. Mondaca M, Josephsson S, Borell L, Katz A, Rosenberg L. Altering the boundaries of everyday life in a nursing home context. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(6):441-51. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1483426>



Onboarding – Obligatorisk kompetansehevingsprogram for nyansatte i Oslo kommune

I Oslo kommune er det utviklet tiltaket «Onboarding» som et felles digitalt opplæringsprogram som skal gi den nyansatte i helse- og omsorgstjenestene informasjon om hva som forventes av medarbeiderne, samt gi systematisk tilgang til informasjon og kompetansehevende læringsaktiviteter.

FAKTA

Av Johanne Marie Kildal Askvig, spesialrådgiver/prosjektleder
Byrådsavdeling for helse, eldre og innbygger-tjenester
Seksjon for eldretjenester
Tlf: 474 13 889
johanne.askvig@byr.oslo.kommune.no



Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et viktig oppdrag: Å sørge for tjenester av høy kvalitet til innbyggere i alle faser av livet. I årene fremover vil dette bli mer krevende. Oslo kommune får stadig flere eldre innbyggere, og stadig flere brukere har sammensatte og komplekse behov. Utviklingen i befolkningen stiller andre og økte krav til kapasitet i tjenestene og til kompetansen hos de som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene¹. Samtidig er det en knapphet på ressurser og personell, også i Oslo kommune.

Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for å kunne tilby gode helse- og omsorgstjenester i kommunen. Utviklingsbildet viser at det ikke er mulig å bemanne seg ut av alle utfordringene disse tjenestene kommer til å møte i nær framtid. Knappheten på personell gjør at det er viktig å være bevisst på hva ansatte skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag, hvilken kompetanse det kreves for å utføre arbeidsoppgavene og hva som forventes av den enkelte medarbeider².

Kjennskap og kompetanse til å mestre arbeidsoppgavene er en av forutsetningene for å sikre en god kvalitet i helsetjenesten samt en god jobbtilfredsstillelse for den ansatte. En hensiktsmessig mottagelse av nyansatte, kan bidra til en raskere mestring av arbeidsoppgavene. Ifølge arbeidstaker-/arbeidsgiverregisteret står Oslo kommune ved 4 kvartal i 2021 for nesten 10 prosent av arbeidsplassene i Oslo og er en av landets største arbeidsgivere. Innen helse- og omsorgssektoren i kommunen er det ca. 19 000 ansatte. Andelen nyansatte er høy. KS viser til en stadig årlig økning i turnover i helse- og omsorgsykker³. For 2022 var det totalt

23,7% turnover i Oslo kommunen innen helse- og omsorgssektoren. Tallene er hentet ut fra Oslo kommune interne register og omfatter både faste og midlertidige stillinger samt omfatter også ansatte som bytter stilling innad i kommunen. Dette betyr en årlig rekruttering og introduksjon av nesten 4000 nye medarbeidere i helse- og omsorgssektoren. Ledere og andre involverte i rekruttering og ansettelser bruker store økonomiske og tidsmessige ressurser på dette arbeidet. Ved å utvikle et felles onboardingprogram ønsker kommunen å bidra til å systematisere hvordan nyansatte får den informasjonen og kompetanseheving den har behov for slik at nyansattiden oppleves trygg og mer forutsigbar. Programmet søker samtidig å dekke lederes behov for et godt lederverktøy hvor kompetansehevingen og oppfølgingen kan dokumenteres på en sikker måte.

Innenfor helse- og omsorgstjenestene er behovet for kompetanse stort, og konkurranse om ressursene gjør at gode rekrutteringsprosesser er avgjørende for å tiltrekke seg gode kandidater⁴. For Oslo kommune betyr det at vi må konkurrere opp mot både spesialisthelsetjenesten, andre kommuner, private leverandører og flukten av helseutdannede til andre tjenester. Et godt omdømme antas å være særlig viktig for å rekruttere og beholde ansatte de neste årene. Omdømmet påvirkes av hvordan ansatte opplever å mestre egne arbeidsoppgaver, jobbengasjement og trivsel på jobb. Nyansatte har ulike behov, og mens noen trenger tett oppfølging, ønsker andre større frihet.

Forskning viser at når leder blir eneste kontaktpunkt inn i virksomheten, er nyansatte mer

sårbar⁵. Rask innsetting av nyansatte i arbeidsoppgaver og plan for kompetanseheving påvirker kostnader, tid og omdømme og er viktig for å beholde den kompetansen som utvikles i kommunen.¹

Hvordan rekruttere og beholde medarbeidere – utfordringsbildet i Oslo kommune

I fremtidens Oslo blir det viktig å rekruttere og beholde medarbeidere med riktig kompetanse i bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Derfor har kommunen utviklet en strategi for rekruttering og kompetanse hvor en av mulighetene det vises til er Onboardingsprogrammet⁶.

Oslo er en stor kommune med 15 bydeler og flere etater som har ansvar for mange av Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester. Dette betyr mange ulike måter, systemer og rutiner å ta imot nyansatte på.

Rekruttering av spesielt unge og nyutdannede påvirkes av hvorvidt de arbeidsforholdene Oslo kommune tilbyr, treffer søkerens ønsker og forventninger. Forskning viser at denne gruppen vektlegger spennende arbeidsoppgaver, mulighet for egenutvikling og solide fagmiljøer når de vurderer potensielle arbeidsgivere⁷. Virksomheter har plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at ansatte som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet er lovfestet i helsepersonelloven §4 og helse- og omsorgstjenesteloven §4-1, og er utgangspunktet for all tjenesteyting⁸. Hva som skal til for at personell anses å handle faglig forsvarlig tar utgangspunkt i det ansattes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Det kan både være formell kvalifikasjon i form av utdanning, autorisasjon og lisens eller realkompetanse oppnådd gjennom ikke-formell opplæring eller arbeidserfaring som arbeidsgiver anerkjenner som tilstrekkelig kompetanse.²

En sektor med stort lederspen

Medianen på lederspennet i sektoren i Oslo kommune ligger på 61 medarbeidere, blant annet på grunn av deltidbruken i tjenestene. Ledere med stort lederspen opplever å ha ansvaret for mange ulike oppgaver og ansvarsfelt, og har behov for gode lederverktøy for å kunne følge opp sine medarbeidere. Studier viser at lederspennet påvirker

samhandlingen mellom leder og ansatt, og at lederspenn påvirker medarbeidere. Videre viser forskningen at sammenhengen med blant annet sykefravær og turnover er svake ved høyt lederspen. Samtidig vil organiseringen rundt leder påvirke hvordan en leder utøver rollen sin. Økt lederspen medfører større grad av administrative oppgaver som ofte får større fokus fremfor en relasjons- og endringsorientert lederoppgaver. Ved stort lederspen opplever ledere at det er mindre tid til at lederen selv kan involvere seg i fag-, tjeneste- og kvalitetsutviklingsarbeid⁹.

«Forskning viser at virksomheter som har en formell “ombordstigning” bidrar til at den nyansatte lykkes raskere, blir lengre i bedriften og er mer effektive enn andre»

Hva er et Onboardingsprogram?

Oslo kommunen har utviklet en strategi for rekruttering og kompetanse hvor et av tiltakene er Onboardingsprogrammet.⁶

Onboarding – ombordstigning – er en strategisk prosess utviklet for å hjelpe nyansatte til å bli produktive og integrerte på sin nye arbeidsplass, forstå kulturen og å få den kunnskapen den trenger for å mestre nye arbeidsoppgaver på en trygg og så effektivt måte som mulig i virksomheten. Onboarding skal bidra til at nyansatte får relevante verktøy i deres personlige lærings- og tilpasningsprosesser og samtidig øke engasjementet blant nyansatte. Prosessen skal også bidra til å gjøre den nyansatte raskere produktiv og til å skape en tilhørighet tidlig. Forskning viser at virksomheter som har en formell “ombordstigning” bidrar til at den nyansatte lykkes raskere, blir lengre i bedriften og er mer effektive enn andre¹⁰.

Et onboardingsprogram er et verktøy som hjelper virksomheter med å forberede nyansatte på jobben de skal inn i og gi en god og systematisk velkomst. Det innebærer å få nyansatte til å lære å gjøre jobben sammen med sine kolleger, innenfor





kvalitetskrav og økonomiske rammer, i pakt med organisasjonens kultur og organisatoriske rammer. Onboarding handler med andre ord om mer enn vanlig introduksjon, omvisning, bestilling av systemtilganger, ID-kort og blomster. Det foregår innen en kulturell og organisatorisk kontekst hvor den nyansatte også skal bli en del av det sosiale systemet i organisasjonen. Den nyansatte skal lære, forstå og håndtere alt dette nye. Denne prosessen varer helt til den nyansatte er fullt og helt integrert og tar normalt rundt ett år¹⁰.

Selv om onboardingsprogrammet først og fremst er tiltak for nyansatte, er det viktig at tankemåten videreføres slik at ansatte trives på arbeidsplassen over tid. Ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester bør være særlig oppmerksomme, ettersom ansatte i kommunene ofte mangler et større apparat rundt seg enn ved sykehus². De første månedene i ny jobb er gjerne tiden der mange revurderer valget de tok, og det gjelder å vise de nyansatte at de gjorde en god beslutning.

Digitalt opplæringsprogram

I Oslo kommune er det utviklet et felles digitalt opplæringsprogram som skal gi den nyansatte

informasjon om hva som forventes av medarbeider i sektoren, samt gi systematisk tilgang til informasjon og kompetansehevende læringsaktiviteter. Et felles, internt opplæringsprogram bidrar til å få riktig kompetanse inn i tjenestene og tydeliggjøre hva som forventes av kommunens medarbeidere. Onboardingsprogrammet har til hensikt å bidra til å styrke følelsen av tilhørighet og styrke det som forener medarbeidere i Oslo kommunes helse- og omsorgssektor. Programmet ble lansert mai 2022 og arbeidet med implementeringen i Oslos 15 bydeler, Sykehjemsetaten og Helseetaten er i gang.

Innholdet i det digitale opplæringsprogrammet i Onboarding er utviklet i samarbeid med bydeler og etater på tvers av hele kommunen. Det er tatt utgangspunkt i lokale opplæringsrutiner, nyansattes behov for informasjon og henvendelser fagmedarbeidere og ledere ofte får fra nyansatte eller tjenester. Innholdet og temaene som er valgt ut, er også sett opp mot de uønskede hendelser som er registrert av medarbeidere i tjenestene. Dette for å tilstrebe at innholdet i programmet også kan bidra til å redusere antall uønskede hendelser som skjer på bakgrunn av manglende kompetanse eller informasjon.



Foto: Shutterstock

Dette innsiktsarbeidet, som ble gjort i forberedelsesfasen, viste at nyansatte opplever å få en god velkomst, men at det er behov for en mer systematisk opplæring som gjør opplæringen mer lik, effektiv og dokumenterbar i hele tjenesten i kommunen. I tillegg viser innsiktsarbeidet at det er behov for å gjøre informasjonen tilgjengelig slik at nyansatte kan slå opp og gjøre seg kjent med nasjonale fagbaser, websider og fagrutiner som er knyttet til kommunens tjenester på en flate som er tilgjengelig uansett hvor den nyansatte befinner seg og som ikke krever innlogging på arbeidsgiver styrt flate. Flere nyansatte ga uttrykk for at de ønsket muligheten til å slå opp og lese mer i ro og fred når de for eksempel har kommet hjem eller er på bussen, fremfor å måtte logge inn på kommunens systemer og lese når de sitter på vaktrommet.

Tilgjengelig informasjon gjennom Workplace

For å øke tilgjengeligheten til informasjonen for ansatte benytter Oslo kommune, Workplace. Dette er et internt kommunikasjonsverktøy som per i dag kan benyttes av om lag 40 000 ansatte både mens de er på jobb eller logge seg på hjemmefra. Enkelt fortalt er Workplace et eget lukket Facebook internt for en bedrift. Workplace er tilgjengelig fra mobil eller datamaskin hvor ansatte foruten å finne informasjonsmaterieell også enkelt kan finne kolleger, være med i faggrupper, og følge med på stort og smått som skjer i kommunen. Innholdet i onboardingprogrammet er gjort tilgjengelig for relevante grupper i bydeler og etater. Ved å laste ned en applikasjon på privat telefon kan medarbeidere som ønsker det få tilgang til plattformen også utenfor arbeidsplassen. På denne måten er innholdet i Onboardingsprogrammet tilgjengelig der hvor ansatte befinner seg, og kan benyttes både til kompetanseheving og oppslagsverk ved behov for den nyansatte.

Kompetanseplaner i HR kompetansemodul

– et nyttig lederverktøy

Systematisk kompetansekartlegging bidrar til at kommunen kan opparbeide en oversikt over tilgjengelig kompetanse og mangel på kompetanse. Kompetansekartlegging er en ledelsesoppgave. I innsiktsarbeidet kom det frem at ledere har behov for et enkelt system å dokumentere kompetanseheving på. Det var stor variasjon i hvordan kompetanseheving ble dokumentert i de ulike

virksomhetene. Oslo kommune har i dag ikke en samlet oversikt over ansattes kompetanse som gjør det mulig å vurdere dagens kompetansesammen-setning. For å kunne kartlegge de ansattes kompetanse er det nyttig om virksomhetene benytter de

«Programmets innhold skal være brukerorientert, og innholdet utvikle seg i takt med behovet»

samme systemene. Derfor er det utviklet en sentral kompetanseplan i HR systemets kompetansemodul som speiler læringsaktivitetene den nyansatte får informasjon om i Workplace. Lederen tildeler kompetanseplanen til den nyansatt, og kan på den måten dokumentere at den nyansatte gjennomfører læringsaktivitetene.

Hele Onboardingsprogrammet har en sentral forvaltningsenhet som kvalitetssikrer og reviderer innholdet på bakgrunn av tilbakemeldinger, nye satsninger og kunnskap i sektoren samt utvikling av nye læringsaktiviteter. Programmets innhold skal være brukerorientert, og innholdet utvikle seg i takt med behovet.

Alt kan ikke digitaliseres

– behov for en fadderordning

En vellykket ansettelse fordrer mestring i form av at den ansatte både «passer inn og passer til»⁵. For å bli en god medarbeider trenger den nyansatte også å forstå de uformelle sidene ved jobben. I innsiktsarbeidet kom det frem at flere nyansatte opplevde at lederne kan oppleves som lite tilgjengelige. Nyansatte ønsker ikke å bry lederne med mange spørsmål, men er usikre på hvem de kan henvende seg til for å få svar på de spørsmålene de har. Flere ga uttrykk for at de ønsket seg en definert fadder de kan henvende seg til for spørsmål og opplæring også utover de fastsatte opplæringsvaktene de får ved oppstart i ny jobb. Dessuten kom det fram at hvem som har ansvar for den nyansatte, blir sjelden tydelig definert. Nyansatte blir ofte alles ansvar og derfor ingens ansvar⁵.

Forskning viser at tilgang til faddere, mentorer eller veiledere er et viktig tiltak. Dette vil kunne





hjelpe nyansatte med de utfordringene de strever med, når de trenger det. Talya Bauer har forsket på nyansettelser og onboarding av nyansatte siden 1994. Ifølge hennes forskning er det 69% større sannsynlighet for at en ansatt som deltar i et organisert onboardingprogram blir værende i virksomheten opp til tre år, enn ansatte som ikke deltar i et slikt program.¹⁰ Vår erfaring så langt er at Onboardingsprogramme med fordel kan gjøres kjent for både nye og allerede ansatte medarbeidere i sektoren. Dette kan være et nyttig utgangspunkt for veiledning og forventningsavklaring, og benyttes som oppslagsverk dersom det er behov for å utforske noen fagtemaer ytterligere.

Kompetanseheving – en viktig lederoppgave

Helse og omsorgstjenestene i Oslo kommune skal være kunnskapsbaserte. De skal utformes på grunnlag av forskning, medarbeidernes faglighet og innbyggenes erfaringer og behov. I Onboarding programmets digitale Workplace gis ansatte en mulighet til faglig oppdatering. Men det er ikke alene nok til å sikre god kompetanse i tjenestene. Medarbeiderne må ha tilstrekkelig og riktig kompetanse, og arbeidsplassen må være en arena for kontinuerlig behovsbasert kompetanseheving slik at medarbeiderne kan gi gode tjenester til innbyggerne. Dette er en stor og viktig lederoppgave. God ledelse er en forutsetning for at det strategiske arbeidet med kompetanseutvikling for ansatte skal lykkes.

Forskning på ledes betydning for ansattes produktivitet og trivsel har funnet at den tidlige fasen av et arbeidsforhold er den mest avgjørende for kvaliteten i relasjonen mellom leder og ansatt. Lederen har behov for å vite hvem den nyansatte er, og hva den har av kompetanse og erfaring. Samtidig er nærmeste leder en viktig person i en arbeidstakers jobbsituasjon. Behovet for å bli sett og å føle seg akseptert er et av våre mest grunnleggende behov¹¹

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal bidra til å fremme en tydelig og strategisk ledelse. Forskriften stiller krav til for å understøtte styring og planlegging, samt implementering, spredning og deling av kompetanse og kunnskap. Leder har et ansvar for å se til at ansatte har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, og må legge til rette og planlegge for at hver enkelt med-

arbeider får mulighet til å gjennomføre de kompetanshevsingsaktivitetene det er behov for.

Dette er en stor utfordring i en sektor med høyt tidspress, stort lederspenn, høye krav til effektivitet, krevende oppgaver og et stort ansvarsråde. Det er likevel disse lederne som er de nærmeste til å identifisere kompetansebehovet i sin avdeling, planlegge og gjennomføre kompetansehevingen for å sikre gode tjenester til innbyggerne i kommunen. I tiden fremover er det nødvendig at dette ansvaret vektlegges tydeligere og at ledere i helse og omsorgstjenestene gis de nødvendige rammene og verktøyene for utøvelse av de samlede lederoppgavene². Ved hjelp av Onboardingsprogrammet ønsker Oslo kommune understøtte ledernes ansvar og bidra til systematisk arbeid med kompetanseheving av nyansatte blir enklere og mer tilgjengelig. ■

Referanser

1. NOU 2018:16(2018) Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsestjenester
2. NOU 2023: 4 (2023) Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
3. K.S. Turnover i kommuner og fylkeskommuner: Kommunes Sentralforbund; 2023 : <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/turnover-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>.
4. Iversen, O(2015) Rekrutterings- og intervjueteknikk – Om bruk av effektive rekrutteringsmetoder
5. Rogstad, J og Braanen Sterri, E(2015) Passe inn og passe til Oppfølging og mestring blant nyansatte arbeidstakere
6. Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune (2022)Hentet fra: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13474659-1678449271/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Politikk/Sentrale%20planer%20og%20styringsdokumenter/Strategi%20for%20rekruttering%20og%20kompetanse%20%28digital%29.pdf>
7. Bakkeli, Sterri, Moland(2016)Strategisk rekruttering av unge til kommunal sektor FAFO
8. LOV-1999-07-02-64 (2000) Lov om helsepersonell
9. Holte, Holmås, Monstad og Øygarden(2019)Leiarspenn organisering og sjukefråvær
10. Bauer, T(2010) Onboarding new Employees: maximizing Success SHRM Foundation.
11. Risan, H (2012)Dyadisk lederskap Magma Econas tidsskrift for økonomi og ledelse

Kunnskapsbaserte tjenester i kommunale sykehjem – idealer og realiteter

Nasjonale myndigheter legger vekt på at tjenestene som utøves i helse- og omsorgstjenesten skal være kunnskapsbaserte (1).

Introduksjon

Det presiseres blant annet at det skal benyttes ny forskning for å styrke relevant kunnskap som kan brukes i planlegging og kontinuerlig kvalitetsforbedring i tjenesteutøvelsen (1, 2). Ifølge Meld. St. 38 (2020-2021) er kommunene lovpålagt å legge til rette for kunnskapsbasert praksis (KBP) (3). KBP omfatter forskning- profesjon- og erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasienters ønsker og behov (4, 5). Gjennom KBP søkes det å øke ansattes bevissthet om sammenhengen mellom kunnskapsinnhentning og beslutningstaking for slik å forbedre kvaliteten i tjenesteutøvelsen (6, 7). KBP er en sentral arbeidsmetode som kan bidra til å sikre forsvarlige kommunale tjenester (8, 9), og det er viktig at sykepleiere lærer seg hvordan de kan søke og anvende relevant kunnskap og kritisk vurdere denne. Det har imidlertid vist seg at det er utfordrende for helse- og omsorgstjenesten å imøtekomme forventningene om KBP (10, 11). Tema for denne studien er å belyse sentrale utfordringer knyttet til arbeidet med KBP i kommunale sykehjem.

Sykehjem har en sentral funksjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ivaretar pasienter med komplekse og sammensatte lidelser (9). I 2018 var det 40 100 plasser i sykehjem og aldersboliger i Norge (12). Private aktører hadde ansvar for drift av 10 % av disse sykehjem- og aldersboligene (13). Virksomhetene som utfører tjenestene har ansvar for å følge med i, og benytte profesjons-, erfarings-, og forskningsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasientens behov (1). KBP skal gjennomføres i en kommunal helsetjeneste som siden 1980- tallet har hatt New Public Management (NPM) som det styrende prinsipp. I NPM legges

det vekt på kostnadseffektivitet, resultatoppnåelse, kvalitetsmåling og brukertilfredshet (14, 15). Mange kommuner møter utfordringer knyttet til ledelse i kommunale institusjoner når de søker å imøtekomme myndighetenes krav til kvalitet på de tjenestene som tilbys (16, 17, 18). Når lederes erfaring i hjemmesykepleien, somatikken og sykehjem sammenlignes, viser det seg at sykehjemmene har høyest andel ledere med kort ledererfaring, det vil si, ikke lengre erfaring enn fem år (19). Sammenlignet med somatikken og hjemmesykepleien opplever ledere i sykehjem større økonomiske utfordringer når de søker å yte tjenester som har god kvalitet. Dette kan ha sammenheng med at i sykehjem er arbeidsdagen preget av manglende sykepleiefaglig kompetanse og underbemanning (20). Samtidig får sykehjemmene ansvar for stadig syke pasienter med komplekse og sammensatte lidelser (21). Ledere gir også uttrykk for at det er utfordrende å gi ansatte mulighet for faglig påbygging og utvikling (19). Forskning viser at sykepleiere i praksisfeltet mangler grunnleggende kunnskaper i KBP (22, 23). Det fremkommer videre at mange sykepleiere er negative til å anvende forskning i yrkesutøvelsen (24, 25). I denne artikkelen belyses følgende problemstilling: Hvilke utfordringer opplever sykehjems ledere og fagutviklingssykepleiere i planlegging og implementering av kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem? Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hva som fremmer og hemmer planlegging og iverksetting av KBP i kommunale sykehjem.

Teoretisk tilnærming

Sykehjemmet som organisasjon er et sosialt system der det å gi forsvarlige tjenester er et sentralt mål

FAKTA

Hilde Nordahl-Pedersen, Sven Tore Dreyer Fredriksen*, Bente Lilljan Lind Kassah*, Wivi-Ann Tingvoll*

Hilde Nordahl-Pedersen
Førstelektor, Handelshøyskolen i Harstad, UiT Norges arktiske universitet, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norge. E-mail: Hilde.Nordahl-Pedersen@uit.no, Mobil: 903 66 855

Sven-Tore Dreyer Fredriksen*
Førsteamanuensis DrPH, Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Campus Harstad, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norge; Fag- og forskningssykepleier ved Huntingtonnettverket, Knorrebakken 2, 9411 Harstad. E-mail: Sven-Tore.D.Fredriksen@uit.no, Mobil: 990 12 894

Bente Lilljan Lind Kassah*, Professor Emerita, Institutt for barnevern og sosialt arbeid, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Havnegata 1, 9480 Harstad. E-mail: Bente.L.Kassah@uit.no, Mobil: 970 88 644

Wivi-Ann Tingvoll*
Dosent Emerita, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Campus Narvik, Lodve Langes gate 2, 8400 Narvik, Norge. E-mail: Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no, Mobil: 975 39 555

*betyr likeverdige forfattere

(26, 27). Når det søkes å ivareta kravet om KBP i sykehjem kan både formelle og uformelle organisasjonsstrukturer ha betydning for hvordan planleggings- og implementeringsprosesser forløper. Den formelle organisasjonsstrukturen viser inndeling i avdelinger, stillinger og formelle regler (28), mens den uformelle strukturen betraktes som ansattes atferd i organisasjonen, basert på felles mønstre av meninger og holdninger (26). Organisasjonsstrukturene kan betraktes som rammeverk for ledes handlingsrom, det vil si de muligheter og begrensninger som ledere opplever i sin utøvelse av lederskap i forbindelse med implementering av KBP (29). Det skilles mellom et formelt og subjektivt handlingsrom. Det formelle handlingsrommet påvirkes og formes i krysningspunktet mellom jobbkrav som mål og tidsfrister, samt begrensninger som formell og uformell struktur (30, 31). Det subjektive handlingsrommet kan betraktes som ledes kompetanse, motivasjon og evne til å se og utnytte muligheter for handling (30, 31). Hvordan ledere opplever sitt handlingsrom når KBP skal implementeres kan variere fordi lederrollen er kompleks og preget av motstridende forventninger knyttet til ansvar både for drift, personell og fag (29, 32). I denne studien betraktes ledelse som aktiviteter som søker å påvirke menneskers adferd, tenkning og holdning (33).

Formålet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget for profesjonsutøvere i helsesektoren, samt øke bevisstheten om hvor kunnskapen som kan benyttes hentes fra. KBP innebærer at sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder i fagutøvelsen for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Kunnskap som ikke er oppdatert, kan i verste fall føre til feilbehandling av pasienter. Når KBP benyttes baseres sykepleiefaglige avgjørelser på systematisk innhentet profesjons-, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, samt de ønsker og behov pasienter har i gitte situasjoner (5, 34). Faglig skjønn er alltid en viktig del av sykepleiernes vurderinger og beslutningsgrunnlag, og skjønnsutøvelsen er basert på kunnskap, som også inkluderer etiske vurderinger, profesjonserfaringer og pasientens situasjon (35).

Kompetanse kan betraktes å være sammensatt av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som er nødvendige for å utføre tjenesteoppgaver i henhold til definerte krav og mål (36). Kunnskap kan være både eksplisitt og taus. Ifølge Polanyi (37), kan eksplisitt kunnskap verbaliseres, og kunnskapen settes ofte i system gjennom strukturer, rutiner og prosedyrer. Taus kunnskap er kjennetegnet av at den vanskelig lar seg verbalisere da kunnskapen ofte er internalisert (37). Det vil si at kunnskapen er blitt en del av den enkelte tjenesteutøvers virkelighetsforståelse og virker styrende på blant

Sammendrag:

Norske kommuner er lovpålagt å legge til rette for kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. I denne artikkelen belyses utfordringer som sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere opplever når de søker å planlegge og implementere kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. Det er gjennomført kvalitative intervju med åtte informanter fra syv kommunale sykehjem. Funnene viser at det savnes kommunale insentiver og tilrettelegging for å innføre kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem, som tilgang på vitenskapelige databaser eller vektlegging av kunnskapsbasert praksis ved kommunale stillingsutlysninger. Funnene viser også at det er uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til hvordan kunnskapsbasert praksis kan ivaretas i sykehjem. Sykehjemslederne har ikke fulgt opp sitt lovpålagte ansvar om implementering av kunnskapsbasert praksis, noe som har bidratt til mangelfull kompetanse, skjøre faglige miljø og nettverk knyttet til kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: kunnskapsbasert praksis, sykehjemsledere, handlingsrom, læring, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Abstract:

Norwegian municipalities are required by law to facilitate knowledge-based practice in municipal nursing homes. This article highlights the challenges nursing home managers and nurses responsible for developing the nursing profession experience when they seek to plan and implement the knowledge-based practice in municipal nursing homes. Qualitative interviews were conducted with eight informants from seven municipal nursing homes. The findings indicate a lack of incentives, including access to scientific databases and emphases on a knowledge-based approach in municipal job advertisements, to facilitate the introduction of knowledge-based practice in municipal nursing homes. Also, the findings show an unclear allocation of roles and responsibilities concerning how knowledge-based practice can be implemented in nursing homes. Nursing home managers have not followed the regulations and guidelines for implementing knowledge-based practice due to a lack of competence, a fragile professional environment and networks linked to knowledge-based practice.

Keywords: knowledge-based practice, nursing home managers, managerial discretion, learning, phenomenological hermeneutic approach.

annet problemforståelse, oppgaveløsning og samhandling. Når det gjelder arbeidet med KBP vil trolig eksplisitt kunnskap være mer tilgjengelig enn taus kunnskap når det skal utvikles en syntese mellom profesjon-, forskning-, erfaring- og bruker kunnskap. En syntese kan betraktes som en sammenfatning av enkeltelementer, i dette tilfellet ulike kompetanser, som danner et helhetlig kunnskapsfundament som gir grunnlag for å utvikle faglige ordninger som kan bidra til økt kvalitet i utøvelsen av sykepleie.

KBP handler særlig om systematisering av kunnskap for å oppnå læring i sykehjemmet. I denne artikkelen betraktes læring som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen (38). Personlig læring kan påvirkes av ansattes indre motivasjon, det vil si en indre drivkraft for læring. Ytre motivasjon omhandler den belønningen som gis etter endt ytelse (39), og i forhold til KBP kan belønning for eksempel gis i form av tidsressurs og tilbud om kompetanseheving for ansatte i sykehjem. Begrepet prososial motivasjon som handler om å gjøre noe godt for andre, uten å forvente noe igjen (40), kan også bidra til å belyse både individuell og organisatorisk læring.

Læring i organisasjoner karakteriseres av ulike former for læring, der enkeltkretslæring bidrar til å justere eksisterende prosedyrer og rutiner (41). I enkeltkretslæring er målene eller verdiene som styrer atferden tatt for gitt. Dobbelkretslæring derimot innebærer muligheter for mer radikale endringer og innebærer at det stilles spørsmål om organisasjonens mål og verdier bør revurderes. Den viktigste forskjellen mellom enkeltkrets- og dobbeltkretslæring er viljen til konstant å vurdere og sette spørsmålstepp ved de mål og verdier som settes i sykehjemmet (41).

Metode

Denne studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og Kvale og Brinkmanns (42) tilnærming ligger til grunn for både datainnsamling og analyse. I denne tilnærmingen legges det vekt på mening og forståelse av menneskelige opplevelser, erfaringer og handlinger.

Tilnærming til forskningsfeltet

Det ble valgt ut tre bykommuner i Norge. To av forskerne valgte ut aktuelle sykehjem og fordelte

disse mellom seg med tanke på gjennomføring av intervjuene. Begge forskerne var sykepleiere og hadde god kjennskap både til kommunehelsetjenesten og til sykehjem. Sykehjemslederne ble i telefonsamtaler informert om hensikten med prosjektet. Det ble samtidig opplyst om at det var ønskelig å benytte individuelle dybdeintervju i datainnsamlingen. Alle sykehjemslederne som ble forespurt kommenterte at studien var viktig og de

«Fagutviklingssykepleiere har et spesielt ansvar for å følge opp sykehjemsledernes føringer med hensyn til å bygge opp kompetansen i avdelingen, blant annet planlegging og implementering av KBP i sykehjem»

ønsket å delta. Sykehjemslederne kontaktet egne fagutviklingssykepleiere og begge faggruppene bekreftet i etterkant at de ønsket å delta i studien, og tid for gjennomføring av intervju ble avtalt. Sykehjemslederne og fagutviklingssykepleierne fikk også velge om de ville foreta intervjuene på, eller utenfor arbeidsstedet. Alle valgte å ha intervjuene på arbeidsstedet.

I studien inngikk åtte informanter; fire sykehjemsledere og fire fagutviklingssykepleiere fra syv kommunale sykehjem. Bakgrunnen for denne utvelgelsen er at det kan variere hvem som har fagutviklingsfunksjoner som ansvarsområde i ulike sykehjem, men det er sykehjemslederne som har det overordnede ansvar for kunnskapsutvikling. Fagutviklingssykepleiere har et spesielt ansvar for å følge opp sykehjemsledernes føringer med hensyn til å bygge opp kompetansen i avdelingen, blant annet planlegging og implementering av KBP i sykehjem. I et av sykehjemmene deltok både sykehjemsleder og fagutviklingssykepleier i intervjuet. I de andre institusjonene var det enten





sykehjemsleder eller fagutviklingssykepleier som ble intervjuet. Alle informantene var kvinner og hadde varierende fartstid i rollen som ledere og fagutviklingssykepleiere i sykehjem. Noen informanter hadde bachelorgrad, mens andre hadde videreutdanning, eller mastergrad i sykepleie. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD-sikt).

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk ved bruk av semistrukturerte dybdeintervju, hvor fokuset var å få tak i informantens erfaringer knyttet til KBP (42). I intervjusituasjonen ble det lagt opp til en åpen samtale hvor det ble stilt spørsmål til informantene og hvor forskerne fulgte opp svarene med relevante utdypningsspørsmål (43). Det ble gitt mulighet for fleksibilitet med tanke på endring av rekkefølge og formulering av spørsmålene som ble stilt. På denne måten kunne man forfølge svarene og historiene som ble fortalt av intervjupersonen. Semistrukturerte intervju ble valgt i denne studien fordi det gir fleksibilitet i samtalen og det er rom for informantens egne innspill. Semistrukturen inneholdt tre hovedområder; ledernes opplevde muligheter og begrensninger i arbeidet med KBP, organisering av arbeidet med KBP og kompetanse. Alle intervjuene ble startet med et innledende spørsmål: «Hvilke

muligheter og begrensninger opplever du som sykehjemsleder/fagutviklingssykepleier når du skal planlegge for og iverksette KBP i kommunale sykehjem?». Intervjuene varierte fra mellom 60-90 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på båndspiller og transkribert i etterkant.

Analyse av data

Intervjuene ble gjennomlest av alle fire forskerne. Hensikten var å få en overordnet forståelse av datamaterialets innhold. Kvale og Brinkmanns (42) fenomenologiske-hermeneutiske analyse omfatter tre faser; egenforståelse, allmenn forståelse og teoretisk fortolkning. Ved en første grundig gjennomlesning gjennomførte forskerne en overordnet fortolkning av informantens svar på spørsmålene knyttet til de semistrukturerte tema i intervjuguiden. I fase to benyttet forskerne aktuell kunnskap og egen forforståelse for å bygge videre på informantens svar for å utvikle en forståelse av deres opplevelser og erfaringer. Med dette som grunnlag ble det utviklet ulike temaer som dannede strukturen i en mer allmenngyldig forståelse. I den tredje fasen var teoretisk fortolkning sentral i søken mot dybdeforståelse. I presentasjonen av funnene inngår både analysefase en og to, mens fase tre utgjør diskusjonsdelen i artikkelen.



Forskningsetikk

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.

Presentasjon av funn

Følgende hovedtema ble utviklet gjennom dataanalysen; 1) Uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP, 2) Mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk, 3) Manglende kommunalt ansvar.

Uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP

Empirien viser at det er manglende oppmerksomhet i forhold til hvordan kunnskapsbaserte tjenester kan ivaretas i sykehjemmet. Sykehjemsledernes erfaringer viser at det er utfordrende å motivere sykepleierne til å ta ansvar for kunnskapsbaserte tjenester. Fagutviklingsykepleierne ser ut til å ha lignende erfaringer, og en av dem uttrykker det slik (Informant 1): «Ja, jeg synes vel det er vanskelig å få sykepleierne, enkelte sykepleiere, til å tenke forskning ... og bare det at de har et ansvar for å oppdatere seg selv, også». En sykehjemsleder (informant 7) forteller: «Vi mangler [...] noen som virkelig brenner for det [KBP] og setter det på dagsordenen». Samtidig gir informanten uttrykk for at de har «[...] vært for dårlig å kommunisere ut at vi ønsker at denne kunnskapen [KBP] skal dere være med på å videreføre ut til de andre. Så der ser jeg en sånn svakhet». En annen sykehjemsleder (informant 8), som kan være representativ for flere, gav uttrykk for at sykehjemslederne og fagutviklingsykepleierne har en mangelfull forståelse for hva KBP er og innebærer.

Det fremkommer videre at eksisterende roller ikke er tillagt et ansvar for KBP, og det er heller ikke etablert nye roller som er tillagt dette ansvaret. Samtidig er det ikke utviklet faste ordninger for å sette det på dagsorden. En av sykehjemslederne (Informant 5) sier:

[...] vi har ikke noen fagutvikler eller noen pådrivere på faget. [...] Det er for mange kokker, og for få som har fag som fokus, for lite fagutvikling [...] det er ikke kultur for det, og det er ikke noe snakk om det.

En fagutviklingsykepleier (informant 1) forteller: «Jeg mener som fagsykepleier at leder burde komme med en bestilling til fagsykepleier på hva

som trengs spesifikt for sine avdelinger og hvilken opplæring vi ønsker å gi».

«[...] når ansatte velger å ta videreutdanninger, så har vi for lite forventninger til hva de kanskje kan bidra med på de forskjellige arbeidsplassene»

Empirien tyder på at informantene i liten grad tar ansvar for å tilrettelegge og implementere KBP i sykehjemmet, ansvaret forskyves til den enkelte ansatte. Empirien tyder videre på at sykehjemslederne og fagutviklingsykepleierne har en mangelfull forståelse for meningsinnholdet i KBP og hva denne arbeidsmetoden kan innebære for kvaliteten i tjenesteutøvelsen.

Mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk

Empirien viser at ansatte i flere avdelinger har spesialkompetanse innenfor ulike sykepleiefaglige områder, som for eksempel innenfor tannhygiene og smertebehandling, men kompetansen blir sjelden delt i praksisfellesskapet.

En sykehjemsleder (informant 7) påpeker: «[...] når ansatte velger å ta videreutdanninger, så har vi for lite forventninger til hva de kanskje kan bidra med på de forskjellige arbeidsplassene. Der har vi for dårlige systemer». En sykehjemsleder (informant 5) forteller: «[...] vi har ikke et system som gjør at vi er flinke til å benytte oss av den kunnskapen som den personen har, nei».

En sykehjemsleder (informant 7) forteller:

Jeg har på en måte prøvd å få dem [med master] på banen, til å lage opplegg, for eksempel internundervisning for andre, men har møtt veldig motvilje. [...] til tross for at de i stor grad blir kompensert for å ta den utdanningen [...] jeg har opplevd veldig lite villighet for å dele denne kunnskapen.

Informantene forteller at de i liten grad setter av tid til fagdager og at noen bør ha ansvar for å orga-



nisere dette arbeidet. En fagutviklingspsykeleier (informant 3) gir uttrykk for at:

Det [fagdager] har ikke vært noe som har vært praktisert, men det er noe vi har snakket om at vi har lyst å få til. Gjerne planlagt i turnus med årlige fagdager. [...] Det at det er noen som har den røde tråden i det faglige på huset, er kjempeviktig.

En fagutviklingspsykeleier (informant 1) sier:

Jeg har lyst på faste planer for undervisning. Jeg kunne tenkt meg at det er eksterne som kommer inn og underviser. Ikke bare jeg eller Sara [fiktivt navn]. Men at vi får undervisning fra flere hold og andre synsvinkler og ... jeg tror jo det motiverer mange til å begynne å jobbe her, at de ser at ... man kan oppdatere seg her også.

Empirien viser at det ikke er utviklet faglig samarbeid mellom avdelingene i sykehjem eller mellom sykehjem. En fagutviklingspsykeleier (informant 2), forteller: «Vi har ingen faglige nettverk i sykehjemmet». En sykehjemsleder (informant 7) påpeker: «Å bruke de [psykeleierne] på tvers av bogrupperne og sånt for å øke kompetansen på de øvrige psykeleierne, det er nok absolutt noe vi kunne blitt flinkere på».

Empirien tyder på at det er et ønske om å systematisere faglig læring og samarbeid innen den enkelte avdeling, mellom avdelinger og mellom sykehjem. Funnene tyder på at det er vanskelig å få til samarbeid på grunn av skjøre eller manglende faglige nettverk, samt liten vilje blant flere ansatte til å dele kunnskap.

KBP - kommunens rolle

Lederne i sykehjemmene forteller at de opplever kommunens rolle som utfordrende i forhold til tilrettelegging av KBP i kommunale sykehjem. På spørsmålet om hva kommunen har kommunisert i forhold til innføringen av KBP, sier en fagutviklingspsykeleier (informant 6): «[...] ikke noe som jeg vet om, som de har gjort. Der vet jeg ikke om de har gjort noe i det hele tatt».

Vitenskapelige databaser er en vanlig kilde for å tilegne seg kunnskap om forskning innenfor ulike områder, men på spørsmålet om kommunen har gitt tilgang til vitenskapelige databaser er svaret fra en av sykehjemslederne (informant 5) representativt for samtlige informanter: «Nei, ikke som jeg er kjent med i hvert fall».

Empirien viser at det heller ikke i kommunale utlysninger etterspørres kompetanse om KBP, og/

eller masterkompetanse. En fagutviklingspsykeleier (informant 6) sier:

Vi ønsker selvfølgelig å øke kompetansen, men vi har ikke [...] bestemt at vi ønsker å få så mange utdannede og ha en mastergrad. Kommunen har sviktet i forhold til å skaffe psykeleiere med masterkompetanse som kunne lede kunnskapsbasert praksis.

En annen sykehjemsleder (informant 7) forteller at: «Det står ikke i den utlysningsteksten. Det er jo en sånn standard utlysningstekst som brukes i kommunen, og det står ikke noe om det».

Empirien viser at lederne er opptatt av at tjenestene skal være preget av kvalitet, men de tre elementene som inngår i KBP er ikke en del av kvalitetstenkningen. En sykehjemsleder (informant 5) hevder at:

Vi er opptatt av å levere kvalitet, for det står høyt, at det skal være kvalitet over det vi gjør, men det blir ikke knyttet opp mot forskningsbasert kunnskap og Samhandlingsreformen, altså de ordene blir ikke nevnt. Det blir liksom opp til oss hvordan vi løser det.

Funnene kan forstås som om at kommunen fraskriver seg sitt ansvar for å følge opp politiske pålegg om å tilrettelegge for KBP i kommunale sykehjem. Kommunens manglende engasjement blir også synlig gjennom manglende opplæring i KBP som arbeidsmetode, mangelfulle stillingsutlysninger og ansatte har liten eller ingen tilgang på vitenskapelige databaser i arbeidssammenheng.

Diskusjon

Vi vil i det følgende diskutere hvilke utfordringer sykehjemsledere og fagutviklingspsykeleiere opplever i planlegging og implementering av kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. Temaene blir diskutert i følgende rekkefølge: Manglende kommunalt ansvar, uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP, mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk.

Manglende kommunalt ansvar

Empirien viser at kommunenes ansvarsfraskrivelse bidrar til at hverken Samhandlingsreformens føringer eller lovpålagte krav knyttet til KBP i sykehjem blir ivarettatt (3, 2, 1). Funnene viser at ansvarsfraskrivelsen får omfattende følger for det formelle handlingsrom som sykehjemsledere og fagutviklingspsykeleiere har for å imøtekomme



føringer og lovpålagte krav om KBP i tjenesteutøvelsen. Det formelle handlingsrommet blir begrenset fordi kommunene ikke gir tilbud om ressurser i form av for eksempel tid eller kompetanseheving i forhold til KBP. Samtidig begrenses det formelle handlingsrommet av lav normering av sykepleiestillinger og ubesatte sykepleiestillinger, noe som kan bidra til at sykehjemslederne ikke prioriterer å sette i gang KBP og påfølgende kvalitetsutviklingsprosesser (3, 2). Sykehjemsledernes begrensede formelle handlingsrom kan slik føre til at de ikke ivaretar sitt ansvar i forhold til KBP, noe som kan betraktes som en ansvarsfraskrivelse også i sykehjemmet. Det er mulig at sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse er et svar på et krysspess som fremkommer på grunn av formelle pålegg om å implementere KBP, samtidig som de skal ivareta forventningene om drift, personell og fag (29, 7, 32). Kommunens ansvarsfraskrivelse kan ytterligere legitimere sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse og kan slik bidra til at de ikke evner å benytte sitt subjektive handlingsrom for å implementere KBP

i en hektisk arbeidshverdag. Samhandlingsreformens føringer blir gjennom dette ikke fulgt opp.

Ansvarsfraskrivelsen som ser ut til å foregå både på overordnet kommunalt nivå og på ledernivå i sykehjem kan slik ha betydning for manglende fagkompetanse, svake fagmiljø og fravær av faglige nettverk knyttet til KBP. Dette kan bidra til begrenset nytenkning og kvalitetsutvikling i tjenesteutøvelsen.

Uklar rolleforståelse og manglende kunnskapsdeling

Empirien tyder på at sykehjemsledernes utøvelse av ledelse preges av normer der praktisk erfaring og drift får størst oppmerksomhet, noe som kan bidra til at den teoretiske og akademiske kunnskapen knyttet til KBP kommer i bakgrunnen (44). KBP er fraværende som faglig diskusjonstema og er ikke tatt opp hverken på faglige eller administrative møter. Dette kan ha sammenheng med at sykehjemslederne ikke prioriterer arbeidet med å utvikle roller som kan ha et klart ansvar for å tilret-



telegge for, og motivere til KBP (32). Det er mulig at sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse bidrar til å begrense fagutviklingssykepleiernes formelle handlingsrom og forventningene som rettes mot rollen med hensyn til KBP kan fremstå som uklare eller fraværende. Manglende eller uklare forventninger innebærer trolig at det ikke blir tilrettelagt for teoretisk innføring i KBP som arbeidsmetode for å heve kompetansen i sykehjemmet med tanke på økt kvalitet i tjenesteutøvelsen. Det rettes hel-

«Uklart ansvar og manglende roller i forhold til KBP bidrar trolig til svak kompetanseheving og mangelfull utvikling av rutiner og prosedyrer»

ler ikke forventninger mot sykepleiere som har masterkompetanse om å dele relevant kunnskap i forhold til KBP, samtidig som det også fremkommer at sykepleiere med masterkompetanse ikke føler seg forpliktet til å bidra med sin kunnskap i fagfellesskapet. Masterkompetanse forblir ofte en individuell kunnskap som ikke blir gjort eksplisitt (37) til tross for at det er behov for denne kompetansen i sykehjemmet, noe som også andre studier viser (20). Mangelfull kunnskapsdeling tyder på at den prososiale motivasjonen er svak (40), og det er heller ikke utviklet ytre insentiver som kan bidra til et ønske om kunnskapsdeling. Det blir med andre ord ikke arbeidet systematisk med utvikling av roller, faglige rutiner og prosedyrer som kan ivareta KBP.

Uklart ansvar og manglende roller i forhold til KBP bidrar trolig til svak kompetanseheving og mangelfull utvikling av rutiner og prosedyrer. Dette kan bidra til at den enkelte sykepleier ofte må gjøre individuelle vurderinger når det er behov for tiltak i forhold til pasienter. Disse vurderingene er basert på egen kompetanse og utøvelse av skjønn som bygger på både taus- og eksplisitt kunnskap. Når den enkelte sykepleier blir stående alene med sine vurderinger, gis det lite rom for erfaringsdeling som kan bidra til at taus kunnskap blir delt og noen ganger verbalisert (37). Det at flere

sykepleiere gjør individuelle vurderinger og har et individuelt ansvar for pasienttiltak, kan bidra til svekket informasjonskontinuitet i tjenesteutøvelsen (45), fordi deres vurderinger ikke deles i et fagfellesskap. Informasjonskontinuitet innebærer at relevant informasjon om pasienter alltid er tilgjengelig for tjenesteutøvere som har behov for denne informasjonen. Når KBP som arbeidsmetode ikke benyttes i sykehjemmet, kan dette gå på bekostning av utvikling av regler og prosedyrer som kan gjøres tilgjengelig gjennom informasjonssystemer som kan gi sykepleierne kontinuerlig og relevant informasjon om den enkelte pasient. Dette fordi KBP som arbeidsmetode bidrar til å systematisere og syntetisere profesjon- forskning og erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasienters ønsker og behov i den enkelte situasjon. Tjenesteutøvelsen foregår innenfor NPMs rammeverk der sykehjemsledere har et selvstendig ansvar for å legge til rette for strukturer som kan styre adferden i retning av kompetanseheving og kvalitet i tjenesteutøvelsen (33, 46). Empirien viser imidlertid at sykehjemslederne ikke ivaretar sitt ansvar med hensyn til KBP, noe som kan forstås som om at føringene innenfor NPM ikke blir ivarettatt.

En tjenesteutøvelse preget av individuelt ansvar kan føre til etiske dilemmaer og emosjonelt arbeid (47). Emosjonelt arbeid oppstår når sykepleiere opplever et gap mellom de forventninger som rettes mot dem i tjenesteutøvelsen, og det de selv kjenner at de er i stand til å yte til enhver tid (48). Et individuelt ansvar kan bidra til emosjonelt arbeid knyttet til etiske utfordringer når sykepleierne individuelt skal beslutte hvilke tiltak som skal iverksettes. Emosjonelt arbeid over tid kan trolig også ha betydning for hvor lenge sykepleiere velger å bli i sin stilling i sykehjemmet.

Manglende systematikk i arbeidet med kunnskapsutvikling bidrar til begrenset organisatorisk læring i sykehjemmene og den felles kunnskapsbasen blir begrenset (38). Når det ikke blir etablert formelle organisasjonsstrukturer for KBP, kan det skape utfordringer i forhold til læring både på et individuelt og organisatorisk nivå, samt utfordringer i forhold til kvalitet på tjenesteutøvelsen. Dette kan føre til at læringsprosessene i sykehjemmene preges av enkeltkretslæring, det vil si små, stegvise endringer som kan gi svak faglig utvikling (38, 41). Enkeltkretslæring vil neppe være tilstrekkelig for å få til KBP. Dette fordi denne arbeidsformen baserer

seg på en sammenfatning av brukernes behov og erfaringer, utøvernes profesjons-, forsknings-, og erfaringskunnskap som grunnlag for å utvikle faglige rutiner og prosedyrer (5). Metoder for KBP er både omfattende og krevende, og berører fundamentet for tjenesteutøvelsen. Det er mulig at for å lykkes med å få til syntesen mellom kunnskapsdimensjonene (36) i KBP kan dobbeltkretset læring være nødvendig. Ved dobbeltkretset læring stilles det spørsmål om verdigrunnlaget som tjenesteutøvelsen er tuftet på, er riktig i forhold til politiske føringer og pålegg (41). Dobbelkretset læring kunne gi mulighet for å imøtekomme Samhandlingsreformens (1) krav til faglig kvalitet i tjenesteutøvelsen.

Manglende insentivsystemer kan også ha betydning for hvorfor både individuell og organisatorisk læring er begrenset i sykehjemmene. Et samspill mellom indre, og ytre motivasjon i form av insentiver (39, 49), kan være viktig for å få i gang organisatoriske utviklingsprosesser for kunnskapsdeling, samt individuell og organisatorisk læring. Empirien viser imidlertid at ytre insentiver i form av for eksempel etablering av solide fagmiljø, nettverksbygging, praksisfellesskap, tilgang til vitenskapelige databaser, samt ressurser for arbeidet med kunnskapsbasert praksis, er fraværende. Den kommunale ansvarsfraskrivelsen bidrar til at det ikke blir lagt til rette for formelle system for læring.

Det kan stilles spørsmål om hva som er årsakene til at politisk og administrativ ledelse i kommunen ser ut til å fraskrive seg ansvaret for tilrettelegging for KBP. Det kan muligens være manglende kunnskap blant disse aktørene, og begrenset kunnskap gir et begrenset handlingsrom. Premissene som politiske prioriteringer hviler på kan være lite utredet og kunnskapssvake, og resultatet kan bli slik som denne studien viser; en ansvarsfraskrivning på flere nivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og KBPs potensiale blir i liten grad realisert. Spørsmålet er om det kanskje også her er nødvendig med en kunnskapsoppdatering knyttet til KBP hos både politisk og administrativ ledelse slik at handlingsrommet for politiske beslutninger på kommunalt nivå kan utvides.

Oppsummering

Studiens problemstilling var å belyse hvilke utfordringer sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere opplever i planlegging og implementering av

KBP i kommunale sykehjem. Hovedfunnet viser kommunal ansvarsfraskrivelse i forhold til å følge opp politiske pålegg. Ansvarsfraskrivelsen kommer til uttrykk gjennom fravær av insentiver og manglende tilrettelegging i forhold til implementering av KBP som arbeidsmetode i kommunale sykehjem. Kommunens ansvarsfraskrivelse ser ut til å ha en smitteeffekt som synliggjøres gjennom at sykehjemsledernes formelle og subjektive handlingsrom begrenses, og de vegrer seg eller prioriterer ikke å implementere KBP, selv om dette er en lovpålagt oppgave. De empiriske funnene reiser nye spørsmål i forhold til videre forskning. Et sentralt område som fremkommer kan knyttes til kommunal ansvarsfraskrivelse i forhold til lovpålagte oppgaver i helse- og omsorgstjenesten.

Litteratur

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/2>. Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/3>. Meld. St. 38 (2020-2021). Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
4. Helsedirektoratet (2018). De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. januar 2018, lest 28. mai 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
5. Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L. (2012). Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe.
6. Helsebiblioteket. (2021). Kunnskapsbasert praksis (sist faglig oppdatert 17. september 2021, lest 28. mai 2023). Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
7. Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. Nordisk sygeplejeforskning, 7(3), 195-208. <https://doi.org/10.18261/isn.1892-2686>
8. Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
9. Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
10. Persson, H. Å., Ahlström, G. & Ekwall, A. (2022). Professionals' readiness for change to knowledge-based palliative care at nursing homes: a qualitative follow-up study after an educational intervention. MBC Palliative Care, 21(132). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01018-y>
11. Ahlström, G., Nilsen, P., Benzein, E., Behm, L., Wallerstedt, B., Persson, M. & Sandgren, A. (2018). Implementation of knowledge-based palliative

- care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol. *BMC Palliative Care*, 17(52). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0308-2>
12. Wettergreen, J., Ekorndrud, T. & Abrahamson, D. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Statistisk sentralbyrå. Hentet 28. mai 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebølgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
 13. Næringslivets hovedorganisasjon. (2023). Om du trenger sykehjem eller hjelp hjemme. Hentet 28. mai fra <https://www.nho.no/tema/proffentlig/alderdom/>
 14. Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *Magma*. *Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 1, 65-72.
 15. Hernes, G. (2007). Med på laget: om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen. (FAFO-rapport 9). Fafo. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/FAFO-rapporter/med-pa-laget>
 16. Forsberg, A. (2016). Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar (1. utg.). Natur & kultur Akademisk.
 17. Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering, Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
 18. Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC nursing*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>
 19. Norsk sykepleierforbund. (2022). Førstelinjeledere i døgkontinuerlige virksomheter (NSF Rapport 1021942). Agenda Kaupang. <https://www.nsf.no/rapport/forstelinjeledere-i-dogkontinuerlige-virksomheter-agenda-kaupang-2022>
 20. Mæhre, K. S. (2017). «Vi må ha hjelp!» Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjemsavdeling etter Samhandlingsreformen [Doktoravhandling]. Nord universitet.
 21. Pedersen, K. R. & Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av kunnskapsbasert praksis i sykehjem. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (red.), (2021). *Handlingsrom for profesjonalisert velferd*. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern (s. 155-175). Cappelen Damm Akademisk.
 22. Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins.
 23. Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T. (2005). Readiness of US Nurses for Evidence-Based Practice: Many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 105(9), 40-51. <https://doi.org/10.1097/0000446-200509000-00025>
 24. Smith-Strøm, H., Oterhals, K., Rustad, E. C. & Larsen, T. (2012). Culture clash regarding nursing students' experience of implementation of EBP in clinical practice. *Vård i Norden*, 32(4), 55-59. <https://doi.org/10.1177/010740831203200412>
 25. Ciliska, D. (2005). Educating for Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 345-50. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.008>
 26. Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
 27. Etzioni, A. (1982). *Moderne organisasjoner* (1. utg.). Tanum.
 28. Selznick, P. (1984). *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. University of California Press.
 29. Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd*. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern (s. 131-153). Cappelen Damm Akademisk.
 30. Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Tingvoll, W.-A. (2021). Antologiens sentrale begreper og perspektiver. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd*. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern (s. 9-25). Cappelen Damm Akademisk.
 31. Espedal, B. & Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: Betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma – tidsskrift for økonomi og ledelse*, 15(8), 30-39. <http://hdl.handle.net/11250/282754>
 32. Martinussen, W. (2008). *Samfunnsliv. Innføring i sosiologisk tenkemåter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
 33. Yukl, G. (2019). *Leadership in organizations* (8. utg.) Pearson.
 34. Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzolt, F., Burls, A. & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>
 35. Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen* (1. utg.). Akribe.
 36. Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
 37. Polanyi, M. (2009). *The tacit dimension*. University of Chicago Press.
 38. Argyris, C. (1977). *Double Loop Learning in Organizations*. Harvard Business Review, 55(5), 115-125. https://www.academia.edu/download/33422921/08_Argyris_doublelooplearning.pdf
 39. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary educational psychology*, 25. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
 40. Buch, R., Dysvik, A. & Kuvaas, B. (2016). *Produktiv motivasjon i arbeidslivet* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
 41. Argyris, C. & Schön, D. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Addison-Wesley.
 42. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
 43. Fog, J. (1999). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervju*. Akademisk Forlag.
 44. Tingvoll, W.-A., Pedersen, K. R. & Nymo, R. I. J. (2018). Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering. *Sykepleien Forskning*, 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleien.2018.73575>
 45. Freeman, G. K., Woloshynovych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., Haggerty, J. & Tarrant, C. (2007, juni). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* (Report by National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D). NCCSDO. <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2027553>
 46. Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S.-T. D. (2014). *Samhandling – sykepleieledere og bestiller-utførelsenhet*. *Geriatrisk sykepleie*, 6(3). <https://sykepleien.no/2014/12/geriatrisk-sykepleie>
 47. Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & Fredriksen, S.-T. D. (2010). *Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus*. *Vård i Norden*, 30(95), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831003000107>
 48. Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
 49. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American psychological association*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Mer verdig omsorg



- DignaCare er en fleksibel sensor som festes enkelt på utsiden av inkontinensproduktet.
- Sensoren varsler om behov for skift av inkontinensprodukt via en brukervennlig app.
- DignaCare sikrer en verdig hverdag for de som lever med inkontinens, og en enklere hverdag for helse- og omsorgspersonell. Med DignaCare kan vi som samfunn oppnå høyere kvalitet i behandling, og omsorg, og gi mer helse for investerte kroner.

Besøk: www.dignacare.com





Verdigghetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Verdigghetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter innen eldreomsorg

Vi tilbyr kurs og etterutdanninger innen:

- › Palliasjon
- › Frivillighet og kultur
- › Akuttmedisin
- › Praktisk implementering
- › Klinisk kommunikasjon og etikk



Skann QR-koden og les mer om hva vi tilbyr av kompetanseheving

› verdighetsenteret.no

Styret i NSF's faggruppe for geriatri og demens ønsker velkommen til landskonferanse i Oslo 18.-19. april 2024

Styret og konferansier i NSF's faggruppe for geriatri og demens takker for vel gjennomført landskonferanse i Bodø i 2023 som hadde søkelys på geriatri. Vi minner på at vår neste landskonferanse som

skal avholdes Oslo den 18.-19. april 2024. Denne konferansen skal ha hovedfokus på demens og vi ønsker alle medlemmer og andre interesserte hjertelig velkommen.



Deler av styret i NSF's faggruppe for geriatri og demens og konferansier takker for vel blåst landskonferanse i Bodø. Fra venstre: Linda Sunne, Frank Eide, Liv-Berit Jordal, Siren Andreassen, Terje Årsvoll Olsen, (konferansier), Elin Grønsveen, Tor Engevik og Hilde Fryberg Eilertsen.



Engasjerende fagkveld i Odda

Den 12. januar inviterte NSF's fylkeskontor og noen av NSF's faggrupper i Vestland til medlemsmøte og fagkveld i Odda. Fylkesleder Reidun Stavland fylte opp bilen med Cecilie Hammersland, Marianne Myking, Anne Britt Hauge og Tor Engevik fra faggruppene og kjørte de 138 kilometerne til Odda. En tur på drøye to og en halv time på delvis smale vestlandsveier. Det ble en innklemt, men svært hyggelig tur med fem godt voksne og humorfylte personer i en liten personbil. Vel fremme ble vi møtt av et tredvetalls dedikerte sykepleiere som kom for å være med på med på fagkvelden.

Etter en velkomsthilsen av fylkesleder Reidun Stavland og nestleder

Karin Bell Trædal, holdt Cecilie Hammersland fra sykepleierlederne et interessant foredrag om sykepleiere i stab på sykehjem. Deretter holdt Tor Engevik, leder NSF's faggruppe for geriatri og demens, et engasjerende foredrag om livsglede og aktivitet på sykehjem. Og som avslutning inviterte Marianne Myking og Anne Britt Hauge fra kreftsykepleierne til kjekt sofamøte med faglig kompetente sykepleiere fra nærområdet. Anne Britt Hauge er styremedlem i kreftsykepleierne i Vestland fylke, men også medlem i faggruppe for geriatri og demens. Under samlingen i Odda meldte fylkesleder Reidun Stavland seg inn i faggruppe for geriatri og demens sammen med

tre andre tilhørere. Velkommen til vårt faglige felleskap.

Til slutt er det bare å oppfordre alle sykepleiere i NSF som vil ha en god eldreomsorg til å melde seg inn i faggruppen. Dette gjøres lettest ved å sende en SMS med ordet GERIATRI til 02409. Det koster kun 400 kr pr år å være medlem og du får da faggruppens indekserte fagtidsskrift Geriatrik sykepleie i posten hvert halvår og tilbud om spennende seminarer og fagkvelder. Bli med å bidra til god fagutvikling og forskning i eldreomsorgen. ■

Foran en kroneautomat på lokalet i Odda: Leder i NSF's faggruppe i geriatri og demens Tor Engevik og fylkesleder i Vestland Reidun Stavland, nyinnmeldt og stolt medlem i NSF's faggruppe for geriatri og demens.
Foto: Karin Bell Trædal.



Marianne Myking og Anne Britt Hauge fra kreftsykepleierne, (også medlem i faggruppe for geriatri og demens), holdt spennende innlegg og ledet sofamøte i Odda. Foto: Tor Engevik.





Fagkveld hos lokalgruppen i Hedmark

Av Ida Høyby

Den 17. januar arrangerte vår kontaktperson i innlandet, Gunn Gihle Riisehagen og NSF Innlandet, en flott fagkveld i Elverum. Gunn representerte også Nasjonalforeningen i Ringsaker Demensforening. Det kom over 60 entusiastiske deltagerne på seminaret. Etter velkomsthilsen fra fylkesleder Ida Høyby fikk vi høre et tankevekkende foredrag om forhåndssamtaler ved

alvorlig sykdom av Åsa Serholt Jensen fra utviklingscenteret Innlandet. Åsas budskap er at vi må tørre å snakke om døden. Etter Åsas foredrag fikk forsamlingen noe godt å spise og drikke. Deretter holdt norgesmester og pensjonist, 77 år unge Unni Olsen et humoristisk innlegg om hvordan hun klarte å sette en rekke norgesrekorder i styrkeløft etter at hun begynte å trene som

62 åring. Etterfulgt av faggrupeleder Tor Engevik som holdt foredrag om sitt prosjekt «aktive eldre» der han fortalte om alle livsforlengende fordelene man har ved å trene og leve et aktivt liv langt inn i geriatrisk alder. Mottoet er: «det er aldri for sent å begynne å trene». Etter foredragene hadde forsamlingen gode debatter med både forelesere og hverandre. ■



Bak fra vestre: fylkesleder Ida Høyby, faggrupeleder Tor Engevik og Kjetil Melvær. Foran fra venstre: norgesmester Unni Olsen, fra utviklingscenter innlandet Åsa Serholt Jensen og kontaktperson for faggruppe i geriatri og demens, Gunn Gihle Riisehagen.

Åsa Serholt Jensen holdt foredrag om forhåndssamtaler på fagkveld i Elverum.



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 2023. 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.