



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Aktiv omsorg ligger implisitt i de seneste norske reformer og beskrives av WHO som en viktig forutsetning for fremtidens omsorgsutfordringer.

Hensikt: På bakgrunn av erfaringer fra et fagutviklingsprosjekt gjennomført ved to sykehjem, er hensikten med denne studien å utvikle kunnskap om hvordan større faglig bredde, med medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kan bidra til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere.

Metode: I en kvalitativt beskrivende

design ble data innhentet ved gruppediskusjoner og intervju, for å fremskaffe erfaringer fra et strategisk utvalg som hadde vært aktivt involvert i utviklingsprosjektet.

Resultat: Erfaringene fra studien viser at større faglig bredde er nødvendig, og nytten av terapikompetansen ble ansett som betydningsfull for å oppnå mer aktiv omsorg. Dagliglivet på sykehjemsavdelingene preges av pleierutiner og lite tverrfaglig samarbeid mellom faggrupper. Informantene uttalte imidlertid at ved gode rutiner

og en bevisst utnyttelse av eksisterende ressurser, kunne man realisere mer aktiv omsorg.

Konklusjon: Studien viste at på tross av et unisont ønske om mer aktiv omsorg ved samarbeid gjennom dialog og møtepunkter, var erfaringene at tidspress og en rådende monofaglig kultur ikke innbød til tverrfaglig samarbeid. Kompetansen til ergoterapeuter og fysioterapeuter blir lite etterspurt og dårlig utnyttet i utviklingen av mer aktiv omsorg for beboerne ved sykehjemmene.

ENGLISH SUMMARY

A wider multidisciplinary as a contribution to a more active ageing of nursing home residents

Background: Active ageing is implemented in the latest Norwegian reforms and is described by the World Health Organisation (WHO) as an important condition for the future's care needs.

Objective: Based on the experiences from a professional development project, conducted at two nursing homes, the aim of this study was to develop knowledge of how a multidisciplinary collaboration, with an

assistance of occupational therapy and physiotherapy, can contribute to a more active ageing of nursing home residents.

Methods: In a qualitative descriptive design, data was obtained in group discussions and interviews, to gain experience from a strategic sample of people who had been actively involved in the project.

Results: Experiences from this study suggest that wider multidisciplinary collaboration may be necessary to develop a more active ageing. Daily life in these nursing departments is

characterized by nursing routines, and little interdisciplinary collaboration. The informants expressed how utilization of existing resources.

Conclusion: The study showed how a unified desire to achieve a more active ageing by cooperation through dialogue and meeting points, was difficult to realize due to time pressure and a dominating nursing culture.

Key words: collaboration, care restructuring, active ageing, quality of life

» Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere

Forfattere: Klara Jakobsen og
Randi Granbo

NØKKELORD

- Samarbeid
- Omstilling
- Omsorg
- Livskvalitet

INTRODUKSJON

Aktiv omsorg er en av myndighetenes strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (1, 2, 3). På tross av gode intensjoner lever imidlertid de fleste beboere på dagens sykehjem et svært lite aktivt liv. Så vel pårørende som pleie- og omsorgspersonale uttrykker ønske om en mer aktiv tilværelse for sykehjemsbeboerne (4). For å møte disse forventninger har man gjennom et utviklingsprosjekt ønsket å få mer kunnskap om hvordan medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kunne bidra til å realisere målet om en mer aktiv omsorg på sykehjem.

Aktiv omsorg eller «Active ageing» beskrives av Verdens helseorganisasjon (5) som prosessen som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse

og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet også i eldre år. Den norske helsepolitikken har i de senere årene vektlagt effektivitet og kvalitet i tilbudet, og en styrking av pasientenes rettigheter (6). Forskning viser at man må skreddersy tiltak på sykehjem for å møte den enkeltes aktivitetsbehov (7). Dersom man ikke etterspør beboernes egne preferanser, kan det lett føre til depresjoner og sosial isolasjon (8). Aktiv omsorg retter oppmerksomheten mot individuell mestring, uansett funksjonsnivå. Dersom omsorgen ikke innrettes i tråd med brukerens funksjon, men ansvaret for mange daglige gjøremål overtas av andre, leder omsorgen til passivitet og økt hjelpeavhengighet (6). Aktiv omsorg underbygger troen på at meningsfulle hverdagsaktiviteter gir en positiv helseeffekt både fysisk og mentalt (9). Forskning viser at dette også bidrar til et mer betydningsfullt sosialt liv (5, 10). Dersom helse- og omsorgspersonell søker å øke beboernes positive samhandling med andre, bedres i tillegg sykehjemsbeboerens mentale helse (11). Evaluering

viser imidlertid at dagens eldreomsorg styres mot en prioritering av medisinske oppgaver (4). Dette er en trend innen norsk helsevesen hvor aktivitetene organiseres i tråd med New Public Management-ideologien (12, 13). En annen årsak til en slik prioritering kan være at dagens sykehjemsbeboere er langt mer skrøpelige enn tidligere (14) eller at helsepersonell ikke aktivt nok leter etter helsefremmende ressurser hos den enkelte (15).

Faglig samarbeid kan by på utfordringer, siden mange som mener at de samarbeider tverr-

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at en større faglig bredde kan være et viktig tiltak for å oppnå mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere.

Mer om forfatterne:

Klara Jakobsen er førstelektor og ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag ved Program for Ergoterapeututdanning. Randi Granbo er høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Program for fysioterapeututdanning og fagkoordinator i Trondheim kommune. Kontakt: klara.jakobsen@hist.no

faglig, egentlig jobber enfaglig side om side, et samarbeid som beskrives som flerfaglighet (16). Flerfaglighet er en samarbeidsform hvor den enkelte fagperson hver for seg tar ansvar for

fokusere på ferdigheter som opprettholder dagligaktivitetene (18, 19, 20, 21, 22). Økt selvbestemmelse til beboere på geriatriske institusjoner, fører til økt tilfredshet, endring i

reapeut deltok. Terapeutene var tilknyttet avdelingene en halv dag per uke. I denne kommunen er terapeutene ikke tilsatt ved sykehjemmene, men terapitjenester tildeles gjennom henvisninger etter behov slik som for hjemmeboende. Prosjektledelsen besto av sykehjemsledelsen og høyskoleansatte.

” Det skal ikke så mye til for at beboerne kan delta i meningsfulle, daglige aktiviteter.

å utføre sine deloppgaver. Ved flerfaglighet mangler en dialog mellom faggruppene der hensikten er å utveksle fagkunnskap og aktuelle innfallsvinkler. I motsetning til flerfaglighet krever tverrfaglighet en dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom. For eksempel ved at ulike fagpersoner samles og, på bakgrunn av sin faglige kompetanse, kan foreslå ulike løsninger på ett og samme problem. Når det råder ulike oppfatninger på en arbeidsarena om hva tverrfaglig samarbeid er, kan dette lett føre til konflikter (16). Sykepleieren bør ha en nøkkelrolle i det tverrfaglige samarbeidet i sykehjem. Ifølge Hauge (17) gir døgnkontinuerlig tilstedeværelse sykepleieren mulighet for å tilrettelegge for tverrfaglige samarbeid, både gjennom utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og ved å etterspørre andres kompetanse og vurderinger. Situasjoner hvor en profesjon tar en overordnet og premissgivende posisjon, beskrives imidlertid som monofaglig samarbeid. Konsekvensen kan bli dårlig utnyttelse av annen ekspertise og fagkompetanse (16).

Forskning viser at terapeutkompetansen spiller en viktig rolle på sykehjem, gjennom tilrettelegging av tiltak for å maksimere beboernes funksjonsnivå mentalt og fysisk, samt ved å

daglige rutiner samt større deltagelse i sosiale aktiviteter (23, 24). Foruten økt fysisk funksjon hos eldre med demens, vil øvelsetrening kunne bedre kognitiv funksjon hos denne gruppen (19). Dersom man oppnår endring i funksjonell status, kan dette igjen innvirke positivt på beboerens andre funksjoner (25). Pleie- og omsorgspersonells manglende kjennskap til hvilke tilbud terapeutgruppene kan bidra med (24, 26) kan imidlertid føre til underforbruk av disse tjenestene (27, 28). Ergoterapi og fysioterapi har positiv effekt for beboerne, og mer ressurser til terapitjenester kan i tillegg redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester (25, 26).

Hensikten med utviklingsprosjektet var å fremskaffe kunnskap om hvordan større faglig bredde, med medvirkning av ergoterapi og fysioterapi, kunne bidra til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Målet med denne artikkelen er å utdype hvordan personer med ulik fagbakgrunn erfarte dette samarbeidet.

METODE

Denne studien beskriver første del av utviklingsarbeidet, hvor pleie- og omsorgspersonell ved to sykehjemsavdelinger, to aktivitører ansatt ved sykehjemmene, samt en ergo- og fysio-

For å fremskaffe erfaringer fra deltakerne i prosjektet, ble en kvalitativt beskrivende design valgt med fokusgrupper og individuelle intervju som datainnsamlingsmetoder (29, 30). To fokusgrupper med henholdsvis tre og fire deltakere ble gjennomført etter knapt et år. En sykepleier og tre hjelpepleiere deltok i den ene fokusgruppen og to sykepleiere og aktivitør i den andre. Utvalget var strategisk (30), og fagansvarlig sykepleier ved de to avdelingene sto for utvelgelsen på bakgrunn av informantenes involvering og engasjement i prosjektet. Individuelle intervjuer ble gjennomført med begge terapeutene. Fokusgruppene og de individuelle intervjuene ble gjennomført av prosjektlederene på skjermeterom på sykehjemmene og varte fra en til to timer. Informantene ble på forhånd informert om frivillig deltagelse og ivaretagelse av anonymitet. Vi innhentet muntlig samtykke om lydopptak og om at deltakerens erfaringer ville bli anvendt i skriftlig rapport og artikler. Prosjektskissen samt informasjonsskriv om prosjektet ble lagt frem for leder av Regional Etisk Forskningskomité som anså prosjektet som et kvalitetsutviklingsprosjekt. Vi måtte derfor ikke legge frem prosjektet for komiteen. Prosjektet ble dessuten innmeldt og godkjent av personverneombudet.

Samtlige intervju ble styrt

av semistrukturerte spørsmålsstillinger nedtegnet i en intervjuguide. Spørsmål til fokusgruppene var knyttet til informantenes erfaringer gjennom prosjektet; eventuelle endringer av rutiner og tiltak, samt hvorvidt beboernes ressurser ble mer vektlagt. I tillegg diskuterte deltakerne sine erfaringer med større faglig bredde i avdelingene. Vi la ett og ett spørsmål frem for deltakerne til diskusjon, og de utdypet hverandres synspunkter og fremmet egne meninger på utsagn de oppfattet annerledes (29). Terapeutene beskrev sine erfaringer med samarbeidet og hvordan de hadde opplevd at deres fagkompetanse ble mottatt blant avdelingspersonalet.

Informasjonen fra datainnsamlingen ble nedskrevet direkte fra lydbandet og nøye gjennomlest. Analysen av samtlige intervju ble gjennomført inspirert av Grounded theory (31). Meningsinnholdet i råmaterialet ble først studert i sin helhet. Ved et vekselspill mellom den innsamlete teksten og vår kunnskap på området ble teksten merket med nøkkelord. Deretter kategoriserte vi emner som tydeliggjorde likheter i datamaterialet i aktuelle enheter som relevante beskrivelser av situasjonen slik den ble fremført av informantene (32). Vi diskuterte også resultatet med kolleger med faglig kunnskap på området.

RESULTAT

Da informantene beskrev sine erfaringer fra første del av prosjektet, skilte tre temaer seg ut som betydningsfulle for mer aktiv omsorg gjennom større faglig bredde:

1. Ønske om samarbeid
2. Terapeutenes faglige bidrag

3. Aktiv omsorg gjennom hverdagens gjøremål

ØNSKE OM SAMARBEID

Avdelingspersonalet ønsket at terapeutene skulle utføre oppgaver som utstyrsutprøving og bestilling. Men for at terapeutenes kompetanse skulle komme til nytte, uttrykte informantene at samarbeidet måtte settes i system: «Vi må ha en bevissthet om dette når de (terapeutene) er her ... for avdelingen er stor altså ... og en rekke ikke så mye» (sykepleier).

Avdelingspersonalets tidligere samarbeid med terapeuter i kommunen hadde ikke bare gitt positive erfaringer: «Det verste er de terapeutene som kommer innom (etter henvisning) og etter en halv time legger igjen lappen med instruksjon og går. Det er forferdelig dårlig samarbeid. De kunne ha brukt mer tid på å vise personalet og gjøre avtaler slik at vi fikk sett hvordan vi kunne gjøre øvelsene. For det er greit å lage en plakat over senga – men det er ikke nok».

Alle informantene uttrykte behov for felles møtepunkter, og avdelingspersonalet ønsket at terapeutene kunne ha en fast avdelingstilknytning. Når terapeutene deltok på morgenmøter, var erfaringen at tiltak ble diskutert og avklart. Slik ble dialogen fremholdt som svært betydningsfull for samarbeidet: «Dialogen er kjempeviktig, og den har vi manglet. Det er frustrerende å gå til avdelingen å føle at – fordi rammene ikke er så klare – at en går i blinde iblant. For det er jo viktig at en har med personalet på tiltakene for at det skal bli bra. Eller så starter vi opp med ting – og så snart vi er ute av bildet, vil det bare dø – ikke sant? Derfor er

faste møtepunkter viktig for utveksling av informasjon begge veier. Det vil være lettere å få i gang rutiner da (terapeut)».

Alle faggruppene ønsket mer samarbeid. Daglige rutiner opptok imidlertid så mye av tiden til avdelingspersonalet at enkelte uttrykte bekymring for at samarbeid med terapeutene kunne gi merarbeid. Samarbeid knyttet til praktiske gjøremål som morgenstell og måltider ble likevel fremhevet som ønskelig: «Det er lettere å gi og motta tips når man er med – enn når man bare forteller. Når du har vært gjennom det selv et par ganger, så lærer du å se andre lignende ting. Kanskje greier du også å formidle det til andre (kolleger) (avdelingspersonale)».

Avdelingspersonalet ønsket mer samarbeid i den daglige omsorgen for beboerne, selv om de opplevde hverdagen som travel. De mente dette ville gi gevinster for beboerne og samtidig bidra til ny kunnskap, som lettet arbeidshverdagen.

TERAPEUTENES BIDRAG

Ergoterapeuten og fysioterapeuten jobbet sammen som et team. De opplevde støtte i hverandre og utfylte hverandres kompetanse med ulik tilnærming til beboernes behov. Ergoterapeuten vektla primært praktiske, daglige aktiviteter som stimulerte beboernes fysiske og mentale funksjoner, mens fysioterapeuten i større grad vektla vedlikehold av kroppslige funksjoner. Terapeutene opplevde en halv dag i avdelingen som begrensende, og årsaken til at de ikke kunne igangsette tiltak som krevde daglig tilstedeværelse.

Tiltak terapeutene utførte var treningsgruppe for utvalgte beboere, tilpasning av sittestil-

linger, utprøving av tekniske hjelpemidler samt utvikling og utprøving av et skjema for aktivitetskartlegging av beboerne. Aktivitetsregistreringen ga nyttig informasjon om beboernes funksjon og interesser knyttet til daglige aktiviteter. Når terapeutene var i avdelingen, gjorde de ofte oppdagelser av forhold som lett kunne forbedres gjennom deres bidrag: «Det har jo blitt naturlig at det er mye hjelpemidler. Men der ser vi også samtidig et utrolig behov. Bare vi går rundt på avdelingen ser vi at det er nesten sjokkerende hvor dårlig enkelte sitter, – og hvilke tilpasninger som skulle vært gjort der. Det er så enkle

som skulle til. Aktiv omsorg er ikke «noe vi skal gjøre når alle er ferdige med sitt – vi blir aldri ferdige – Vi har åpent 24 timer i døgnet (sykepleier)».

En informant sa at det kreves tid og tilstedeværelse sammen med beboeren, skal man oppdage den enkeltes ressurser: «Tenk – i dag tok hun vaskekluten selv og vasket seg under armene». Man fremhevet også betydningen av at slike opplysninger ble rapportert til kolleger for at det skulle bli fanget opp og videreført. Det ville krevd en ekstra innsats av personalet å motivere beboerne til å ta i bruk ressursene sine, noe som nødvendigvis ikke var forven-

ter; kjente huslige aktiviteter kan være motiverende: «En ting som er populært hos oss det er å brette vaskekluter på fredagene. Og så er det faktisk også noe ferdighetsmessig i dette – at en ivaretar en funksjon. Det er kjempeartig. Da syns de at de gjør noe nyttig. Så er det dét lille sosiale – og så får de kaffe etterpå. De liker det – et gammelt husarbeid (avdelingspersonale)».

Resultatet viser at informantene oppdager ubrukte ressurser både hos beboerne og blant ansatte, et potensial som kunne vært realisert til mer aktiv omsorg i sykehjemsavdelingens dagligliv. For å fremme mer aktiv omsorg fremhevet informantene betydningen av gode rutiner og bevissthet om å utnytte eksisterende ressurser, samt å være lojal mot de bestemmelser som blir tatt.

” Studien avdekker en ambivalens blant informantene når det gjelder tverrfaglig samarbeid.

ting som skal til (terapeut)».

Avdelingspersonalet fremhevet også nytten av terapeutens kompetanse: «Det å ha dem i avdelinga slik at vi kan få råd når det er noe vi lurer på – her har de jo vært behjelpelig». Personalet ønsket i tillegg at terapeutene kunne bidra med en holdningsendring blant personalet som kunne føre til bedre utnyttelse av beboernes ressurser.

AKTIV OMSORG I HVERDAGEN

Samtlige fremhevet betydningen av mer aktiv omsorg, selv om avdelingspersonalet var splittet i synet på om det kunne gjennomføres innenfor eksisterende personalressurser. Noen mente at flere gjøremål ikke kunne gjennomføres uten økt bemanning, mens andre framholdt at en bedre struktur på arbeidsdagen og større bevissthet, var det

tet. Andre rutiner ble av mange oppfattet som viktigere: «Går heller og lager middag – dekker bord ... Ja for da er det enklere å notere at vi har gjort det: Redd fire senger, dekket middagsbordet!»

Igangsetting av frokostgrupper for utvalgte beboere bidro til sosial og mental stimulering. Flere av informantene merket seg en entusiasme blant beboerne som deltok. «De eldre koser seg rundt matbordet, og sier: «Vi gleder oss hele uka, savner å kunne smøre maten selv. – Åh når jeg kommer ned skal jeg ha masse smør på brødskiva», sier de. De får selv velge hvilket pålegg de vil ha. Jeg spør om det er noe pålegg de savner, eller noe som skal byttes ut. De er med på å bestemme (aktivitør)».

Det skal ikke så mye til for at beboerne kan delta i meningsfulle, daglige aktivite-

DISKUSJON

Denne studien viser at aktiv omsorg i en sykehjemsavdeling gjennom større faglig bredde kan være utfordrende. Mange eldre har sykehjemmet som sitt hjem i lang tid, og god pleiekompetanse er avgjørende for beboeres dagligliv (17). Nasjonale føringer og forskning viser imidlertid at for å opprettholde fysisk, sosial og mental funksjon, kreves en bredere faglig tilnærming (2, 5, 11).

I likhet med andre studier (4, 14) viser også resultatet fra denne studien at dagliglivet i en sykehjemsavdeling preges av rutiner som primært ivaretar fysiske pleiebehov. Dette kan skyldes at desto skrøpeligere beboeren er, jo vanskeligere kan det være å få øye på den enkelte beboers ressurser (14, 15). Da kan ekstra tid og oppmerksomhet være viktig, slik en

av informantene uttrykte, og gi mulighet for oppdagelse av helsefremmende ressurser (15).

Når man tilstreber mer aktiv omsorg, kan utfordringene tilskrives ytre rammer og tildelte ressurser, slik noen informanter uttrykker. Men utfordringene kan også forklares med en sykehjemskultur hvor personalet har relativt lik kompetanse og tilnærming, slik annen forskning også viser (23).

Faste rutiner er nødvendig for å dekke grunnleggende fysiske behov hos beboerne (17), og bidrar dessuten til organisering av personalets arbeidsdag. Det var vanskelig å finne et felles møtepunkt for faggruppene, noe som kan antyde at ønsket om samarbeid for mer aktiv omsorg likevel ikke ble ansett som viktig nok for alle. Fagsammensetningen på sykehjem hvor sykepleiefaget er dominerende, kan virke hemmende for andre faggruppers bidrag (16). Erfaringene viser at avdelingspersonalet i liten grad involverte seg i tiltak initiert av terapeutene og/eller aktiviteten og vice versa. Dette viser eksempler på flerfaglig samarbeid (16); avdelingspersonalet har sine faste oppgaver og rutiner, og terapeutene setter i gang med egne tiltak når de oppdager udekkete behov hos beboerne.

Alle informantene savner felles møteplasser for dialog og informasjonsutveksling, noe som anses som nødvendig for et tverrfaglig samarbeid (16). Terapeutene uttrykker at det er vanskelig å finne rollen sin i det de oppfatter som en travel sykehjemsavdeling uten slike møtepunkter. Studien avdekker en ambivalens blant informantene når det gjelder tverrfaglig samarbeid. Avdelingspersonalet uttrykker engstelse for merar-

beid, men ser samtidig at det kan være nyttig å lære av andre faggrupper. Det å bruke tid på tverrfaglig samarbeid kan, som andre studier viser (25, 27), på sikt være tidsbesparende for personalet og av stor betydning for ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov (10, 19, 20, 21, 22). Forskning viser at videreføring av monofaglig samarbeid, hvor hovedvekten av ressurser benyttes til pleie, kan føre til passivisering og rask forvitring av både fysisk og mental funksjon (6, 12).

Forskning viser at aktiv omsorg har positiv helseeffekt når man velger meningsfulle aktivitetstilbud med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og interesser (9). Erfaring fra frokostgruppene, hvor beboerne uttrykker glede over sosialt samvær og medbestemmelse, er i tråd med det andre studier viser. Man utvikler økt vitalitet og bedre mental helse gjennom bekreftelse av egenverd samt tilrettelegging for god samhandling mellom beboerne (11, 20).

Når aktiviteter som å brette vaskekluter eller å ha ansvaret for stell av planter (7) oppleves som meningsfulle dagligaktiviteter, kreves ikke store omlegginger av rutinene. Da kan holdningsendring, slik noen informanter uttrykker, og endring av fagsammensetningen være like viktig som tilførsel av flere ressurser.

I et helsevesen som organiseres i tråd med en New Public Management ideologi, hvor måloppnåelse og budsjettkontroll vektlegges (13), kan det vurderes som viktigere å rapportere antall gjøremål, som å dekke bord og re senger, slik informantene beskriver, framfor å bruke tid på aktiviteter med beboerne, gjøremål som

ikke så lett lar seg telle.

Når man initierer samarbeid med terapeutene gjennom henvisninger til enkeltbeboere, som i de omtalte kommune, kan også organiseringen være til hinder for godt tverrfaglig samarbeid. I tillegg kan ressursknapphet og strenge prioriteringer i de kommunale tjenestene føre til lang ventetid på terapitjenester for sykehjemsbeboerne, noe forskning viser kan lede til en høyere henvisningsterskel og underforbruk av terapitjenester. (10, 28).

KONKLUSJON

Erfaringene fra denne studien viser at en større faglig bredde kan være et viktig skritt for å oppnå mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Til tross for et unisont ønske om mer aktiv omsorg og samarbeid gjennom dialog og møtepunkter, viste erfaringene at opplevd tidspres og en monofaglig pleiekultur var rådende, en situasjon som ikke innbød til tverrfaglig samarbeid. Dersom dette gir et riktig bilde av dagens pleie- og omsorgstjenester, kan det være en av årsakene til at kompetansen til ergoterapeuter og fysioterapeuter i liten grad blir etterspurt, og dermed dårlig utnyttet for å nå målet om mer aktiv omsorg. På denne bakgrunn kan det være realistisk å stille spørsmål ved behovet for en standardisering av fagsammensetningen på sykehjem.

Takk til Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune for økonomisk støtte til gjennomføring av studien. Takk også til informantene for viktige innspill i prosessen.

REFERANSER

1. **Lovdata.** Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <http://www.lovdata.no/før/sf/ho/xo-20030627-0792.html> [5.06.2010].
2. **St.meld. nr. 25 (2005-2006)** Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
3. **Lovdata.** Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) Fastsatt ved kgl.res. 12. november 2010 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 4-6. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=sf/sf/sf-20101112-1426.html>.
4. **Næss S.** Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpe-trengende eldres erfaringer før og etter Handlungsplan for eldreomsorg. Bergen; Rokkansenteret, Rapport nr. 1, 2003.
5. **WHO.** Active ageing. A policy framework. 2005 Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/ageing/> [5.06.2010]
6. **Helgøy H.** Active ageing and the Norwegian health care system. Bergen; Steinar Rokkan senteret, Working paper 13, 2005.
7. **Anderson-Hanley C, Meshberg SR, Marsh MA.** The effects of a control-enhancing intervention for nursing home residents: cognition and locus of control as moderators. *Palliative Support Care* 2003; 1: 111-20.
8. **Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S.** Risk Factors and Intervention Programs for Depression in Nursing Home Residents: Nursing Home Staff Interview Findings. *Journal of gerontological social work.* 2008; 52:668-85.
9. **Clark F, Azen S P, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D.** Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults A randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association.* 1997; 278: 1321-2/6.
10. **DeBoer ME, Leemrijse CJ, Van den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J.** The availability of allied health care in nursing homes. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29:665-70.
11. **Dragset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK.** The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents. – A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2008; 46: 65-75.
12. **Dahle R, Thorsen K. (red.)** Velferds-tjenester i endring. Når politikk blir praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004
13. **Ingstad, K.** Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden* 2010;96:14-1/7.
14. **Granbo R, Helbostad JL.** Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 15, 2006; 126: 1934-3/6 .
15. **Brodtkorb K.** Stellet – Mulighetens arena. I M Kirkevold, K Brodtkorb, A H Ranhoff Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
16. **Lauvås K., Lauvås P.** Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
17. **Hauge S.** Sykepleie i sykehjem. I M Kirkevold, K Brodtkorb, A H Ranhoff Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
18. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester. Rapport nr. 13/2009.
19. **Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ.** The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004; 85:1694-704.
20. **Glass T, deLeon CM, Marottoli RA, Berkman LF.** Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 1999; 319:478-83.
21. **Sackley CM, Wade DT, Mant D, Atkinson JC, Yudkin P, Cardoso K, Levin S, Blanchard LV, Reed K.** Cluster randomised pilot controlled trial of an occupational therapy. Intervention for residents with stroke in UK care homes. *Stroke*; 006; 37:2336-41.
22. **Sackley CM, van den Berg M, Lett K, Patel S, Hollands K, Wright CC, Hoppitt TJ.** Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care homes residents: a cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal.* Online first 2009; 339: b3123
23. **Andersen M, Runge U, Hoff M, Puggard L.** Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: a randomized trial. *Journal of Aging and Health* 2009; 8:1133-58.
24. **Barkay A, Tabak N.** Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice.* 2002; 8:198-209.
25. **Przybylski BR, Dumont ED, Watkins ME, Warren SA, Beaulne P, Lier DA.** Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1996; 77:554-61.
26. **Sackley CM, Atkinson JC, Walker MF.** Occupational therapy in nursing and residential care settings: a description of a randomised controlled trial intervention. *British Journal of Occupational Therapy* 2004; 67:104-10.
27. **Buchanan RJ, Wang S, Martin RA, Hyunsu J.** Utilization of rehabilitation therapies by nursing home residents with MS at admission. *NeuroRehabilitation.* 2006; 21:223-32.
28. **Barodawala S, Kesavan S, Young J.** A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15:607-10.
29. **Barbour RS, Kitzinger J. (Eds)** Developing focus group research: politics, theory and practice. London: Sage, 1999.
30. **Madriz E.** Focus groups in feminist research. In *Handbook of qualitative research: Denzin NK, Lincoln YS. (Eds.)* Thousand Oaks: Sage, 2000.
31. **Bryant A, Charmaz K. (Eds.)** The SAGE handbook of grounded theory. Los Angeles: Sage, 2007.
32. **Thagaard T.** Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.