

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Det personlige livsrommets betydning
for Eldres verdighet på sykehjem

Side 26



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: Andvord Grafisk

FORSIDEFOTO: Shutterstock

ANNONSERING

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

Innhold

02 - 2021



- 8** Reminisens-
øyeblikket
- 18** Kan kompleksitetsteori bidra til bedre forståelse og tiltak ved aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem?
- 26** Det personlige livsrommets betydning for
eldres verdighet
på sykehjem
- 36** Slutter forskerens ansvar når resultatene foreligger, og de vitenskapelige artiklene publisert?
- 39** Landskonferansen 2021





FAKTA

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

Demens trenger åpenhet

Det hender at godt voksne, kjente og profilerte mennesker forsvinner fra rampelyset uten åpenbar årsak. En gang i blant opplever vi at de samme menneskene på et senere tidspunkt står frem og gir ansikt til en sykdom som på mange måter har fratatt dem deres identitet, karriere og det livet de kjente. Deres pårørende har stått støtt ved deres side, villig til å dele noe som er personlig og sårt, for at vi andre skal forstå. Anerkjente politikere og skuespillere har vært i denne gruppen, men også helt vanlige mennesker har delt sine historier for å rette søkelyset på en sykdom som trenger all den oppmerksomhet den kan få. Bare denne sommeren har flere ofret hele ferien for å bestige de høyeste toppene eller å gå Norge på langs for å skaffe sårt tiltrengte midler til institusjoner som forsker på demens. Bidragene har strømmet på og penger har blitt omgjort til ny og verdifull kunnskap.

For mange betyr det mye at noen våger å vise frem en virkelighet og en hverdag som kan være krevende og til tider både uverdig og belagt med skam. Demenssykdom trenger ansikt og den trenger stemmer. Den trenger forståelse, kunnskap, raushet og et samfunn som er åpent og inkluderende.

Norges befolkning blir eldre og vi får stadig flere funksjonsfriske leveår. Det er positivt at vi holder oss friske og blir eldre, men den økende alderen fører også til at flere av oss vil få diag-

nosen demens. I demensplan 2020 anslås det at 78.000 mennesker lever med sykdommen i Norge i dag, men ifølge Folkehelseinstituttet viser nyere forskning at tallet er høyere. Sannsynligvis er det over 100.000 mennesker i Norge som lever med demenssykdom. Det blir ikke bedre når forskningssjef ved aldring og helse, Geir Selbekk, forbereder oss på at i 2050 vil antallet være godt over det dobbelte. Statistikken er dyster og det er åpenbart at økt forekomst av demens vil gi oss som sykepleiere og samfunn store utfordringer.

Politikere, kommunale planleggere og helsepersonell i alle deler av helsetjenesten vil få krevende oppgaver fremover og tiden jobber mot oss. Mange av oss sykepleiere som i dag gir nødvendig helsehjelp, pleie og omsorg til denne pasientgruppen vil selv kunne bli rammet av sykdommen, og enda flere av oss vil bli pårørende. Samtidig sliter vi med å rekruttere de som skal ta hånd om bølgen som kommer.

Dette fordrer at vi må tenke nytt. Storsamfunnet må rigges, rustes og settes i stand til å håndtere utfordringen og kunnskapsdeling, opplæring og inkludering må være første steg. Pårørende og frivillige må involveres og kobles på, innovasjon må på agendaen og vi må lære av de som har lyktes med å tenke stort, og nytt.

Vi må skape et demensvennlig samfunn. Et åpent og inkluderende samfunn for alle som lever med en demenssykdom, og deres på-



rørende. Vi har behov for at de som er rammet blir hørt og ivaretatt lengst mulig, der de kjenner seg trygg. Vi behøver tilbud til dem på kveld, i helger og i høytider. Og vi må ta godt vare på de pårørende. De pårørende har behov for både kursing, samtaleterapi og at vi åpent snakker om demens. Slik at vi sammen kan lage gode ordninger for dem som rammes. Vi må ha aktivitetsvenner som stiller opp der det er behov og vi må gi den lokale kjøpmannen, buss-sjåføren og naboen den kunnskapen som skal til for å forstå at den endrede adferden har en forklaring. Kunnskap som gir dem tryggheten som trengs for at de skal kunne håndtere den demenssykes væremåter.


Sykepleiere som til daglig arbeider med pasientgruppen opparbeider seg verdifull erfaring. Når faglig kunnskap og erfaringskompetanse suppleres med faglig påfyll gir dette de beste forutsetningene i møte med pasientene. Det gir også det beste grunnlaget for kollegaveiledning og -støtte. Skal vi klare å takle «demensbølgen» har vi ikke noe annet valg

enn å skape et mer demensvennlig samfunn. Kun da vil både den demenssyke og pårørende kunne leve fullverdige liv.

Faggruppe for geriatri og demens har som mål å bidra til fagutvikling og spredning av viktig kunnskap om demens. Vi puster lettet ut for at vi i 2022 kan invitere til landskonferanse med fysisk fremmøte og et spenstig program. Vi har derfor gleden av å invitere deg til vår landskonferanse i Bergen den 21.-22. april 2022. Konferansen har fått tema «Levende og aktive liv med demens - hvordan kan sykepleieren bidra?». Programmet kan du lese om på andre steder i dette fastidsskriftet.

Velkommen til Bergen og hjertelig velkommen til konferanse. ■

Loe Engewik



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



FAKTA

Geir-Tore Stensvik

Universitetslektor
 Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.
 Norges Tekniske Naturvitenskapelige
 universitet

Kompleksitet, frivillighet og verdighet i sykehjem

Norge er verdensledende på frivillighet og halvparten av befolkningen engasjerer seg i en eller annen form for frivillig arbeid, men kun 1.1 % av den frivillige innsatsen er rettet mot eldreomsorg (1). Frivillighet er en viktig del av eldreomsorgen og det er behov for å styrke den frivillige innsatsen for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Av den grunn er frivillighet i eldreomsorg et politisk satsingsområde (2). Det er mange årsaker til at frivillighet i eldreomsorgen ikke er mer utbredt, men noen av utfordringene ligger i å rekruttere og beholde frivillige. Det er ulike typer frivillige og man skiller gjerne mellom kollektiv og refleksiv frivillighet (3). Den kollektive frivilligheten kjennetegnes gjerne av varig organisasjonsmedlemsskap og regelmessig innsats (ibid). Den Refleksive eller den individualistiske frivillige er mer orientert mot selve aktiviteten, eller saken den fremmer, enn gruppetilhørigheten. De refleksive frivillige har gjerne en løs kopling til organisasjonen og deltar ofte i kortere tidsperioder (4). For refleksive frivillige er det avgjørende at oppgavene passer med egne interesser og forventninger (5). I dette nummeret av Geriatrik sykepleie ser artikkelen «reminisenseøyeblikket» nærmere på hvordan man kan styrke de frivilliges motivasjon ved å bruke en modell for å bidra til reminisenseøyeblikk i møte mellom den eldre og den refleksive frivillige. Artikkelen peker på at for å lykkes med å rekruttere og holde på frivillige

er det viktig med god ledelse som ser at sykehjemmet er mer enn bare et hjem for beboerne og et arbeidssted for de som jobber der. Det er viktig at man har fokus på å legge til rette for meningsfulle møter mellom personer og tar utgangspunkt i deres ønsker og interesser.

Dette tema leder inn på neste artikkel i dette nummeret av geriatrik sykepleie som handler om betydningen av å ha kunnskap om kompleksitetsteori og forståelsen av at sykehjem er komplekse organisasjoner med mange mennesker, mange strategier og mange prosesser. Forfatterne av artikkelen «Kan kompleksitetsteori bidra til bedre forståelse og tiltak ved aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem?», argumenterer for at man trenger å se systemet rundt pasienten som en helhet samtidig som man ser hver enkelt av de ulike aktørene hver for seg, både som person og som grupper. På den måten kan man forebygge aggresjon og avverge overgrep og forsømmelser av sårbare eldre. Artikkelen peker på at det er viktig at helsepersonell og særlig ledere bør ta med seg en slik forståelse gjennom at det skapes systemer for bred tverrfaglig utredning og strukturert felles refleksjon blant personalgruppen, leder og sykehjemslege som igjen bidrar til ny læring og kunnskap i organisasjonen. En bred forståelse av komplekse system slik sykehjem er kan hjelpe både ledere og helsepersonell i å finne nye strategier i håndtering av ulike komplekse fenomen slik som



f.eks. aggresjon, overgrep og forsømmelse av beboere i sykehjem faktisk er.

Å ha tid til refleksjon over egne observasjoner og vurderinger er et viktig og gjentakende tema for sykepleiere. Dette er særlig viktig med tanke på at den som arbeider i sykehjem er i sårbare relasjoner der beboerens indre livsrom kan blir krenket når han blir fratatt sin frihet og autonomi og når han blir ydmyket og oversett. Uten refleksjon over hvordan sykehjemmet som system og dets rutiner påvirker den enkelte beboer kan man lett havne i en situasjon der de fysiske og relasjonelle betingelsene ikke er best mulige for at beboeren kan kunne leve utfra sitt indre livsrom og fortsette å være den de ønsker å være.

I litteraturstudien «Det indre livsrommets betydning for eldres verdighet på sykehjem», settes det søkelys på det personlige livsrommets betydning for verdighet for eldre på sykehjem. Studien peker på faktorer som kan bidra til at livsrommet kan innskrenkes ved låste og lukkede dører eller når rutiner blir rigide og urettferdige uten rom for at beboeren egne ønsker hensyntas. På den andre siden viser studien at livsrommet lett kan åpnes når aktiviteter personsentreres ved at man legger til rette for aktiviteter beboeren tidligere har trivdes med og av den gode omsorgsrelasjonen som er preget av nærvær, godhet og ansvar. Dette løfter igjen temaet om kompleksitet i sykehjem. Kvaliteten på tjenestene i sykehjem kan påvirkes av i hvilken grad de ansatte og ledelsen er i stand til å skape en felles forståelse av de mål som er satt gjennom felles møter for refleksjon og videre lager konkrete planer for hvordan man skal nå målene. ■

1. Andfossen NB. The potential for collaborative innovation between public services and volunteers in the long-term care sector. *The Innovation Journal - Public Sector Innovation Journal*. 2016;21(3).
2. Kulturdepartementet. Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig – Den statlege frivilligheitspolitikken Meld. St. 10 (2018-2019). 2018.
3. Hustinx L, Lammertyn F. Collective and Reflexive Styles of Volunteering: A Sociological Modernization Perspective. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2003;14(2):167-87.
4. Eimhjellen I. Refleksiv institusjonalisering. Nytt frivillig engasjement i brytningen mellom endring og stabilitet. 2018. In: *Fra kollektiv til konnektiv handling? Nye former for samfunnsengasjement og kollektiv handling i Norge* [Internet]. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; [21–34]. Available from: <https://doi.org/10.23865/noasp.45.ch8>.
5. Hansen T, Slagsvold B. Refleksiv frivillighet i en norsk kontekst. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2020;23(1):4-19.



OVERSIKT OVER KONTAKTPERSONER I LOKALGRUPPENE

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

STYRET

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





Reminisensøyeblikket

Gjennom en felles reminisensopplevelse var det som en «nerve» mellom den frivillige og beboeren traff begge og gav en «vinn-vinn» situasjon, hvor opplevelsen av å både få og gi oppstod. Dette øyeblikket, reminisensøyeblikket, er av vesentlig betydning for å forklare hva som motiverer til refleksiv frivillighet på livsgledehem.

Introduksjon

Demens er en av de største globale utfordringene verden står ovenfor. I Norge har ca. 101 000 personer demens. Dette tallet vil stige til nærmere 237 000 innen 2050 og til rundt 380 000 personer med diagnosen i 2100 (1, s.8). Innenfor rammen av velferdsstaten er det et offentlig ansvar at den enkelte sikres nødvendige og riktige helsetjenester. Likevel sier det seg selv at helsevesenet alene ikke kan forventes å ha kapasitet til løse alle utfordringer dette medfører, verken for samfunnet eller for den enkelte.

Frivillig innsats til gjensidig nytte og glede

For å sikre en helhetlig omsorg er ett av hovedelementene i Stortingets nasjonale strategi for økt frivillighet i helse- og omsorgsfeltet, å utnytte det potensialet som ligger i frivillig innsats blant annet gjennom konseptet livsgledehem (2, s.68).

Gjennom sertifiseringsordningen for livsgledehem (3) skal en sikre at personer med demens sin fysiske og psykiske helse ivaretas, slik at den enkelte kan få et verdig liv. I tillegg til å få dekket primærbehov slår regjeringen gjennom Demensplan 2025 (1, s.10) fast at en også skal stimulere til utvikling av varierte og tilpassede aktivitetstilbud, i tråd med den enkeltes ønsker (innsatsområde 1 – medbestemmelse og deltakelse) og at dette blant annet skal gjøres gjennom å styrke innsatsen i frivillig sektor (innsatsområde 2 – forebygging og folkehelse).

Frivillige kan deles inn i ulike grupper. Det kan være mennesker som stiller opp gjennom ulike organisasjoner eller refleksive frivillige (4, s. 6). Refleksive frivillige er frivillige som stiller opp alene for å gjøre en innsats. Det finnes gode systemer for å ivareta mennesker som stiller opp

gjennom ulike organisasjoner, mens det er en større utfordring å ivareta refleksive frivillige sine ønsker og behov. Det er derfor viktig å vite noe om hva som motiverer refleksive frivillige i deres innsats for personer med demens og deres sekundærbehov. Et verktøy til dette er innovasjonsmodellen for økt frivillighet, som viser hvordan både beboere og refleksive frivillige kan ivaretas på livsgledehem. Modellen viser hvordan det gjennom systematisk arbeid kan legges til rette for at reminisensøyeblikk oppnås, og hvordan det skapes glød og indre motivasjon til videre frivillig innsats

Metode

Rammen for denne studien er knyttet opp mot motivasjonsfaktorer for refleksiv frivillighet på livsgledehem. Som metode er det i hovedsak benyttet kvalitative fokusgruppeintervju. Datamaterialet er i tillegg vurdert opp mot sentrale politiske dokumenter i forhold til motivasjonsfaktorer innenfor frivillighet (1, 2, 5).

Vi har gjennomført en hermeneutisk meningsfortolkning av datamaterialet. Fortolkningen strekker seg utover det som umiddelbart tas for gitt og beriker forståelsen ved å bringe frem nye differensieringer og innbyrdes relasjoner i teksten. Gjennom begrepene reminisensopplevelser, reminisensøyeblikk og personsentrert frivillighet, utvider vi en tidligere forståelse, noe som spisser for forståelse og funnene i forskningen i forhold til personer med demens og refleksive frivillige.

Validitet og reliabilitet

Ønsket om både å være systematisk og ha innlevelse slik Thagaard (6, s. 14) trekker fram, har gjort at vi har valgt å bruke flere strategier for å oppnå en rimelig grad av reliabilitet og validitet.

FAKTA

Mona Stenhaug Johannessen,

vernepleier. Universitetslektor ved det helsevitenskapelige fakultetet på UiT-Norges arktiske universitet i Harstad. Er korresponderende forfatter for artikkelen. Telefon: (+47)77058382 mona.s.johannessen@uit.no

Terje Øien Thomsen, pedagog. Førstelektor ved det helsevitenskapelige fakultetet på UiT-Norges arktiske universitet i Harstad. Telefon: (+47)77058135 terje.thomsen@uit.no



Foto: Shutterstock

Vi har gjennom det Kvale og Brinkmann (7, s. 244) kaller en postmoderne oppfatning, gitt avkall på fastlagte meninger og heller vektlagt deskriptive nyanser, paradokser og forskjeller. Selv om hensikten med studien ikke primært har vært å gi

generaliserbare funn, vil studien likevel kunne gi kunnskap som har overføringsverdi i forhold til refleksiv frivillighet på syke- og livsgledehem (8, s. 13). Med utgangspunkt i Kvale & Brinkmann (7) og Thagaard (6) er vi av den oppfatning at vi

Sammendrag: Frivillig innsats er politisk satsningsområde i eldreomsorgen. I denne artikkelen utforskes betingelser for å oppnå motivasjon hos refleksive frivillige med mål om å beholde de som en viktig ressurs i eldreomsorgen. Det legges spesielt vekt på betydningen av å kartlegge de frivilliges interesser og spille de med personer med demens sine interesser. På den måten kan det legges til rette for at det kan oppstå reminisensøyeblikk, som kan gi særlig motivasjon for videre frivillig innsats.

Gjennom innovasjonsmodellen for økt frivillighet fokuseres det på betydningen av kartlegging, planlegging, utførelse, dokumentasjon, evaluering og oppdatering av ulike aktivitetstiltak. Dette gjelder både for refleksive frivillige og beboere på livsgledehem. Konsekvensen av å ikke arbeide systematisk og målrettet, kan være at gløden hos refleksive frivillige forsvinner, og at de kan miste motivasjon til å fortsette som frivillige.

Livsglede for eldre (LFE) har utviklet livsgledesirkelen. Det er en modell som omhandler personsentrert omsorg og hvordan det legges til rette for at den enkelte beboers interesser på sykehjem skal ivaretas. Med basis i denne modellen har vi utviklet innovasjonsmodellen for økt frivillighet, som viser hvordan personsentrert frivillighet kan gi økt livsglede og motivasjon for refleksive frivillige som er knyttet til livsgledehem.

Nøkkelord: Reminisensøyeblikk, innovasjonsmodellen for økt frivillighet, refleksiv frivillighet, livsgledehem, personsentrert frivillighet.

Abstract: Voluntary efforts are a political focus area in the elderly. This study aims to answer the question of: How to facilitate a moment of reminiscence that can rise and contribute as a motivational factor for voluntary efforts in joy of life homes?

In order to achieve inner motivation and be able to retain volunteers in the care sector, it is essential that the interests of the volunteers are mapped out and mirrored with the residents' interests. When planning for activities based on similarities, a moment of reminiscence can arise. The study's main findings point to a "win-win" situation between the volunteers and residents through golden reminiscence moments that motivate further voluntary efforts. Through the innovation model for increased volunteering, the focus lies within the importance of mapping, planning, execution, documentation, evaluation and updating of various activity measures, both in relation to the reflective volunteers and residents of life joy homes.

The organization Joy of life for the elderly (LFE) has developed the circle of joy of life. This model deals with person-centred care, where arrangements are made for the individual resident's interests in nursing homes to be safeguarded. Based on this model, we have developed the concept of person-centred volunteering as well as the innovation model for increased volunteering, which deals with what can provide joy of life and motivation for reflective volunteers in joy of life homes.

Keywords: Moment of reminiscence, the innovation model for increased volunteering, voluntary efforts in elderly care, joy of life homes, person-centred volunteering.



har bidratt til kunnskapsutvikling gjennom tydeliggjøring av begrepene reminisensopplevelser og reminisensøyeblikk, samt gjennom utvikling av innovasjonsmodellen for økt frivillighet.

Etikk

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) i 2017, og ble tilrådd i desember samme år

(prosjektnummer 57350). Studien har også inngått i et annet prosjekt (prosjektnummer 52338) som også ble tilrådd av NSD i 2017.

Det ble ikke innsamlet sensitive personopplysninger og opplysninger som ble samlet inn var kun omfattet av personopplysningslovens §31, noe som innebar at datainnsamlingen var samtykkebasert med lav personvernulempe.

TABELL 1: Sammensetning av informanter. Utvalget er sortert etter kjønn, antall år som frivillig og alder.

Kjønn	Kvinne									Mann								
	N=11	7									4							
Antall år som frivillig	Mindre enn 5 år			5-10 år			Mer enn 10 år			Mindre enn 5 år			5-10 år			Mer enn 10 år		
N=11																		
Alder	51-60 år	61-70 år	71-80 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år
N=11	1	1			2				3		1	2			1			

Deltakere

Utvalget av informanter er strategisk. Alle aktuelle informanter hadde erfaring med refleksiv frivillig innsats. Det var tilfredsstillende spredning i kjønn, alder, og geografisk tilhørighet. Fellesnevneren var at samtlige stilte opp alene, for å gjøre en innsats for beboere på livsgledehjem.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført som fokusgruppe-intervju fulgt opp av ett semi-strukturert individuelt intervju som ble gjennomført av førsteforfatter.

Sentrale tema som ble berørt var historiene bak hvorfor informantene begynte å engasjere seg som refleksive frivillige, hvilke oppgaver informantene hadde, samt i hvilken grad beboernes ønsker og behov hadde samsvart med de refleksive frivilliges interesser. Videre ble informantene intervjuet om hva som eventuelt kunne svekke motivasjonen for videre engasjement som frivillig, og hva som var viktig for å motivere dem til å fortsette å engasjere seg.

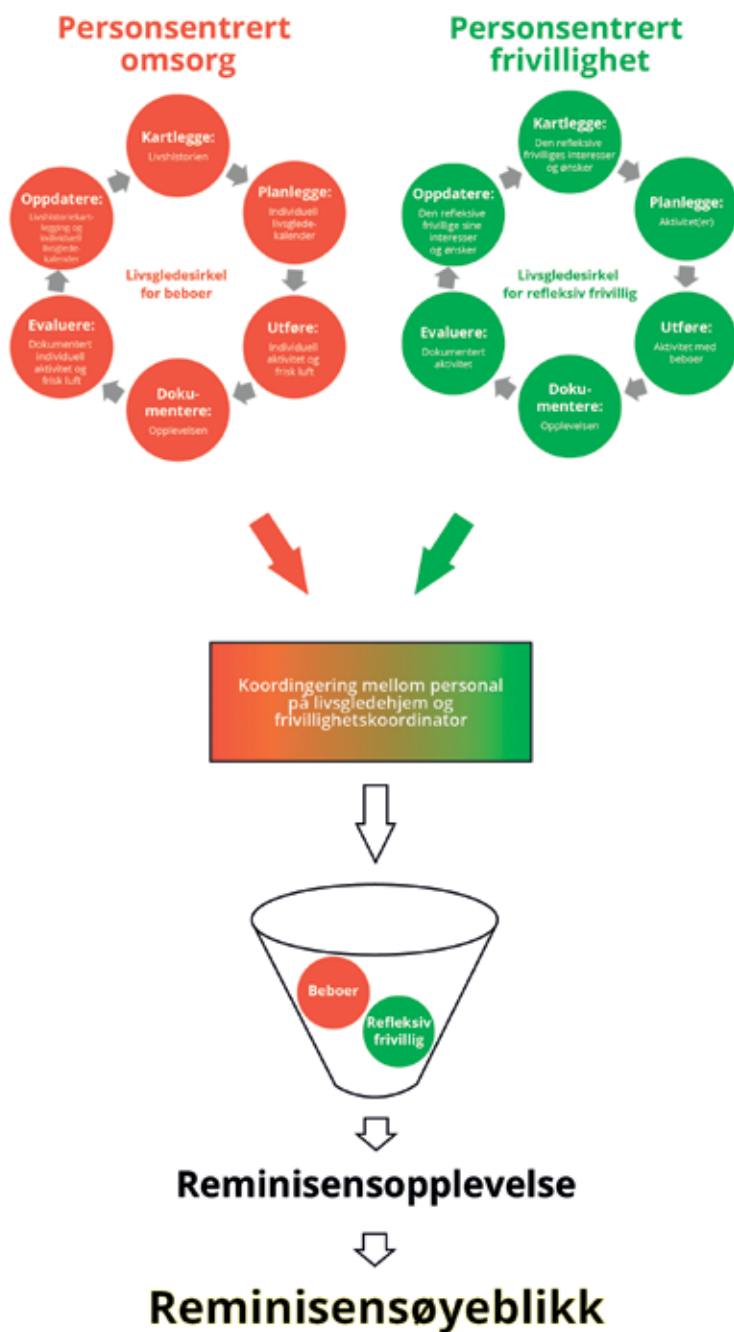
Resultat

Hovedfunnet viser at når felles interesser og gleder i livet sammenfaller mellom beboere og refleksive frivillige, kan det legges til rette for at det kan oppstå reminisensopplevelser og reminisensøyeblikk. Reminisensøyeblikk danner indre motivasjon hos refleksive frivillige. Med utgangspunkt i data-materialet har vi utviklet innovasjonsmodellen for økt frivillighet (se figur 1).

Modellen består av to hoveddeler. Den ene delen er LFE sin livsgledesirkel som er rettet mot beboere på livsgledehjem (9). Denne delen er markert med rødt i innovasjonsmodellen, og forklares på følgende måte:

Gjennom livshistoriekartlegginger skal primærkontakten planlegge individuelle kalendere for hver enkelt beboer. Deretter skal aktivitetene gjennomføres, dokumenteres og evalueres. Målet er å skape meningsfullt innhold i hverdagen. Fordi demens og annen sykdom ofte endrer personers preferanser og ressurser, er det viktig at både kartlegging og kalender evalueres og oppdateres jevnlig på

Innovasjonsmodell for økt frivillighet

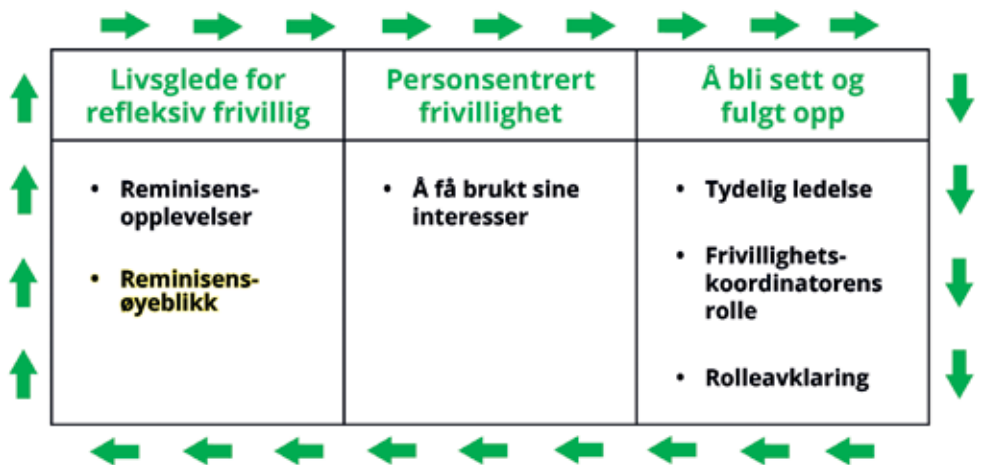


FIGUR 1: Innovasjonsmodellen for økt frivillighet viser hvordan en kan legge til rette for reminisensopplevelser og reminisensøyeblikk som begge bidrar til å skape motivasjon for videre innsats på livsgledeshjem.

bakgrunn av dokumentasjonen. Denne metoden omtales som livsgledesirkelen (9). Sammen med livsgledeskriteriene (3) danner den grunnlaget for livsgledearbeidet.

Den andre delen av innovasjonsmodellen for økt frivillighet er en livsgledesirkel rettet mot økt frivillighet. Denne er markert med grønn farge. Livsgledesirkelen for refleksive frivillige bygger på den samme personsentrerte tankegangen som ligger til grunn for livsgledesirkelen for beboere på livsgledehem.

Ved å legge til rette for personsentrert frivillighet vil motivasjonen for å fortsette å engasjere seg hos refleksive frivillige, bli betydelig forsterket. Det at en frivillighetskoordinator kartlegger hva den enkelte refleksive frivilliges interesser og ønsker er, og ved å planlegge hvilke aktiviteter de kan bidra på sammen med beboere som har like interesser, vil være hovedkriterier for å lykkes. I tillegg må en frivillighetskoordinator se til at det dokumenteres og evalueres i hvilken grad aktivitetene opplevdes som positive for både den refleksive frivillige og



FIGUR 2: Faktorer for å skape motivasjon hos refleksive frivillige på livsgledehem.

beboeren. Planen må jevnlig oppdateres og justeres med utgangspunkt i evalueringene. Gjennom denne type samarbeid kan det legges til rette for at beboere og refleksive frivillige møtes med mål om å skape gode relasjoner og opplevelser dem imellom, basert på felles interesser.

Diskusjon

Gjennom intervjuene pekte det seg ut tre hovedkategorier som tydeliggjorde noen vesentlige motivasjonsfaktorer av betydning for informantene: Livsglede for refleksive frivillige, personsentrert frivillighet samt det å bli sett og fulgt opp. De refleksive frivilliges stemme spesifiseres og fremmes videre gjennom tabellens hovedkategorier og underpunkter (figur 2).

Livsglede for refleksive frivillige

Livsglede er noe som er viktig for ethvert menneske. For å nå det politiske målet om økt frivillighet i eldreomsorgen generelt og ved livsgledehem spesielt, er det viktig at den frivillige innsatsen gir mening og glede. Ett hovedfunn som får frem hva som kan bidra til å skape motivasjon, spontan og ekte glede hos refleksive frivillige, er det mellommenneskelige fellesskapet, i relasjon til beboerne. Funnene viser til at små forskjeller er av stor betydning for hva som kan gi motivasjon til å bidra som refleksiv frivillig, nemlig reminisensopplevelser og ikke minst, reminisensøyeblikk.

Reminisensopplevelser

[...] jeg holdt på med en berlinerkrans så sa jeg til hun ene som satt der, husker du hva denne

kaken heter? «ja, det er jo berlinerkran» sa damen. «Det bakte jeg jo før» sa hun ... så det viser seg jo at vi får respons. Det fra i gamle dager det husker de ... (fra intervju med informant).

Reminisens viser til minneaktivitet og tilbakeblikk på noe en har opplevd. Personer med demens, har ofte utfordringer med korttidshukommelsen, mens langtidshukommelsen kan være god langt ut i demensforløpet (10, s. 50). Samtlige informanter trekker frem at det er givende å oppleve at minner vekkes hos personer med demens.

Reminisensopplevelser kan føre til gjensidighet og økt trivsel for de refleksive frivillige. De refleksive frivillige erfarer at de får respons fra beboerne og at personer med demens ofte kan huske tilbake, noe som oppleves som betydningsfullt for de refleksive frivillige. De erfarer at det gjennom reminisensopplevelser fremkommer noe om beboernes identitet og erfaringer fra livet. Reminisens trigges av sanseropplevelser og viser til den enkeltes identitet (11, s. 65). Når den refleksive frivillige først har fått innblikk i fortiden og hva interessene til personer med demens er, vil de kunne legge til rette for nye opplevelser som gir mening og som baseres på personens kulturelle verdi, som fortsatt er tilstede - selv om mye annet kan være visket ut av hukommelsen.

Erindringshistorier gjenskerer minner fra en tid som har vært. Gjennom sansestimulering av havluft, bilder eller en sangtekst kan det holdes fast på minner fra en barndom og oppvekst noe som igjen kan styrke integritet, egen verdi og identitetsfølelse (12, s. 138).

Gjennom reminisensopplevelsene kan det å være refleksiv frivillig på livsgledehem oppleves som meningsfullt, skape gode følelser hos den frivillige og hos beboere de møter.

Reminisensøyeblikk

[...] hver gang jeg forteller denne historien begynner jeg nesten å gråte, for den var så sterkt! Det var en dame vi «savnet», hun var en av de største sangerne, der men så ble hun «borte». Så spurte vi betjeningen, men nei ... hun var i dårlig form og hadde mistet språket [...].men så en dag når vi var der så kom datteren kjørende med henne ut i stua for å høre musikken. Så sang vi – jeg husker ikke om det var Nidelven, men det var en av disse gamle gode som de husker. Og der begynner

kjærringa å synge! [...] så der kan du snakke om ... sant- de husker igjen. Og det er så artig [gøy]!

Sitatet over er fra en informant som i flere år hadde bidratt til ukentlig å synge sammen med beboere på et livsgledehem. Det viser til en indre glød og nerve som traff den refleksive frivillige i møte med en beboer og som skapte glede i en gjenkjennbar situasjon.

«Sang er et eksempel på noe som kan gi forståelser og relasjoner ny kvalitet»

Reminisensøyeblikk gir sterkere følelser og bidrar til at refleksive frivillige blir motivert og ønsker å gi av sin tid, til meningsfull innsats på livsgledehem.

Gjennom eksempler på reminisensøyeblikk, uttrykte de frivillige overraskelse og fascinasjon over at personer med demens fikk lyse og gledelige øyeblikk sammen med dem, gjennom like interesser. Det oppsto en forsterket opplevelse av fellesskap og samhørighet dem imellom - i øyeblikket. Sanser, kognisjon og emosjoner ble vekket og skapte felles livsglede. Spontane reaksjoner og glede fra informantene, ble uttrykt gjennom utsagn som: Det var fantastisk, utrolig, artig, det gav stor glede, det var så sterkt, «det satt meg helt ut», det var veldig, veldig motiverende! Reminisensarbeid kan gi mening og verdi for beboere og frivillige (13). Når minner bringes til overflaten, vil en ane hva dette menneskelige intranett rommer: elementer av personlige biografier, avsnitt og kapitler i livsfortellinger, historier som for lengst er levd og oftest glemt, men som kan åpnes igjen hvis berøringen treffer dypt nok (14, s. 54).

Sang er et eksempel på noe som kan gi forståelser og relasjoner ny kvalitet (1, s. 85). Sangen blir tankevekkende (14, s. 58). Sammenhenger kan igjen settes på plass og restitueres. Fortidens sangminner kan gi forsterkede øyeblikksnærver, som igjen skaper motivasjon gjennom reminisensøyeblikket som oppstår. Grunnfølelsen man får gjennom





Foto: Shutterstock

sang gir fellesforankring og intersubjektivitet, den gir de personlige utdypningsfølelsene på sin side ditto sterk åpning for intrasubjektivitet (14, s. 59). Hver enkelt person stimuleres til sine egne, introspektive reiser når sangen treffer. Det utløses høyst subjektive minner, lukter, bilder og emosjoner. Det særegne er imidlertid at intersubjektivitet og intrasubjektivitet i en sammenheng som dette ikke drar rivaliserende i hver sin retning. Fellesnivå og individnivå utelukker ikke hverandre- tvert imot. Jo sterkere fellesforankring, jo større mulighet for utdypende individuell forankring. Mennesker trenger evnen til dyp berøring og har trang til å finne tonen sammen med andre (14, s. 57). Fellesskapets betydning og dens dype emosjonelle berøring i reminisensøyeblikk vil i så måte ha betydning for både beboere og reflekseive frivillige.

Historiene om reminisensøyeblikk fra intervjuene viser til betydningsfulle minneopplevelser både for beboere og for reflekseive frivillige. Gjennom felles sanseopplevelser oppsto det glede og mestring som berørte følelser hos begge parter på en positiv måte. Å bli emosjonelt berørt kan se ut til å være en vesentlig motivasjonsfaktor for reflekseiv frivillighet.

Reminisensøyeblikk kan også sammenlignes med det Veseth og Moltu (15, s. 13) omtaler som en tredjehet. Begrepet favner om måter å være sammen på som lar oss stå i kontakt med hverandre og fremforhandle et fellesskap. Det er en sjelfull metafor ment for å beskrive det psykiske rommet som oppstår gjennom intersubjektiv undring, både inne i oss og mellom oss. For å tre inn i et intersubjektivt samspill, vil det forutsette gjensidighet i anerkjennelse av egen og andres subjektivitet.

Relasjonen mellom aktører som for eksempel frivillige og eldre, har større verdi når de er mer likeverdige (12). Å bety noe og å gi noe til andre gir følelse av verdi og glede for både den reflekssive frivillige og beboere på livsgledehem. Det gir også helsegevinst for den frivillige å være frivillig. Dette støttes av tidligere forskning av blant annet Loga (16, s. 50) Wollebæk (17, s.61).

Oppsummert

Man kan ha reminisensopplevelser uten at det oppstår reminisensøyeblikk, men man kan ikke ha reminisensøyeblikk uten at det også er en reminisensopplevelse – «nerven» avgjør. Livsglede for reflekssive frivillige skapes gjennom reminisensopplevelser, men spesielt gjennom reminisensøyeblikk. Både reminisensopplevelser og reminisensøyeblikk skaper motivasjon.

Om en oppnår reminisensopplevelser eller reminisensøyeblikk, vil variere. Reminisensøyeblikk kan ikke med sikkerhet oppstå, selv med tilrettelegging. Likevel kan en si at en av motivasjonsfaktorene hos reflekssive frivillige er å berøre, og at ett av målene er å «finne tonen» med beboerne.

Personsentrert frivillighet

Personsentrert frivillighet handler blant annet om livsglede, identitet, felles interesser, minneaktivitet og sansestimulering. Gjennom personsentrert frivillighet vil den reflekssive frivillige oppleve at deres identitet og interesser blir vektlagt og anerkjent. Identitet handler om å søke kontinuitet bakover i livet, men kan også forstås i forhold til hva en ønsker å identifiseres med (18, s. 16). Identitet sier noe om selvoppfatning, hvem vi er, hva vi interesserer oss for og hva som gir mening for den enkelte. Å få brukt sine interesser i møte med beboere som har samme interesser, skaper mestringsfølelse og oppleves som givende fordi det er noe de reflekssive frivillige behersker og ikke synes er vanskelig å dele med andre. På denne måten kan vi trekke paralleller til det som Kitwood (19, s. 90) omtaler som menneskelig verdi i personsentrert omsorg, nemlig identitet, inklusjon og tilknytning.

Å få brukt sine interesser

[...] jeg kan tenke meg å gå tur og ... Det vil gi meg mer enn sånn.. «det her har vi behov for» (fra intervju med informant).

Det vesentlige er ikke hva reflekssive frivillige kan bidra med, men hva de vil bidra med. De vet selv hvilke interesser de ønsker å dele med beboere. Det kan handle om aktiviteter som eksempelvis å lese for noen, gå tur, se på bilder eller å synge sammen. Det viktige er at reflekssive frivillige har glede av å «by på seg selv» i møte med beboerne på livsgledehem som har de samme interessene som dem selv. Å dele glede gjennom fellesskap og like interesser gir motivasjon.

«Informantene var opptatt av at det var nødvendig med en frivillighetskoordinator i alle kommunene»

Oppsummert

Personsentrert frivillighet viser til at reflekssive frivillige får brukt sine interesser i spill med beboere med like interesser.

Å bli sett og fulgt opp

Reflekssive frivillige har behov for å bli sett på som en betydningsfull del av fellesskapet blant ledere, ansatte og beboere på livsgledehem. Satsning på frivillighet må derfor forankres i alle ledd, fra politisk ledelse og ned til den enkelte ansatte. Innenfor livsgledekonseptet vil frivillighetskoordinator, i samarbeid med personalet, kunne bidra til at de reflekssive frivillige blir sett og fulgt opp. Det at man føler seg verdsatt og godt mottatt er viktige motivasjonsfaktorer for de reflekssive frivillige.

Tydlig ledelse

... selvfølgelig er en veldig god ledelse viktig [...] det vet alle [...] at man må være på lag alle sammen (fra intervju med informant).

Det er viktig at ledelsen har et tydelig og gjennomtenkt forhold til hvordan reflekssive frivillige skal inkluderes som en del av fellesskapet på livsgledehem. Samarbeidet mellom reflekssive frivillige, frivillighetskoordinator og personalet er således av stor betydning for at de skal oppleve





tilhørighet. Hensikten blir å få til en felles forståelse som sier noe om hva reflekstive frivillige skal bidra med, hvordan de blir et viktig supplement til de ansatte i forhold til beboernes sekundærbehov, og hvordan de skal følges opp og av hvem. Å lykkes med dette er først og fremst et ledelsesansvar.

Frivillighetskoordinatorens rolle

Han vet hva våre interesser er og hva vi ønsker å gjøre (fra intervju med informant).

Frivillighetskoordinatoren sin viktigste rolle er å være et bindeledd mellom reflekstive frivillige og livsgledehemmet. Frivillighetskoordinatoren skal kartlegge hva den enkelte reflekstive frivillige ønsker å bidra med og videre følge opp, evaluere og eventuelt revurdere opplevelsene av ulike aktivitetstiltak i ettertid.

Informantene var opptatt av at det var nødvendig med en frivillighetskoordinator i alle kommunene. De poengter at det opplevdes trygt å ha en kontaktperson som de kunne dele erfaringer med og som de kunne ha som diskusjonspartner både når de kom inn som frivillig og underveis i

prosessen. Dette er i tråd med Frivillighet Norge (20) sine uttalelser, som viser til at det er viktig med ressurser til å tilrettelegge for å koordinere, lede og inspirere frivillige.

Rolleavklaring

Men, vi er [...] opptatt av at vi ikke skal gjøre jobben for de ansatte. Det skal vi ikke gjøre. Vi skal bidra på et annet vis [...] (fra intervju med informant).

Gjennom dialog med frivillighetskoordinator er det viktig at det avklares hva den reflekstive frivillige skal bidra med og hva som faller inn under personalets oppgaver. Dette er noe som ikke alltid er så enkelt å skille mellom. Som hovedregel knytter vi de frivilliges innsats og ønsker opp mot beboernes sekundærbehov (de kulturelle, sosiale og åndelige behovene). Tydelighet rundt ansvarsområdene, bidrar til at reflekstive frivillige blir tryggt på hva de skal gjøre når de kommer til livsgledehemmet. Frivillighet Norge (20) viser til at samarbeidet mellom det offentlige og frivilligheten må bygge på en felles forståelse og at frivillig inn-



Foto: Shutterstock

sats må være et supplement til, ikke en erstatning for, det offentlige oppgaver og ansvar på området.

Oppsummert

Å bli sett og fulgt opp handler om at reflekseive frivillige har behov for å bli sett, hørt og verdsatt på livsgledehjem. Videre viser det til hva den reflekseive frivillige ønsker å bidra med for beboere på livsgledehjem. Det handler om å få definert hva som er deres rolle og om verdien av tilhørighet og fellesskapet med ansatte og beboerne. Frivillighetskoordinatoren er en nøkkelperson for at systematikken og koordineringen mellom de frivillige, personal og beboere skal fungere. Dette med mål om å danne forutsigbarhet, trygghet, gode relasjoner, samt reminisensopplevelser og reminisensøyeblikk som igjen gir ny motivasjon.

Konklusjon

Det er ingen selvfølgeighet i å klare å skaffe eller å beholde reflekseive frivillige, derfor må kunnskapen om hva som motiverer dem som ønsker å gi av seg selv til frivillig innsats på livsglede- og sykehjem økes. Frivillighet Norge (2) viser til at kontinuitet i frivillighet avhenger av forutsigbarhet og stabile rammer. Innovasjonsmodellen for økt frivillighet er et verktøy som nettopp skaper den nødvendige forutsigbarheten og de stabile rammene. Ved bruk av innovasjonsmodellen for økt frivillighet kan man bidra til innovativ og bærekraftig frivillighet i eldreomsorgen, i tillegg kan man oppnå naturlig fellesskap mellom beboere og reflekseive frivillige på livsgledehjem. Kunnskap om hva som kan gi reminisensøyeblikk er derfor viktig. Å legge til rette for reminisensopplevelser generelt, og reminisensøyeblikk spesielt, vil kunne bidra til økt livskvalitet for de reflekseive frivillige og beboere på livsgledehjem. På denne måten kan frivillighet forplante seg, spire og blomstre. ■

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Demensplan 2025. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010elfc05260/demensplan-2025.pdf> Helse og omsorgsdepartementet.
2. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> Det kongelige helse og omsorgsdepartementet.
3. Livsglede for eldre (2021, 22. mars). Beskrivelse av sertifiseringsordningen. <https://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/03/Beskrivelse-av-sertifiseringsordningen-Livsgledehjem-ny-1.pdf>
4. Hansen, T. & Slagsvold, B. (2021, 3. februar). Refleksiv frivillighet i en

norsk kontekst – om eldres deltakelse, motivasjon og potensiale. Tidsskrift for velferdsforskning, årg. 23, no. (1), s. 4-19. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2020-01-01>

5. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet. Det kongelige helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e-63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
6. Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder (5 utg.). Fagbokforlaget.
7. Kvale, S & Brinkmann, B. (2017). Det kvalitative forskningsintervju (3 utg.). Gyldendal akademisk.
8. De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelige vurderinger av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
9. Livsglede for eldre (2021, 3. mars). Livsgledesirkelen for beboere. <https://livsgledeforeldre.no/?s=livsgledesirkelen>
10. Johannessen, M. S. (2018). Hva motiverer til frivillig arbeid på livsgledehjem? [masteroppgave] VID vitenskapelige høyskole.
11. Ridder, H.M.O. & Stige, B. (2016). Musikterapi og eldrehelse. Universitetsforlaget.
12. Fosøy A. B. Grov E. K og Sandvoll A. M. (2018). Magiske augneblick; erfaringar med kulturprosjekt for eldre. Tidsskrift for omsorgsforskning, årg. 4, no. (2), s. 132-142. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-02-09>
13. Johannessen, M. S. (2019, 31. mai). Teknologi, sang og frivillighet gir livsglede for eldre. Harstad Tidende.
14. Bjørkvold, J-R. (1998). Skilpaddens sang. Freidig Forlag.
15. Veseth, M. og Moltu, C. (2006). Tredjehet: Grunnlagsproblemer i relasjonell psykoanalyse i lys av spedbarnsforskning. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol. 43, no. (9), s. 925-931. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/09/tredjehet-grunnlagsproblemer-i-relasjonell-psykoanalyse-i-lys-av>
16. Loga, J. (2010). Livskvalitet. Betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2445364/VR_2010_1_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Wollebæk, D. Sætrang, S. Fladmoe, A. (2015). Betingelser for frivillig innsats- motivasjon og kontekst. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/2442819>
18. Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse – hva er sammenhengen? Norges musikkhøgskole. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner, 2011:3. https://nmh.brage.unit.no/nmh-xmlui/bitstream/handle/11250/172301/Ruud_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Kitwood, T. (2006). En revurdering af demens-personen kommer i første række. Munksgaard.
20. Frivillighet Norge. (2021). Frivillighetspolitisk plattform 2019 – 2023 Frivillighet Norges politiske grunnsyn: Større rom for frivilligheten. Frivillighet Norge. <https://www.frivillighetnorge.no/politikk/frivillighetspolitisk-plattform-2019-2023/>



Kan kompleksitetsteori bidra til bedre forståelse og tiltak ved aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem?

Case: Nesten hver natt våkner Ola med sterk uro. Er det drøm eller virkelighet? Uansett, nå må Ola opp, opp å gå, finne noen å snakke med. Fort. Han vakler ustødig inn i de nærmeste rommene i den lange korridoren. Ingen svarer. Nattevakt Rita kjenner igjen ropene til Ola, men hun er inne hos en annen beboer som også trenger hjelp. Alene med 23 beboere på avdelingen er det umulig å nå alle i tide. Det knyter seg i magen. På personalmøtet har de akkurat snakket om hvor viktig det er med ro på natten. Og hva om Ola faller, ustø som han er? Rita vet at Ola har demens med lewylegemer som kan gi nattlig uro og ustøhet. Heldigvis kan hun tilkalle sykepleier Kari som har vakt på hele sykehjemmet. Rita forsøker å berolige Ola, og fører han forsiktig tilbake til rommet sitt. Men Ola blir sint, kjefter og ropene blir bare enda sterkere. Han slår mot Rita, men treffer ikke. Når Kari endelig kommer, tilbyr hun Ola en beroligende tablett (Sobril), men han nekter å ta den. Tabletten blir da knust, og blandet i litt søt yoghurt, som Ola vanligvis liker godt. Kari ber Rita passe armene til Ola, mens hun forsiktig og sakte gir han flere skjeer med yoghurt. Det går fint, og Ola roer seg raskt.

Introduksjon

Historien om Ola, Rita og Kari er nok ikke unik og mange vil kjenne seg igjen. Gjennom hyppige nyhetsoppslag i den senere tid og forskning har hendelser med aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem blitt løftet fram (1-5). Disse hendelsene er det viktig å ta på alvor, sette inn tiltak for å forebygge, men også lære av når en hendelse først har oppstått. Utfra vår erfaring og fra forskning vet vi at dette er hendelser det likevel er vanskelig å få gjort noe med, som har en tendens til å gjenta seg, og som praksisfeltet opplever som krevende (6-8). Tradisjonell opplæring som kurs og forelesninger ser ikke ut til å være tilstrekkelig i møte med denne type utfordringer i praksis (7, 9). Kanskje skyldes dette at vår forståelse av aggresjon, overgrep og forsømmelser, og dermed også måten vi møter hendelsene på, ikke er tilpasset fenomenene og den virkelighet de opptrer i.

Som vår historie viser, samhandler ulike mennesker på ulike måter med hverandre i en sammenheng, det vi kan kaller konteksten. I vår historie er denne konteksten sykehjemmet med sine beboere, pårørende, sin bemanning, kompetanse hos personalet, kultur, ledelse, fysisk miljø osv.. Tradisjonelt er vi lært opp til å tenke lineært om hendelser. Det innebærer at vi forsøker å forstå hendelser på et generelt grunnlag ved å lete etter noen få viktige årsaker som vi kan gjøre noe med, for så å sette inn noen generelle tiltak på grunnlag av dette. Tanken er at når vi mener vi kjenner årsakene kan vi forutsi hva som vil skje med en stor grad av forutsigbarhet, og overføre det også til andre lignende situasjoner. Er det hensiktsmessig å forstå det som skjer mellom Ola, Rita og Kari på denne måten? Eller er det nettopp vår lineære forståelsesmåte som medfører at det er vanskelig både å tilnærme seg og forebygge slike hendelser?

FAKTA

Janne Myhre¹,
Spesialsykepleier/ PhD
Bjørn Lichtwarck¹,
Spesiallege/ PhD
¹Forskningssenter for
aldersrelatert funksjons-
svikt og sykdom (AFS),
Sykehuset Innlandet
(HF), Ottestad, Norge

Kan denne tradisjonelle forståelsen bidra til at hendelsene har en tendens til å gjenta seg? Vi vil i denne artikkelen diskutere hvordan vi ved bruk av kompleksitetsteori kan endre vår forståelse av sammenhengen mellom Ola som det ytes omsorg til, Kari og Rita som yter omsorgen, relasjonene de alle inngår i og konteksten sykehjemmet og samfunnet. En slik forståelse kan også være viktig i utviklingen av effektive modeller for tilnærming og forebygging i praksis (10, 11). Forståelsen av aggresjon, overgrep og forsømmelser som komplekse fenomener kan også bidra til en kulturendring, fra det å lete etter en syndebukk eller noen enkle årsaker, til en bredere og mer helhetlig tilnærming. Dette vil videre kunne påvirke selve læringsprosessen som er nødvendig for å komme frem til gode tiltak for aggresjon, overgrep og forsømmelser i praksis. For å belyse hvordan konsepter fra kompleksitetsteori kan bidra til endringer i vår forståelse av og vår tilnærming til disse fenomenene vil vi bruke empiri fra våre to dr. gradsprosjekter: Utvikling og evaluering av TID, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved

utfordrende atferd ved Demens (TID-studien) (10) og Lederskapets rolle for å fremme pasientsikkerhet og forebygge vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem (Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien) (11).

Aggresjon, overgrep og forsømmelser er gjenstridige problemer («wicked problems»)

Aggresjon, overgrep og forsømmelser representerer en gruppe fenomener med overlappende determinanter (risikofaktorer, utløsende- og vedlikeholdende faktorer) som interagerer med hverandre (12-15). Det er i litteraturen uklart om hvordan disse begrepene skal defineres eller beskrives (9, 16-19). Denne uklartheten og den stadige søken etter de «sanne» definisjonene, reflekterer sannsynligvis realitetens kjerne. Aggresjon, overgrep og forsømmelser er fenomener det er vanskelig å avgrense dvs. definere, og endrer seg med kontekst, kultur og tid. En avgrensning av disse fenomenene i en eller flere definisjoner vil derfor ikke avspeile denne komplekse virkeligheten. Aggresjon, overgrep og forsømmelser er eksempler på det Rittel og

Sammendrag: Utfra vår erfaring og forskning vet vi at hendelser med aggresjon, overgrep og forsømmelse i sykehjem har en sterk sammenheng, opptrer ofte samtidig, og har flere sammenfallende determinanter. De er vanligvis komplekse fenomener som har en tendens til å gjenta seg, og som praksisfeltet opplever som krevende. Tradisjonelt er vi opplært til å tenke lineært om slike hendelser, dvs. at det finnes en eller flere årsaker vi kan gjøre noe med ved å sette inn noen generelle tiltak som f.eks. tradisjonell opplæring, kurs og forelesninger. Vi stiller spørsmål med om denne lineære måten å forstå aggresjon, overgrep og forsømmelser på, er tilstrekkelig for å tilnærme seg og forebygge disse hendelsene. I denne artikkelen vil vi diskutere hvordan vi ved bruk av kompleksitetsteori kan endre vår forståelse av disse fenomenene og sammenhengen mellom beboeren, ansatte, relasjonene de alle inngår i og konteksten sykehjemmet og samfunnet. En slik forståelse kan også være viktig i utviklingen av effektive modeller for forebygging og tilnærming i praksis. For å underbygge hvordan konsepter fra kompleksitetsteori kan bidra til endringer i vår forståelse av og vår tilnærming til disse fenomenene, har vi anvendt empiri fra våre to dr. gradsprosjekter: Utvikling og evaluering av TID, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID-studien) og Lederskapets rolle for å fremme pasientsikkerhet og forebygge vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem (Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien).

Nøkkelord: kompleksitet, kompleksitetsteori, aggresjon, overgrep, forsømmelse, wicked problems, TID, ledelse, sykehjem.
Can complexity theory contribute to a better understanding and more appropriate measures for aggression, abuse, and neglect in nursing homes?

Abstract: Based on our experiences and on research we know that incidents with aggression, abuse and neglect are strongly associated, they often occur simultaneously, overlap, and have common determinants. They are usually complex phenomena that reoccur, and which the field of practice conceive as challenging. Traditionally, we are trained to think linear about such incidents, i.e., there are one or more causes that we can resolve by putting into action general measures and solutions. We pose the question if this linear way of thinking about aggression, abuse and neglect is appropriate to approach and prevent these incidents. In this article, we will discuss how the use of complexity theory can change our understanding of these phenomena and the interactions between the resident, the staff, the relationships that they all are part of, and the context nursing home and the society. This way of understanding these incidents can be of importance in the development of effective models to approach and prevent aggression, abuse and neglect. To justify how concepts from complexity theory can contribute to changes in our understanding of and approaches toward these phenomena, we use empirical data from our two PhD projects: The development and evaluation of TIME, Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (the TIME study), and The role of leadership in promoting safety for nursing home residents and preventing elder abuse and neglect (Leadership and patient safety study).

Keywords: Complexity, complexity theory, aggression, abuse, neglect, wicked problems, TIME, leadership, nursing homes.



Webber karakteriserer som «wicked problems» (20, 21), og som på norsk ofte oversettes til gjenstridige problemer (22). Dette er problemer som er innvevd i hverandre, som har sammensatte og overlappende årsaker og som er vanskelige å avgrense eller definere. Derfor kan ikke aggresjon, overgrep og forsømmelser så lett defineres med mål om å gi den eksakte «sanne» mening. I stedet må hver enkelt hendelse beskrives nettopp fordi hvert problem og hvert menneske som inngår i hendelsen er forskjellige og unike. Gjenstridige problemer kjennetegnes ved at de ikke har noe naturlig stoppunkt dvs. de er ikke løst en gang for alle, men krever kontinuerlig innsats for å redusere dem. Denne typen problemer har heller ingen ferdige løsninger eller ferdige oppskrifter for løsninger (10, 11). Et annet kjennetegn er at når en reduserer et gjenstridig problem så forverres eller skapes det ofte et annet gjenstridig problem. Kari i vår historie gir Ola en beroligende tablett (Sobril) for å roe hans uro og aggresjon. Det er mulig i enkelte tilfeller å redusere aggresjon noe ved bruk av beroligende legemidler, men effekten av legemidler er som regel beskjedne (23). Til gjengjeld sees ofte etter en tid økende forvirring og redusert

«Når systemet svikter, kan en finne feil ved systematisk å studere eller teste hver enkelt del»

kognisjon som igjen kan forverre samhandlingen med personene. En beskrivelse av aggresjon, overgrep og forsømmelser som i hovedsak gjenstridige problemer vil ha konsekvenser for både læring og kompetanseutvikling i sykehjem. Det vil i tillegg ha betydning for forebygging og tilnærming til disse utfordringene. Dette vil vi drøfte i siste del av artikkelen.

Hva er kompleksitetsteori?

Beskrivelsene av fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelser som «wicked» eller gjenstridige problemer bygger i stor grad også på konsepter fra kompleksitetsteori. Flere studier av sykehjem og utfordringene sykehjemmene står overfor beskri-

ver både sykehjemmene som komplekse systemer og selve utfordringene som komplekse (10, 11, 21, 24, 25). I dette avsnittet vil vi beskrive hvordan sentrale konsepter fra kompleksitetsteori kan være nyttige for å bringe inn en ny forståelse av hvordan og hvorfor gjenstridige fenomener som aggresjon, overgrep og forsømmelser oppstår.

Hva er forskjellen mellom komplisert og komplekst

En av pionerene innenfor utviklingen av kompleksitetsteori var filosofen Peter Cilliers. I et av hans mest kjente verk «Complexity and Postmodernism» beskriver Cilliers hva som skiller det kompliserte fra det komplekse (26). Et komplisert system består alltid av mange deler eller komponenter. Disse komponentene forholder seg til hverandre forutsigbart fordi de følger spesifikke regler eller vitenskapelige lover. Et komplisert system kan derfor deles opp. Ved å studere hver komponent for seg og de forutsigbare interaksjonene mellom dem, kan en forstå hele systemet. Det finnes ofte en detaljert beskrivelse av hvordan systemet er satt sammen gjennom en manual eller en oppskrift. Når systemet svikter, kan en finne feil ved systematisk å studere eller teste hver enkelt del. Biler, fly og datamaskiner er eksempler på kompliserte systemer. Et komplekst system består også av mange komponenter, men komponentene forholder seg ikke til hverandre etter fastlagte lover. Interaksjonene mellom disse endrer seg hele tiden, og er derfor ofte uforutsigbare. Dersom en forsøker å dele opp et komplekst system i sine komponenter, og kun studerer disse hver for seg, vil en miste mye informasjon om systemet. Å søke etter feil i et sviktende komplekst system på denne måten, vil vanligvis ikke føre fram. Et komplekst system er dermed mer enn summen av sine deler (26). Eksempler på typiske komplekse systemer er hjernen, de ulike språkene og sosiale systemer som en familie eller en institusjon. Disse systemene kan videre inngå i andre komplekse systemer. Hjernen inngår i flere biologiske systemer, følelser og tanker i psykologiske og kognitive systemer, og sykehjemmet inngår flere sosiale systemer som f.eks. kommunen.

Dersom vi antar at en pleier som bidrar til en forsømmelse overfor en beboer inngår i et komplekst system sammen med beboeren og sykehjemmet, innebærer dette at det finnes mange



Foto: Shutterstock

faktorer som samtidig medvirker til hendelsen, og at disse faktorene påvirker hverandre uforutsigbart. Det samme vil gjelde for fenomenene aggresjon og overgrep (10, 11). Den biopsykososiale modellen forteller oss at disse faktorene kan både være biologiske, psykologiske og sosiale, der den sosiale delen også innbefatter kulturelle og fysiske forhold i omgivelsene (27-29). Situasjonen som oppsto mellom beboer Ola, nattevakt Rita og sykepleier Kari i vår historie innledningsvis, kan sees som på som både et komplekst system og som et samspill mellom ulike komplekse systemer. En slik forståelse vil ha konsekvenser for hvordan en tilnærmer seg disse fenomenene dersom en ønsker å løse utfordringene, og å forebygge dem. Det vil vi komme tilbake til.

Ikke-linearitet innebærer uforutsigbarhet

Det at komponentene i et komplekst system interagerer med hverandre uforutsigbart og ikke lovmessig, kalles ikke-linearitet. Endringer i systemet behøver ikke å være proporsjonalt med graden av påvirkning. Stor påvirkning behøver ikke ha særlig effekt, men andre ganger ser en

flere effekter av en liten eller en bagatellmessig påvirkning. Det kan fortsatt være en sammenheng mellom påvirkning og effekt, men påvirkningene endres av andre ofte ukjente faktorer underveis (30, 31). I vår historie om Ola så vi at han nokså straks ble rolig da sykepleier Kari kom til, og gav han en yoghurt som han likte. Dette kan ikke ha vært en effekt av legemidlet som var blandet inn siden effekten kom så raskt. Kanskje var det tryggheten med at det var to til stede kombinert med omsorgen med å få mat som gav han ro. Det er en klinisk erfaring at tiltak kan gi gode resultater en gang, mens samme tiltaket neste gang i en tilsynelatende lignende situasjon ikke virker i det hele tatt. Det skyldes de ikke-lineære egenskapene med komplekse systemer. Dette har betydning når vi skal utforme og evaluere effekten av tiltak overfor f.eks. aggresjon, overgrep og forsømmelser.

Selvorganisering – tilpasninger på godt og vondt

Alle systemer enten de er biologiske, psykologiske eller sosiale kan påvirkes av både ytre og indre faktorer. Komplekse systemer har en viktig ibo-





ende egenskap som gjør at de hele tiden tilpasser seg disse påvirkningene. Systemene er av den grunn i stadig endring. Systemene blir derfor kalt komplekse adaptive systemer (30), og tilpassningsprosessen benevnes selvorganisering (31). Selvorganiseringen kan ikke kontrolleres eller styres helt, men den kan påvirkes. Dette skyldes at endringene innad i systemene ofte er ikke-lineære (32). I eksemplet med Ola kan hans roping og nattlige uro sees på som en tilpasning (selvorganisering) til indre impulser som utgjøres av hans virkelighetsnære drømmer, som er svært vanlig ved demens med lewylegemer. Selvorganisering i dette eksemplet innebærer også at hans atferd påvirkes av det fysiske miljøet (lange korridorer), lang venting på menneskelig kontakt fra pleierne, og deres håndtering av situasjonen. Videre innebærer det at pleiernes handlingsmønster er et uttrykk for selvorganisering i systemet sykehjemmet, dvs. det er en tilpasning hos pleierne som blant flere faktorer er påvirket av deres kompetanse, holdninger, bemanningssituasjonen og kulturen de er en del av. Teoretisk beskrives selvorganisering i sosiale systemer som summen av de fortolkninger og handlinger som gruppen av personer som inngår

i systemet skaper som tilpassninger til f.eks. pålagte oppgaver og planer (32, 33). Det er det såkalte indre livet i organisasjonen. Pleiekultur er således en del av sykehjemmets selvorganisering (11).

Beskrivelsen av selvorganiseringen i de ulike systemene i vår historie slik det framgår over, viser hvor tett fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelser henger sammen. Fra forskning vet vi at disse fenomenene har en rekke felles determinanter, og kan i tillegg være determinanter for hverandre (12-15). Når Ola utviser aggresjon, øker risikoen for at han skal bli utsatt for urettmessig tvang dvs. overgrep. Når bemanningen er for lav om natten, øker risikoen for at Ola ikke får trøst og menneskelig kontakt i sitt mareritt. Han utsettes for en forsømmelse som igjen kan øke hans uro og aggresjon.

Ny forståelse krever nye tilnærminger til aggresjon, overgrep og forsømmelser

Selv om aggresjon, overgrep og forsømmelser ofte er gjenstridige problemer med høy grad av kompleksitet, må likevel ledere og ansatte i sykehjem til daglig forholde seg til disse. Vi skal ved hjelp av empiri fra våre to dr. grads prosjekter, Ledelse- og



pasientsikkerhetsstudien og TID-studien underbygge at dette er gjenstridige problemer. Disse studiene viser også at det er mulig å tilnærme seg denne kompleksiteten i praksis for både å forebygge og for å redusere forekomsten av fenomenene (10, 11). I Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien ble ledere i sykehjem fra to ledernivåer inkludert. Studien hadde et utforskende kvalitativt design. 28 avdelingsledere og 15 enhetsledere ble intervjuet om deres opplevelser og erfaringer med overgrep og forsømmelser. De ble også spurt om hvordan de oppnår kunnskap om at en hendelse har skjedd, og hvordan de følger opp overgrep og forsømmelser for å forhindre at det skjer igjen (11). I TID-studien ble det i 2016 gjennomført en randomisert kontrollert studie i 33 sykehjem. Det ble i studien vist at bruken av TID klart reduserte uro og aggresjon (primært effektmål), og sannsynligvis også reduserte depressive symptomer, vrangforestillinger og medførte en bedring av livskvalitet hos beboerne (sekundære effektmål) (34). I tillegg ble det gjennomført en prosessevaluering av intervensjonen for å undersøke mulige årsaker til effekt eller manglende effekt, og mulighet for videre spredning til praksisfeltet etter endt studie.

Anerkjenne at dette er komplekse gjenstridige problemer - «wicked problems»

I studien ledelse og pasientsikkerhet viste funnene at begrepene vold, overgrep og forsømmelse slik de brukes i forskningsfeltet i dag ikke var gjenkjennbare i praksis. Dette gjaldt særlig begrepet vold. Til tross for at lederne ikke var fortrolige med begrepene, frambrakte de eksempler på hendelser de tolket som skadelige for beboerne. Samtidig viste lederne til at dette er hendelser det er vanskelig å avgrense, og at en hendelse ofte er innvevd i andre hendelser (3). Lederne inkluderte også fenomenet aggresjon fra beboerne når de beskrev overgrep og forsømmelse. Dette understreker sammenhengen mellom fenomenene. Det underbygger videre at hver situasjon må analyseres bredt nettopp fordi hver situasjon er unik og har ulike sammensatte og overlappende determinanter (6, 35). Avvikssystemet er ifølge forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring et av de systemene ledere skal bruke for å arbeide med å øke kvaliteten på tjenesten (36). Samtidig viste funnene at avvikssystemet ikke var egnet til å fange opp denne type komplekse gjenstridige problemer (37). Lederne uttrykte en maktes-

løshet i oppfølgingen av disse problemene. Uttrykt maktesløshet kan være et resultat av at komplekse problemer ble forsøkt gjort til enkle lineære problemer uten at kompleksiteten ble anerkjent.

«Lederne uttrykte en maktesløshet i oppfølgingen av disse problemene»

Anerkjenne at det skjer en selvorganisering – tilpasning i komplekse systemer

Selv om lederne frambrakte eksempler på hendelser de beskrev som skadelige for beboerne, forsøkte de også å rasjonalisere disse hendelsene (3). Denne rasjonaliseringen ble sett i deres forsøk på å forklare disse hendelsene, og kan være en tilpasning til ytre og indre krav i organisasjonen som effektivitet, lav bemanning, beboere med komplekse behov osv. Denne tilpasningen er det vi tidligere har beskrevet som selvorganisering i sosiale systemer, og som utgjør helheten av de fortolkninger og handlinger som gruppen av personer som inngår i systemet skaper. Omsorgstjenesten er under press, og de seneste årene har effektivitet og krav om budsjettstyring fått stor plass (38). En kultur som setter slike krav svært høyt vil ofte knytte god ledelse opp mot målet «et budsjett i balanse» og lojalitet til dette målet og toppledelsen. Samfunnets verdier og mål for omsorgstjenesten vil også påvirke pleiekulturen i sykehjemmet, hvor målet om effektivitet kan komme til uttrykk i en kultur som lærer å verdsette «det å få jobben gjort». Pleiekulturens betydning i forståelsen av aggresjon, overgrep og forsømmelse og tilnærmingen til disse fenomenene kom tydelig frem blant funnene i lederstudien (3, 6, 37). Samtidig uttrykte mange ledere at de manglet en systematisk strategi for å oppnå endring og ny læring i pleiekulturen (6). Som tidligere beskrevet, kan ikke selvorganiseringen kontrolleres, men kun påvirkes (32). I følge Stacey er det særlig tre forhold som bidrar til å påvirke selvorganiseringen i komplekse organisasjoner: 1. øke informasjonsflyten; 2. legge til rette for flere



kontaktpunkter mellom deltakerne i organisasjonen og 3. fremme utviklingen av større variasjon i kognitive skjemaer (tolkninger og forståelse av sammenhenger i det en opplever) hos deltakerne (32). Systematisk bruk av felles tverrfaglig refleksjon i organisasjoner vil kunne bidra til å påvirke selvorganiseringen gjennom alle disse tre aspektene. TID er et eksempel på en norsk modell, utviklet i sykehjem, som kan bidra til ny læring gjennom felles refleksjon. Selv om TID primært var utviklet for bruk ved utfordrende atferd hos beboere i sykehjem, anvendes modellen i dag på en rekke andre komplekse problemer i sykehjem, sykehus, og hos hjemmeboende (39, 40).

En bred biopsykosocial utredning er nødvendig

TID er en utrednings- og refleksjonsmodell som skal fungere som en veiviser for personalet, leder og lege når de arbeider med komplekse problemer (39). Den er sammensatt av tre overlappende faser: en utredningsfase, en refleksjonsfase med analysemetoder fra kognitiv terapi, og en tiltaks- og evalueringsfase. For komplekse problemer er det som regel vanskelig å forutse hvilke faktorer som er viktigst, siden det er det uforutsigbare samspillet (selvorganiseringen) mellom faktorene som utgjør helheten. Utfra dette perspektivet blir det viktig å forsøke å sette inn tiltak overfor flere faktorer for å endre selvorganiseringen i en gunstig retning. I TID-studien var et av funnene at personalet, ledere og sykehjemsleger framhevet betydningen av en helhetlig og bred bio-psykososial tilnærming til de komplekse utfordringene (41). Personalet i intervensjonspsykehjemmene fikk en grundig opplæring i hvordan de kunne kartlegge og undersøke både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som kunne ha betydning for å forstå utfordringene hos beboerne (39). Resultatene av denne utredning ble så tatt med til neste fase som var refleksjonsfasen. Det er sannsynlig at denne brede utredningsfasen i TID i seg selv har hatt betydning for den positive effekten av TID (4).

Strukturert felles refleksjon om komplekse utfordringer skaper ny kunnskap

I den delen av TID-studien som omfattet en prosessevaluering av intervensjonen med TID, ble det ikke funnet forskjeller i formell kompetanse eller generelle holdninger til demens mellom personalet i intervensjonspsykehjemmene og kontrollsykehjem-

mene (4). Dette kan innebære at selv om formell kompetanse også er viktig, er denne formen for kunnskap ikke tilstrekkelig i møte med komplekse utfordringer. Personalet, ledere og sykehjemsleger i intervensjonspsykehjemmene framhevet i fokusgruppeintervjuer betydningen av tverrfaglig strukturert refleksjon i felleskap som en metode for å skape ny og felles forståelse om beboeren, situasjonen og miljøet. Med utgangspunkt i denne nye forståelsen skapte så personalgruppen et sett av skreddersydde tiltak der målet var en samtidig påvirkning av faktorer som har betydning for situasjonen. Denne nye forståelsen og tiltakene er spesifikke for den aktuelle beboeren og situasjonen rundt beboeren. Noe av denne kunnskapen kan overføres til andre beboere som generell kunnskap i personalgruppen, men det må tillegg for hver beboer og hver utfordring skapes ny kunnskap. Teoretisk innebærer dette at en forsøker å påvirke selvorganiseringen i alle de ulike systemene som inngår i situasjonen. Dette er en annen form for læring en den formelle læring en oppnår gjennom kurs og forelesninger. For at denne formen for læring basert på refleksjon som skaper ny forståelse og kunnskap skal få rotfeste i organisasjonen, må den først og fremst anerkjennes som kompetanseutvikling på lik linje med tradisjonell læring og formell kompetanseutvikling. Dernest må den få en fast plass, dvs. gis tid og rom, i organisasjonen som en naturlig del av sykehjemmens rutiner (10, 42).

Oppsummering

Vi har beskrevet hvordan prinsipper fra kompleksitetsteori kan skape en ny og mer helhetlig forståelse i sykehjem for de overlappende fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelse. Denne nye forståelsen kan skapes gjennom en bred tverrfaglig utredning og strukturert felles refleksjon blant personalgruppen, leder og sykehjemslege som igjen bidrar til ny læring og kunnskap i organisasjonen. En ledelsesstrategi basert på erkjennelsen av at sykehjemmene er komplekse organisasjoner som må forholde seg til komplekse utfordringer, er en forutsetning for en ny og mer helhetlig tilnærming til disse utfordringene. ■

Referanser

1. Ingebrigtsen T. Harstad tidene: Stangnes sykehjem anklages for ulovlig bruk av tvang: Fant pappa bundet til stol. 17.08.2021 Harstad Tidene.2021 [Available from: <https://www.ht.no/nyheter/2021/08/17/%E2%80%93Fant-pappa-bundet-til-stol-24436163.ece>.

2. Dommerud T TN, Nipen K. . Nesten 8 av 10 pleieansatte har sett kolleger utsette eldre for vold og forsømmelse på sykehjem. 02.02.2020. [Available from: <https://www.aftenposten.no/norge/i/opm00K/nesten-8-av-10-pleieansatte-har-sett-kolleger-utsette-eldre-for-vold-o>.
3. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*. 2020;20 (199).
4. Lichtwarck B, Myhre J, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, et al. TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):349.
5. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Blekken L, Malmedal W. Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):244.
6. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. React and act: A qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):1-13.
7. Baker PR, Francis DP, Mohd Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. *Age and ageing*. 2017;46(3):346-8.
8. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2013;26(1):81-91.
9. Brasure M, Jutkowitz E, Fuchs E, Nelson VA, Kane RA, Shippee T, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.
10. Lichtwarck B. The development and evaluation of TIME - Targeted Interdisciplinary Model for Treatment and Evaluation of Neuropsychiatric symptoms (Thesis). Oslo: University of Oslo; 2019.
11. Myhre J. The role of leadership in promoting safety for nursing home residents and preventing elder abuse and neglect (Thesis). Trondheim: NTNU Norwegian University of Science and Technology; 2021.
12. Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, et al. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*. 2017;65(5):515-29.
13. Drennan J, Lafferty A, Treacy MP, Fealy G, Phelan A, Lyons I, et al. Older people in residential care settings: Results of a national survey of staff-resident interactions and conflicts. Dublin: NCPOP, University College; 2012.
14. Hyde P, Burns D, Killett A, Kenkmann A, Poland F, Gray R. Organisational aspects of elder mistreatment in long term care. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2014;15(4):197-209.
15. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*. 2018;0:1-10.
16. Volicer L, Bass EA, Luther SL. Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(8):527-32.
17. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International psychogeriatrics*. 2015;27(1):7-17.
18. Harrow Council. Organisational and Institutional abuse. [Available from: <https://www.harrow.gov.uk/adult-social-care/staying-safe/10>.
19. Goergen T, Beaulieu M. Critical concepts in elder abuse research. *International psychogeriatrics*. 2013;25(8):1217.
20. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*. 1973;4(2):155-69.
21. Burns D, Hyde P, Killett A. Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Social Health Illn*. 2013;35(4):514-28.
22. Fauske H, Kvaran I, Lichtwarck W. Hjelpetiltak i barnevernet: Komplekse problemer og usikre virkninger. *Fontene forskning*. 2017(2):45-58. .
23. Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(1):101-9.
24. Anderson RA, Issel LM, McDaniel Jr RR. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nurs Res*. 2003;52(1):12-21.
25. Anderson RA, McDaniel RR, Jr. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Rev*. 2000;25(1):83-92.
26. Cilliers P. *Complexity and Postmodernism*. London: Routledge; 1998.
27. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
28. Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Verhey F, Chattat R, Woods B, Meiland F, et al. Bridging the divide between biomedical and psychosocial approaches in dementia research: the 2019 INTERDEM manifesto. *Ageing & Mental Health*. 2019:1-7.
29. Revolta C, Orrell M, Spector A. The biopsychosocial (BPS) model of dementia as a tool for clinical practice. A pilot study. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(7):1079-89.
30. Guastello SJ, Liebovitch LS. Introduction to Nonlinear Dynamics and Complexity. In: Guastello SJ, Koopmans M, Pincus D, editors. *Chaos and Complexity in Psychology - The Theory of Nonlinear Dynamical Systems*. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 1-40.
31. Cilliers P. Approaching complexity. *Complexity and Postmodernism*. London: Routledge; 1998. p. 1-24.
32. Stacey RD. *The Space for Creativity in an organization. Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 1996.
33. Haynes P. *Managing complexity in the public services*. London: Routledge; 2015. p. 24-50.
34. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrøm JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;26(1):25-38.
35. Schiamborg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffore RJ, Weatherill RP, et al. Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. *Journal of elder abuse & neglect*. 2011;23(2):190-211.
36. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse og omsorgstjenesten [Regulation of management and quality improvement in health care services]. : Helse- og omsorgsdepartementet [The Norwegian ministry of health and care services].; 2017 [20.01]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
37. Myhre J, Malmedal WK, Saga S, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*. 2020;34(6):655-71.
38. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo; 2020. Report No.: 8278947511.
39. Lichtwarck B, Væringstad A, Hoel K-A. TID Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens - Manual 3. utgave Ottestad: Sykehuset Innlandet, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS); 2019 [updated 2019.08.01. Available from: www.tidmodell.no.
40. Myhre J, Lichtwarck B, Bergh S. Delt forståelse og felles forpliktelse - En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling. *Tidskriftet Aldring og Helse*. 2018;22(1):41-5.
41. Lichtwarck B, Myhre J, Goyal AR, Rokstad AM, Selbaek G, Kirkevold O, et al. Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Ageing Ment Health*. 2018:1-10.
42. Ellström PE. *The meaning and Role of Reflection in Informal Learning at Work*. Boud D, Cressy P, Docherty P, editors. London: Routledge; 2006.

Det personlige livsrommets betydning for eldre verdighet på sykehjem

I denne artikkelen setter vi søkelys på det personlige livsrommets betydning for verdighet for eldre på sykehjem. Det er en stor overgang for eldre, når sviktende helse og økende avhengighet av andre gjør det nødvendig å flytte fra eget hjem til sykehjem. I tillegg til møtet med nye mennesker og endrede fysiske omgivelser, må de forholde seg til et system med faste rutiner som kan kjennes uvante og gi en opplevelse av manglende frihet til å bestemme over eget liv. Dette kan oppleves svært begrensende og medføre lidelse.

Introduksjon

Sykehjem i Norge har en intensjon om å være et hjem for de eldre (1) og i tillegg til den eldre kroppslige behov skal sykehjemmet sørge for at også de psykiske og åndelige behovene blir ivaretatt (2). På grunn av begrensninger i seg selv og sin aldrende kropp er de fleste på sykehjem helt avhengige av hvordan de fysiske og relasjonelle betingelsene er lagt til rette, for at de skal kunne leve utfra sitt indre livsrom og fortsette å være den de ønsker å være.

Litteratgjennomgang viser svært lite litteratur knyttet til det indre livsrommet til eldre på sykehjem. Tidligere forskning viser at begrep som personlig space, life space og privacy er komplekse begrep uten en felles forståelsesramme i sykepleieteori (3). Sommer og Barron (3, p.665) definerer personlig rom «som et usynlig rom som omgir menneskets kropp, avgrenser mennesker fra hverandre og tjener som en beskyttelsessone». Denne definisjon sier ikke noe direkte om mennesket indre livsrom.

Sæteren et al. (4) viser i sin forskning at beboere på sykehjem har behov og ønske om å opprettholde et indre livsrom. Noen av beboerne var i stand til å benytte sine indre helseressurser som selvrespekt, indre viljestyrke, minner fra tidligere liv og å leve i nuet for å beskytte sitt indre livsrom på tross av begrensninger knyttet til endrede relasjoner og fysiske omgivelser. Andre følte seg derimot ufrie

og maktet ikke å hevde egne behov og ønsker, men tilpasset seg og resignerte. Franklin et al. (5) hevder at eldre på sykehjem på tross av sviktende kropp, svakhet og avhengighet viser styrke og kraft til å opprettholde selvbilde, identitet og verdighet gjennom indre styrke og en opplevelse av sammenheng. Haugan et al. (2, p.20) beskriver fenomenet self-transcendence som en kvalitet ved mennesket som leder til et utvidet perspektiv på livet og en orientering mot et større univers. Den intra-personlige transcendence «innebærer tid alene med seg selv ... Tid alene i stillhet ivaretar pasientens indre kontakt med seg selv og er like betydningsfullt for livsglede som å involvere seg med andre».

Mennesket er et mysterium og det innerste i mennesket er det bare mennesket selv som kjenner, men vi forsøker med ulike ord og begrep å rette et lys mot noe av det som det indre livsrommet kan romme.

Det ble gjennomført litteratursøk i Cinahl og Medline med søkeord: personal space, ontological space, life space, existential, elderly care, nursing home care og dignity, noe som gav svært få treff. Dette legitimerer behovet for mer forskning knyttet til personlig livsrom med fokus på det indre livsrommet hos eldre på sykehjem.

Denne artikkelens utgangspunkt er at «Personlig livsrom omhandler en persons indre rom; dets verdier, frihet og autonomi, samt de fysiske og

FAKTA

Berit Sæteren.
Sykepleier, doktor i Helsevårdvitenskap (HVD) fra Åbo Akademi i Finland. Professor eremita, OsloMet - storbyuniversitetet.
Email: beritsa@oslomet.no
Tlf: 40204500

Dagfinn Nåden.
Sykepleier og doktor i Helsevårdvitenskap (HVD) fra Åbo Akademi i Finland. Professor, OsloMet - storbyuniversitetet.
Email: dagfinn@oslomet.no
Tlf: 91532589

relasjonelle betingelsene som omgir personen» (4). Da mennesket konstituerer seg i sine relasjoner er både de relasjonelle og fysiske betingelsene viktig for personens indre livsrom. I denne studien er det menneskets indre livsrom som det settes søkelys på.

Hensikten med denne artikkelen er å utvikle en større forståelse for betydningen av det indre livsrommet og besvare forskningsspørsmålet; hva bidrar til å utvide eller innskrenke det indre livsrommet til eldre på sykehjem, og hvordan påvirker dette deres opplevelse av verdighet?

Teoretisk perspektiv

Mennesket og menneskets ethos

Denne artikkelen har utgangspunkt i et omsorgsvitenskapelig perspektiv hvor mennesket forstås som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd (6, 7). Ethvert menneske har et indre livsrom hvor det er alene med seg selv, og de verdier de hyller som hellige. For mange vil dette også romme en Gudsforståelse. Mennesket lengter etter å ha et personlig rom hvor de blir respektert og bekreftet for den de er, samtidig som det ønsker å være en del av et felleskap med andre (8). Eriksson benevner det indre livsrommet som menneskets ethos (9). Eriksson knytter ethos til Levinas' filosofi om hjem, hvor hjem eller ethos symboliserer det innerste rom i mennesket. Ethos kan ses på som det gode liv hvor et menneske føler seg hjemme. Tanken om et indre hjem innebærer trygghet og styrke samt at det tilbyr mennesket beskyttelse og hvile. Hjemmet gir mennesket mot til å være den man innerst inne ønsker å være (8, 9). Mennesket er relasjon og muligheten til å leve utfra sitt indre livsrom betinger derfor også en aksept og tilrettelegging for at det skal la seg gjøre. Under normale livsromstendigheter er mennesket i stand til å verne om sitt indre livsrom, men i en situasjon hvor man er avhengig av hjelp, kan det være nødvendig at andre er bevisst på og legger til rette for å verne om det indre livsrommet.

Verdighet

Å verne om menneskets verdighet er et sentralt anliggende i sykepleie og nedfelt i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere. Litteraturen fremhever to ulike dimensjoner av verdighet. Eriksson (6) og Edlund et al. (10) refererer til den absolutte og den relative verdigheten. Absolutt verdighet er en objektiv verdighet begrunnet i at mennesket er

skapt i Guds bilde og fått livet i gave. Den absolutte verdigheten betinger at alle mennesker har lik verdi og ingen har forrang fremfor andre. Dette beskrives også som en iboende verdighet. Menneskets relative verdighet derimot er subjektiv og handler om den verdigheten som man tillegger seg selv og tillegges av andre. I og med at verdighet er noe subjektivt er det vanskelig å forutse hva som er av verdi for den enkelte. I en omsorgsrelasjon betinger det at hjelperen bestreber seg på å bli kjent med og å være villig til å ta den andres perspektiv. Verdighet har et relasjonelt aspekt og det betinger at alle møter mellom mennesker har i seg en mulighet til å styrke eller å krenke den andres verdighet. Den relative verdigheten kan krenkes, men kan også bygges opp igjen. Den relative verdigheten er spesielt truet når man er sårbar og i et avhengighetsforhold til andre slik som eldre på sykehjem.

«Artiklens hensikt var ikke å studere beboernes indre livsrom, men å utforske hvordan beboere på sykehjem opplevde at deres verdighet ble ivaretatt»

Metodologi

Design og datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne studien er resultater presentert i 11 vitenskapelige artikler publisert i perioden 2013 – 2018 (4, 11-20). Artiklens hensikt var ikke å studere beboernes indre livsrom, men å utforske hvordan beboere på sykehjem opplevde at deres verdighet ble ivaretatt. Studien ble gjennomført på seks sykehjem i Norge, Sverige og Danmark og var et felles skandinavisk prosjekt hvor 11 forskere deltok. Kvalitative intervjuer ble gjennomført med beboere, pårørende og personale. Tjue åtte sykehjemsbeboere i alderen 62-103 år deltok. De var orientert om tid og sted og hadde bodd på sykehjemmet fra et par måneder til 22 år. Likeledes deltok tjue åtte pårørende (ektefeller og barn), og det ble gjennomført kvalitative fokusgruppeintervjuer med totalt 40 personale



med fem til åtte deltagere i hvert møte, totalt 29 møter (21).

Analyse og tolkning

Studien er designet som en metasynthese av resultater som er publisert i 11 vitenskapelige artikler. Zimmer (22, p. 312) definerer en kvalitativ metasynthese som «en kvalitativ studie som benytter seg av resultat fra andre kvalitative studier som er relatert til den samme eller relatert tematikk». Metasynthese

«Åpenhet og bevissthet på forskernes for forståelse har vært viktige ledetråder i tolkningsprosessen»

er en syntetisert tolkning av allerede analysert og tolket datamateriale (22, 23). Vår intensjon i denne studien var å syntetisere studier fra et spesifikt forskningsprosjekt relatert til eldre og verdighet for å fokusere på betydningen av den elders indre livsrom. Studiens hermeneutiske design er inspirert av Gadammers hermeneutikk (24). Tolkningsprosessen har foregått gjennom gjentatte lesninger av resultatdelen i de valgte artikler i lys av forskningsspørsmålet. Sentrale temaer ble identifisert. Temaer som hørte sammen dannet en enhet. Prosessen beveget seg mellom deler og helhet inspirert av Gadammers tenkning (24). Søken har vært å lete etter hva som ligger bakenfor de resultatene som allerede foreligger som kan utvide vår forståelse av det indre livsrommet. Omsorgsvitenskapelig tenkning og tekster fra Levinas ble anvendt i tolkningsprosessen. Gjennom tolkningsprosessen ble det endelige resultat diskutert av forfatterne til konsensus ble oppnådd. Åpenhet og bevissthet på forskernes for forståelse har vært viktige ledetråder i tolkningsprosessen.

Tolkningsprosessen eksemplifiseres ut fra Kvale og Brinkmann's tre tolkningsnivåer (25): selvforståelse, kritisk almen forståelse og teoretisk forståelse gjennom hovedtemaet *Livsrommet utvides og undertemaet Å svare an på appellen*.

Selvforståelse

'Human beings grow when they are met with dignity' according to one healthcare provider and continues: '... Some years ago a woman with dementia was admitted, and she was very shy and afraid, right, sitting with her bag and looking down ... her hair was covering her eyes. We had no contact with her; that was really impossible. I think we tried for two hours ... and then I thought ... we must try, so I did what no one else has done before, I guess: I laid down on the floor, crawling under the table. Then I looked up in her face and smiled at her and I said: 'Hey there', and then I received this beautiful smile, and every time (since then) she recognized me and gave me this beautiful smile and said to me: 'Hey there' ... (14, p.781).

Kritisk almen forståelse

Hjelperen gav av seg selv for at den eldre damen skulle kunne være en del av fellesskapet videre, noen så den tause appellen fra henne. Denne appellen trengte ikke ord fordi det bøyde hodet og den sammenkrøpne kroppen talte sitt eget språk. Hjelperen svarte på appellen med en naturlig selvfølgelighet i anstrengelse og kjærlighet.

Teoretisk forståelse

Det er det etiske som er det første og som har forrang hos hjelperen til den gamle damen. Etikken står i høysetet, og vi aner en bit av denne etiske instansen hos hjelperen i hans uttrykk 'vi må prøve'. Innbydelsen av den andre skjer ved at hjelperen svarer an på appellen. For Levinas er den Andre hver gang noe helt nytt. Den Andre er 'det absolutt nye' (25).

Etiske overveielser

Den skandinaviske studien som er grunnlag for de artiklene som denne studien bygger på ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Helse sør-øst, og lokale forskningsetiske komiteer i de andre landene som deltok i studien. Forfatterne av denne artikkelen var deltagere i den opprinnelige studien. De enkelte forfatternes bidrag i studien er skrevet inn i de respektive original-artiklene, hvor Vancouverkonvensjonen var rettesnor. Forfatterne av denne artikkelen har vært bevisst på for forståelsen og tilstrebet å følge forskningsetiske hensyn knyttet



Foto: Shutterstock

til åpenhet, redelighet og etterrettelighet i forhold til det datamaterialet som er studert.

Resultater – mot ny forståelse

Livsrommet utvides

I materialet finnes det mange situasjoner hvor personalet åpner opp for beboeres personlige livsrom. Disse situasjonene er forskjellige, men de har det til felles at det åpnes opp noe i deres indre liv som av ulike grunner vanligvis er skjult. Det ytre rom viser seg fra en side som gjør det mulig for mennesket å tale fra sitt indre personlige livsrom. Muligheten for at det indre livsrommet delvis kan dø ut er til stede. Dette kan skje når beboer opplever seg ute-stengt og glemt – ikke sett.

Historien nedenfor synliggjør hvordan det personlige livsrommet åpnes opp:

Å svare an på appellen

'Human beings grow when they are met with dignity' according to one healthcare provider and continues: '... Some years ago a woman with dementia was admitted, and she was very shy and afraid, right, sitting with her bag and looking down ... her hair

*was covering her eyes. We had no contact with her; that was really impossible. I think we tried for two hours ... and then I thought ... we **must** try, so I did what no one else has done before, I guess: I laid down on the floor, crawling under the table. Then I looked up in her face and smiled at her and I said: 'Hey there', and then I received this beautiful smile, and every time (since then) she recognized me and gave me this beautiful smile and said to me: 'Hey there' ... (14, p.781).*

Den gamle damens livsrom ble utvidet for et øyeblikk. Hjelperens innbydelse var innvevd i kreativitet, som vekket noe i kvinnens indre personlige livsrom. Både hjelper og beboer erfarte noe nytt. Kvinnens indre livsrom måtte igjen lukkes inntil neste innbydelse, som hun selv sendte ut til den personen som hadde åpnet opp.

Hjelperen gav av seg selv for at kvinnen skulle kunne være med i fellesskapet videre. Kvinnen trengte noen som så den tause appellen fra henne. Appellen trengte ikke ord fordi det bøyd hodet og den sammenkrøpne kroppen talte sitt eget språk.





Hjelperen svarte på appellen med en naturlig selvfølgelighet i anstrengelse og kjærlighet.

Hjelperen ble borte, men likevel ikke glemt. Beboeren 'visste' at hun ble hegnet om. De to personene utvidet begge sine livsrom gjennom de to ordene som startet det hele.

I frihetens rom

Det indre livsrommet utvides når beboere har anledning til å utøve aktiviteter som de tidligere har trivdes med. Noen aktiviteter utføres sammen med andre beboere, og noen alene. De gir en opplevelse av glede. Beboerne bevarer det personlige livsrommet som de tidligere har bebodd.

Frihet, fellesskap og alenehet

Å kunne bestemme selv er særdeles viktig for beboere for å kunne være utøvende i sitt indre personlige livsrom. Noen foretrekker å skape deler av sitt indre livsrom i alenehet: *I have never been fond of socializing, so I am used to taking care of myself and entertaining myself.* En annen sier: *I am very fond*

of reading. I have always read a lot. Actually, it is reading that keeps me going. I have a lot of books myself. En tredje sier: It feels good to have a glass of wine in the evening if I want to (20, p.5-6).

Beboerne hadde behov for å snakke om seg selv: *They had a need to stand out as different from others by telling their life story: who they are, who they had been, what they had done, what had been important in their lives ... (4, p.144).* Dette viser at de ønsker å utvikle seg til noe mer enn de har vært, og dermed utvide sitt indre livsrom.

Noen beboere har stor glede av å delta på aktiviteter av forskjellig slag i fellesskap med andre. Det viser seg at de utvider både sitt fysiske og indre livsrom: *Only after a short while my mother went to concerts, bingo, church ceremonies, hobby days, digital book days and reading load days. Everything that was going on she participated in. She became a new human being, became healthier. Now she appreciates life (12, p.513).*



Foto: Shutterstock

Kunstens betydning

Å oppleve kunst er vesentlig for noen beboere, enten det er lesing, konsertbesøk eller utstillinger. Kunsten kan oppleves som en nøkkel til et utvidet livsrom, hvor beboere kan vandre fritt uten at neste stasjon er kjent. Betydningen av å hvile i dette rommet blir virkelig for beboeren når denne muligheten ikke finnes eller at den fratas mennesket. Kunstens uttrykk gir muligheter for mennesket til utvikling og frihet. I dyp mening er frihet nøkkelen til menneskets verdighet. Frihet til selv å bestemme er essensielt for beboere dersom livet de lever skal være et levende liv: *I don't care for the entertainment they offer here. I would like to go to a concert, go to exhibitions and the library, but that cannot be arranged* (20, p.6).

Forsoning og følelsen av å være hjemme

Det finnes også en annen form for utvidelse av det personlige livsrommet. Dette skjer når personen 'vender tilbake' til svunnen tid og blir forsonet med den, selv om minner fra fortiden kan være såre å håndtere: *Home is also portrayed as the context of meaning where the patient experiences reconciliation when memories and events of the past become too difficult to handle. The ward covers a set of values which is reflected in the actions of the caregivers and the atmosphere of the ward* (15, p.36). I en genuin relasjon til hjelperne har beboerne mulighet til å nå fram til ro i sitt indre livsrom.

Ivaretagelse og utvidelse av ens indre livsrom finnes i opplevelsen av tilhørighet og røtter i det konkrete rom. At rommet kjennes komfortabelt, at det finnes gjenstander som minner om det levde livet før tiden på sykehjem, har stor betydning for tilhørighet: *It was preferred to have a room with their personal furniture and belongings which could help them to experience and feel rootedness. Rootedness refers to the need to establish roots or to feel at home in the world* (16, p.27).

De kjære tingene taler i et større, sterkere og påtrengende språk. Muligheten finnes for at det indre livsrommet i enda større grad åpnes, slik at mennesket forblir i kontakt med seg selv.

Løftet som grunnpilar

Omsorg fra hjelpernes side føltes trygt og godt, og sykehjemmet var således et sted som de kunne få støtte og beskyttelse. Men når behov for hjelp ikke ble imøtekommet, følte de seg truet: *So, I think that*

being in a nursing home helps me to maintain my dignity, but it's awful when the nurses don't help me (19, p.94). Å opprettholde verdighet var ikke en sak som dreide seg om kroppslige tap i seg selv, men som dreide seg om det å kunne være involvert og beskyttet som menneske. Den egne involveringen og beskyttelsen fra andre er vesentlig for å kunne opprettholde og utvide menneskets indre livsrom når kroppen på noen områder ikke fungerer som den tidligere har gjort.

«Friheten innskrenkes når personalet ikke har tid til eller ikke ønsker å komme beboere i møte»

Uttalelsen til beboeren ovenfor kan ses i lys av tanken om at det å komme til et sykehjem, anses som et løfte om å få hjelp som passer for den enkelte. Det indre livsrommet som ble endret ved å flytte til sykehjemmet, kan rokkes ved når løftet brytes. Virkeliggjørelsen av løftet er av vesens betydning, som i dypere mening kan være lede-tråden og kompasset som fører til at beboeren får leve ut sitt indre liv.

Livsrommet innskrenkes

Når friheten til beboere på sykehjemmene krenkes, så innskrenkes også det indre livsrommet. Det skjer når dørene ut av sykehjemmet er låst, i konkret eller symbolsk mening. Beboere føler seg fanget og lukket inne, selv om døren ut av sykehjemmet konkret sett kan være åpen.

Frihetens rom lukkes

Budskapet er at noen må følge med dersom beboere ønsker å bevege seg utenfor sykehjemmet. Men det skjer ikke. Det settes en stopper for personens ønsker og lengsler:

The healthcare workers don't want me to buy an electric wheelchair. I've got the money, but they don't want me to buy it. They are afraid that I will move around with it inside the building, but that's not the





reason I want it. I want it so I can get out. At present, I cannot get to the churchyard with flowers (18, p.44).

Friheten innskrenkes når personalet ikke har tid til eller ikke ønsker å komme beboere i møte, eller når systemet eller institusjonelle rammer setter stopper for både beboeres ytre og indre livsrom. Håpet om å være frie mennesker svinner hen når alt avhenger av hva andre bestemmer, og personens indre livsrom innskrenkes. Å be om hjelp og ikke vite når hjelpen kommer fører til oppgitthet og krenket verdighet.

Friheten og verdigheten krenkes

Når beboere opplever situasjoner som uverdige, innskrenkes livsrommet. Opposisjon synes å være en måte å beskytte seg selv på for å opprettholde sitt liv i verdighet, for eksempel når rutiner blir for rigide og urettferdige: *I'm not afraid of voicing my opinion: I do not like to be humiliated* (4, p.143).

Når friheten krenkes og det personlige livsrommet svinner hen, kan veien fra å leve et levende liv til kun å eksistere være kort. En uttalelse illustrerer

til en viss grad denne siden av livet og opprettholdelsen av det indre personlige livsrommet: *I will take care of myself. I want to be allowed to do what I want. I do not want to be controlled* (4, p.143).

Friheten og selvbestemmelsen til å utføre aktiviteter slik som tidligere, kan være meget begrenset for de eldre. Når beboerens fysiske livsrom blir innskrenket, er det av vesens betydning at den hjelpen som gis ivaretar enheten mennesket, slik at beboerne kan oppleve at deres indre livsrom forblir levende. Ellers er faren til stede for at både beboernes indre og ytre livsrom blir innskrenket.

Hovedresultatene fra forskningen til Sæteren et al. (4), er at beboere forsøkte å utvide sine livsrom, både fysisk og ontologisk, til å være ansvarlig for sine egne liv, til å erfare indre frihet og være hjemme.

Å ha frihet til å kunne bestemme over sitt eget liv og egne verdier, og i så stor grad som mulig leve slik de tidligere gjorde, ses på som en forutsetning for at deres indre livsrom skal opprettholdes og ha muligheter til å utvides. Hvis frihet og



selvbestemmelse stenges ute, skjer det motsatte – det indre livsrommet innskrenkes: *They keep me behind locked doors, and they do not take my wishes into account. That is discrimination and I never did anything to deserve this. I like to go out in the sun. ... I do not understand why they I want to be able to put on my coat and go to the store to buy something. I do not know what diagnosis they have given me, but I suppose I will soon die and then it won't matter* (17, ^{p.4123-4124}).

Det uendelige venterommet

Noen pårørende sammenligner sykehjemmet med et uendelig venterom, hvor de refererer til situasjoner av tomhet og følelser av ensomhet (13). En kan se for seg at de gamle ikke bare svinner hen fysisk, men at også deres indre personlige livsrom dør hen i mangel av både indre og ytre påvirkning: *She is just sitting here, hidden and lost, eller: She is being ignored, which made my mother feel very lonely* (13, ^{p.269}).

Når mennesket av ulike grunner ikke føler tilhørighet til seg selv, i fellesskap med andre eller til sted, kan fortvilelsens skygge ta grep, og det indre livsrom rokkes ved. En datter forteller historien om sin far, som ble tilsidesatt:

My father liked the small dining room at the ward, but he had to leave it quite quickly. He summoned the personnel too much. He cared much for the other residents and called for the personnel when they dropped things, and then he was not allowed to sit there anymore, and was moved to the kitchen, where those who are most sick are placed. ... The contact person for my father was 'cold as a fish'. Mostly she had no understanding. I told her that he suffers so much seeing those who are so sick and unwell. Now he never sees anything else or anyone who talks. I said that it hurts him so much. 'Yes', she said only ... Not a word more about that (11, ^{p.754-755}).

Beboeren erfarer ingen bekreftelse. Det synes å være fullstendig mangel på engasjement og forståelse. Familiemedlemmet hadde i årevis vært vitne til ydmykende situasjoner for sin kjære og for andre beboere (11, ^{p.755}). Beboeren som lidenskapelig støttet og hjalp andre for at de skulle kjenne seg trygge, og mulig utvide sine livsrom, var den som fikk sitt eget indre livsrom innskrenket. Denne situasjonen står i sterk kontrast til hjelperen som åpnet opp det indre livsrommet hos den tause, gamle damen innledningsvis i dette kapitlet.

Fortolkende diskusjon

I den videre fortolkning anvendes Emmanuel Levinas filosofi og Katie Erikssons omsorgsvitenskap, henholdsvis appellen og ethos. Vi knytter tolkningen an til to sterke motsetninger, når menneskets indre livsrom utvides og når det innskrenkes, representert ved den første og den siste fortellingen i foregående kapittel. Disse tar opp i seg de resterende nyanser i den tolkede tekst.

I Levinas' filosofi forstår en den Andre som en etisk instans. I denne sammenheng forstås den Andre som beboeren. Levinas fører fram tanken om at den Andres inngripen i min verden må gå foran all kunnskap om virkeligheten. Den Andre har første prioritet, og de andre virkelighetene må vike (26). Det er den Andre som etisk instans som synliggjøres i den innledende historien i denne artikkelen. Det er det etiske som er det første og

«Jeg var der, jeg så, jeg vitnet og jeg ble ansvarlig»

som har forrang hos hjelperen til den gamle damen. Etikken står i høysetet, og vi aner en bit av denne etiske instansen hos hjelperen i hans uttrykk 'vi må prøve'. Innbydelsen av den andre skjer ved at hjelperen svarer an på appellen. For Levinas er den Andre hver gang noe helt nytt. Den Andre er 'det absolutt nye' (26). Hjelperen handler i tråd med Levinas' ord og 'erkjenner at den andre har en rett som jeg må hanskes med' (26, ^{p.40}). Det at etikken har første rang i betydningen over er avgjørende for at det indre livsrommet kan åpnes opp og bli levende.

Innledningsvis i denne artikkelen knyttes ethos til hjem, som symboliserer det innerste rom i mennesket (9). Om menneskets indre livsrom skal utvides betinger det at hjelperen er nærværende og villig til å gjøre det gode for den andre. Erikssons (7, ^{p.15}) tekst om ethos og etikk synliggjør det gode når forfatteren framfører et etisk mantra: 'Jeg var der, jeg så, jeg vitnet og jeg ble ansvarlig'. Eriksson refererer til Marc-Wogau (27) og hevder at ethos er en måte å tenke på og gi uttrykk for den karitative omsorgs-etikkens kjerne. Etikken 'bør' kaller



oss til å gjøre de omsorgsfulle handlingene som gagnar pasientens liv og helse, lindrer lidelse og fremmer verdighet (7). Fortellingen om hjelperen og den gamle damen er en levendegjøring av omsorgsetikkens mantra. Hjelperens holdninger og handlinger er et eksempel på klokskap og ansvar for det gode, det å gjøre noe helhjertet (7). Den helhjertede handlingen gir verdigheten tilbake til den gamle. Det er det motsatte som skjer i den påfølgende tekst.

«Det ble en reise fra lys til mørke. Å virkelig se, tenke, forstå og ha viten om noe krever troskap mot det sanne, det skjønne og det gode»

Hjelperen i fortellingen om mannen som ble flyttet bort fra spisestuen var ikke der – nærværende. Vedkommende så ikke og kunne derfor hverken vitne om noe eller ta ansvar. Hjelperen vendte seg i stedet bort fra den hjelpesøkende. Valget om å ta ansvar har også sammenheng med å 'avgjøre seg' i livet, om å gjøre det gode, som går utover den enkelte situasjon. Det er en etisk grunnholdning hos hjelperen som på forhånd er avstemt og levd. Det etiske mantra var ikke levende som lyskaster i historien over, hvor det indre livsrommet ble innskrenket. Det ble en reise fra lys til mørke. Å virkelig se, tenke, forstå og ha viten om noe krever troskap mot det sanne, det skjønne og det gode (28). Eriksson fører sammen viten med lyset. Det er ved hjelp av lyset, som Eriksson beskriver som *Claritas*, at vi ser, og det å se leder til innsyn (28). Et menneske med *claritas* drives innenfra og handler i frihet og indre harmoni (29, p. 88). *Claritas* blir således en hjelper for fullbyrdelsen av det sanne, gode og vakre (30, p. 123). Når den innsikten som *claritas* gir, mangler, blir beboeren forlatt i stedet for å få hjelp til å bevare eller utvide sitt livsrom og dermed sin verdighet.

Levinas (31, p. 115) taler om ansvar og frihet i sammenheng. Han hevder at 'Jeg blir kalt til et

ansvar som aldri ble kontraktfestet, innskrevet i den Annens ansikt. Intet er mer passivt enn denne anklagen som går forut for enhver frihet'. Når Levinas anvender betegnelsen passivitet, er det et uttrykk for at ansvaret er et vilkår eller en gave ved livet selv (32). Hjelperen følger ikke kallet til ansvar og *overser* appellen fra mannen som lider.

Mennesket blir ikke sett når det trenger det som mest. Å bli frarøvet samvær med andre mennesker eller en abstrakt annen kan overgi mennesket til ensomhet og fortvilelse. Det kan kjennes ekstra sårt når mennesket som er i sin siste levetid ikke blir sett av helsepersonell med høye omsorgsidealer som kompass (33).

Konklusjon og implikasjoner for klinisk praksis

Tolkningen av artiklenes resultater viser at menneskets indre livsrom blir både verdiget og krenket. Det indre livsrommet blir krenket når mennesket blir berøvet sin frihet og autonomi, når det blir ydmyket og ikke sett. Det indre livsrommet åpnes opp, blir bevart eller utvikler seg når appellen, med eller uten ord, blir besvart. Dette skjer når løftet holdes og frihetens rom er et levende rom. Studien viser hvor avgjørende en omsorgsrelasjon preget av nærvær, godhet og ansvar er for å åpne og verne om det indre livsrommet til eldre på sykehjem, og således opprettholde deres verdighet.

Å gi mer oppmerksomhet til de eldres indre livsrom, og aktivt stimulere beboernes indre helseressurser vil bidra til å opprettholde og fremme verdighet, stimulere til helse og lindre lidelse i alderdommen (4).

Egenrefleksjon og samtaler om klinisk praksis relatert til kunnskapen som presenteres i denne artikkelen kan bidra til en større bevissthet og etisk ansvar hos hjelperen til å verne om eldres indre livsrom på sykehjem. ■

Litteratur

- Hauge S, Heggen K. (2007). The nursing home as a home: a field study of resident's daily life in the common living room. *Journal of Clinical Nursing*; 17(4):460-467.
- Haugan G, Drageseth J, Rinnan E, André B. (2017). Livsglede og Self-transcendence – to sider av samme sak? *Geriatrisk sykepleie*; 03: 14-21.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, et al. (2001) Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*; 38(6): 663-671.
- Sæteren B, Heggstad AKT, Høy B, Lillestø B, Slettebø Å, Lohne V, Råholm MB, Caspari S, Rehnsfeldt A, Lindwall L, Aasgaard T, Nåden D. (2016). The Dialectical Movement Between deprivation and Preservation of a Person's Life Space. *Holistic Nursing Practice*; 30(3):139-147.

5. Franklin LL, Ternestedt BM, Nordenfelt L. (2006). Views of dignity of elderly nursing homes residents. *Nursing Ethics*; 13: 130–146.
6. Eriksson K. Om Människans värdighet. I: Bjerkreim T, Mathisen J, Nord R (red). *Visjon, viten og virke* Oslo, Norge: Universitetsforlaget; 1996:76–86.
7. Eriksson K. (2018). *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet – Om det tidlösa i tiden*. Samlingsverk. Stockholm: Liber.
8. Hilli Y, Eriksson K. (2019). The home as ethos of caring: A concept determination. *Nursing Ethics*; 26(2): 425–433.
9. Eriksson K. (2003). Ethos. I: *Gryning 2 – Klinisk vårdvetenskap*. Eriksson K. & Lindström U.Å. (red). Vasa: Åbo Akademi, 21–33.
10. Edlund M, Lindwall L, Von Post I, Eriksson K. (2013). Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*; 20(8): 851–860.
11. Nåden D, Rehnsfeldt A, Lindwall L, Caspari S, Aasgaard T, Slettebø Å, Sæteren B, Høy B, Lillestø B, Heggstad AKT, Lohne V. (2013). Aspects of indignity in nursing home residences as experienced by family caregivers. *Nursing Ethics*; 20(7): 748–761.
12. Rehnsfeldt A, Lindwall L, Lohne V, Lillestø B, Slettebø Å, Heggstad AKT, Aasgaard T, Råholm MB, Caspari S, Høy B, Sæteren B, Nåden D. (2014). The meaning of dignity in nursing home care seen by relatives. *Nursing Ethics*; 21, 507 – 517.
13. Lohne V, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Lindwall L, Caspari S, Sæteren B, Høy B, Lillestø B, Heggstad AKT, Slettebø Å, Aasgaard T, Nåden D. (2014). Family Caregivers' Experiences in Nursing Homes – narratives on human Dignity and Uneasiness. *Research in Gerontological Nursing*; 7(6): 265 – 262.
14. Lohne V, Høy B, Lillestø B, Sæteren B, Heggstad AKT, Aasgaard T, Caspari S, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Slettebø Å, Lindwall L, Nåden D. (2017). Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*; 24(7): 778 – 788.
15. Råholm MB, Lillestø B, Lohne V, Caspari S, Sæteren B, Heggstad AKT, Aasgaard T, Lindwall L, Rehnsfeldt A, Høy B, Slettebø Å, Nåden D. (2014). Perspectives of Dignity of Residents Living in Nursing Homes – Experiences of Family Caregivers. *International Journal of Human Caring*; 6:265–272.
16. Caspari S, Lohne V, Rehnsfeldt A, Sæteren B, Slettebø Å, Heggstad AKT, Lillestø B, Høy B, Råholm MB, Lindwall L, Aasgaard T, Nåden D. (2014). Dignity and existential concerns among nursing homes residents from the perspective of their relatives. *Clinical Nursing Studies*; 2(3): 22–33.
17. Caspari S, Råholm MB, Sæteren B, Rehnsfeldt A, Lillestø B, Lohne V, Slettebø Å, Heggstad AKT, Høy B, Lindwall L, Nåden D. (2018). Tension between freedom and dependence – A Challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*; 27: 4119– 4127.
18. Heggstad AKT, Høy B, Slettebø Å, Sæteren B, Lillestø B, Rehnsfeldt A, Lindwall L, Lohne V, Råholm MB, Aasgaard T, Caspari S, Nåden D. (2015). Dignity, Dependence, and Relational Autonomy for Older People Living in Nursing Homes. *International Journal of Human Caring*; 3:42–46.
19. Høy B, Lillestø B, Slettebø Å, Sæteren B, Heggstad AKT, Caspari S, Aasgaard T, Lohne V, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Lindwall L, Nåden D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the resident's perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*; 60: 91–98.
20. Slettebø Å, Sæteren B, Caspari S, Lohne V, Rehnsfeldt A, Heggstad AKT, Råholm MB, Lindwall L, Aasgaard T, Nåden D. (2017). The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home residents' experiences of dignity; *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 4: 718–726.
21. Lindwall L, Råholm MB, Lohne V, Caspari S, Heggstad AKT, Sæteren B, Slettebø Å, Høy B, Nåden D. (2018). Clinical application research through reflection, interpretation, and new understanding – a hermeneutic design. *Scandinavian Journal of caring Sciences*; 32: 1157–1167.
22. Zimmer L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*; 53: 311 – 318.
23. McCormack B, Karlsson B, Dewing J, Lerdal A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 24: 620–634.
24. Gadamer H-G. (1999). *Truth and Method*. New York: Continuum Publishing Company.
25. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Sage: Los Angeles.
26. Kemp. P. (1992). *Emmanuel Lévinas. En introduktion*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
27. Marc-Wogau, K. (1986). *Filosofisk oppslagsbok*. Lund: Doxa.
28. Eriksson, K. (2013). Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I: Å se og innse. Om ulike former for evidens. Martinsen, K, og Eriksson, K. (red.), 35–76.
29. Eriksson (2002). *Pro Caritate. En lægebästemning av caritativt vård. Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap. Wasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten*.
30. Nåden, D., Bergbom, I., Lindström, UÅ., Eriksson, K. (2018). Rediscovering Claritas as the Illuminator of the Great Order of Truth, Good, and Beauty Within Caring Science. *International Journal for Human Caring*, 22(3): 115–125.
31. Aarnes, A. (2013). *Emmanuel Levinas. Underveis mot den annen. Essays av og om Levinas ved Asbjørn Aarnes*. Oslo: Vidarforlaget A/S.
32. Nåden, D., Foss, B. Sæteren, B. (2018). Omsorgens betydning og uttrykk i en klassisk tekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3): 241–252.
33. Sæteren B. & Nåden D. (2020). *Dignity: An Essential Foundation for Promoting Health and Well-Being. I: Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Haugan G and Eriksson M. (ed.), kapittel 7. Switzerland: Springer. Open access: Doi: 10.1007/978-3-030-63135-2



Slutter forskerens ansvar når resultatene foreligger, og de vitenskapelige artiklene publisert?

Leder tor Engevik i NSF's faggruppe for geriatri og demens var den 22. september invitert til å stille utfordrende spørsmål til forskningsledere, direktører, seksjonsledere og rektor ved ViD som alle samarbeider i Alrek Helseklynge.

Implementering av forskningsbasert kunnskap er avgjørende for at Alrek helseklynge skal kunne oppfylle sin visjon. Tor var i denne sammenheng invitert som sykepleier og fagleder ved Løvåsen sykehjem.

Etter et godt åpningsinnlegg av Margaret Hagen, rektor ved UiB og leder av styringsgruppen for Alrek helseklynge, ble det en times åpning-

samtale der Tor Engevik, fagleder ved Løvåsen sykehjem deltok.

I åpningsamtalen ble ledere i klyngen utfordret med følgende spørsmål: Slutter forskerens ansvar når resultatene foreligger, og de vitenskapelige artiklene publisert? Hvis ikke, hvordan kan vi jobbe for at forskningsresultater faktisk kommer til nytte og blir nyttiggjort? Tor kom med noen eksempler

fra egen hverdag. Han viste bl.a. til at forskningsresultater om fysisk aktivitet som viste positiv effekt for eldre, ble avsluttet så snart forskningen var over. Tor fortalte også om et positivt forskningsresultat om korrekt bruk av støttestømper, der han kunne implementere det gode tiltaket rett inn i pleieplanen til en pasient. Tor er klar på at tiltak som er dokumentert



FRA VENSTRE: Debattleder, Guri Rørtveit, instituttleder og professor dr. med, Rebekka Ljosland, strategi- og samhandlingsdirektør Haraldsplass DS, Ellen Berggren, forskningsleder for Tannhelsetjenestens kompetansesenter, Norman Anderssen, dekan Det psykologiske fakultet, Bård Meland, rektor ViD, Simon Nygaard Øverland, prosjektleder, Seksjon for samhandling, Helse Bergen, Tor Engevik, fagsykepleier fra Bergen kommune og leder NSF FGD. Foto: Berit Angelskår.

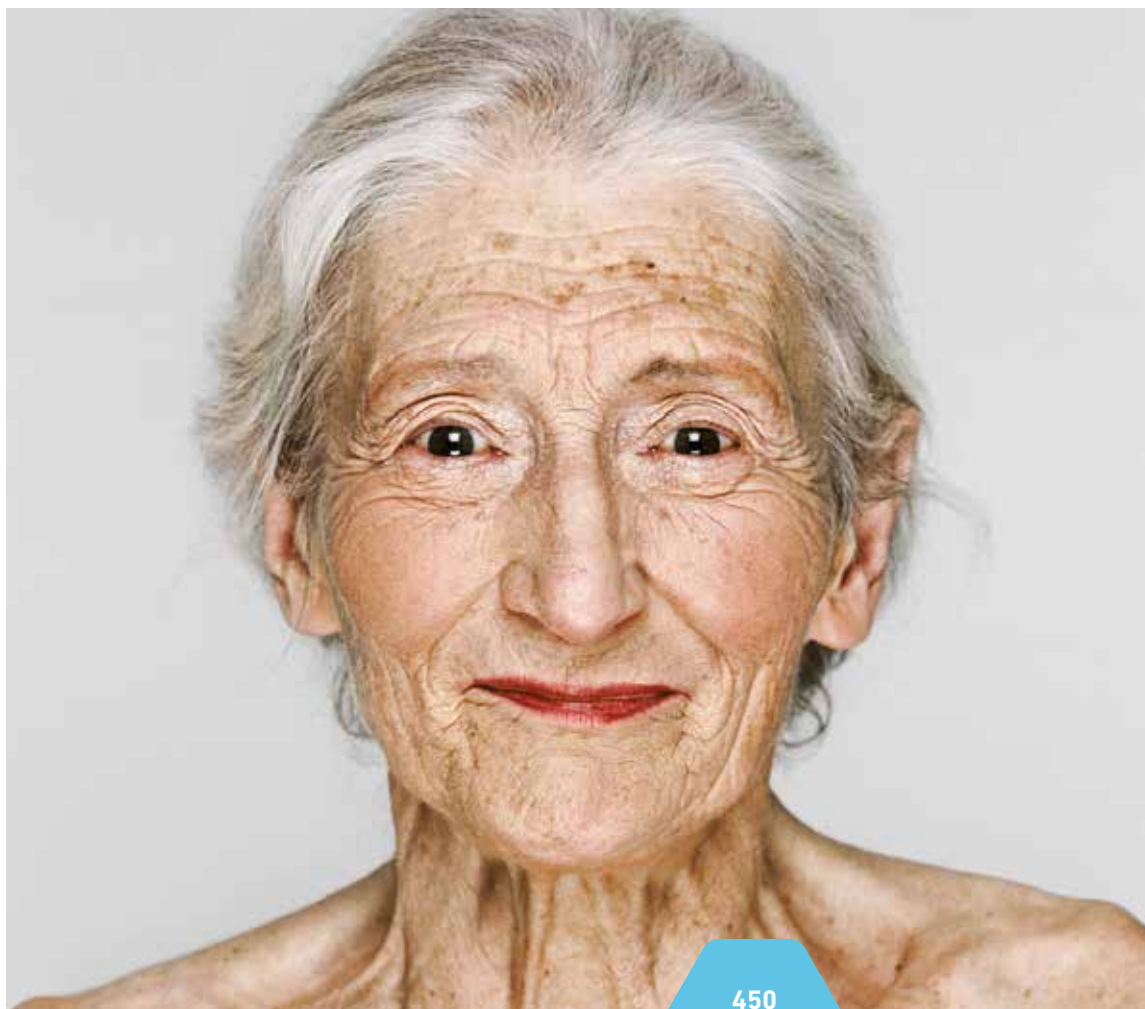
effektive må komme inn i rutine i daglig praksis. Og han sier at sykepleiere må ha nok bemanning hvis vi skal kunne bidra til forskning og implementere gode forskningsresultater i praksis. Til dette trengs det lederstøtte, både fra nærmeste leder men også fra etaten og oppover i systemet. Han ga også

uttrykk for at det er viktig at helsearbeidere blir tatt med i forskningsprosessen. Flere av debattantene fra Alrek Helseklynge uttrykte at de fremover ville bli bedre til å involvere brukere og pårørende tidlig i forskningen. Dette gjelder både helsepersonell som skal bruke forskning og slutt-

brukerne som kan være pasientene som skal motta gode helsetjenester som kan være et resultat av god forskning.



FRA VENSTRE: Margareth Hagen, rektor ved UiB og leder av styringsgruppen for Alrek, Berit Angelskår, fasilitator Alrek helseklynge, Guri Rørtveit, instituttleder og professor dr. med, Rebekka Ljosland, strategi- og samhandlingsdirektør Haraldsplass DS, Ellen Berggren, forskningsleder for Tannhelsetjenestens kompetansesenter. Foto: Tor Engevik.



RESOURCE® ULTRA

Med fokus på forbedret behandlingsresultat



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

Informasjon til helsepersonell

Nestlé Health Science, Postboks 683, Skøyen, 0214 Oslo

450
kcal*

28 g
protein*

3 g
leucin*

*/200 ml

Resource® Ultra er en konsentrert næringsdrikk med høyt protein- og energiinnhold. Drikken inneholder høykvalitativt protein med stor andel myseprotein (42 % myse 58 % kasein), som er naturlig rik på den essensielle aminosyren leucin. Resource® Ultra finnes i fire gode smaker og to ulike format – **125 ml og 200 ml**.

 **Nestlé**
HealthScience



Landskonferansen 2021

«Den akutt syke eldre – hvilken rolle har sykepleieren?»

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens har gjennomført den første fysiske landskonferansen siden pandemien startet. Konferansen ble avholdt i flotte omgivelser på Scandic Nidelven hotell i Trondheim den 9. og 10. september i år. 80 deltakere fikk oppleve inspirerende og dyktige foredragsholdere innen tematikken «Den akutt syke eldre – hvilken rolle har sykepleieren?».

Dagen ble innledet av tre flinke musikkstudenter fra en musikk-skole i Trondheim. Leder av faggruppen Tor Engevik ønsket velkommen. Ordfører Rita Ottervik fra Trondheim snakket om fremtiden i helsevesenet i Trondheim, og vi fikk en hilsen fra forbundsledelsen ved Kai Øyvind Brenden. Etter det ble dagene fylt av interessante og dedikerte fagfolk, alt fra sykepleiere, spesialsykepleiere, tannpleiere, leger og forskere som delte sin kunnskap med oss.

Første foredragsholder var Guro Brustad med foredraget «Akuttgeriatriens 10 bud». Hun har 30 års erfaring som sykepleier, hovedsakelig fra sykehus. Hun er ansatt som spesialsykepleier i akuttmottaket ved sykehuset i Skien og har mastergrad i klinisk geriatriisk helsearbeid. Da hun laget «Akuttgeriatriens 10 bud» var budskapet i utgangspunktet tiltenkt sykepleiere som jobber innen akuttmedisin. Temaene er imidlertid brennaktuelle også for sykepleiere på ulike sykehusavdelinger, i hjemme-sykepleien, på kommunale akutte døgn-avdelinger, innen rehabilitering og på sykehjem. Foredraget utfordrer både kunnskaper og holdninger og

ga et innblikk i hva sykepleiere må ha kompetanse på i møte med eldre mennesker som blir akutt syke eller skader seg.

Ingvild Saltvedt fortsatte dagen med «Akuttgeriatri – ortogeriatri». Hun er avdelingssjef på avdeling for geriatri, St Olavs hospital og professor på Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU. Hun har bred klinisk erfaring med utredning og behandling innen geriatri og har forsket blant annet på effekten av bred geriatriisk utredning og behandling hos akuttinnlagte geriatriiske pasienter og hoftebruddspasienter. Hun tok oss med inn i geriaterens verden på sykehuset. Ingvild Saltvedt satte fokus på hvor komplekst bilde kan være når den eldre pasienten blir akutt syk, og hvor viktig en bred geriatriisk vurdering er for den eldre for å komme tilbake til tidligere funksjonsnivå. Ortogeriatri er også et av hennes spesialfelt, og viste til forskning der man kombinere ortopedi med geriatri for å gi raskere mobilisering og øker sjansene for å komme tilbake til opprinnelig funksjonsnivå.

Neste foredragsholder var Elin Kristin Einarsen med «Akuttgeriatri – hvilke pasienter – hva gjør man?».

Hun er spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg og arbeider som fagutviklingssykepleier ved avdeling for geriatri, medisinsk klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Elin Kristin Einarsen har mastergrad i helsevitenskap fra NTNU. Hun har praksis fra ortopedi, hjemmesykepleie og sengepost for geriatri. Hun gikk mer i dybden på hvilken rolle og funksjon sykepleieren har i den geriatriiske utredningen og hvordan man jobbet for helhetlig pasientforløp.

Greta Elisabet Gard Endal holdt foredraget «Syke gamle og frailty – begrepet». Hun er spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg. Hun arbeider ved Eldremedisinsk poliklinikk ved Førde Sentralsjukehus, og hun har videreutdanning i aldring og eldreomsorg (Førde) og master i mestring og myndiggjøring i Helse og sosialfag (Volda). Greta Endal ga oss en grundig innføring i frailty – begrepet og hvordan man kan oppdage skrøplighet hos eldre.

Siste foredrag den første dagen sto Helene Kjekja Broen for med foredraget «Eldre, demens og alkohol – et pårørende perspektiv». Hun er utdannet sykepleier med videreutdanning

i psykisk helsearbeid. Hun har lang erfaring med arbeid blant eldre, og nå ved poliklinikk for geriatri ved St. Olavs hospital. I 2016 fullførte hun en masterstudie som handlet om eldre, demens og alkohol. På landskonferansen presenterte hun funnene fra dette mastergradsarbeidet som viste at det var et komplekst tema, men at tradisjoner og vaner er viktige, og for flere er et moderat alkoholkonsum en vesentlig del av gode opplevelser.

Det første innlegget på dag to var av Lisa Digerud og Anniken Wold Nordhaug med temaet «Eldre og psykisk sykdom». Lisa Digerud er psykiatrisk

sykepleier og Anniken Wold Nordhaug er sykepleier. De har begge jobbet på Alderspsykiatrisk avdeling St. Olavs siden begynnelsen av 2000-tallet. I foredraget gikk de gjennom ulike psykiatriske diagnoser som er vanlig hos eldre.

Sigurd Evensen tok dagen videre med sitt foredrag «Delirium – risikofaktorer, forebygging og håndtering». Han er overlege på medisinsk avdeling på Diakonhjemmet, spesialist i geriatri og disputerte i desember 2020 på motoriske subtyper ved delirium ved NTNU. Han ga deltakerne på konferansen en innføring i hvilke risiko-

faktorer som disponerer for delirium, hvordan helsepersonell jobber forebyggende og hvordan man behandler delirium.

Det neste temaet på konferansen var «Velferdsteknologi ved akutte situasjoner hos eldre» ved Sigrid Nakrem. Hun har sykepleierutdanning fra 1986 ved Innherred Sykepleierhøgskole. Hun arbeidet de første årene som sykepleier ved medisinsk og kirurgisk avdeling i sykehus, deretter som sykepleier og leder i kommunehelsetjenesten, både i sykehjem, ved legesenter og i hjemmetjenesten. Hun har videreutdanning i administrasjon og ledelse, prosjekt-



DELER AV STYRET OG MEDHJELPERE: Tor Engevik, Katrine Linnom Pedersen, Terje Årsvoll Olsen, Liv-Berit L. Jordal, Siren Andreassen og Linda Vinje.

ledelse, samt pedagogikk. I 2005 tok hun mastergrad i helsevitenskap ved NTNU. Hun disputerte i desember 2011 for graden PhD i samfunnsmedisin ved Det medisinske fakultet, NTNU med doktorgradsavhandlingen «Kvalitetsmål for pleie og omsorg i sykehjem – hva er av betydning?». Hennes fag- og forskningsinteresse er kvalitet og kvalitetsforbedring, styring og ledelse i kommunehelsetjenesten og velferdsteknologi/e-helse. På denne dagen presenterte hun ulike former for velferdsteknologi som trykghetsalarm, digital hjemmeoppfølging og lokaliseringsteknologi.

Elin Korsmo holdt foredraget «Munnhelse hos eldre». Hun ble utdannet tannpleier ved Høgskolen i Innlandet i 2014. Siden den gang har hun jobbet i den offentlige tannhelsetjenesten i Trondheim og begynte på Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt) i 2019. På TkMidt jobber Elin i TOO-prosjektet og på spesialistklinikken. TOO omhandler tilrettelagt behandling for personer som har opplevd tortur, overgrep eller som har odontofobi. I TOO er fokuset på angstbehandling med eksponeringsterapi

for tannbehandlingssituasjoner eller tillaging av mestringsstrategier for å kunne gjennomføre friskhetskontroller og nødvendig tannbehandling. Elin har tatt bachelorutdanning i psykologi og pedagogikk ved NTNU i Trondheim. På konferansen hadde hun fokus på munnhelse hos eldre og gikk gjennom ulike sykdommer og tilstander man kan finne hos i munnen hos eldre. Hun ga mange tips og råd for hvordan helsepersonell bedre kan hjelpe eldre med munnstell.

«Palliasjon» var temaet Håkon Johansen holdt foredrag om. Han er geriatrisk sykepleier, Msc, og jobber som rådgiver for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT) Viken (Østfold), og har palliasjon og demens som arbeidsfelt. Han har skrevet forskningsartikler om palliasjon og betydningen av kontakt med utendørs natur for sykehjemsbeboere. Han er medlem av Rådet for sykepleieetik. Håkon Johansen fortalte om forhåndssamtaler og hvordan det nå jobbes med for å få implementert dette flere steder i landet. Møre og Romsdal har kommet langt her. Han satte også søkelyset på hvor viktig det er

å jobbe personsentert omsorg i den palliative fasen.

Avslutningsforedraget var i år holdt av Terje Årsvoll Olsen med tematikken «Etisk refleksjon – hva skal til i hverdagen?». Han er førstelektor og geriatrisk sykepleie ved Høgskulen på Vestlandet og medlem av Rådet for sykepleieetik. Han har forsket på «ektefelle som pårørende i sykehjem» og er opptatt av etikk, demens, pårørende, psykologi og lover og regler. Han minnet deltakerne på viktigheten av den etiske refleksjonen. Han sier at mest sannsynlig foregår den daglig ute i helsevesenet, men spør hvor flinke er vi til å sette dette i system?

Det var også flotte utstillere med denne gangen, som kom med mange nyttige tips og informasjon om alt fra sår, madrasser, næringsdrikker og inkontinensutstyr. Siden vi fortsatt var i en pandemi var fokuset på smittevern viktig. Det var høyt fokus på «en meteren», besøk i hos utstillerne var delt opp i kohorter, og spriting av hender og utstyr pågikk kontinuerlig. Alt i alt ble det en flott konferanse og styret i faggruppen gleder seg allerede til neste gang.

Temaet og dato for neste års konferanse ble avslørt under konferansen. Neste års landskonferanse blir i Bergen den 21. – 22. april, og temaet er «Levende og aktivt liv med demens – hvordan kan sykepleieren bidra?». Hold av datoen allerede nå. Medlemmer av faggruppen vil få rabatterte priser på konferansen, er du ikke medlem kan du enkelt melde deg inn ved å sende en SMS med kodenordet GERIATI til 02409.



NORSK
SYKEPLEIERFORBUND

NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Levende og aktivt liv med demens



Hvordan kan sykepleieren bidra?



Hotell Terminus Bergen

21.-22. april 2022

FORELØPIG

Program Landskonferanse i Bergen 2022

Livsglede i solnedgang *Tor Jakob Moe, Psykiater Olaviken*

Multifarmasi *Paal Naalsund, Geriater Haraldsplass*

Møteplass for mestring *Solgunn Knardal, Musikkterapeut*

«Bruk meg som Sobril» *Lina Wefler, sykepleier*

Utfordrende adferd *Trond Eirik Bergflødt, sykepleier*

«På grønt lys» BVC-kartlegging av vold – tillitsbygging *Stein Erik Fæø*

Eldrebrølet *Irene Vågen*

Belastning for pårørende *Toril Marie Terum, Sykepleier, Høgskulelektor*

Palliasjon *Linda Sunne, sykepleier*

Hundeterapi *Marianne Raa, Hundefører og pedagog*

Musikkterapi *Kristi Stedje, Musikkterapeut*

Eldre og seksualitet *Espen Ester Pirelli Benestad*



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem

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

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

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

Kontingent kr. 400,- for 2022

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

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

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