

God helse

Marianne Hedlund, Kari Ingstad og Aud Moe (red.)

God helse

Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste

Universitetsforlaget

Redaksjonelt arbeid, utvalg og introduksjon © Marianne Hedlund, Kari Ingstad og Aud Moe 2021.

Hvert enkelt kapittel © den respektive forfatter 2021.

Boken ble første gang utgitt i 2021 på Universitetsforlaget.

Materialet i denne publikasjonen omfattes av åndsverksloven og er utgitt med åpen tilgang under Creative Commons-lisensen CC BY-SA 4.0.

Denne lisensen gir tillatelse til å kopiere, distribuere eller spre materialet i hvilket som helst medium eller format, og til å remikse, endre eller bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle. Disse frihetene gis med følgende forbehold: Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av materialet. Dersom du mikser, bearbeider eller bygger på materialet, må du distribuere dine bidrag under samme lisens som originalen. Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

NB: Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelsene som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern- eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Den komplette lisensteksten kan leses på <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legal-code.no>.

Denne boka har mottatt støtte fra Nord universitet og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Dette er en fagfelleurdert, vitenskapelig publikasjon, med unntak av kapitlene 10, 11 og 12.

ISBN trykt utgave: 978-82-15-04297-8

ISBN elektronisk utgave: 978-82-15-04298-5

DOI: 10.18261/9788215042985-2021

Henvelseler om denne utgivelsen kan rettes til:

post@universitetsforlaget.no

www.universitetsforlaget.no

Omslag: Universitetsforlaget

Sats: Tekstflyt AS

Innhold

1. God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste	9
<i>Marianne Hedlund, Kari Ingstad og Aud Moe</i>	
Innledning	10
Rammer og føringer for tjenestene	10
Kunnskap og kompetanse	12
God helse	14
Presentasjon av bokas bidrag	16
Referanser	17
2. Taus kunnskap og usynlig arbeid i profesjonspraksis	20
<i>Et teoretisk/filosofisk essay med eksempler fra sykepleiepraksis</i>	
<i>Bodil Aarmo Brenne</i>	
Bakgrunn	21
Kunnskapsmål og hensikt	22
Avgrensinger	23
Metode	23
Kunnskapshorisonter	24
Praktisk kunnskap	25
Taus kunnskap	28
Refleksjonens betydning for praksis: fra taus viten til artikulert kunnskap?	33
Refleksjon i og over handling	35
Kroppslig bevissthet i taus viten	37
En kunnskapsprosess	38
Hva så med det usynlige arbeidet?	40
Avslutning	41
Konklusjon	41
Referanser	42
3. Kunnskap og vilje, men uten myndighet?	45
<i>Sykepleieres erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre</i>	
<i>Siri Andreassen Devik, Johanne Alteren og Rose Mari Olsen</i>	
Introduksjon	46
Bakgrunn	47
Design og metode	49
Kunnskap og vilje, men uten myndighet	51
Aktørenes ansvar og oppgaver i samhandling om legemiddelgjennomgang	52
Organisasjonens betydning for samhandling om legemiddelgjennomgang	56
Diskusjon	59
Metodiske overveielser	62
Konklusjon	63

Referanser	63
4. Pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem .	68
<i>Gørill Haugan</i>	
Kommunehelsetjenesten i dag	69
Den demografiske utviklingen	69
Helsefremming	70
Den salutogene helseforståelsen	71
Eldre i sykehjem	74
Kapitlets mål og hensikt	75
To studier av pleier–pasient-interaksjonen i totalt 71 norske sykehjem . . .	76
Funn	78
Diskusjon	79
Relasjonskompetanse – oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter . . .	82
Pleier–pasient-interaksjon i sykehjem – en tentativ teori	84
Referanser	86
5. Slow nursing – salutogen omsorg i langtidshjem	93
<i>Daniela Lillekroken</i>	
Innledning	93
Ulike omsorgsmodeller	95
Et salutogent perspektiv	97
Kapitlets hensikt	99
Kontekst, utvalg og datasamling i den originale studien	99
«Slow nursing» – en salutogen tilnærming	100
Sekundæranalyse	101
Presentasjon av funn og diskusjon	102
Konklusjon	110
Referanser	110
6. Forebyggende hjemmebesøk til eldre	115
<i>Fokus på mestring, mening og trivsel i hverdagen</i>	
<i>Hanne C. Johnsen, Aud E. Evensen og Hildfrid V. Brataas</i>	
Innledning	116
Problemstilling	116
Metode	116
Forebyggende helsetjeneste for hjemmeboende eldre	117
Trivsel og mening som helsefremmende aspekter?	123
Hva sier ulike typer forskning om betydningen av forebyggende hjemmebesøk?	125
Veien videre	126
Konklusjon	129
Referanser	129

7. Verdighet innen e-helse og velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten – en litteraturstudie	134
<i>Jorunn Bjerkan og Lisbeth Uhrenfeldt</i>	
Innledning	135
Om verdighet	136
Den moderne verdigheten	137
Utfordringer	142
Studiens formål	143
Metode	143
Inklusjons- og eksklusjonskriterier:	143
Søkstrategi	144
Analyse	146
Resultat	146
Diskusjon	155
Temaer i tekstene som danner grunnlag for verdighet og ulik bruk i e-helse-tekster og VFT-tekster	158
Metodediskusjon	160
Konklusjon	161
Referanser	162
8. Bedre arbeid–familie-balanse med tolvtimersvakter i helsesektoren? ..	168
<i>Kari Ingstad og Betty-Ann Solvoll</i>	
Innledning	168
Turnusarbeid	170
Metode	171
Resultat	173
Diskusjon	178
Konklusjon	181
Referanser	181
9. Helse- og omsorgspersonells erfaringer med travelhet	184
<i>Betty-Ann Solvoll og Kari Ingstad</i>	
Innledning	185
Hvordan erfares travelhet?	190
Individens erfaringer i kollektive virksomheter	197
Avslutning	200
Referanser	201
10. Søkelys på hverdagsrehabilitering	205
<i>En tenkning og praksis av betydning for medvirkende eldre?</i>	
<i>Aud Moe, Marianne Hedlund og Hildfrid Vikkelsmo Brataas</i>	
Innledning	206
Metode	206
Hva er hverdagsrehabilitering, og hvilke premisser bygger den på?	207

Hva sier forskning når det gjelder betydning av tjenesten for brukerne? ..	208
Målgruppe for hverdagsrehabilitering	211
Hvordan realisere brukermedvirkning?	213
Betydningen av tverrfaglige tjenester	216
Vil hverdagsrehabilitering endre hjemmebaserte tjenestetilbud?	218
Oppsummering og konklusjon	219
Referanser	221
11. Psykisk helse og velvære hos ungdom – betydning av «opplevelse av sammenheng»	226
<i>Unni Karin Moksnes</i>	
Innledning	226
Psykisk helse og tilfredshet med livet	228
Salutogenese, opplevelse av sammenheng og psykisk helse hos ungdom ..	229
Metode	232
Resultater	235
Diskusjon	236
Implikasjoner fra funnene i studiene	238
Konklusjon	240
Referanser	241
12. Formidling og anvendelse av forskning i kommunale helsetjenester .	245
<i>Vibeke Berg Forås og Aud Moe</i>	
Bakgrunn	246
Hvorfor formidle kunnskap til kommunene?	247
Hvordan formidles ny kunnskap?	248
Hva påvirker om kunnskap blir anvendt i kommunale helse- og omsorgstjenester?	250
Hva betyr det å arbeide kunnskapsbasert?	252
Hvordan skape gode fagmiljø som anerkjenner og anvender kunnskap fra FoU-arbeid?	254
Konklusjon	257
Referanser	257
Forfatteromtaler	260



1. God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste

Marianne Hedlund, Kari Ingstad og Aud Moe

Sammendrag Flere pasienter med komplekse behov, kombinert med mangel på fagpersonell, vil i årene som kommer, medføre et større press på kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne boka bidrar til nye tenkemåter, løsninger og organisering for å møte noen av disse utfordringene. Målet er å bedre kunnskapsgrunnlaget og bidra til kunnskapsbasert helsehjelp. Dette kapitlet drøfter utfordringer og kunnskapsbehov i kommunale helsetjenester, og argumenterer for mer forskning for å utvikle tjenestene framover.

Nøkkelord kommunal helse og omsorg | kunnskapsbasert praksis | eldre og syke | helse

Abstract Patients with complex needs, combined with a lack of professional staff, will put pressure on municipal health and care services. Here, problems, challenges and solutions in the services are highlighted. The purpose is to improve more knowledge base and contribute to knowledge-based health care. The chapter discusses knowledge needs and challenges in this under-prioritized field of knowledge. The responsibilities in these municipal services are complex, and more research is needed to know how they will be developed in the future.

Keywords municipal healthcare | knowledge-based practice | elderly and sick | health

INNLEDNING

Kommunale helse- og omsorgstjenester har vært, og er, i kontinuerlig endring (Nygaard, 2002; Dale et al., 2015). De siste 20 årene har det blitt langt flere brukere, noe som blant annet skyldes nye og yngre brukergrupper og økt behov for tjenester hos den eldre del av befolkningen (Gautun & Grødem, 2015; SSB, 2018). Brukerne har mer komplekse og sammensatte helseproblemer, og oppgaver er forskjøvet fra spesialist- til kommunehelsetjenesten (Vabø, 2012; Otnes, 2015; Dale et al., 2015). Krav til kompetanse blant de ansatte har økt i tråd med stadig mer komplekse og sammensatte oppgaver, og det er et behov for at ansatte kontinuerlig tilegner seg ny kunnskap.

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere som trenger det. Dersom kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha høy kvalitet, må de baseres på kunnskapsutvikling og forskning (Kommunenes strategiske forskningsorgan, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Rørtveit, 2015; Løseth, 2018). I en rapport fra Forskningsrådet understrekes det behov for et kunnskapsløft i den kommunale helse- og omsorgssektoren (NFR, 2019). I Blankholm-utvalget (NOU 2018:16) framheves det at kunnskapsgrunnlaget for utforming av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er langt dårligere enn i spesialisthelsetjenesten. Til tross for at primær- og spesialisthelsetjenesten har like store kostnader, bruker spesialisthelsetjenesten ni ganger så mye til forskning (NFR, 2019). Forskning om helse foregår i hovedsak ved sykehusene (Jensen & Knutstad, 2019). En større satsing på kunnskapsutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester kan bidra til å opprettholde faglig forsvarlig praksis, at knappe ressurser brukes på best mulig måte, og prioritering av riktige tjenester for innbyggerne (HelseOmsorg21, 2019).

I denne boka gir vi bidrag til nye tenkemåter, løsninger og organisering i kommunal helse og omsorg basert på teoretisk og empirisk forskning. Boka henvender seg til forskere, helseprofesjoner, ledere og beslutningstakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som et bidrag til å utvikle bedre helse- og omsorgstjenester.

RAMMER OG FØRINGER FOR TJENESTENE

Det finnes juridiske, politiske og faglige føringer som gir rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester. De juridiske rammene gis hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og kommuneloven (2018). Lovene pålegger kommunene å tilby visse tjenester til innbyggerne, samt målsettinger og innhold i tjenes-

tene. Et eksempel på det er helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2), hvor kommunene pålegges å tilby hjemmetjenester, avlastning eller sykehjemsplass i tillegg til tjenester som er ment å forebygge helsemessige eller sosiale problem. Et annet eksempel er kommuneloven (2018, §1), som beskriver hvordan kommunene skal sikre et likeverdig tilbud og sørge for at tilbudene er best mulig utnyttet i forhold til kommunens ressurser. I praksis har kommunene oppgaven med å spesifisere hva slags tjenester de skal yte – og ikke minst avgjøre hvilket kvalitetsnivå disse skal ha. Likevel setter lovene rammer for at kommunene sørger for en trygg forvaltning og ressursbruk i tjenestene.

En annen viktig ramme for kommunene er samhandlingsreformen (2009). Reformen ble innført på bakgrunn av blant annet fragmenterte helse- og omsorgstjenester som ble for kostbare for samfunnet (NFR, 2019). Etter at samhandlingsreformen ble innført, har kommunene og spesialisthelsetjenesten fått krav på seg om bedre samhandling og samordning. Kommunene fikk gjennom reformen et tydeligere definert ansvar for å ivareta innbyggere som etter nødvendig behandling på sykehus er utskrivningsklare. På mange måter kan samhandlingsreformen ses på som en samfunnsreform basert på politiske føringer, ikke bare en helsereform. Denne konklusjon er basert på at reformen ville endre premissene samt regulere de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Holm, 2012). Forskning viser at kommunene ikke var godt nok rustet med kompetanse til å overta alle oppgavene fra spesialisthelsetjenesten som samhandlingsreformen forutsatte (Bing-Johnsen, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016).

Kommunale helse- og omsorgstjenester er en del av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenestene skal leveres og utføres nært der folk bor og lever sine liv. Dette er helsetjenester som tilbys av for eksempel allmennpraktiserende leger ved legekontor, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og farmasøyter som har avtaler med kommunen om å yte en helsetjeneste, eller er ansatte i den kommunale helsetjenesten. Primærtjenesten kan også utøves ved institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre, helsesenter og hjemmebasert omsorg. I denne boka står primærtjenester i fokus, særlig sykehjem og hjemmebasert omsorg.

Primærhelsetjenesten utgjør en grunnmur i helsetjenestene i Norge, som i de fleste land (Aamland & Mæland, 2016). I Stortingsmelding nr. 26 (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) anbefales det at primærhelsetjenesten skal være sentral for utviklingen av helsetjenestene framover, ikke minst for til å ha tjenester av høy kvalitet og der folk bor. Imidlertid gis det ingen rammer for eller tydelige signal på at primærhelsetjenesten skal baseres på forskning (Rørtveit, 2015). Dermed er det ikke gitt at framtidens primærhelsetjeneste og praksis kjennetegnes av

det som kalles kunnskapsbasert praksis (KBP)¹ eller systematisert forskningsbasert kunnskap.

Helse- og omsorgstjenestene vil framover få et sterkere forventningspress mot seg hva gjelder krav og innhold i tjenestene (Holm, 2012). Tjenestene forventes også i framtiden å bli mer helhetlige i sine omsorgstilbud, særlig for personer med sammensatte behov. I tråd med kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) skal kommunene prioritere eldreomsorgen. Reformens målsettinger er flere gode leveår for eldre, som i større grad skal mestre eget liv. Den peker også på betydningen av meningsfulle aktiviteter. I tillegg skal pårørende få støtte til jevn innsats for sine nærmeste. Reformens målsetting om å bidra til mestring og meningsfullt liv for eldre kan føre til at offentlige myndigheter fraskriver seg ansvar for å sikre det. I tillegg framheves det i reformen at ansatte må få bruke sin kompetanse og gjøre en faglig god jobb. Allikevel gis det ikke klare føringer for hva som kreves for at kompetanse ivaretar eldre hjelpemottakere. Likeledes gis det lite føringer for hvordan det skal legges til rette for å utvikle kompetanse, og legges til rette for å kunne benytte den faglige kompetansen.

KUNNSKAP OG KOMPETANSE

For at noe skal kalles vitenskapelig kunnskap, må bestemte kriterier ligge til grunn (Wifstad, 2019). Innen vitenskapen finnes ulike definisjoner av kunnskap og vitenskapsteoretiske retninger, som empirisme, hypotesetesting, paradigme, pragmatisme, hermeneutikk, fenomenologi og så videre. Alle disse retningene har sine egne framgangsmåter og kjennetegn på hva som skal til for at vitenskapelig kunnskap framskaffes (Wifstad, 2019).

En type kunnskap som ofte har betydning innen helse- og omsorgstjenestene, er «evidence-based practice» eller kunnskapsbasert praksis. Det er ingen konsensus omkring begrepet evidens, men det knyttes ofte til kunnskap utviklet gjennom forskning (Polit & Beck, 2017). Evidensbegrepet er omdiskutert fordi den vitenskapelige kunnskapen ikke kan være den eneste kunnskapsformen i helsearbeideres kompetanse. I tillegg til den vitenskapelige kunnskapen må den praktiske kunnskapen også få plass. Den praktiske kunnskapen kan deles i ferdighetskunnskap tilegnet gjennom handling og fortrolighetskunnskap som er kunnskap som ikke kan formuleres med ord. Den utvikles over tid gjennom opplevde situasjoner. Denne kunnskapen blir også kalt intuitiv eller taus kunnskap (Bjørk & Solhaug,

1 Mer detaljer om KBP kommer i kapittel 12 om Formidling og anvendelse av forskning i kommunale helsetjenester av Vibeke Berg Foråas og Aud Moe.

2008). I denne antologien diskuteres de ulike kunnskapsformene. Ifølge Kirkevold (1996, s. 28) er det en sammenheng mellom vitenskapelig kunnskap og bruk av den i praktisk utøvelse som inngår i personlig kompetanse. Personlig kompetanse integrerer teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, etisk kunnskap, intuisjon, erfaring og refleksjon (Kirkevold, 1996). Kompetanse kan knyttes til bestemte oppgaver og situasjoner som en evne hvor utvikling av kognitive, sosiale og atferdsmessige aspekter skjer (Bandura, 1990).

Gode helse- og omsorgstjenester avhenger av helsearbeideres kompetanse, men fordrer også en kompetansekultur. Kompetansekultur er et kollektivt begrep, og handler om at det er noe helsearbeidere har til felles. Kulturen i en organisasjon er en sammensmelting av de normer, verdier, oppfatninger og handlingsformer som kjennetegner hvordan grupper og individer fungerer sammen for å få ting utført (Bang, 2011). Kulturen dreier seg ikke bare om hva personer tenker eller ønsker i en organisasjon, men om hvordan personer i organisasjonen faktisk opptrer, og hvilke holdninger de har. En kultur handler om noe felles, og binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjon sammen. Organisasjonskulturen påvirker hvordan ansatte i helse- og omsorgssektoren arbeider, og produktiviteten i avdelingene (Erdem & Dikici, 2009; Park & Kim, 2009). Organisasjonskulturen styrer atferd, fordi den sier noe om hva som er forventet, ønskelig, forbudt og påbudt.

Organisasjonskulturen formes innenfor de rammene organisasjonen har – både lokalt og nasjonalt. Fram mot 2035 er det forventet en underdekning på ca. 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere (Hjernås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Kombinert med mangelen på helsepersonell eksisterer en utbredt deltidskultur i helse- og omsorgstjenestene i Norge (Ingstad, 2016; Moland & Schanche, 2019; Vabø, Drange & Amble, 2019). Kun 26 prosent av personene som jobber turnus (arbeider dag, kveld og/eller natt) i kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester, er heltidsansatte (KS, 2020). I tillegg er det en stor andel ufaglærte som arbeider i denne sektoren. Mange ansatte har utenlandsk bakgrunn, og i 2017 sto innvandrere for 17 prosent av de 142 000 avtalte årsverkene i de kommunale omsorgstjenestene. I 2009 var tilsvarende andel 11 prosent. Det er imidlertid store geografiske forskjeller for antall sysselsatte innvandrere innenfor omsorgstjenestene. Størst andel finner vi i Oslo, der 44 prosent av årsverkene utøves av personer med innvandrerbakgrunn (SSB, 2018).

Stadig flere pasienter og brukere med komplekse behov, kombinert med mangel på fagpersonell, medfører et behov for innovasjon i måten man organiserer arbeidet på, og hvordan kommunene benytter den kompetansen de har. Det vil være viktig å utvikle kulturer og strukturer som bidrar til kompetanseutvikling, i form av eksempelvis kartlegging av kompetansebehov, kompetanseplaner samt ledelse

av kompetanseutviklingsarbeid. Ved mangel på kompetanse vil det være viktig å drive kompetanseutvikling, og samtidig benytte den kompetansen man har, best mulig.

GOD HELSE

God helse, kontroll med sykdom og helsefremming står ofte sentralt i helse- og omsorgstjenestene. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 1946). Definisjonen er ofte kritisert for å gjøre de fleste mennesker syke, og er vanskelig å bruke og lite anvendbar for arbeidet som gjøres i helse- og omsorgstjenestene. I *Folkehelsemeldingen* henvises det til betydningen av å se folkehelse, levevaner og forebygging av skader, ulykker og økonomi som vesentlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), og det henvises til Verdens helseorganisasjon (WHO, 2014). I denne meldingen anses det som positivt at det blir flere eldre, og at levealderen øker. Samtidig påpekes betydningen av at disse ekstra leveårene er gode. Forebyggende og helsefremmende arbeid kan være viktig og kostnadseffektivt både på kort og lang sikt (WHO, 2014). Forebyggende og helsefremmende tiltak som er rettet mot miljømessige og sosiale forhold, legger til rette for sunne levevaner og forebyggende tiltak som for eksempel screening og vaksiner. Det bidrar til god helse i befolkningen, redusert sosial ulikhet i helse, og et samfunn og velferdsstat som er mer bærekraftig (WHO, 2014).

I kommunale helse- og omsorgstjenester er formålet ofte både å kontrollere og hindre sykdom hos pasienter og brukere, samt å bedre funksjonsnivået når det er mulig. På svensk kalles disse tjenester ofte «sjukvård» fordi de er tjenester som har som formål å begrense sykdom, mens vi på norsk ofte bruker betegnelsen «helse-tjenester». Helsetjenestenes formål om å utvikle god helse handler om å ha tjenester både for «illness» og «disease». På engelsk gjøres det et skille mellom «illness», den subjektive tilstanden av å være syk, og «disease», den medisinske stadfestete definisjonen av tilstanden. På norsk er ikke et slikt skille like tydelig. «Sykdom» brukes både om medisinske og subjektivt opplevde tilstander. Helsetjenestene skal benyttes når opplevelser av sykdom blir medisinske stadfestet som en klassifisert og anerkjent sykdom. Sykdom kan også forstås ulikt i ulike kulturer, slik at den subjektive forståelsen vil variere. Forebyggende helsearbeid er viktig for å unngå sykdom, skade eller funksjonsnedsetting som kan forringe livskvaliteten og innvirke på opplevelsen av helse (Aglen, Olufsen & Espnes, 2018). God helse kan også handle om å føle seg frisk nok – det vil si å klare livsutfordringer som finnes, og bygge tilstrekkelig motstandsressurser for å motvirke utvikling av dårlig helse, slik

Antonovsky (1996) påpeker. Å ha plager i sinn eller kropp er noe mange mennesker lever med (Ihlebak et al., 2002). Å rette oppmerksomheten mot utviklingen av helsefremmende prosesser og tilstander kan derfor være mer hensiktsmessig enn å sette søkelys på sykdom og sykdomsbekjempelse. Ikke minst for personer som må leve med kroniske tilstander, vil den helsefremmende tilnærmingen være viktig (Hedlund, 2008). Sykdom er noe mange må leve med og lære seg å mestre. I framtidens helse- og omsorgstjenester vil et slikt perspektiv på helse overfor målgrupper av tjenestene være vesentlig. Dette fordi utvikling av god helse handler om å få de beste muligheter og betingelser for å bruke de ressurser en person har, på best mulig måte, og leve så godt man kan i de nærmiljø som har betydning.

Tilbudet om helse- og omsorgstjenester blir ofte kalt helsehjelp. Helsehjelp i kommunehelsetjenesten strekker seg fra forebyggende og helsefremmende arbeid blant friske eldre til å sikre nødvendig helsehjelp til skrøpelige, multisyke og hjelpetrengende personer.

Utfordringene med å yte god helsehjelp i kommunene kan handle om organisering, ledelse, tilgjengelighet, arbeidsformer, kompetanse og kvalitet.

Å samarbeide om helsehjelp kan by på utfordringer. En oppsummeringsartikkel fra SINTEF viser at fagpersonalets samarbeid på tvers av ulike kontekster ble hemmet av organisatoriske og individuelle forhold, og mangelfullt samarbeid vanskeliggjorde klinisk arbeid. Pasienter i psykisk helsetjeneste opplevde fragmenterte tjenester som førte til usikkerhet og frustrasjon. Mangelfullt samarbeid resulterte også i utilstrekkelige tilbud om rehabiliteringstjenester. Dermed ble det forlengede institusjonsopphold for eldre pasienter som ikke fikk tilbud om rehabilitering (Steihaug, 2017). For å utvikle brukervennlige tjenester trengs brukermedvirkning. En oppsummeringsstudie om brukermedvirkning innen det psykiske helsearbeidet viser at det er et økende behov for dette i de kommunale tjenestene. Samtidig vet vi fra forskning om brukermedvirkningen at den ofte er lite systematisert, og lite innarbeidet når det gjelder organisatoriske beslutninger (Klausen, 2016).

Vi mener det i framtiden vil være viktig med kunnskapsoppsummeringer som identifiserer gode forskningsspørsmål for å utvikle helse- og omsorgstjenestene. I tillegg vil samarbeid med brukerorganisasjoner, brukere, pasienter, pårørende og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres erfaringer være en viktig kunnskapsleverandør for forskning om hvordan tjenestene utvikler seg. Det samme gjelder dem som jobber innen tjenestene, og deres opplevelse av kvalitet og det å fylle sitt formål som helsearbeider i tjenestene. Kommunale helse- og omsorgstjenester blir i årene framover stadig viktigere for å møte samlede utfordringer innen helse og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig kan dette kreve endringer i kompetanse, kultur og holdninger, i utdanninger,

og det må etterspørres av ledere på alle nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I dette introduksjonskapitlet har vi diskutert behov for mer kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester i framtidens helse- og omsorgstjeneste. Etter vår oppfatning har disse tjenestene lenge vært et underprioritert forskningsområde, til tross for at kommunenes ansvarsoppgaver har vært økende. Vårt håp er å gi et bidrag til at framtidens kommunehelsetjeneste i større grad får sine forskningsbehov dekket, og at denne type forskning kommer brukere og pasienter i tjenestene til gode. I tillegg håper vi bidraget hjelper dem som jobber innen tjenestene, til å utvikle tjenestene basert på denne type forskning. Vi håper også at denne boka gir bidrag til løsninger som er mer kunnskapsbaserte, og at disse løsningene og tjenestene i framtiden får mer fokus i forskningsmiljøene innen helse. Det er ikke gitt at forskning innen helse om ulike sykdommer eller pasienter er helt overførbart til den situasjonen disse sykdomstilfellene og pasientene møter i sin hverdag i kommunene.

PRESENTASJON AV BOKAS BIDRAG

I boka belyses ulike forskningsspørsmål av relevans for kommunal helse og omsorg gjennom ulike teoretiske og metodiske tilnærminger. Som det framgår av de ulike kapitlene, representerer helse- og omsorgstjenestene i kommunene et mangfold. Et fellestrekk er at det er ulike nedslagsfelt og tematikker som står i fokus for helse- og omsorgstjenestene. Forskingen i boka presenteres på ulike måter. Noen kapitler har en tydelig IMRAD-struktur, med Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. Andre kapitler igjen er skrevet som vitenskapelige essay.

Det finnes mange ulike metodiske tilnærminger for å belyse forskningsspørsmål. Valg av forskningsmetode vil alltid avgjøres av hvilken type forskningsspørsmål man skal belyse. I boka er tre kapitler basert på kvalitative studier (kapittel 3, 5 og 8) i form av intervju eller dybdeintervju. Ett kapittel baseres på kvantitative data (kapittel 4), mens de resterende kapitlene er enten teoretiske bidrag eller basert på litteraturstudier. Felles for alle litteraturstudier er at de gir en systematisk oversikt over flere artikler om samme emne.

Boka består av totalt tolv kapitler og belyser ulike problemstillinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og utvikling av kvalitet i disse tjenestene. Samlet gir boka et vitenskapelig bidrag til både utforming og innhold i helse- og omsorgstjenester framover. Initiativet til boka kommer fra forskningsgruppa «Community Care (COMCARE)» ved Nord universitet, og flere av forfatterne arbeider ved Nord universitet. I tillegg er det bidragsyttere fra NTNU, OsloMet, Høgskolen i Molde og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Felles for alle

bidragsyterne er et ønske om å sette søkelys på kunnskapsutvikling og forskning for helse- og omsorgstjenestene, samt bidra til å gjøre helse- og omsorgstjenestene bedre og mer levedyktig i fremtiden.

REFERANSER

- Aamland, A. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværspfølging: En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2):148–178. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04>
- Aglen, B.S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien forskning* (Oslo), 2018-07 (70809), p.e-70809.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2(2): 128–163.
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs* 2016; 15: 5.
- Bjørk, I.T., Lomberg, K., Nielsen, C.M., Brynildsen, G., Fredriksen, A.-M.S., Larsen, K., Reier-son, I.Å., Sommer, I. & Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: An example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2336–2347. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12091>
- Bjørk, T.B. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Dale, B., Folkestad, B.I, Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt på strekk? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Erdem, O. & Dikici, A.M. (2009). Leadership and influence organization culture: Electronic *Journal of Social Sciences*, 8(29), 198–213.
- Gautun, H. & Grødem, A.S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld.nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra St.meld. nr. 47 (2008–2009) (regjeringen.no).
- HelseOmsorg21 (2019). *Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Sluttrapport februar 2019*. Hentet fra <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Henter fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Hedlund, M. (2008). Den selvforvaltende pasienten. I A. H. Tjora (red.) *Den moderne pasienten*, s. 254. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Hjernås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB Rapport 11/2019.
- Holm, F. E. (2012). *Samhandlingsreformen: helsereform eller samfunnsreform?* (1/12). Trondheim: Norsk enter for bygdeforskning. Rapport 1/12.
- Ihlebak, C., Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public health*, 30, 20–29.
- Ingstad, K. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, K.T. & Knutstad, U. (2019) How nursing research has developed. *Sykepleien Forskning*. 14(75607)(e-75607)DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75607>
- Klausen, R.K. (2016). *En kunnskapsoppsummering. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-mlui/bitstream/handle/11250/2414959/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kommuneloven (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-22-83>.
- Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF). (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet*. Oslo: KSF.
- Kommunenes Sentralforbund (KS). (2020). *Heltids-/deltidsstatistikk*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/publisert-heltids-deltidsstatistikk/>.
- Løseth, B. (2018). Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 02 / 2018 (Volum 4).
- Moland, L.E. & Schanche, P. (2019). Lang vei mot heltidskultur. *Fafo-rapport* 2019-08. NOU 2018:16. (2018). Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>.
- NFR (2019). *Vi trenger et kunnskapsløft i primærhelsetjenesten*. Forskningsrådet. Hentet fra: [Vi trenger et kunnskapsløft i primærhelsetjenesten](https://www.forskning.no/tema/primarhelsetjenesten) (forskningsradet.no).
- Nygaard, H. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskriftet den norske legeforening*. 122: 823–825.
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1: 48–61.

- Rørtveit, G. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – uten forskning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(14), 1219-1219. doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0591>.
- Park, J.S. & Kim, T.H. (2009). Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? *Leadership in Health Services*, 22(1), 20–38.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- SSB. (2018). *Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvanderne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>.
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2017, årgang 3 nr. 3 Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/67030228/samarbeidsutfordringer_i_norsk_helsetjeneste_betydning_fo.pdf.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health Soc Care Community*. 20(3):283-91. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>.
- Vabø, M., Drange, I. & Amble, N. (2019). Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet*. https://fagbladet.no/mapper/dokumenter/Deltidsknuten_siste.pdf.
- WHO. (1946). *The principles set out in the preamble to the Constitution of WHO*. Hentet fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- WHO (Verdens helseorganisasjon) (2014). WHO Europe. The case for investing in public health. *A public summary report for EPHO* 8. WHO, Europa.
- Wifstad, Å. (2019). Hva er vitenskap, og hva er forskjellen på vitenskapelig kunnskap og annen kunnskap? *Sykepleien Forskning* 2019;14(78763):(e-78763). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/vitenskapsteori>.
- Aamland, Å. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging. En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning* Årgang 19, Nr. 2-2016, s. 148–178 ISSN online: 2464-3076. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04>.



2. Taus kunnskap og usynlig arbeid i profesjonspraksis

Et teoretisk/filosofisk essay med eksempler fra sykepleiepraksis

Bodil Aarmo Brenne

Sammendrag Profesjonsutøvere møter en virkelighet med behov for helhetlige tilnærminger. Det kreves oppdatert kunnskap fra ulike parter og samhandling mellom disse. Kunnskapsoverføring er et komplekst område, her inkluderes også en taus kunnskapsdimensjon som kan være vanskelig å formidle til andre i samhandlingsfeltet. I essayet belyses hvordan taus kunnskap kan forstås teoretisk, og hvordan både taus kunnskap og usynlig arbeid framstår i sykepleieprofesjonen, med mål om en individuell tilpasset sykepleie.

Nøkkelord kunnskapsformer | profesjonspraksis | refleksjon | sykepleie | taus kunnskap | usynlig arbeid

Abstract Professionals face a reality with a need for holistic approaches. Updated knowledge from different parties and interaction between these is required. Transmission of knowledge seems complex, this also includes a dimension of tacit knowledge that can be difficult to convey to others in the field of interaction. The essay sheds light on how tacit knowledge can be understood theoretically, and how both tacit knowledge and invisible work can appear in the nursing profession, with the goal of an individually tailored nursing.

Keywords forms of knowledge | invisible work | nursing | professional practice | reflection | tacit knowledge

BAKGRUNN

En profesjon er en yrkesgruppe som har definerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder, og som representerer en bestemt form for yrkesmessig spesialisering. Profesjonenes arbeidsoppgaver er av en slik art at kunnskap må kombineres med skjønn for å kunne håndteres, og dette utspiller seg i utøverens praksis. Det kan hevdes at samfunnet på mange måter har blitt avhengig av spesialisert kompetanse, der profesjonene er satt til å løse «problemer» ut fra sin teoretiske og praktiske kunnskap. Utøverens erfaring fra praksis er en viktig kilde for hans samlede kompetanse. Den erfarne profesjonsutøveren er ofte i stand til å bedømme hva en situasjon krever, og handle i samsvar med dette (Grimen, 2008, s. 74).

De ulike former for kunnskap som sykepleieprofesjonen baserer seg på, er diskutert av ulike forskere gjennom flere tiår (Martinsen, 1989; Kirkevold, 1989; Kirkevold, Nordtvedt & Alvsvåg, 1993; Nortvedt, 1998; Alvsvåg, 2009, s. 216). Utover på 2000-tallet ble det på bakgrunn av en tid der fagfeltene opplevde uoversiktighet og kompleksitet, en ny debatt om kunnskap, der begrep som profesjon og skjønn, evidens og kunnskapsbasert praksis sto sentralt (Martinsen, 2000; Alvsvåg, 2009, s. 217).

I dag arbeider profesjonsutøvere i en virkelighet der det er strenge krav til at man forholder seg til virksomhetskrav og ulike mål. Det er et økt behov for helhetlige tilnærminger der det kreves oppdatert kunnskap fra ulike parter og profesjoner og samhandling mellom disse. Det er et komplekst forhold mellom teori og praksis, spesielt i klientorienterte profesjoner, der fagutøveren må forene kunnskaper fra ulike vitenskaper, kunne kommunisere i samhandling samt kunne utøve juridisk, moralsk og politisk skjønn og dømmekraft (Grimen, 2008; Wackerhausen, 2017). Kunnskapsoverføring mellom ulike samarbeidspartnere synes derfor komplekst; i profesjonspraksis inkluderes også en taus kunnskapsdimensjon som kan være vanskelig å formidle til andre i samhandlingsfeltet (Molander & Terum, 2008; Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015).

Sykepleieprofesjonen spiller en sentral rolle i helse- og omsorgstjenesten, der de samhandler med mange ulike profesjonsgrupper (Strandås, 2019; Melbye, Obstfelder & Hellesø, 2018). Sykepleie utøves i skjæringspunktet mellom det kliniske pasientnære arbeidet, organisasjonsstrukturer, styringskrav, samhandling med ulike aktører og historisk forankrede praksisfelleskap (Allen, 2019). Det er også pekt på at kunnskap ofte er implisitt hos den enkelte profesjonsutøver. I helse- og omsorgstjenestene kan det se ut som om sykepleieren blir en slags informasjonsoppsamler og utfører såkalt usynlige oppgaver, som er et bakgrunnsarbeid for å fremme og tilrettelegge de mer synlige funksjonene – et arbeid som gjerne ikke står i avtaler eller vedtak, men som er svært viktig for pasientens sikkerhet

(Olsvold, 2010). Dette sier noe om kompleksiteten i helhetlige tjenester i pasientbehandling, som praksisfeltet så vel som forskningsfeltet trenger å ta høyde for både i organisering av helsetjenestene og i forskningsfokuset i årene som kommer. Sykepleierne samarbeider med en rekke andre innen omsorg og behandling av pasienter og brukere. Det er mye i dette arbeidet som ikke er direkte synlig for omgivelsene, og kanskje heller ikke alltid for aktørene selv (Allen, 2018, 2019).

Essayet søker å sette søkelys på taus kunnskap og usynlige oppgaver i sykepleiepraksis. Taus kunnskap og ulike kunnskapsformer er tidligere diskutert og beskrevet i ulike tekster (Martinsen, 1989; Kirkevold, 1989; Kirkevold, Nortvedt & Alvsvåg, 1993; Nortvedt, 1998; Alvsvåg, 2009; Polanyi, 2000; Bohlin, 2009; Nordenstam, 1984; Johannessen, 1999; Wackerhausen, 2017; Molander & Terum, 2008; McGuirk & Methi, 2015). Profesjoners *usynlige arbeid* er imidlertid i den senere tid blitt aktualisert i større grad (Olsvold, 2010; Allen, 2019). Dette essayet setter søkelys på både det tause og det usynlige arbeidet i profesjonspraksis og hvordan vi kan forstå dette, satt i en teoretisk ramme. Det diskuterer også om refleksjon over og i sykepleiepraksis kan være en farbar vei for å gjøre både det tause og dermed det usynlige mer synlig og eksplisitt. Det pekes også på mulige hindringer for denne refleksjonen.

Målgruppe er sykepleiere og andre helsefaglige profesjoner, forskere og ledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

KUNNSKAPSMÅL OG HENSIKT

Hensikten med dette essayet er å belyse hvordan taus kunnskap kan forstås teoretisk og i profesjonspraksis. Essayets setter søkelys på den praktiske kunnskapen samt mot den tause kunnskapen i sykepleieprofesjonens praksis. Det er pekt på en kompleksitet i dagens helsevesen der det er mål om helhetlige helse- og omsorgstjenester, med et økt krav om og behov for samhandling på tvers av profesjoner (Olsvold, 2010; Vik, 2018). Forskning på samhandling i kommunehelsetjenesten peker blant annet på uklarheter i sykepleieres ansvar- og rollebeskrivelse (Poitras, Chouinard Gallagher & Fortin, 2018), og det er behov for utvikling av samhandlingsmodeller som inkluderer tverrprofesjonell samhandling, og som beskriver roller og ansvar for den enkelte aktør for å kunne møte individuelle pasientbehov (Matthys, Remmen & Van Bogaert, 2017; Vik, 2018). At de ulike profesjonsutøvere er bevisst på *egen* kunnskapsbakgrunn og ståsted, kan tenkes å være avgjørende for en god samhandling *mellom* profesjoner om felles mål. Samfunnet er i stadig endring, og ulik fagkompetanse utvikles og tilpasses tiden, og en må derfor hele tiden ta opp ulike diskusjoner omkring kunnskapsformer og profesjonskunnskap.

I teksten gis konkrete eksempler for å belyse taus viten og noen eksempler fra en valgt profesjon: sykepleie. Leseren vil kunne omsette både teori og eksempler på denne til annen yrkes- og profesjonspraksis.

Kunnskapsmålet med essayet er å foreta en teoretisk refleksjon om betydningen av ulike kunnskapsformer i profesjonspraksis. Teksten beskriver hvordan taus kunnskap er en sentral del av både sykepleiepraksis og andre praktiske kunnskapsyrker.

AVGRENSINGER

Teksten sier først noe om praktisk kunnskap, før taus kunnskap belyses teoretisk. Det diskuteres hvordan refleksjon i og over praksis kan gjøre taus kunnskap mer eksplisitt, og det pekes på refleksjon som en metode for å finslipe erfaringsbasert kunnskap og slik kunne fremme synlighet i eget fag og på tvers av fagmiljøer, og dermed forbedre profesjonspraksis.

Innenfor kunnskapsbegreper og kunnskapstyper er det ulike synspunkter på hvordan en skal definere kunnskap, og samtidig *er* det en forståelse for at det er et vidt og rikt fenomen. Praktisk kunnskap forstås i denne teksten som *det som ligger bak, muliggjør og viser seg i yrkesutøvelse og i profesjonsutøverens praksis* (Wackerhausen, 2017, s. 73). Denne teksten vil fokusere på den tause kunnskapen som del av den praktiske kunnskapen, uten at den på noen måte påberoper seg å favne begrepens kompleksitet. Den tause kunnskapen knyttes til en personlig kompetanse, som innbefatter den erfaringsbaserte kunnskapen og viten man får i utøvelsen av en aktivitet; både det å kunne vurdere det som «er annerledes», og å vite hvordan handle i den enkelte situasjon (Polanyi, 2000; Grimen, 2008; McGuirk & Methi, 2015). Min forforståelse som sykepleier og lærer i sykepleiefaget kan være både en avgrensing og samtidig åpne muligheter fordi jeg kjenner til praksis- og fagfeltet.

METODE

Essayet er basert på gjennomgang av litteratur både fra bøker, artikler og fra søk i forskningslitteratur. Litteraturlister fra doktorgradskurs i studier av profesjonspraksis er bakgrunn for arbeidet med temaene, og litteratursøk har videre foregått gjennom søkemotoren Ovid med søkeordene: «taus kunnskap», «praktisk kunnskap», «profesjonspraksis», «usynlig arbeid», «sykepleie», «refleksjon» og kombinasjoner av disse. Inkludering av litteratur har ikke vært systematisk, men drevet fram ved en hermeneutisk tilnærming, der tekster er lest og deretter strukturert og sammen-

fattet for å finne forståelse og mening. Arbeidet har gått i en hermeneutisk bevegelse mellom deler av tekster og hele tekster, og med stadig nye spørsmål og nye forståelser av tekster og tematikk (Lindseth & Nordberg, 2004). Det er gjennomgått ulike teoretiske angrepsvinkler på tematikken med mål om å sortere og peke på en forståelse av sykepleiepraksis med utgangspunkt i teori om taus kunnskap i profesjonspraksis. I dette arbeidet er det stilt spørsmål som: «Hva er praktisk kunnskap?», «Hva er teoretiske perspektiver på profesjonspraksis?», «Hvordan kan vi forstå taus kunnskap i sykepleiepraksis?», «Er det mulig å gjøre det usynlige sykepleierarbeidet mer synlig?» og «På hvilken måte er refleksjon i og over praksis sentralt i dette?».

Tema for teori som danner grunnlag for essayet, er: *taus kunnskap, kunnskapsformer, profesjonspraksis, praktisk kunnskap, refleksjon, erfaringskompetanse, personlig kompetanse, fenomenologi, kroppsliggjort viten, kommunal organisering, sykepleie*.

KUNNSKAPSHORISONTER

Det kan være komplekst å definere kunnskap, og begrepet blir definert og brukt ulikt i litteraturen. Innen vitenskap og forskning, blant filosofer og yrkesutøvere finnes eksempel på forklaring av begrepet. Slik finnes det mange inndelinger av kunnskap og kunnskapsformer. I enkelte inndelinger av kunnskap er ikke det personlige en del av kunnskapen, men det er heller beskrevet som noe saklig som er løst og framstår i en selvstendig størrelse, uavhengig av personen. Dette essayet legger til grunn at kompetansen er personlig.

Personal knowledge. The two words may seem to contradict each other: for true knowledge is deemed impersonal, universally established, objective. But the seeming contradiction is resolved by modifying the conception of knowing. (Polanyi, 1958)

Sitatet om personlig kunnskap sier noe om at på tross av at det kan se ut som om ordene «personlig» og «kompetanse» er ord som motsier hverandre, forstått som at ekte kunnskap anses som noe upersonlig, universelt etablert og objektivt, endres dette ved å se på hva det er «å vite» noe. I dette essayet vil jeg beskrive hvordan kunnskap knyttes til noe personlig, gjennom den tause kunnskapens karakter som sentral del av praktisk kunnskap og profesjonspraksis. Slik blir «viten» noe annet enn en upersonlig og objektiv størrelse som er universelt etablert; det dreier seg om å handle klokt, handle etisk, kunne vurdere det som «er annerledes», og å vite hvordan (McGuirk & Methi, 2015, s. 13).

Dette er de fire hovedtyper av kunnskap som blir diskutert og lagt til grunn som premisser for diskusjonen i den videre teksten:

1. *Teoretisk kunnskap* som påstandskunnskap – «å vite at» (gjennom sanne og velbegrunnede påstander, *epistéme*)
2. *Praktisk kunnskap* som ferdighetskunnskap – «å vite hvordan» (kunnskap i hvordan man kan gjøre noe, *techné*)
3. *Fortrolighetskunnskap* – å være i stand til å kjenne igjen ulike forhold og handle klokt (*frónesis*)
4. *Etisk kunnskap* – å kunne vurdere og handle etisk (*héxeis*)

(Bohlin, 2009; Nordenstam, 1984; Johannessen, 1999).

Det er vanlig å omtale praktisk kunnskap som noe annet enn teoretisk kunnskap. Punkt to og tre av kunnskapsformene i listen over tilordnes gjerne kategorien taus kunnskap, og er de kunnskapsformene som omtales videre i dette essayet.

PRAKTISK KUNNSKAP

Samfunnet har i lang tid gått i retning av en sterk teknologisk utvikling, økt markeds konkurranse og stadig høyere nivå av profesjonell kompetanse og krav til rask endringsevne og vilje til utvikling. Dette har ført til behov for økt fokus på og innsikt i feltet praktisk kunnskap (Wackerhausen, 2017). Praktisk kunnskap kjenne-tegnes av at dens form og innhold ikke kan løsrives fra den som har denne kunnskapen, og fra de situasjoner den er lært og anvendt i, slik at den teoretiske kunnskapsbæreren er utskiftbar, mens den praktiske kunnskapsbæreren ikke er det. Profesjoners kunnskapsbakgrunn er ofte forbundet med vitenskap, det som læres i skolen, gjennom teori og forskning. Etter planen er vi vant til å tenke på kunnskap som noe teoretisk, som *velbegrunnet, sann tro* (McGuirk & Methi, 2015, s. 13). Profesjoners praktiske kompetanse, derimot, er ofte forbundet med erfaringer, noe vi er eller har, og dermed noe det kan være vanskelig å si noe om (Molander & Terum, 2008; McGuirk & Methi, 2015).

En definisjon av praktisk kunnskap er:

Praktisk kundskab er det – hvad end det måtte være – som ligger bag, muliggør og viser sig i professionsudøverens praksis (Wackerhausen, 2017, s. 73).

Denne definisjonen er åpen, og lar spørsmålet om hvilken teori som ligger til grunn, hva praktisk kunnskap er konstituert av, hvordan den dannes og vedlikeholdes, være ubesvart og åpner dermed for muligheten for både en uenighet og enighet omkring dette. Definisjonen er teorinøytral (og det forblir et åpent spørsmål hva kunnskap er konstituert av, og hvordan praktisk kunnskap dannes og vedlikeholdes), epistemologisk nøytral (dvs. nøytral omkring sannhetsverdien av både eksplisitte, implisitte og tause antakelser i praktisk kunnskap) og normativ nøytral (ingen vurdering av verdien av en bestemt praksis). Dette muliggjør blant annet at vi kan identifisere og analysere ulike perspektiv og posisjoner som praksis og praktisk kunnskap oppfattes og bedømmes ut fra. For eksempel kan et pasientperspektiv gi helt andre vurderinger av praksis enn et effektiviseringsperspektiv (Wackerhausen, 2017). Her pekes det på at mer eller mindre endimensjonale forhåndsoppfattelser av praktisk kunnskap er problematisk på flere områder. For forskeren vil det føre til at en rekke forskningsspørsmål ikke kan stilles hvis ontologiske forhåndsantakelser benekter eller skjuler aspekter som disse spørsmålene forutsetter eller har som fokus. For det andre vil snevre ontologiske forklaringer kunne skape både for enkle og uriktige tolkninger av forskningsresultatet, fordi både spørsmål som stilles og forskerens erkjennelsesmuligheter blir snevre. Forskningsresultatene kan dermed bli mangelfulle eller direkte feil, og dermed vil også handling basert på forskningsfunn kunne bli feil eller misvisende. Å være bevisst på at det er en stor kompleks helhet, vil kunne gi en balanse mellom forskningsutsagn og evidens. Videre vil en slik bevissthet kunne gi en kontekstuell og forsiktig anvisning til handlingsanvisninger for praksis (Wackerhausen, 2017).

Den praktiske kunnskaps urtekst kan vi hente hos Aristoteles' oppdeling av kunnskapens former, der han løfter opp praksis som et eget kunnskapsområde som må behandles på sine egne premisser (Aristoteles, 1999; Gadamer, 2003; Bornemark & Svenaeus, 2014). Den teoretiske kunnskapen beskrives som *epistémé*, som *ikke kan forholde seg annerledes* enn det påstanden sier. Den praktiske kunnskapen beskrives gjennom *techné* og *frónesis*. *Techné* er kunnskapen som gjør aktøren i stand til å gjennomføre en handling eller et arbeid (Olsen, 2017). *Frónesis* er den kunnskapen som, ifølge Aristoteles, gjør oss i stand til å handle klokt, å handle på en måte som gjør at handlingen svarer til det situasjonene krever. Enhver slik handling svarer på både faglige, kunnskapsmessige og etiske krav, og derfor må enhver handling tilpasses og endres ut fra hva den enkelte situasjon krever. Felles for handlinger basert på *frónesis* og *techné* er at de kan tilpasses og forholde seg annerledes enn teoretisk påstandskunnskap, både hvordan noe gjøres, og gjennom måten det gjøres på. Å handle klokt er, ifølge Aristoteles, avhengig av at vi overveier vel, noe som igjen krever at man tenker over hvordan handlingen ble til, og

motivet bak den (Olsen, 2017). I dag anerkjennes betydningen av praktisk kunnskap (*techné* og *frónesis*) som avgjørende for kyndig yrkesutøvelse (Fossestøl, 2017).

Frónesis knyttes også til forståelselæren. Forståelse presenteres også av Hans-Georg Gadamer gjennom hermeneutikken, som beskriver grunnmønsteret i menneskelig forståelse av meningsbærende fenomen (Gadamer, 2003; Krogh, 2014). Gadamer mente at all menneskelig forståelse formes i møter mellom ulike forståelseshorisonter; den som prøver å forstå, og den som blir forstått. For å kunne forstå peker Gadamer på at det må skje en «horisontsammensmelting», der den som prøver å forstå, setter seg inn i den andres verden så fordomsfritt som mulig (Bornemark & Svenaeus, 2014).

Gadamers hermeneutiske kunnskapsteori hviler på den fenomenologiske grunntanken (bygd på Edmund Husserl, som grunnla fenomenologien), der all kunnskap om verden og oss selv må starte i en fordomsfri holdning uten ferdig formulerte meninger og teorier. Slik kan vi komme fram til et virkelig grunnlag for kunnskap om verden og oss selv (Gadamer, 2003; Zahavi, 2010). Og for å forstå den praktiske kunnskaps karakter kan fenomenologien da være *en teori om* praktisk kunnskap. Fenomenologi handler om å gå til fenomenene «slik de viser seg for oss». Og fenomenologi kan slik være en måte å undersøke den menneskelige hverdagslige «væren i verden». Fenomenet «livsverden» er det meningsmønster som utgjør bakgrunnen for våre bevisste handlinger.

Å være i verden innebærer å forstå seg på verden og seg selv, i og gjennom de aktiviteter man er opptatt av. Det fenomenologiske kunnskapsbegrepet inneholder mer enn det rådende kunnskapsbegrep, som tradisjonelt sett ofte har handlet om *techné* (vite hvordan). Problemet med en overdrevet vektlegging av prosedyrer og dyrkning av teoretisk kunnskap er at det kan gå på bekostning av aristotelisk *frónesis* (vite når og handle klokt), det vil si evnen til å handle ut fra innsikt i hva den unike situasjonen krever. Fenomenologien går utenfor og dekker mer enn vitenskapelig kunnskap (*techné*). Den vitenskapelige forståelse står på mange måter på fenomenologien og «den hverdagslige forståelsens skuldre». Dette kan føre til økt forståelse om verden og om oss selv. I dag framstår det fenomenologiske perspektivet som en vei å gå for å beskrive og forstå praktisk kunnskap (Bornemark & Svenaeus, 2014).

I spørsmålet omkring hva kunnskap er, er det pekt på at *techné* har vært den rådende forståelseshorisonnt på hva kunnskap er. Om kunnskap i praksis hviler på at *eksplisitt viten* er sannheten for profesjonell kompetanse i praksis, vil det kunne bety at all viten og profesjonell kompetanse har en eksplisitt eksistens som kan uttrykkes språklig med relevante, regelbaserte ferdigheter og er lært i skolesammenheng (Wackerhausen, 2017). Å støtte seg til dette vil i stor grad begrense hva

praktisk kunnskap er, samt begrense forståelsen for profesjonspraksis. Hvis et objektivt syn og eksplisitt viten presenteres som sannhet og fungerer som grunnlag for hva praktisk kunnskap er, vil det som har med mening og livserfaringer å gjøre – omsorg, ubehag, livskvalitet – ikke inkluderes. Et slikt syn vil kunne skape en definisjon på profesjonskompetanse og praktisk kunnskap som kan bli både en dehumanisert og livsfjern kunnskapsform, i verste fall uten empatisk innhold (Wackerhausen, 2017).

Et annet syn på praktisk kunnskap er at den orienterer seg i et dynamisk samspill mellom profesjon, samfunn og brukere av tjenesten som i seg selv tilsier en kompleksitet. Det non-skolastiske paradigmet anerkjenner aspekter som taus viten, ikke regelbaserte ferdigheter og praksis som læringsarena: at erfaring er nødvendig, og at intuisjon er en del av hva praktisk kunnskap er (Wackerhausen, 2017).

TAUS KUNNSKAP

Taus kunnskap er en del av den praktiske kunnskapen, og er på mange måter et tvetydig begrep som er oversatt og brukt i ulike varianter. Vitenskapsfilosofen Michael Polanyi (1891–1976) står bak termen «tacit knowing» (Polanyi, 2000). I sine første tekster om taus viten utviklet Polanyi ideen om taus viten: i *Personal Knowledge* (Polanyi, 1958) og senere i en mer kortfattet framstilling i *The Tacit Dimension* (Polanyi, 1966, oversatt til norsk i 2000). Polanyis bidrag om taus viten kan sies å være en del av den omfattende vitenskapeteoretiske diskusjonen om hva vitenskap og kunnskap er (Fossestøl, 2017).

Å oversette ordet «knowing» eller «knowledge» til et norsk ord lar seg vanskelig gjøre. Ord som «viten» og «kunnskap» er brukt i ulik litteratur uten at disse dekker godt. Polanyi sin beskrivelse og bruk av «knowing» og «knowledge» inkluderer en sammenheng mellom påstandskunnskap, gjenkjenning av former, bruk av redskaper og evne til å gjøre noe. Ordet «tacit» er på norsk oversatt til både «taus» og «underforstått». I denne teksten er «taus kunnskap» og «taus viten» valgt som begrep. Det er verdt å merke seg at i dette begrepet (slik Polanyi beskrev det) ligger det et aktivitetsaspekt, slik at taus kunnskap ikke bare refererer til *det en vet*, men også til aktiviteten *å vite* og de mentale og kroppslige evnene som er involvert i denne aktiviteten (Polanyi, 2000).

Den tause kunnskapen arter seg og kan beskrives på ulike måter. Det kan være kunnskap som vi

- bevisst unnlater å artikulere (på grunn av normer og regler som taushetsplikt eller høflighet)

- tar for gitt (kroppsliggjort fortrolighetskunnskap jamfør å kunne sykle) eller
- nesten umulig kan artikulere (fordi det er et gap mellom vår kognitive kapasitet og erfaringer/handlinger og vår evne til å artikulere dette verbalt). Vår forståelse er dermed begrenset av vår «horisont» (Nortvedt & Grimen, 2004; Molander & Terum 2008)

Polanyi utarbeidet beskrivelser og forklaringer knyttet til at all tenkning inneholder aspekter som vi er underforstått oppmerksomme på, eller er tause om (Polanyi, 2000). At «tacit knowing» forstås som en skjult form for kunnskap eller viten, er ikke i tråd med Polanyis sentrale poeng. Derimot påpekte han gjennom *hovedtesen* i begrepet at ikke all kunnskap kan formuleres eksplisitt i en påstandsforn: «vi kan vite mer enn vi kan si» (Polanyi, 2000, s. 16), og at den teoretiske påstandskunnskap må hvile på og forutsette en taus kunnskap.

Harald Grimen (2008) peker også på kompleksiteten i forholdet mellom teori og praksis. Han peker på to ulike «teori/praksis»-modeller for å forstå forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap. I den første modellen ledes praksis ut fra teoretisk kunnskap (teori er primært). I den andre modellen beskrives den teoretiske kunnskapen «å flyte på et underlag av praksis» (praksis er primært) (Grimen, 2008, s. 75). I klientorienterte profesjoner, der fagutøveren må forene kunnskaper fra ulike vitenskaper, kunne kommunisere i samhandling samt utvise juridisk, moralsk og politisk skjønn og dømmekraft, understrekes det komplekse forholdet mellom teori og praksis (Grimen, 2008; Wackerhausen, 2017; Polanyi, 2000; Åsvoll, 2009). Polanyis uttrykk «vi kan vite mer enn vi kan si» forteller oss at det alltid kan være noe taust/underforstått/uartikulert ved alle ting, som ikke kan beskrives i verken ord eller bilder. Denne tause viten gir likevel kunnskapen en retning og er knyttet til en handling.

En annen tese Polanyi presenterte, er at praksis er en kunst og ikke en vitenskap. Dette forklarte han med at en vitenskap styres av visse regler som ikke kan tilegnes *uten* en praktisk og personlig tilnærming (Bohlin, 2009; Polanyi, 1958). Et eksempel er sykepleierens håndlag i pleie av og omsorg for pasienter. Læren om hvordan man utfører dette, kan ikke fullt ut beskrives i teori eller gjennom vitenskapens språk. Deler av dette må sykepleieren lære nettopp gjennom å utføre stell og omsorg og etter hvert lære hvordan hun på en tilpasset og god måte kan pleie en pasient slik at denne føler velvære og for eksempel ligger godt i sengen. Slik blir sykepleien og sykepleierens håndlag i den gitte situasjon en kunst som skapes der og da i hver unike situasjon.

Innledningsvis ble tre typer kunnskap presentert. *Den teoretiske kunnskapen* er typisk lært gjennom teori i lærebøker, vitenskap, påstandskunnskap og kan også

kalles skolastisk kunnskap (Wackerhausen, 2017). Den teoretiske kunnskapen læres gjennom teoretisk utdanning, lesing og viten, og er ofte forklart som «å vite at» – gjennom sanne og velbegrunnede påståelser.

De to neste kunnskapsformene beskrives videre som former for taus kunnskap, og er interessant for det som diskuteres i denne teksten: *praktisk kunnskap som ferdighetskunnskap* – «å vite hvordan» (kunnskap i hvordan man kan gjøre noe), og *fortrolighetskunnskap* – å være i stand til å kjenne igjen ulike forhold (Bohlin, 2009; Nordenstam, 1984).

Den første delen av den tause kunnskapen: den praktiske kunnskapen som ferdighetskunnskap (å vite hvordan jeg gjør noe), kan bare formes gjennom direkte deltakelse i praksis (Johannesen, 1999). Dette kan illustreres gjennom det klassiske eksemplet: å kunne sykle. Jeg kan vite akkurat hva jeg skal gjøre for å sykle, uten at jeg kan forklare i ord hvordan jeg gjør det. Jeg kan si noe om hvordan jeg holder i styret og hvordan jeg har bena på pedalene og sitter på sykkelsetet, men *hvordan* jeg kan sykle, er vanskelig å forklare. Det kan nok finnes en matematisk formel for hvordan man best skal anpasse hastighet i en gitt sving for best mulig balanse, uten at denne formelen hjelper meg i selve ferdigheten å sykle. Så her kan jeg utføre en praktisk ferdighet, og samtidig uten helt å kunne beskrive hvordan selve syklingen foregår, eller hvordan jeg gjør det. I sykepleiepraksis kan et eksempel på dette være å gi et tilpasset stell til en sengeliggende pasient. Sykepleieren har kunnskaper om både smittevern (som blant annet vil styre rekkefølge av stellet), og han vil ha kunnskaper om ulike fagprosedyrer for de ulike delementene som kan inngå i stellet. Sykepleieren kan også vite teoretisk om hva som sykepleiefaglig sett anses som et godt stell, og ha kunnskaper om profesjonell kommunikasjon og all den kunnskapsbakgrunn som en kan tenke inngår i ethvert pasientmøte (jf. *epistéme* – det som *ikke kan* forholde seg annerledes). Det som det er vanskeligere å si noe om, er hvordan sykepleieren bruker *både* sine teorikunnskaper og i tillegg sin relasjonskompetanse, sin kropp og sine sanser (hudkontakt, syn, hørsel) for å tilpasse sine handlingers tempo, fasthet i håndlaget, stemme (jf. *techné* og *frónesis* – det som *kan* forholde seg annerledes) i et samspill med akkurat denne pasienten. Slik kan pasienten få et tilpasset stell og ligge godt i sengen etterpå.

Syklingen og det tilpassede stellet som sykepleieren utfører, er eksempler på spesielle egenskaper som er grunnleggende for en type taus kunnskap som er ferdighetsbasert. Denne ferdighetsbaserte praksisen innebærer en «exercise of judgmental power as the expression of tacit knowledge when rule-following behavior comes up for scrutiny» (Johannessen, 1999).

Praktiske ferdigheter er kunnskap som også gjerne formidles fra en mester til en lærling, gjennom å øve. Lærlingen ser hvordan mesteren gjør det, og forsøker så å

gjøre det samme. Mesteren veileder lærlingen og instruerer i ulike måter å utføre ferdigheten på. Mesterens instruksjon spiller likevel en begrenset rolle i hvordan lærlingen mestrer ferdigheten; lærlingen er avhengig av å utføre og erfare selv. Eksempler fra sykepleiepraksis kan være å sette en injeksjon. Isolert sett kan en slik prosedyre virke rent teknisk, men fra sykepleieren begynner med å trekke opp væsken som skal injiseres, er det snakk om et tillært håndlag. Hvordan er det best å holde opptrekkssprøyten mot det enkelte glasset eller ampullen, hvordan klargjøre med injeksjonsspiss uten å gjøre det hele usterilt? Hvordan skal sykepleieren både ivareta pasienten som skal få injeksjonen, og utføre en riktig prosedyre? Ved å bruke sine fingre og kjenne på huden til pasienten vil en erfaren sykepleier vite noe om hvordan pasientens hud er, og dermed kunne tilpasse retning, kraft og håndlag etter dette slik at sprøytespissen kan trenge gjennom huden på en «rett» måte.

Den andre delen av taus kunnskap er beskrevet som *fortrolighetskunnskap*, og handler om å *kjenne igjen ulike forhold*, og skille ut det som ikke er kjent (Nordenstam, 1984; Johannessen, 1999). Et klassisk eksempel på dette er å kjenne igjen ansikt, eller stemninger som viser seg i menneskets ansikt, og skille kjente ansikt fra ukjente gjennom å kjenne til visse unike egenskaper ved et kjent ansikt, som hårfarge, form på nese og øyefarge, eller skille ut ulike stemninger uttrykt i ansiktet gjennom spesifikke egenskaper i ansiktet. Samtidig som vi kjenner igjen dette ansiktet blant tusener, kan mesteparten av det som gjør oss i stand til å kjenne igjen dette bestemte ansiktet eller si noe om menneskets stemning avspeilet i ansiktet, vanskelig formuleres med ord. Så selv om vi får tilstrekkelig hjelp og uttrykksmidler til å beskrive dette (og vi er i stand til å bruke disse metodene), er det likevel noe vi på det tidspunktet vet, som vi ikke kan si (Polanyi, 2000).

Sykepleieren som arbeider med for eksempel lungesyke pasienter, kan kjenne igjen fellestrekk ved pasienter med astma, og kan gjennom erfaring ha lært seg fellestrekk og mønster på hvordan sykdommen arter seg. Samtidig har hun lært seg å *skille ut* fellestrekk ved sykdommen astma fra tegn på mer alvorlige sykdomstegn, eller skille ut det som ikke er kjent. Samtidig som sykepleieren gjennom erfaring kan skille ut dette, er det samtidig vanskelig å redegjøre i ord for hvilke egenskaper hos pasienten som gjør at sykepleieren er overbevist om at pasienten er alvorlig syk. Der taus kunnskap ikke anerkjennes som verdifull kunnskap, kan man komme til å trekke den slutning at pasienten ikke er alvorlig syk, fordi det ikke er formidlet i ord hva det handler om og det heller ikke kan måles.

Praksis kan utvikle kunnskap som er nødvendig for å lære og utøve sykepleie. Denne kunnskapen kan være undervurdert, men også en taus og innforstått erkjennelse. Kunnskap kan leve sitt eget liv i praksis, som taus og uartikulert, der

kunnskap som utvikles gjennom praksis og viser seg i handling, ikke blir gjenstand for kritisk refleksjon eller diskusjon. Hva man kan vinne på å utnytte mulighetene i taus kunnskap, kan også illustreres slik: En nyutdannet sykepleier kommer til en kommune der de har flere pasienter med psykisk sykdom som sykepleieren skal ha hjemmebesøk og tilsyn hos. Den nyutdannede sykepleieren kjenner noen ganger på frykt for disse hjemmebesøkene, og at pasientene kan oppleves som truende. I møte med en erfaren sykepleier opplever den nyutdannede at den erfarne har en spesiell evne til å spre ro omkring seg under hjemmebesøkene. Den nyutdannede får anledning til å følge den erfarne en periode, og lærer seg etter hvert, gjennom å observere og iaktta den andre, hvordan hun selv kan opptre i situasjoner som hun tidligere oppfattet både som u håndterlige og skremmende. Læringen skjer uten diskusjon omkring det som skjer; den nyutdannede «lærlingen» tar til seg kunnskap fra den erfarne «mesteren» gjennom en slags imitasjon. Slik blir dette en fortrolighetskunnskap hos sykepleieren (Josefson, 1988; Bohlin, 2009). Slik er taus kunnskap svært viktig, men kanskje en undervurdert kunnskapsform.

Polanyi sier den tause kunnskapens struktur viser at all tenkning inneholder komponenter som vi er underforstått oppmerksomme på, og all tenkning «lever» i underforståtte komponenter som om de var deler av kroppen vår. Slik er det umulig, ifølge Polanyi, å gjøre rede for kunnskapens natur og begrunnelse ved en rekke eksplisitte operasjoner (Polanyi, 2000, s. 17). Polanyi hevdet også at den tause kunnskapen og det som ikke kan formuleres eksplisitt, setter en grense for muligheten til kritisk utprøving av kunnskapen. Andre har i ettertid sagt seg uenig i dette; taus kunnskap kan ikke prøves *på samme måte* som påstandskunnskap, men kan prøves gjennom andre mer indirekte måter (Bohlin, 2009).

I den tause kunnskapen, denne underforståtte vitenen, «retter vi oppmerksomheten fra noe for å rette den mot noe annet» (Polanyi, 2000; Åsvoll, 2009). Den tause kunnskap er ifølge Polanyi (2000, s. 21) toleddet. Denne oppmerksomheten er personlig og individuell og avhenger av både subjekt og perspektiv. Det proksimale leddet (nær oss) representerer helhetens deler og er det vi har kjennskap til som vi ikke klarer å si noe om. Ved for eksempel å sette en injeksjon: Sykepleieren retter oppmerksomhet fra muskelaktivitet i utøvelsen av å holde sprøyten og føre sprøytespissen gjennom huden, mot resultatet av det samlede mål: å sette injeksjonen (det distale leddet) – uten at hun er i stand til å spesifisere muskelaktivitetene eller delene som gjør at hun kunne gjennomføre prosedyren med injeksjonssetting. «We know the first term only by relying on our awareness of it for attending of the second» (Polanyi, 2000, s. 10). Sykepleieren lærer å sette injeksjoner (og andre prosedyrer og handlinger) kanskje uten å vite helt eksakt hvordan hun gjør det, eller å kunne begrunne og påstå hvordan det skjer. Sykepleieren gjør det, og

lærer etter hvert å være fortrolig med aktiviteten uten å tenke på alle ulike regler som eksisterer for sprøytesetting (smittevern, medikamentet som gis, ivaretakelse av pasienten); reglene har ingen betydning for at hun har blitt fortrolig med å sette en injeksjon. Aktiviteten i det proksimale leddet (muskelaktiviteten i å lære å sette injeksjon) gir samlet en mening og en kroppslig erfaring der sykepleieren føler seg fram i muskelaktiviteten. Til sammen kan hun identifisere en forståelse over den samlede helheten som blir konstruert. Slik kan vi si at vi forstår helheten (å sette en injeksjon) ved å bruke vår kjennskap til delene (ulike muskelaktiviteter) for så å rette oppmerksomhet mot deres samlede mening (Polanyi, 2000; Åsvoll, 2009). Slik kan aktivitetsaspektet i taus kunnskap forklares; det handler ikke bare om *det en vet*, men også om aktiviteten *å vite*, en samlet helhet som gir mening, og som innbefatter både mentale evner og ikke minst de kroppslige erfaringer som er involvert i denne aktiviteten (kanskje uten at det er bevisst).

Om sykepleieren fra eksemplet som omhandlet å stelle en pasient som er senge- liggende, har en viss erfaring, vet hun både noe om det som skal gjennomføres, og noe om selve aktiviteten og prosedyren å stelle en pasient (aktivitetsaspektet i *å vite*). Den erfarne sykepleieren vet noe om dette og har i tillegg kroppslige erfaringer og opplysninger fra sine sanser (se, lukte, hudkontakt, høre) som gjør at hun kan *sette sammen helhetens deler til det samlede mål*: å gi pasienten et godt og tilpasset stell; hun føler seg fram i aktiviteten og tilpasser kontinuerlig det hun gjør (tempo, mengde, fasthet, mykhet osv.), med det hun observerer hos pasienten og av konsekvensene av sine handlinger. Slik kan hun gi pasienten et godt stell med et tilpasset håndlag. Sykepleierens tause kunnskap, som inkluderer «underforståtte komponenter» som deler av kroppen, blir slik en del av hennes samlede kompetanse.

REFLEKSJONENS BETYDNING FOR PRAKSIS: FRA TAUS VITEN TIL ARTIKULERT KUNNSKAP?

Sentrale trekk ved profesjonell yrkesutøvelse er at det handler om å omsette en eller annen slags kunnskap i konkrete situasjoner. Oppgaver er gjerne kompliserte, og ulik kunnskap må kombineres med skjønn for å håndteres på en god måte. Den erfarne sykepleieren er bedre rustet overfor det uventede, og har gjerne en evne til å møte uventede og avvikende hendelser der vurderingsevnen settes på prøve (Halås, 2017). Likevel fører ikke erfaring av ulike årsaker alltid til klok og ansvarsfull handling. Kan en god læremester noen ganger være en dårlig læremester? Kan det være slik at taus viten i praksis noen ganger kan være mer taus *uvitenhet* enn taus viten? Årsaker til en eventuell uvitenhet kan være ulike oppfatninger omkring

hva som er kunnskap, manglende interesse eller egnethet og manglende tid til refleksjon over vanskelige avgjørelser. Praksislæring kan ha blinde flekker og være preget av handlingsbåren «u-kunnskap» (Josefson, 2015; McGuirk, 2015).

Akkurat som den teoretiske kunnskapen (*epistéme* – å vite at) ikke er tilstrekkelig alene, er heller ikke praktisk kunnskap (*techné* – ferdighetskunnskap og *frónesis* – fortrolighetskunnskap) tilstrekkelig alene (Bornemark & Svenaeus 2014). Det kan se ut som om personlige fortellinger og refleksjon over praksis kan bidra til å tydeliggjøre det som ingen regler eller manualer kan fange eller fortelle oss. Ut av dette pekes det på refleksjonens nødvendighet i yrkes- og profesjonsutøvelsen. I denne refleksjonen må både kunnskapsformer som påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap inngå. Refleksjon er en forutsetning for å lære av ulike erfaringer, spesielt i pressede og krevende situasjoner som setter å *handle klokt* på prøve. At sedvane og praksis blir gjenstand for refleksjon, er påkrevd og nødvendig for å nå målet om en optimal, ajourført og erfaringsbasert kunnskap i profesjonspraksis (Wackerhausen, 2015). Refleksjon kan defineres som «[e]n bevisst, omhyggelig og tidkrevende form for tenkning som er karakterisert ved en kritisk-konstruktiv spørrende og svarsøkende holdning» (Wackerhausen, 2015, s. 93). I den kritiske refleksjon kan praksis settes i spill, og dens sannhetskarakter undersøkes (McGuirk & Methi, 2015). Å sette praksis i spill (i betydningen at noe kan defineres på nytt) og undersøke sannhetskarakteren i en gitt praksis er ikke, slik jeg ser det, det samme som å komme fram til en antatt riktig yrkesutøvelse, handling eller kunnskapsgrunnlag i gitt situasjon; men heller å bli klar over og bevisst på hvilket grunnlag utøverens praksis hviler på. All yrkes- og profesjonspraksis rommer både kompleksitet og mangfold, og er en praksis der utøveren i stor grad både kan og muligens bør opparbeide en evne til å kunne møte uventede, avvikende hendelser der vurderingsevnen stilles på prøve (Josefson, 2015). Dette knyttes til Aristoteles' begrep *frónesis* – å vite når og *handle klokt*. Når det kommer til praksis som læringsarena i det non-skolastiske paradigmet, nærmere bestemt det tradisjons- og erfaringsbaserte kunnskapsområdet (ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap), må praktikerer vise dømmekraft og orientere seg i «en samtale som allerede har begynt». Erfaringer overtas, videreutvikles og gis videre i en fortløpende fagpraksis (Wackerhausen, 2015). En yrkes- og profesjonspraksis som ikke har en kritisk analyse og refleksjon over sin etablerte praksis, kan føre til at erfaring uten refleksjon blir en blind praksis med ubevisste handlinger (eller mangel på handlinger), og en refleksjon uten erfaring blir en tom praksis uten den ferdighets- og fortrolighetskunnskap som kreves (Wackerhausen, 2015, s. 99). Tradisjonshandlinger kan bli utført uten å vite *hvorfor* man utfører handlingen lenger, men handlingen utføres likevel. Intensjonen bak å utføre handlingen kan være den

beste, selv om den er ikke relevant lenger. Begrunnelser som «det har vi alltid gjort» overføres som om handlingen har en hensikt i seg selv (Jackson, 1948).

Slik jeg oppfatter Platon, eksisterer verden etter hans forklaring i to plan: 1. uforanderlig fornuftskunnskap og 2. foranderlig sanselig kunnskap (som vurderes lavt verdimessig) (Josefson 2015, s. 37). Aristoteles, derimot, løftet opp praksis som kunnskapsområde gjennom sin femdeling av kunnskap, og sa at praksis må behandles på sine egne premisser (Josefson, 2015). Den vitenskapelige kunnskapen nedvurderes ikke, men den praktiske kunnskapen løftes som handlinger som ikke kan forklares eksakt, men der navigasjon i og kjennetegn på unike situasjoner er sentralt for å skille mellom det som er sentralt og ikke. Lydhørhet, oppmerksomhet, fantasi og følelsesmessige evner er ifølge Aristoteles nødvendig for å utvikle denne skjelneevnen. Dette er en evne som ikke er medfødt, men som må oppøves for praktisk klokhet og god dømmekraft (Josefson, 2015). Det som ingen regler eller manualer kan fange eller fortelle oss, kan personlige fortellinger og refleksjon tydeliggjøre (Bornemark & Svenaeus, 2014).

REFLEKSJON I OG OVER HANDLING

Donald Schön utviklet en teori knyttet til reflektert praksis som moralsk praksis basert på begrepet «den reflekterende praktiker» (Schön, 2001). Teorien ble utviklet som et slags oppgjør med de instrumentelle og tekniske prinsipper som var de altoverveiende og styrende prinsippene for profesjonsutøvelsen da den kom. Schön pekte på at de tekniske og instrumentelle prinsippene kom til kort med utviklingen av den stadig mer kompliserte, sammensatte og uforutsigbare praksisvirkeligheten, og at det «å vite» ikke var nok. Han deler den profesjonelle refleksjon i to:

1. «Refleksjon i handling» kombinerer viten, erfaring og intuisjon som smelter sammen parallelt i handlingen.
2. «Refleksjon over handling» beskriver den tankevirksomhet som kommer etter handling, en tankevirksomhet over handlingsprosessen og konsekvenser av denne (Schön, 2001).

Begrepene hadde til hensikt å beskrive profesjonell praksis og yrkesutøvelse med en sammenheng mellom tenkning og handling. Slik blir refleksjon et middel for å forbedre profesjonspraksis, og et middel for å finslipe erfaringsbasert kunnskap.

Refleksjon i handling vil kunne føre til refleksjon over det som oppdages i situasjonen, og kan sette utøveren i stand til å handle riktig eller godt her og nå. Reflek-

sjon i handling kan føre til «knowing in action»: å gjøre det riktige og mestre situasjonen, noe som ofte knyttes til taus kroppsliggjort kunnskap (jf. Polanyi, 2000; Schön, 2001). For mange profesjonsutøvere er refleksjon i handling grunnstammen i deres praksis, selv om denne refleksjonen ikke alltid aksepteres som en legitim form for ekspertise, kanskje ikke av dem selv heller. Studentens mulighet for veiledning i praksis fra en kompetent profesjonsutøver, eller lærlingens / den nyutdannedes mulighet til å følge «mesteren» i praksis er eksempler der refleksjon i handling kan finne sted. Et eksempel fra profesjonspraksis kan være sykepleieren som er hos en pasient som trenger hjelp til å måle blodsukker og sette insulin. For å finne fornuft i en situasjon som oppfattes som unik (er ikke alle situasjoner og møter det?), ser sykepleieren på situasjonen som *noe som allerede eksisterer* i hennes repertoar, og samtidig ser hun det som *ikke kan innordnes* i en kjent kategori eller regel. Det er noe som er likt, og samtidig noe som er ukjent, forskjellig og unikt for denne situasjonen. Dette «noe», som er ulikt og unikt, kan det i første omgang være vanskelig å si noe om. Hvis den ene situasjonen ses som den andre, vil man handle i denne som i den andre, uten å ta hensyn til det unike (Schön 2001, s. 124). Ved å være bevisst og reflektere over likheter og ulikheter mellom ellers like situasjoner ved blodsuktermåling og insulinsetting, kan sykepleieren tilpasse sine handlinger til situasjonen og i større grad oppdage hva som står på spill, og få en økt bevissthet om taus viten og fortrolighetskunnskapen hun har og kan bruke i den gitte situasjonen. Den kjente situasjonen fungerer som et *eksempel* for det ukjente. Dette «noe» kan for eksempel være avvik ved blodsukkernivået, behov for mer eller mindre insulin ut fra det denne pasienten pleier å ta. Det kan være ulikt ut fra hva som er sammenlignbart basert på faglig kompetanse eller erfaring, eller andre forhold hos pasientene eller i hans omgivelser som *skiller seg ut fra eksemplet*, for å bruke Kuhn sitt begrep.

Når man står overfor et problem, så forsøker man at se det som et eller flere af de eksemplariske problemer, man før er stødt på ... Ens basale kriterium er opfattelsen af lighed, som både logisk og psykologisk ligger forud for ethvert af den lange række af andre kriterier, man kunne have anvendt til en sådan identifikation ... Under passende omstændigheder ... er der tale om en måde at behandle data på som lighedssæt, der ikke er afhængige af en forudgående besvarelse af spørgsmålet om, hvorledes de er hinanden lig. (Kuhn, 1977, s. 307)

Profesjonsutøveren, for eksempel sykepleieren som mestrer omfanget av og variasjon innenfor et repertoar hun har med seg fra ulike situasjoner, er på mange måter en kunstner som har evne til å oppfatte både det kjente og ukjente i ellers like situasjoner og tilpasse sine handlinger til denne.

Refleksjon over handling, er en retrospektiv refleksjon for å prøve å tolke og forstå og lære noe av det som er erfart. For å kunne reflektere i handling kreves en kreativ tilnærming og en åpenhet for det som skjer i situasjonen. Dette setter jeg i sammenheng med fenomenologiens «det er slik det åpenbarer seg for oss» og hermeneutikkens «fordomsfrie holdning uten ferdig formulerte meninger og teorier». Schön pekte på at «knowing in action» og «refleksjon i handling» er komplekse deler av en praksis som ikke kan rasjonaliseres ned til en modell eller ytterligere begrepsfestes, men beskrives for å synliggjøre forskjellen på teknisk rasjonalitet og refleksjon i handling (Åsvoll, 2009).

Hvis jeg likevel skal prøve å knytte refleksjon over og i praksis til en modell som kan beskrive eller forklare praksis og utvikling av kunnskap i praksis, vil jeg trekke fram Dreyfus-brødrenes modell på ekspertiseutvikling. Brødrene Hubert og Stuart Dreyfus (1986) laget en modell med fem stadier for hvordan praktisk kunnskap utvikler seg, som en beskrivelse av ekspertise. De mente at praktisk kunnskap utvikles gjennom erfaring, eller i handling. Deres påstand er at jo mer erfaring praktikeren (som for eksempel yrkes- og profesjonsutøveren) har, desto flere handlinger gjør hun som praktiske selvfølgheter eller tilsynelatende uten å tenke. Den erfarne bare «ser» og «vet» (Dreyfus & Dreyfus, 1986; McGuirk, 2015). Dette sammenfaller med Polanyis poeng om at «vi kan vite mer enn vi kan si» (Polanyi, 2000, s. 16).

Den praktiske kunnskapen utvikler seg hos praksisutøveren ifølge Dreyfus-brødrene fra novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, flytende utøver til ekspert. De ulike nivåene avspeiler tenkning innenfor tre aspekter i kvalifisert praksis: bort fra en avhengighet av abstrakte prinsipper til bruk av egen erfaring, at krevende situasjoner ses som et komplett hele, og til slutt en bevegelse fra iakt-taker til deltakende aktør. De fem stadiene må ses som «peilepunkter», ikke som statiske stadier eller som en oppskrift på praktisk kunnskap (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Nortvedt & Grimen, 2004; Benner, 1995). Dreyfus og Dreyfus begrunner modellen i et fenomenologisk perspektiv, der søkelyset rettes mot at kroppen ønsker et samsvar mellom gjenkjennelse av en situasjon og den optimale gestalten av situasjonen (McGuirk, 2013; Åsvoll, 2009).

KROPPSLIG BEVISSTHET I TAUS VITEN

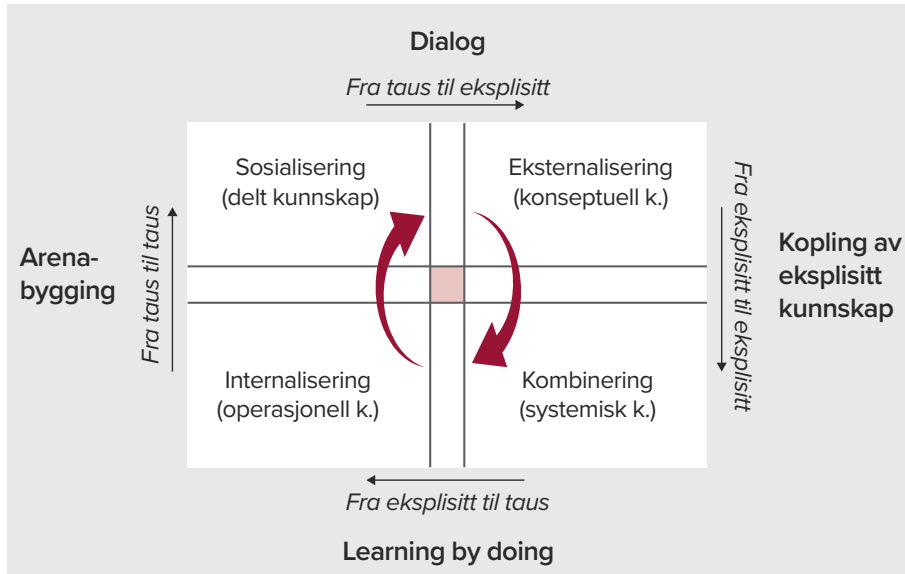
Påvirker *kroppslig bevissthet* ekspertens ferdigheter? (Montero, 2010) Bakgrunnen for spørsmålet er den allmenne antakelsen at å fokusere på avanserte bevegelser mens man utfører dem, hindrer utførelsen av dem (jf. taus kroppslig viten og eksemplet der sykepleieren setter en injeksjon). Er det slik at hvis jeg fokuserer på den kroppslige aktiviteten i sykling, så gjør det meg til en dårligere sykler, og at jeg

sykler best når jeg «bare sykler» (fortrolighetskunnskap)? Her skilles det mellom sensorisk kroppslig bevissthet (som innbefatter oppmerksomhet og varhet knyttet til alle sansene) og kognitiv kroppslig bevissthet. Min tolkning av Montero (2010) er at hun knytter det siste blant annet til Dreyfus-brødrenes femtrinnsmodell for forståelsen av utvikling av praktiske ferdigheter; altså at en refleksjon og kognitiv tilnærming gir en begrenset bevissthet/varhet («awareness») av situasjonen, selv på ekspertnivå. Det kreves opparbeidelse av en slags kroppslig refleks, der eksperthen ikke lenger trenger å tenke på hva hun skal gjøre. Her kan det skilles mellom sensorisk kroppslig bevissthet (som innbefatter oppmerksomhet og varhet knyttet til alle sansene) og kognitiv kroppslig bevissthet (Montero, 2010). Montero retter en kritikk mot «den intuitive eksperthen» som Dreyfus beskriver, som går i retning av at det kreves *en varhet i enhver situasjon* for å unngå stereotyp atferd og for å kunne korrigere handling i en kompleks virkelighet. Dreyfus sier at «mindedness is the enemy of embodied coping» (i McGuirk, 2013, s. 294). Det kan ifølge dette se ut som om Dreyfus nærmest snakker om en tankeløs og subjektløs tilnærming i ekspertrollen, en intuitiv bakgrunn for handling uten bevissthet. McGuirk (2013) peker på behovet for en reflektert og analytisk tilnærming i ekspertens rolle og utøvelse av ferdigheter, noe som slik sammenfaller med en understreking av den *situasjonsbetingede varhet som kreves i enhver situasjon* (Montero, 2010).

Fenomenologene Heidegger og Merleau-Ponty avviser også at intelligens sitter «i hodet». De sier at den er integrert («embedded») og kroppsliggjort («embodied») i levde situasjoner (McGuirk, 2013, s. 64). Dette sammenfaller med Polanyis beskrivelse av taus kunnskap som fortroligheten jeg har i egen kropp når det kommer til mine ferdigheter eller kunnskap innen et område. Taus kunnskap er da noe som er integrert og kroppsliggjort gjennom erfaring (Polanyi, 2000).

EN KUNNSKAPSPROCESS

Slik det diskuteres i denne teksten, er det et behov hos yrkes- og profesjonsutøveren (eller i alle fall anses det for å være viktig i yrkes- og profesjonsutøvelse) for å lære seg taus kunnskap, eller «å lære seg å lære» (Vabo, 2014, s. 179). Taus kunnskap er både situasjonsavhengig og personlig, og kan derfor ikke overføres gjennom manualer eller prosedyrer. For å fange opp den type læring som beskrives i ferdighets- og fortrolighetskunnskapen, og som kan komme til syne i *refleksjon i og over handling*, kan vi ta utgangspunkt i de fire fasene i kunnskapsprosessen, beskrevet av Nonaka og Takeuchi (1995, s. 71). Figur 2.1 viser læringsprosesser som skjer i organisasjoner knyttet til deling av taus kunnskap.



Figur 2.1: Fire faser i kunnskapsprosessen (etter Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 72, og Vabo, 2014, s. 179).

De fire fasene i kunnskapsprosessen er sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering av kunnskap. Det er verdt å merke seg at i denne kunnskapsprosessen inngår det både dialog, praksisutøvelse og en arena for å kunne gjennomføre dette.

Delingen av taus kunnskap skjer gjennom samhandling eller å arbeide sammen, fysisk nært, og å dele erfaringer gjennom praksis og/eller refleksjon. Arenaene der det gis muligheter for refleksjon og dialog der erfaringer utveksles, er sentrale i kunnskapsprosessen. Eksempler på slike arenaer i sykepleiepraksis er ulike veilednings- eller refleksjonsgrupper, fagmøter som vektlegger refleksjon, deling av erfaringer og faglig utvikling mellom to eller flere sykepleiere, og når studenten følger sykepleieren i dennes arbeid. Gjennom *sosialisering* skjer en *eksternalisering*: Den tause kunnskapen blir gjort forståelig gjennom dialog og refleksjon (Vabo, 2014, s. 179). Slik kan det bli mulig å gjøre den tause kunnskapen til en mer eksplisitt og artikulert kunnskap.

HVA SÅ MED DET USYNLIGE ARBEIDET?

Sosiolog og sykepleieforsker Davina Allen er blant dem som har løftet fram sykepleierens usynlige arbeid i sin forskning (Allen, 2019). Allen peker på at arbeid ikke er synlig eller usynlig i seg selv, men kan bli det ut i fra ulike faktorer og kontekster. Synlig arbeid er ofte brukt om arbeid som er en type formelt arbeid som blir godkjent og dokumentert. Arbeid kan bli usynlig av ulike grunner, som rutinearbeid (selv om det er behov for omfattende problemløsningsevner for å gjennomføre dem). Kjønn, etnisitet og klasse er også faktorer som påvirker synlighet i arbeidet (Allen, 2019, s. 30). Noe arbeid er tatt for gitt, og dermed usynlig, noe er usynlig fordi den som utfører arbeidet, ikke er klar over viktigheten av bidraget som tilføres helheten, eller mangler språk for å beskrive arbeidet (jf. taus kunnskap). Og det kan se ut som at jo bedre arbeidet er gjort, desto mer usynlig blir det for dem som nyter godt av det (Suchman, 1995 i Allen, 2019, s. 31). En studie av hjemmesykepleie i Sverige beskriver at de ansatte forholdt seg både til en vertikal organisasjonsstruktur som var synlig og formell, og sosiale, horisontale nettverk som var uformelle. For å få arbeidet til å gå rundt og kunne gi mottakerne hjemmetjenester av høy kvalitet var både formelle (synlige) og uformelle (usynlige) strukturer avgjørende (Westerberg, 1999 i Allen, 2019, s. 31).

Sykepleie har mange egenskaper som gjør deler av faget lett usynlig. Det er et kroppslig arbeid (kroppslig og fortrolig) der man overskrider sosiale grenser og er underlagt taushetsplikt. Sykepleiepraksis er også veldig mangfoldig, og er i stadig forandring (Allen, 2019; Hellesø, Sverresdatter Larsen, Obstfelder & Olsvold, 2016). Studier av sykepleiepraksis i sykehus viser at sykepleiernes arbeid inneholdt en stor andel organisatorisk arbeid, et arbeid «for å legge til rette for» (selv om de mente at sykepleie *burde* være pasientnært) (Olsvold, 2010; Allen, 2014). Enkelte overslag indikerer at sykepleiernes organisatoriske arbeid utgjør mer enn 70 % av det totale arbeidet, men at det sjelden blir beskrevet som sykepleiernes ansvarsoppgaver (arbeidet er mer beskrevet som en distraksjon fra pasientomsorgen og ikke en praksis i seg selv) (Allen, 2019, s. 29). Vi ser i dag en forskyvning i dagens sykepleie fra det pasientnære til mer organisatoriske oppgaver. Kanskje har sykepleierne derfor utfordringer med å beskrive en profesjonell identitet som beskriver alt en sykepleier gjør, jamfør taus og implisitt kunnskap? Kanskje trenger sykepleiefaget nye begreper som kan bidra til å erkjenne sykepleiepraksisens betydning utover den nære pasientomsorgen (Allen, 2014; Hellesø, Sverresdatter Larsen, Obstfelder & Olsvold, 2016; Allen, 2019, s. 32).

AVSLUTNING

Taus kunnskap er en viktig del av den praktiske kunnskapen og slik helt sentral i profesjonspraksis. I dette essayet er momenter ved den praktiske kunnskaps karakter beskrevet. Ulike sider av taus kunnskap er beskrevet gjennom teoretiske betraktninger med eksempler fra sykepleiepraksis. Den tause kunnskapen kan være vanskelig å artikulere, og spørsmålet er om det også er dette Polanyi sikter til når han sier at «vi kan vite mer enn vi kan si»? Svaret på dette kan være ja. Likevel har jeg i teksten forsøkt å peke på hvordan refleksjon i og over praksis er sentralt for i så stor grad som mulig å gjøre det implisitte og tause til artikulert og eksplisitt. Refleksjon kan bidra til å unngå både «u-kunnskap» og en automatisert praksis. Dette er viktig både i utøvelsen i hver enkelt profesjonspraksis, og kanskje spesielt i samhandling på tvers mellom profesjoner og fagdisipliner som jobber sammen om felles mål, for eksempel rundt en pasient. Kunnskapsoverføring mellom profesjonsutøvere og ulike profesjoner synes komplekst, blant annet grunnet taus og implisitt viten. En mangelfull refleksjon i egen praksis og over praksis i samhandling kan føre til at viktig kunnskap og innsikt forblir implisitt og taus, og slik er refleksjon fremhevet som en sentral metode for å forbedre profesjonspraksis. For å få til dette kreves både *en bevissthet* rundt kunnskapsprosesser og *arenaer* der det gis muligheter for både refleksjon og dialog. Såkalt usynlig arbeid i profesjonspraksis er avslutningsvis pekt på gjennom eksempler fra sykepleieforskning. I dagens virkelighet arbeider profesjonsutøveren under krav til raske endringer, strenge virksomhetskrav og helhetlige tilnærminger i formelle organisatoriske strukturer. En profesjonspraksis av høy kvalitet ser ut til å kreve inkludering av både formelle (synlige) og uformelle (usynlige) strukturer.

KONKLUSJON

I dette essayet har jeg diskutert ulike kunnskapsformer i profesjonspraksis og betydningen av å være til stede i situasjoner på en reflektert og analytisk måte. Dette forutsetter både engasjement, tilstedeværelse og motivasjon, som er noe annet enn tankeløs og subjektløs tilnærming. Der profesjonsutøveren får mulighet til refleksjon og dialog, kan hun være bedre rustet for å møte enhver unike situasjon med den varhet som kreves for en tilpasset handling, der den tause kunnskapen er inkludert og i så stor grad som mulig artikulert eller bevisstgjort. Slik kan profesjonsutøveren på en best mulig måte være i stand til å handle klokt og slik enhver situasjon krever – både der profesjonsutøveren handler i egen praksis og i samhandling med andre. Dette essayet har forsøkt å rette søkelys mot *både* den

tause kunnskapen og det usynlige arbeidet i profesjonspraksis. Refleksjon over og i sykepleiepraksis er fremhevet for både å kunne bidra til å gjøre det tause mer eksplisitt og det usynlige mer synlig.

REFERANSER

- Allen, D. (2018). Care trajectory management: a conceptual framework for formalising emergent organisation in nursing practice. *Journal of nursing management*, 1–6.
- Allen, D. (2019). *Sykepleierens usynlige arbeid. Organisering av sykehus og pasientomsorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Allen, D (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine* 119 131–138.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning* 03/09.
- Aristoteles (1999). *Etikk. Et hovedverk i Aristoteles filosofi, også kalt den nikomakiske etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo: Tano.
- Bohlin, H. (2009). Tyst kunnskap; ett mangtydigt begrepp. I Bornemark, J. & Svenaeus, F. (red.), *Vad är praktisk kunnskap?* Stockholm: Södertörn studies in practical knowledge.
- Bornemark, J. & Svenaeus, F. (red.) (2014). *Vad er praktisk kunnskap?* Huddinge: Södertörn.
- Dreyfus, S. & Dreyfus, H. (1986). Five steps from novice to expert. I *Mind over Machine*. New York: Macmillan.
- Fossestøl, B. (2017). Metode og praktisk kunnskap. I Halås, C, Kymre, I.G. & Steinsvik, K. (red.), *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal.
- Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A. & Tenum, L.I. (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halås, C. (2017). Uro som fenomen i profesjonsforskning. I Halås, C, Kymre, I.G. & Steinsvik, K. (red.), *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal.
- Halås, C, Kymre, I.G. & Steinsvik, K. (red.) (2017). *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal.
- Hellesø, R., Sverresdatter Larsen, L., Obstfelder, A., Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? *Sykepleien* 2016, nr. 8.
- Jackson, S. (1948). *The Lottery* [online]. Hentet fra: https://sites.middlebury.edu/individualandthesociety/files/2010/09/jackson_lottery.pdf. Lastet ned 13.11 2017.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis och tyst kunnskap*. Stockholm: Dialoger.
- Josefson, I. (1988). The nurse as Engineer. I Göransson, B. & Josefson, I. (1988). *Knowledge, Skill and Artificial Intelligence*. London, Berlin & New York: Springer.
- Josefson, I. (2015). Hvorfor akademisk utdanning i praktisk kunnskap? I McGuirk, J. & Methi, J (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125–141.
- Kirkevoold, M. (1989). På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen? *Sykepleien* 1989, 2(77), 4–7.

- Kirkevold, M., Nortvedt, P. & Alvsvåg, H. (red.) (1993). *Kløkskap og kyndighet*. Oslo: Gyldendal.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk. Om å forstå og å fortolke*. Oslo: Gyldendal.
- Kuhn, T. (1977). Second Thoughts on Paradigms. I *The Essential Tension*. Chicago og London: University of Chicago Press.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145–153.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano Forlag.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Matthys, E., Remmen, R. & Von Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice* 18(110).
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). «We tie up the loose ends»: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing research*, 5, 1–11.
- McGuirk, J. (2015). Fenomenologiske overveielser om praktisk kunnskap. I McGuirk, J. & Methi, J.S (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McGuirk, J. (2013). Dreyfus, Merleau- Ponty and the phenomenology of practical intelligence. *Norsk filosofisk tidsskrift* 3–4(48), 289–303.
- McGuirk, J. & Methi, J.S (2015). Introduksjon i *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Montero, B. (2010). Does bodily awareness interfere with highly skilled movement? I *Inquiry*, 53(2), 105–122.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Nordenstam, T. (1984). Ett pragmatisk perspektiv på datautvecklingen. I Göranson, Bo, *Datautvecklingens filosofi: tyst kunskap och ny teknik*. Stockholm; Carlson & Jönsson.
- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nortvedt, H. & Grimen, P. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal.
- Olsen, R. H. (2017). Essay som kritisk utprøvende metode. I Halås, C, Kymre, I.G. & Steinsvik, K. (red.), *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. (Doktorgradsavhandling). Unipub forlag. ISBN 9788280729682.
- Poitras, M. E , Chouinard, M. C., Gallagher, F. & Fortin, M. (2018). Nursing Activities for Patients With Chronic Disease in Primary Care Settings: A Practice Analysis. *Nursing Research*, 67(1), 35–42, January/February 2018
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press. ISBN 0-226-67288-3.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oversettelse fra «The tacit dimension» (1966). Oslo: Spartacus Forlag.
- Scön, D. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.

- Strandås, M. (2019). *Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis. En etnografisk studie om sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie, i en tid av New Public Management*. Ph.d. avhandling, nr. 28 – 2019. ISBN: 978-82-93196-28-0. Bodø: Trykkeriet, Nord universitet.
- Vabo, S. I. (2014). Velferdens organisering – mellom styring, ledelse og læring. I Vabø & Vabo (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 21(2), 199–147.
- Wackerhausen, S. (2015). Erfaringsrom, handlingsbåren kunnskap og refleksjon. I McGuirk, J. & Methi, J.S. (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wackerhausen, S. (2017). Genstandsfelt, definisjon og ontologi – med fokus på praktisk kundskab. I Halås, C, Kymre, I.G. & Steinsvik, K. (red.), *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal.
- Zahavi, D. (2010). *Fænomenologi*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Åsvoll, H. (2009). *Teoretiske perspektiver på taus kunnskap. Muligheter for en taus pedagogikk*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.



3. Kunnskap og vilje, men uten myndighet?

Sykepleieres erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre

Siri Andreassen Devik, Johanne Alteren og Rose Mari Olsen

Sammendrag Fokusgruppeintervjuene i denne studien viste at hjemmesykepleiere erfarer å ha kunnskap og vilje, men liten myndighet i tverrfaglig legemiddelgjennomgang for hjemmeboende eldre. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse og resulterte i to hovedkategorier med tilhørende underkategorier: *Aktørenes ansvar og oppgaver* (sykepleieren, legen, farmasøyten) og *Organisasjonens betydning for samhandlingen* (ledelse, kommunikasjon og logistikk, rutiner og retningslinjer, tid og bemanning).

Nøkkelord legemiddelsikkerhet | hjemmesykepleie | tverrfaglig samhandling

Abstract The focus group interviews in this study showed that homecare nurses experience having knowledge and will, but little authority in interdisciplinary drug-reviews for elderly people living at home. The content analysis resulted in two main categories with seven subcategories: The actors' responsibilities and tasks (nurse; doctor; pharmacist) and the Organization's significance for the interaction (management; communication and logistics; routines and guidelines; time and staffing).

Keywords drug safety | home nursing care | multiprofessional collaboration

INTRODUKSJON

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har et stort ansvar for å sikre god og forsvarlig legemiddelbruk for brukere og pasienter. Mottakerne av tjenesten er først og fremst eldre, og mange bor i eget hjem (Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby & Karlsen, 2018). Både det som følger med aldring og selve konteksten tjenesten skal leveres i, utgjør betingelser som stiller betydelige krav til helsepersonell som har ansvar for forskrivning og håndtering av legemiddelbehandlingen (Alteren, Hermstad, White & Jordan, 2018; Topinková, Baeyens, Michel & Lang, 2012; Wan-nebo & Sagmo, 2013). Fordi legemiddelbruk i denne konteksten er identifisert som et høyrisikoområde, er det utarbeidet en rekke forbedringstiltak som skal forebygge skade og uheldige hendelser. De viktigste tiltakene for å ivareta hjemmeboende brukere er tverrfaglig legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister (Olsen & Devik, 2016).

Sykepleiere er den yrkesgruppen som har den tetteste kontakten med brukeren i det daglige, og som ofte formidler kunnskap som angår behandlingen mellom brukeren og legen som har forskrevet den. I denne studien har vi undersøkt hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien erfarer samhandlingen om legemiddelgjennomganger hos eldre som bor hjemme.

Samhandling mellom profesjonene ses som en betingelse i håndteringen av helsetjenestens utfordringer (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). God samhandling utnytter både kompetanse og kapasitet, og tilrettelegger for mer tilgjengelige, koordinerte og trygge tjenester (WHO, 2010). Både organisering, kulturelle og sosiale faktorer påvirker kvaliteten og effektiviteten i klinisk samhandling (Mahdizadeh, Heydari & Moonaghi, 2015). Litteraturen beskriver både tilretteleggere og barrierer for tverrfaglig samhandling (McInnes, Peters, Bonney & Halcomb, 2015), men det er fremdeles liten enighet om hvordan samhandlingen kan bli bedre (Lehn-Christiansen, 2016). Helsepersonell som samhandler om tryggere legemiddelbruk, i dette tilfellet sykepleier, lege og farmasøyt, representerer profesjoner som i samhandlingen vil utfordres både når det gjelder autonomi og fleksibilitet (Tellefsen, 2004). Samhandlingen om forbedringsarbeidet foregår dessuten i en kompleks organisasjon (Stacey & Griffin, 2005; Stacey, 2011), noe som også får betydning for prosessen og utfallet.

BAKGRUNN

Eldre og legemidler

Legemidler kan bidra til bedre helse og økt livskvalitet for mange eldre. Imidlertid representerer legemiddelbruk også et område preget av stor risiko for denne aldersgruppen. På grunn av normale aldersforandringer, multisykelighet og bruk av mange medikamenter samtidig er eldre særlig utsatt for legemiddelrelaterte problemer (Mallet, Spinewine & Huang, 2007), noe som igjen øker risikoen for sykehusinnleggelse (Oscanoa, Lizaraso & Carvajal, 2017), reinnleggelse (Hauviller et al., 2016) og dødelighet (Pasina et al., 2013).

Både nasjonale (Devik et al., 2018; Olsen & Sletvold, 2018) og internasjonale studier (Meyer-Massetti, Meier & Guglielmo, 2018) viser at legemiddelrelaterte problemer er betydelige hos både sykehjemsbeboere (Storms, Marquet, Aertgeerts & Claes, 2017) og hjemmeboende eldre (Devik et al., 2018). Problemene kan være knyttet til selve legemidlet (Rognstad et al., 2009), kombinasjonen av legemidler (Olsen & Sletvold, 2018), til kompleksiteten i behandlingen (Wastesson, Morin, Tan & Johnell, 2018), til pasientens bruk (Mohammed, Moles & Chen, 2016) og til overgangen mellom sykehus og hjemmet (Bakken, Larsen, Lindberg, Rygh & Hjortdahl, 2007) eller mellom ulike aktører i det enkelte omsorgsnivå, for eksempel mellom fastlege og hjemmesykepleie (Heier, Olsen, Toverud, Rognstad & Strand, 2007).

Tverrfaglig samhandling om riktig legemiddelbruk

Tverrfaglig samhandling om legemiddelgjennomgang er et tiltak som adresserer både kompleksitet og unikhet i den enkelte pasients helsetilstand og legemiddelprofil. Legemiddelgjennomganger i tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt kan avdekke og redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk (Holland et al., 2008; Huiskes, Burger, van den Ende & van den Bemt, 2017) og bidra til betydelige endringer av pasientenes legemiddelbehandling (Kaur, Mitchell, Vitetta & Roberts, 2009; Jakanovic et al., 2017). Fagpersonene opplever også at samhandlingen gir læring og økt bevissthet på legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen, Stensland & Granås, 2011; Bell, Granås, Enmarker, Omli & Steinsbekk, 2017; Eines, Måløy & Ødegård, 2018). Studier viser imidlertid at det tverrfaglige samarbeidet ikke alltid er like enkelt. For eksempel har både leger og farmasøyter rapportert om utfordringer med å avsette tid til felles møtepunkt (Kolhatkar, et al., 2016; Bell et al., 2017). Manglende samhandlingstradisjon og lite kunnskap om den andres kompetanse kan også være barrierer (Löffler et al., 2017), i tillegg til faktorer som organisering og ressurser (Olsen & Devik, 2016). Forskningen har

hatt særlig farmasøytens rolle og bidrag i fokus, mens legens og sykepleierens erfaringer har fått mindre oppmerksomhet.

Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er en strukturert evaluering av pasientens legemiddelbehandling som har til hensikt å optimalisere legemiddelbruk og helsegevinst. Prose-dyren kan variere med hensyn til hvilke informasjonskilder vurderingen baseres på, pasientens involvering og målet med gjennomgangen (Bulajeva et al., 2014). Tiltaket har vært et av de mest sentrale for å forbedre praksis i en rekke kommuner i regi av pasientsikkerhetsprogrammet (2011–2018). Pasientsikkerhetsprogrammets prosedyre for legemiddelgjennomgang er inspirert av en modell utviklet i Nord-Irland (Scullin, Scott, Hogg & McElnay, 2007) og følger i hovedsak fire steg: 1) Sykepleier intervjuer pasienten og fyller ut en sjekklister angående pasientens anamnese, bestiller blodprøver og lager en oversikt over pasientens legemiddelbruk. 2) Sykepleieren sender innsamlet informasjon til farmasøyt, som identifiserer potensielle legemiddelrelaterte problemer. 3) Farmasøyten sender informasjon og vurderinger til lege, og det tverrfaglige teamet kommer sammen for å diskutere og finne en optimal legemiddelbehandling for pasienten. Legen tar den endelige avgjørelsen. 4) Sykepleier dokumenterer og oppdaterer pasientens legemiddelliste, og observerer og rapporterer til lege om effekter av endringene. Pasientens alder, sykdomstilstand og behov for legemiddelbehandling er utslagsgivende for når og hvor ofte det skal gjennomføres en legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2012).

Norske helsemyndigheter har i en årrekke arbeidet med utvikling av faglige retningslinjer og forskriftsfestelse av legemiddelgjennomgang som et tiltak for å øke legemiddelsikkerheten (Helsedirektoratet, 2012). Fastlegens plikt til å gjennomføre legemiddelgjennomgang, vedtatt i 2013, tilsier at pasienter som bruker fire legemidler eller mer, skal kunne få en legemiddelgjennomgang om fastlegen anser det nødvendig ut fra en medisinsk vurdering (forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 25, Lovdata, 2013). Legemiddelgjennomgang for pasienter i sykehjem ble forskriftsfestet i 2017 (forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 5a, Lovdata, 2017). I forskriften framgår det at virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst én gang i året. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell. Juridisk sett ligger det i dette ingen forpliktelse for legen når det gjelder tverrfaglig samhandling om tiltaket. De faglige retningslin-

jene anbefaler imidlertid at legemiddelgjennomgang skjer i tverrfaglig samarbeid, og det er utviklet verktøy og sjekklister til bruk for samhandlende helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012). En rekke kommuner har deltatt i læringsnettverk for riktig legemiddelbruk der de har fått opplæring i konkrete prosedyrer for både samstemming av legemiddellister og tverrfaglig legemiddelgjennomgang (Pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Hensikt

Hensikten med studien var å famskaffe økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med tverrfaglig samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre.

DESIGN OG METODE

Studien har anvendt kvalitativ metode og har et beskrivende og tolkende design. Den kvalitative metoden er egnet for å få tilgang til menneskers subjektive erfaringer og meninger, til nyanser, detaljer og refleksjoner (Patton, 2014). Sykepleiernes erfaringer ble samlet ved hjelp av fokusgruppeintervju og analysert med kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Studiens kontekst

Studien ble gjennomført i en kommune i Midt-Norge som hadde deltatt i læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet i perioden 2013–2014. Deltakerne i læringsnettverket var utpekt av ledelsen og bestod av et team av sykepleiere fra både sykehjem og hjemmetjenester. Sammen med deltakere fra andre kommuner deltok teamet på tre samlinger i perioden, der de fikk opplæring i prosedyrer for legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister i form av tiltakspakker. I tillegg lærte de om legemidler til eldre, brukermedvirkning, dokumentasjon, forbedringsarbeid og tverrfaglig samhandling. Mellom samlingene arbeidet deltakerne med tiltakene for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen i egen kommune. Både implementering av god praksis og kunnskapsspredning var ønsket og forventet. Selv om læringsnettverket hadde invitert til bred og tverrfaglig deltakelse, deltok ingen leger fra den aktuelle kommunen, heller ingen ledere. Én farmasøyt fra et sykehusapotek samarbeidet med sykepleierne i teamet. (For mer informasjon om læringsnettverket, se Devik, 2014.)

Deltakere og datainnsamling

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2009) med to grupper gjentatte ganger for å øke mulighetene for at deltakerne skulle opparbeide erfaring med legemiddelgjennomgang. Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være sykepleiere og representere alle hjemmesykepleiedistriktene i kommunen. Det var også ønskelig å få med de sykepleierne som hadde deltatt på læringsnettverk. Rekruttering foregikk via enhetsleder for hjemmetjenesten, og ni deltakere fra tre ulike distrikt samtykket til deltakelse. Den ene gruppen ble intervjuet tre ganger, den andre to. Totalt ble det gjennomført fem intervju i perioden april til november 2015. Deltakerne var sykepleiere, kvinner, i alderen 35 til 52 år, som jobbet i ulike deler av kommunens hjemmesykepleie. Kun to av disse, én i hver av gruppene, hadde selv deltatt på læringsnettverk som en del av kommunens team. Deltakernes stillingsstørrelser varierte fra 50 til 100 %. Mottakere av tjenesten inkluderte både pasienter som bodde hjemme og i bo- og velferdssenter/omsorgsbolig.

Intervjuene foregikk som samtaler basert på følgende tema: egne forventninger til legemiddelgjennomgang; hva som skjer før – under – etter en legemiddelgjennomgang; dagens samhandlingspraksis ved legemiddelgjennomgang; legemiddelgjennomgangens betydning for pasienten; legemiddelgjennomgangens betydning for egen fagutvikling; og hvordan arbeide bedre med legemiddelgjennomganger. Intervjuenes varighet var 40–54 minutter, og ble gjennomført av to forskere. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert til tekst.

Analyse

Som et overordnet perspektiv for analysen valgte vi kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) og Graneheim, Lindgren og Lundman (2017). Analysen innebar å bevege seg gjennom flere trinn for å komme fram til essensen i sykepleiernes erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre. For å få et helhetsbilde av hva fokusgruppeintervjuene handlet om, ble teksten først lest flere ganger, samtidig som innholdet ble sett opp mot hensikten med studien. Tekst relatert til studiens hensikt ble så identifisert som meningsbærende enheter, og disse ble kondensert, kodet og sortert i kategorier – det manifeste innhold. Analysen var ikke en lineær prosess, men en fram-og-tilbake-bevegelse mellom helheten og delene av teksten. Forfatterne gjorde innledningsvis dette arbeidet hver for seg, hvorpå de kom sammen for å sammenligne og drøfte meningsbærende enheter, kondensering, underkategorier og kategorier. Det var noen forskjeller i valg av ord og begreper for å beskrive deltakernes erfaringer, mens det var enighet om innholdet. Analysen førte fram til syv underkategorier

som igjen kunne samles under de to hovedkategoriene: «Aktørenes ansvar og oppgaver i samhandling om legemiddelgjennomgang» og «Organisasjonens betydning for samhandling om legemiddelgjennomgang». En gjennomgående tematikk, det latente innhold, ble sett i hovedkategoriene, og det overordnede temaet «Kunnskap og vilje, men uten myndighet» ble formulert.

Etikk

Deltakerne ble informert om studiens formål og gjennomføring, og gav skriftlig samtykke til deltakelsen. Deltakelsen var frivillig, og de var informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Lydopptakene ble slettet etter transkribering. Denne studien har anvendt anonymiserte data innsamlet i prosjektet «Etablering av kommunale tverrfaglige læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag» (2014–2016), med godkjent behandling av personopplysninger fra Norsk senter for forskningsdata, NSD (Nr. 40240).

Resultat

Analysen resulterte i ett overordnet tema, to hovedkategorier og syv underkategorier (tabell 3.1).

Tabell 3.1. Oversikt over tema, hovedkategorier og underkategorier

<i>Tema</i>	Kunnskap og vilje, men uten myndighet	
<i>Kategorier</i>	Aktørenes ansvar og oppgaver i samhandling om legemiddelgjennomgang	Organisasjonens betydning for samhandling om legemiddelgjennomgang
<i>Underkategorier</i>	Sykepleierens ansvar og oppgaver	Ledelse av forbedringsarbeidet
	Legens ansvar og oppgaver	Kommunikasjon og logistikk
	Farmasøytens ansvar og oppgaver	Rutiner og retningslinjer for legemiddelgjennomgang
		Tid og bemanning

KUNNSKAP OG VILJE, MEN UTEN MYNDIGHET

Det overordnede temaet, *kunnskap og vilje, men uten myndighet*, reflekterer sykepleiernes følelse av maktesløshet i samhandlingen om forbedring av legemiddelsikkerheten. Sykepleiernes kunnskap og gode intensjoner om forbedring møtte

motstand i den tverrfaglige samhandlingen. Deres rolle i forbedringsarbeidet ble i realiteten ensom og uten myndighet. Det faglige og moralske ansvaret kunne oppleves som underkjent i samhandling med legen. Ofte ble ansvaret redusert til en koordinering som heller ikke nødvendigvis var ønsket av sykepleierne. Samhandlingen med farmasøyten erfarte de som mer likeverdig; den gav opplevelsen av at den enes kunnskap komplementerte den andres.

De to hovedkategoriene reflekterer sykepleiernes erfaringer knyttet til de ulike aktørenes oppgaver og ansvar og hvordan de erfarer organisasjonens betydning for samhandlingen om legemiddelgjennomgang.

AKTØRENES ANSVAR OG OPPGAVER I SAMHANDLING OM LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Denne hovedkategorien beskriver sykepleiernes erfaringer av eget og de ulike aktørenes ansvar og oppgaver i samhandlingen.

Sykepleierens ansvar og oppgaver

Oppdraget med å gjennomføre legemiddelgjennomganger ble oppfattet som en del av implementeringsarbeidet etter kommunens deltakelse i læringsnettverket. Gjennomføringen representerte både et arbeid pålagt fra arbeidsgiver, men også et arbeid som sykepleierne mente var nødvendig for å gjøre legemiddelbehandlingen tryggere, samt utviklende for dem selv som fagpersoner.

Sykepleierne erfarte at deres viktigste rolle var knyttet til den tette kontakten de hadde med brukeren, og kjennskapen de hadde til brukerens daglige fungering og situasjon. Gjennom utdeling av medisiner opplevde de å ha et stort ansvar for å følge opp det de delte ut. De så seg ofte som «pasientens nærmeste». Særlig gjaldt dette pasienter som hadde få eller lite kontakt med pårørende. Det kunne også gjelde pasienter med kognitiv svikt eller fysisk skrøpelige pasienter som hadde utfordringer med å gjennomføre ordinære timeavtaler på et legekontor. I slike tilfeller opplevde sykepleierne å ha et stort formidlingsansvar, både når det gjaldt observasjoner som var betydningsfulle for legens vurdering av pasienten, og informasjon fra lege til pasient. De opplevde at legene mer eller mindre la vekt på observasjonene deres. Ansvaret for å identifisere behov for gjennomgang av legemidlene var noe de så som naturlig. En av sykepleierne sa:

Vi kjenner brukerne, så vi forteller legen om deres hverdag, helse og tilstand, og argumenterer for hvorfor vi ønsker en legemiddelgjennomgang. Ofte er vi pasi-

entens nærmeste. Mange av pasientene bruker mange legemidler, og de er viktig for livet deres. Så vi har et stort ansvar, da det er vi som deler ut legemidlene.

I tillegg til å ta ansvar for medisintildelingen og formidlingen av observasjoner kjente mange på et ansvar for å følge opp legens forordning:

For noen legemidler kreves det at legen følger opp, for eksempel medikament-speil. Der synes jeg at noen leger er litt slappe. De setter ikke opp pasienten til kontroll. Vi kjenner på denne manglende oppfølgingen. Vi kan ikke være sløve, og ikke gi beskjed videre til legen. Vi har et ansvar, vi også.

Sykepleierne tok også ansvar for å oppklare feil eller uklarheter på legemiddellisten om pasienten hadde vært innlagt på sykehus eller fått oppfølging hos en spesialist.

Funnene viser at sykepleierne opplevde at legemiddelgjennomgang innebar ansvar for mange deloperasjoner. De tok ansvar for det meste av den praktiske gjennomføringen. De valgte pasienter som de mente hadde behov for en gjennomgang, ofte basert på polyfarmasi, gjennomførte kartlegging sammen med og med samtykke fra pasienten, bestilte blodprøver, målte blodtrykk, tok urinprøver og avtalte time med pasientens fastlege. Timen måtte passe med farmasøytens avtalte dager i kommunen. Informasjonen sykepleierne kartla, ble sendt til farmasøyt sammen med legemiddellisten. Under selve gjennomgangen med lege og farmasøyt deltok de i diskusjonen med observasjoner og vurderinger av brukerne. De opplevde det som svært viktig å være godt forberedt. Etter gjennomgangen tok de ansvar for etterarbeidet, som dokumentasjon, endringer i dosett og informasjon til pasienten. Når det gjaldt observasjoner av mulige effekter av gjennomgangen, ga sykepleierne uttrykk for at eget ansvar kunne forvaltes bedre, spesielt når det gjaldt dokumentasjon og formidling til lege.

Vi er nok ikke så gode til å dokumentere ... vi kan nok snakke om endringer når vi ser dem. Noen ganger sender vi meldinger til legen, eller legen kan av og til etterspørre effekt.

Sykepleierne vurderte det slik at rollen og ansvaret kunne være uforholdsmessig stort. Denne opplevelsen gjorde seg særlig gjeldende om legen var motvillig.

Egentlig synes jeg legemiddelgjennomgang skulle være en legeoppgave. Det skulle vært legens ansvar å se behovet for en gjennomgang. Ansvaret hviler på sykepleierne for å få i gang og å koordinere dette arbeidet. Det burde være omvendt, at det var legene som spurte oss.

Arbeidet med gjennomgangene førte i mange tilfeller til en utvidelse av egen rolle, som også gav en opplevelse av meningsfullhet. De observerte at resultatet for noen av pasientene var mindre svimmelhet, falltendens, bedre matlyst og i noen tilfeller redusert behov for tjenester.

Legens ansvar og oppgaver

Sykepleierne var tydelige på at legen har det medisinske ansvaret, både faglig og juridisk, og bestemmer den endelige behandlingen. Legens hovedansvar ble oppfattet som udiskutabelt. Samtidig mente sykepleierne at legene trenger sykepleierens kunnskap for å ta gode beslutninger om behandlingen. Sykepleierne vurderte det slik at legens kjennskap til pasienten kunne være minimal, noen ganger kun basert på journalopplysninger. En sykepleier fortalte:

Det er sjelden legene tar hjemmebesøk og gjør observasjoner av pasienten. Jeg synes det er rart at de ikke trenger det? Pasienten kan ofte ha en sammensatt problematikk. Kanskje burde legen ha vurdert pasienten i forkant av legemiddelgjennomgangen?

Sykepleierne hadde inntrykk av at prosedyren for legemiddelgjennomgang virket ukjent for legene. Erfaringen var at legene forholdt seg ulikt til denne oppgaven. Noen var svært positive og imøtekommende og egentlig glad for at legemiddelgjennomgang ble gjennomført, som en av sykepleierne sa. I slike tilfeller kunne legene også ta initiativ til å foreslå pasienter som de ønsket en gjennomgang for. Sykepleierne erfarte at andre leger var mer lunkne eller også avvisende. I slike tilfeller oppfattet sykepleierne at det ikke bare handlet om uvilje mot å avsette tid. Noen leger gav klart uttrykk for at sykepleierens initiativ til legemiddelgjennomgang var en innblanding i legens oppgave. En av sykepleierne uttrykte:

Jeg orker nesten ikke å sette i gang arbeidet med legemiddelgjennomgangen. Ikke når jeg får beskjed fra legen om at gjennomgangen er noe jeg ikke har noe med ... Det er så arrogant. Da mister jeg motivasjonen.

Gjennomføringen av legemiddelgjennomgang var helt avhengig av samarbeidet med legen. Ved et av distriktene hadde de gjennomført svært få gjennomganger. Andre erfaringer var at legene deltok aktivt på det tverrfaglige møtet, men virket mindre opptatt av prøver og forundersøkelser eller det å følge opp i etterkant og etterspørre effekter. De stilte seg uforstående til at noen leger ikke innså fordelene med legemiddelgjennomgang, da legemiddelgjennomgang kunne bidra til å opp-

dage feil og gjøre det mulig å endre behandling i tide. En av sykepleierne uttrykte frustrasjon over en situasjon hvor pasienten stod på et legemiddel som hun mente skulle vært trappet ned og seponert:

Det står i journalen at Sobril, 40 mg i døgnet, skal trappes ned etter avtale med lege. Nå er det gått et halvt år og vi har ikke hørt fra legen. Men pasienten har vært hos legen og bare fått flere legemidler. Da står du der ganske maktesløs. Hvor lenge skal vi purre på før vi får respons fra fastlegen?

Farmasøytens ansvar og oppgaver

Sykepleierne vurderte farmasøyten som eksperten når det gjaldt legemidler. Farmasøyten var en faglig støtte, både for legene og sykepleierne. Gjennom legemiddelgjennomgang sammen med farmasøyten erkjente sykepleierne at de i liten grad hadde benyttet farmasøytens kunnskap. En av dem sa:

Selve legemidlet er farmasøytens jobb. De stiller andre spørsmål enn vi, ... og kanskje har de mer kunnskap om legemidler enn legene?

Sykepleierne erfarte imidlertid at farmasøytens kunnskap kunne bli begrenset av at de ikke kjente eller hadde sett pasientene.

Farmasøyten kan reagere på en sovetablett, for eksempel ... men vi kjenner jo pasienten på 96 år ... og sovetabletten er kanskje hele verden for henne. Hvis den seponeres, kan det skape mye uro.

For at farmasøyten skulle få gjort sin del av gjennomgangen, og for å utnytte tiden kommunen betalte for, tilrettela sykepleierne for farmasøyten i forkant. I noen tilfeller opplevde sykepleierne at det var farmasøyten som var hovedansvarlig for gjennomgangen:

Vi samlet inn opplysningene, og så sammenstilte farmasøyten dem. Farmasøyten hadde da også gått gjennom interaksjoner, og hadde klar en innstilling før møtet med legen.

Etter gjennomgangen av legemidlene leverte farmasøyten en rapport som sykepleierne fant fylldig, svært lærerik og nyttig for videre oppfølging av pasienten.

ORGANISASJONENS BETYDNING FOR SAMHANDLING OM LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Denne hovedkategorien beskriver sykepleiernes erfaringer med hvordan organiseringen av tjenesten innvirker på samhandlingen om legemiddelgjennomganger.

Ledelse av forbedringsarbeidet

Ledelse av arbeidet med legemiddelgjennomganger framstod som fraværende og uklar for sykepleierne. De oppfattet at legemiddelgjennomganger var igangsatt på grunn av læringsnettverket, og at sykepleierne som hadde deltatt, skulle sørge for implementering på de ulike distriktene. De erfarte at mye av ansvaret hvilte på sykepleierne. En av dem sa:

Det har ikke vært mye snakk om hvordan vi skal få legemiddelgjennomgang inn som en del av praksis. Det er jo egentlig et lederansvar å organisere arbeidet. Jeg synes vi bør diskutere det og ta det opp med leder ... og saken bør også opp på et sykepleiemøte.

Sykepleierne erfarte at ressursbruken knyttet til legemiddelgjennomgang, som tid og personale, kunne være enorm, noe som kunne gå på bekostning av andre oppgaver. De mente at ledelsen ikke var klar over den økte ressursbruken. De var enige om at ressursbruken burde synliggjøres, slik at ledelsen kunne gjøre prioriteringer. Hvorvidt og hvordan legemiddelgjennomgang var tenkt som en del av daglig praksis, var de også usikre på:

Det er ikke klart uttalt at legemiddelgjennomgang skal fortsette. Men hvis det er et ønske eller vi observerer et behov, så skal en gjennomgang gjøres. Det oppfatter jeg er lederen sin holdning, men så er det jo nedskjæring og sparing, og vi har ikke hørt noe om farmasøyten fortsatt skal være ved avdelingen en gang per måned.

Sykepleierne uttrykte også at effekten av legemiddelgjennomgang ville bli mer synlig etter hvert og overbevise ledelsen om at de måtte tilrettelegge for gjennomføringen. De hadde også tanker om hvordan kunnskapen burde spres blant ansatte på enheten, men erkjente at det foreløpig bare hadde vært sporadiske forsøk. Kompetansen angående legemiddelgjennomgang var personavhengig og gjorde situasjonen sårbar ved sykefravær. De opplevde vanskeligheter med å samles, og de faste møtepunktene, rapportene, var allerede lange. De mente at muligheten til denne type fagutvikling er langt enklere ved sykehjem.

Kommunikasjon og logistikk

For å oppnå kontakt med de andre aktørene brukte sykepleierne både brev, telefon, e-post og pleie- og omsorgsmeldinger, PLO-meldinger, via den elektroniske pasientjournalen. De fortalte at de innledningsvis hadde skrevet informasjonsbrev til legene, og om utallige telefoner til legekontor uten å få svar eller tilbakemeldinger. Til tross for mange kanaler opplevde de kommunikasjonen som enveis, særlig når det gjaldt legene. Erfaringene med PLO-meldinger var imidlertid lovende. Sykepleierne opplevde at PLO-meldinger var en forbedring i samarbeidet med legene, og at de enklere kunne melde behov for legemiddelgjennomgang, forvente raskere svar og få mer høflige svar. I en optimal verden burde sykepleierne kunne sende en PLO-melding til fastlegen med spørsmål om legemiddelbruk og eventuelt behov for legemiddelgjennomgang. Da ville de slippe gjentatte telefoner, og legene kunne bestemme det tidspunkt som passet dem best.

Når det gjaldt dokumentasjon i pasientjournalen, erfarte sykepleierne at systemet var ryddig og oversiktlig. De oppgav at journalsystemet var utviklet mye siden de først tok det i bruk, og at kommunen også hadde satset mye på opplæring. De opplevde imidlertid at dokumentasjonen av effekten av legemiddelgjennomgangen var mangelfull. Mange sykepleiere var involvert i prosessen, men de manglet felles praksis.

Noe av det sykepleierne brukte mest tid på, og som de fant svært krevende, var å tilrettelegge møtetidspunkt for de involverte. Her var det mange ulike leger og legekontor å forholde seg til, og tidspunktene måtte passe med de dagene farmasøyten var til stede i kommunen. En sykepleier sa:

Kommunen bør ha en egen stilling for en farmasøyt. Det hadde forenklet mye av arbeidet og koordineringen. Det er ikke alltid enkelt å få en legetime den datoen farmasøyten er til stede. Vi prøver å samle flere pasienter på denne dagen. For at legemiddelgjennomgangen skal fungere, må det ikke bli så mange forsinkelser hos legen. For legen har ansvar for andre pasienter også. Det er en god del forberedelser. Det tar tid ... det er en kabal som skal gå opp.

Sykepleierne beskrev at både lege og farmasøyt på mange måter kom til «dekket bord». I tillegg til at det var tidkrevende å tilrettelegge møtetidspunktet, kjentes ordningen lite hensiktsmessig:

Det er veldig tungvint at vi sykepleiere skal samkjøre lege og farmasøyt. Det hadde vært bedre om de hadde snakket sammen og bestemt en dato, fordi vi kan møte opp, noen av oss er alltid på jobb.

Rutiner og retningslinjer for legemiddelgjennomgang

Sykepleierne representerte tre ulike hjemmesykepleiedistrikt, og de beskrev også prosedyren for legemiddelgjennomgang noe ulikt. De mente det ville kvalitetssikre helsehjelpen om kommunen hadde felles praksis. En felles praksis kunne lette samarbeidet med legene og implementeringen for øvrig. Sykepleierne hadde inntrykk av at legene hadde ulik forståelse av prosedyren, noe de selv også hadde. For eksempel hadde sykepleierne forskjellige oppfatninger av hva kriteriene for legemiddelgjennomgang burde være. Noen mente det skulle baseres på antall legemidler på pasientens legemiddelliste eller at pasienten var ny for hjemmesykepleien. Andre hadde forstått at pasienter som ønsker det, hadde en rett til legemiddelgjennomgang årlig hos sin fastlege. De spurte seg om ikke legemiddelgjennomgang burde inngå som en del av det å motta tjenester fra kommunen. Det siste hang sammen med behovet for å få pasientens samtykke for å kunne dele helseopplysninger med farmasøyten. Innhenting av pasientens samtykke til deling av opplysninger mellom samhandlende helsepersonell skulle bli en rutine for alle mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunen:

Det skal ikke være nødvendig å måtte innhente en underskrift for at vi skal få gjort en gjennomgang av legemidlene.

Dokumentasjonen av legemiddelgjennomgang var heller ikke enhetlig. De etterlyste mer systematikk slik at de enkelt kunne se om det hadde vært gjort en gjennomgang, og hva som eventuelt skulle observeres og følges opp hos pasienten.

Tid og bemanning

Sykepleierne erfarte legemiddelgjennomgangene som svært tidkrevende. Mye måtte være på plass og ordnet i forkant av det tverrfaglige møtet. Deloppgavene tok mye tid i seg selv, og tiden som gikk med til forespørsler, venting på svar, kontrabeskjeder og koordinering, kunne ta flere dager. Kartleggingen hjemme hos pasienten tok også tid, inkludert kjøring, om pasienten bodde i distriktet. De daglige oppgavene i hjemmesykepleien, forventede og uventede, skulle også ivaretas. Sykepleierne uttrykte et sterkt ønske om mer avsatt tid til å sikre legemiddelhåndteringen generelt og legemiddelgjennomgang spesielt. Én sa:

Vi ønsker mer avsatt tid, men slik det ser ut i nærmeste framtid, så blir det ingen flere stillinger eller økning i stillingsandeler. Det blir stadig flere oppgaver, ansvar og krav, noe som blir en stressfaktor. Oppgaver blir gjort bare halvveis.

I slike diskusjoner var de også innom tid brukt på selve legemiddelhåndteringen med opplegg og utdeling av legemidler i dosett. Denne oppgaven krevde mye tid, og noen mente at innføring av multidose ville medføre en stor tidsbesparelse. Selv om multidose kunne frigjøre tid, problematiserte også mange denne ordningen. De var bekymret for å miste oversikt og refleksjonsmulighet til kritisk vurdering av legemidlene mens de la opp dosetter, og fryktet at de ville miste oppmerksomhet og kompetanse om multidose ble innført.

DISKUSJON

Resultatene i denne studien viser at sykepleiernes erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang var preget av forventninger som ikke ble innfridd. Dette gjaldt både forståelse av eget og andre aktørers ansvar og oppgaver, og hvordan betingelser i organisasjonen påvirket muligheter til å gjøre forbedringer. Sykepleierne opplevde på mange måter å ha fått et oppdrag uten egentlig myndighet.

Utgangspunktet for sykepleierne var ny kunnskap om best mulig praksis for å trygge pasientenes legemiddelbruk. Som ansvarlig for legemiddelutdeling og observasjoner i det daglige var det sykepleiefaglige ansvaret naturlig å ta. Det moralske ansvaret var heller ikke vanskelig å se. Sykepleierne oppfattet seg ofte som pasientens «advokat». De kjente på et stort ansvar fordi de hadde erfart at feil og uoverensstemmelser i forordninger ikke er uvanlig, som forskningen også viser (Bakken et al., 2007; Devik et al., 2018). Å ta sin del av ansvaret for legemiddelgjennomgang ble oppfattet som meningsfullt.

Det som skapte størst utfordring og frustrasjon, var når de erfarte at legene ikke så ansvaret de hadde for legemiddelgjennomgang. Beskrivelsen av sykepleiernes framgangsmåte og tilnærming til legene kan gi inntrykk av at legene var uforberedt på samarbeidet. Det var uklart hvor mye informasjon de hadde mottatt av kommunelegen. Legemiddelgjennomgang er riktignok forskriftsfestet, men gjennomføringen bestemmer legen hvis de anser det nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Sykepleierne deltok i læringsnettverket, noe legene ikke gjorde, og hadde kunnskap om hva kommunen etterspurte når det gjaldt legemiddelgjennomgang i henhold til pasientsikkerhetsprogrammet. Legenes og sykepleiernes ulike ståsted og kunnskap om kommunens forventninger kan skape ulik motivasjon og utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Davis, Vinci, Okwuosa, Chase og Huang (2007) beskriver hva helsepersonells engasjement og motivasjon angående forbedringsarbeid i praksis kan påvirkes av. Aktørene kan oppfatte at de allerede yter gode tjenester, at tiltaket vil være ineffektivt og bortkastet tid, at tiltaket kan utløse uenighet om ansvar og myndighet, og at nye retningslinjer forstås som hin-

drende for egne faglige vurderinger og lokal praksis. I tillegg er mangel på tid og ressurser et hinder (Davis et al., 2007), noe sykepleierne i denne studien uttrykte var en utfordring for gjennomføring av legemiddelgjennomgang. Et viktig utgangspunkt for alt forbedringsarbeid er enigheten om målet med forbedringen og forståelsen av at man selv er avhengig eller vil dra nytte av andre aktørers kunnskap og innsats. Økt bevissthet stimulerer til frivillig samarbeid, selv om frivillighet i seg selv kan være en svak koordineringsmekanisme (Jacobsen, 2004).

Som funnene viser, opplever sykepleierne at de er pålagt ansvaret for forbedringsarbeidet, herunder også ansvaret for å initiere samarbeidet med legene. Når de initierte samarbeidet, erfarte sykepleierne at noen leger signaliserte at sykepleierne gikk ut over sin kompetanse. Tradisjonelt har legene innehatt den sentrale profesjonen i helsevesenet (Erichsen, 1996), og sykepleierne en mer underordnet posisjon. Abbott (1988) beskriver profesjonssystemet og forutsetninger for at det kan fungere, slik at pasienter og pårørende får god og riktig helsehjelp. Forutsetningene er at det er en gjensidig avhengighet mellom aktørene. I noen sammenhenger har profesjoner full kontroll og styring over eget arbeidsområde. For sykepleieprofesjonen er et eksempel stell og pleie av pasienter. Andre ganger er profesjonen underlagt andre profesjoner som tar avgjørelser om og hvordan en oppgave skal løses. For eksempel når det gjelder legemiddelbehandling. Legen forskriver og seponerer legemidlet, mens sykepleieren følger opp behandlingen gjennom utdeling, observasjoner av virkning og bivirkning, og observasjoner de formidler til legen. Dette er et eksempel på beslutningsstøtte legen ofte er avhengig av når behandlingen skal bestemmes (Schuling, Gebben, Veehof & Haaijer-Ruskamp, 2012). Andre former for beslutningsstøtte kan være pasientens egen historie, faglige retningslinjer og kollegaer eller andre profesjoners kunnskap. I en norsk studie fant Eines, Måløy og Ødegård (2018) at fastleger oppfattet både sykepleierne og farmasøytene kunnskap som grunnleggende viktig for å kunne gi trygg legemiddelbehandling til eldre i hjemmesykepleien. Fastlegene sa at de tidligere ikke hadde vært oppmerksom på hva disse profesjonene kunne bidra med. Andre studier viser at ulike profesjoner lærer viktigheten av hverandres kunnskap gjennom erfaring med samhandling, for eksempel sykepleiere og farmasøyer (Bell et al., 2017), noe som bekreftes i vår studie. I de tilfellene der sykepleierne og fastlegene hadde et samarbeid, var inntrykket at partene erfarte samarbeidet som positivt. Sørensen et al. (2018) understreker viktigheten av å styrke samhandlingsevnen før nye profesjonelle team, roller og ansvar introduseres. Overført til konteksten i denne studien ville prosessen vært forenklet om kommunen hadde investert i relasjonsbygging mellom de samhandlende aktørene.

Et annet viktig funn i denne studien var at ledelsen framstod som fraværende og uklar når det gjaldt ansvar og implementering av prosedyren i kommunen. Kunnskapsspredningen var vanskelig, og sykepleierne opplevde en rekke uklarheter i egen organisasjon. Sykepleierne opplevde at de måtte påta seg en utfordrende koordinatorrolle, finne tid blant de øvrige oppgavene og operere i en organisasjon som krevde tilpasninger som også lå utenfor deres myndighet. Legene og sykepleierne er sentrale aktører for implementering av praksisen. En tydelig ledelse, hvor det også settes krav til fastlegen, er nødvendig for en god og sikker helsetjeneste i kommunene. Kvalitetssikring av implementering av legemiddelgjennomgang syntes i det store og det hele å mangle. Dette stemmer med tilsyn av kommunehelsetjenesten, som viser at kvalitetsarbeid ofte er dårlig forankret i ledelsen og heller ikke alltid blir sett som en lederoppgave (Helsetilsynet, 2014). Sykepleierne kunne tolkes som ensomme også i den forstand at lederne verken syntes å etterspørre framdrift eller gav klare signal om hvordan legemiddelgjennomgang skulle være en del av framtidig drift. Kunnskap om ledelse av forbedringsarbeid synes mangelfull i kommunene (Wiig et al., 2018).

Tolkningen vår av sykepleiernes erfaring – det at de ble ensomme og uten myndighet i arbeidet med legemiddelgjennomgang – kan ses som et produkt av et «top-down» forbedringsarbeid som ikke har tatt hensyn til kompleksiteten i konteksten det foregår i (Stacey & Griffin, 2005; Stacey, 2011). Samhandling om riktig legemiddelbruk foregår i det som må sies å være en kompleks organisasjon – helse- og omsorgstjenesten i kommunen. I et kompleksitetsperspektiv ses organisasjoner som kompliserte og tilpassningsdyktige systemer som utvikles og korrigeres gjennom samskaping og respons (Stacey, 2011). Sykepleierne er ikke passive mottakere av forutbestemte endringer. De påvirker i stor grad utfallet av aktivitetene i organisasjonen. Viktige elementer som gjensidig påvirkning, uforutsigbarhet, vanlige hverdagsaktiviteter og andre forhold i sosialt liv overses om ikke kompleksitetsperspektivet tas inn (Stacey, 2011). Derfor vil også kvalitetsforbedring bli vanskelig å oppnå med en styrt implementering av bruksanvisninger og prosedyrer (Stacey & Griffin, 2005). Forbedringsarbeid er sjelden «quick fix». Det må i stedet betraktes som en prosess som bør legge en utforskende og deltakende metodikk til grunn (Stacey & Griffin, 2005). Noen av sykepleierne og farmasøyten i denne studien hadde startet prosessen og samhandlingen i læringsnettverket. Mye tyder på at legenes fravær i begynnelsen av samhandlingsprosessen var uheldig.

Konteksten eller organisasjonen er i seg selv et viktig element som også ble problematisert av sykepleierne. De mente for eksempel at legemiddelgjennomgang har helt andre forutsetninger i hjemmesykepleien sammenlignet med sykehjem eller sykehus. I hjemmesykepleien befinner lege, farmasøyt og sykepleier seg på

ulike steder, de dokumenterer og kommuniserer med ulike systemer, og det tar tid å oppsøke pasientene. For sykepleierne kunne det ta mange dager å samle og dele alle opplysninger og finne et felles møtepunkt. Forskning viser dessuten at suksess i forbedringsarbeid varierer stort mellom ulike kontekster til tross for at samme tiltak benyttes (Kaplan, Provost, Froehle & Margolis, 2012).

Selv om sykepleierne i denne studien gav uttrykk for oppgitthet og utilstrekkelighet, virket ideen om tryggere legemiddelbruk med tverrfaglig legemiddelgjennomgang fremdeles levende. De mente at gjennomganger og endret medisinerings hadde gitt helsegevinster hos flere pasienter. Siden evalueringen for det meste var muntlig, risikerte effektene å bli noe usynlig, både for sykepleierne selv og ledelsen. Utilstrekkelig evaluering og dokumentasjon er blant barrierene i forbedringsarbeid, og gjør at de fleste prosjekter forblir nettopp prosjekter (Länsisalmi, Kivimäki, Aalto & Ruoranen, 2006) og ikke forbedringsarbeid som ivaretar pasientsikkerheten.

METODISKE OVERVEIELSER

Erfaringene som framkommer i denne studien, representerer dybdekunnskap om samhandling fra den profesjonen som har tettest kontakt med pasienten og på mange måter er bindeleddet mellom legen, farmasøyten, pasienten og pårørende. Siden farmasøyt og lege ikke er intervjuet, og heller ikke pasient og pårørende, gir studien ikke kunnskap fra deres perspektiv. Studier hvor leger, farmasøyter, pasienter og pårørende er involvert, kan berike og tilføre ulike perspektiv, kompetanse og erfaring som er viktig for samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre. Denne kunnskapen kan gi økt innsikt i kompleksiteten og hvordan samhandlingen kan implementeres og gjennomføres for å gi et godt og sikkert tilbud til pasienten.

Deltakerne hadde et varierende erfaringsgrunnlag når det gjaldt å gjennomføre forbedringstiltakene, og det ble gjennomført få legemiddelgjennomganger i løpet av månedene mellom intervjuene. Manglende erfaringsgrunnlag blant deltakerne kan gi et tynt datamateriale, men dataene vurderes til å være rikholdige. Intervjuene bar preg av samtale og diskusjoner mellom deltakerne, der de støttet og utfordret hverandre både positivt og negativt. Et forum hvor deltakerne kan uttrykke seg i trygge omgivelser, bidrar til å skape gode og valide data.

Nettopp ved at dataene utvikles når deltakerne i fokusgruppene hjelper hverandre med å tolke erfaringer og å sette disse i en større sammenheng, kommer mange og utfyllende data fram. Utfyllende data skaper dybde og kompleksitet angående fenomenet det forskes på. Det at to forskere ledet intervjuene, bidro også til en balanse mellom deltakerne, noe som sikret at alle sykepleierne bidro.

Beskrivelsen av metoden er transparent og bidrar til å styrke resultatenes troverdighet og validitet (Graneheim & Lundman, 2004). Diskusjon innad i forfattergruppen om metode, resultat og analyse har også bidratt til å styrke studiens validitet.

Studiens overførbarhet begrenses av at den kun er gjennomført i én kommune. Kommunens innbyggertall tilsvarer til gjengjeld en middels stor norsk kommune som både har by og omland. Transparent beskrivelse av metode og kontekst gjør det mulig for leseren å vurdere om funnene er anvendelige i andre kontekster.

KONKLUSJON

Tverrfaglig samhandling må bygge på en felles forståelse av målene med arbeidet og hvilket ansvar og oppgaver de involverte har. Selv om tiltaket er kunnskapsbasert og initieres av sterke fagmiljøer, må aktørene som skal oversette det til praksis, inviteres til dialog og medvirkning. Uavhengig av årsak (om de ble oversett eller ekskluderte seg selv) var det uheldig at legene kom sent inn i prosessen, og mange av dem ble også værende på «sidelinjen». Om de tok avstand fra deltakelse, var det lite sykepleier og farmasøyt fikk gjort. Tverrfaglig samhandling må også bygge på en forståelse av at profesjonene trenger hverandres kunnskap for å utføre oppgaven best mulig. Det kan synes som om dette er noe som må erfares før det forstås. Profesjonene agerer dessuten ikke i et vakuum. De utfører oppgavene i en kompleks kontekst, der måten dette ledes på, har avgjørende betydning.

Forfatterne vil rette en stor takk til førsteamanuensis Ragnhild Omli (Nord universitet) for bidrag i datainnsamlingen, og førsteamanuensis Wenche Wannebo (Nord universitet) og professor Ingela Enmarker (Högskolan i Gävle, Sverige) for arbeid med designet.

REFERANSER

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alteren, J., Hermstad, M., White, J. & Jordan, S. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3613–3621. <https://doi.org/10.1111/jocn.14518>
- Bakken, K., Larsen, E., Lindberg, P.C., Rygh, E. & Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127(13), 1766–1769.
- Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker I., Omli, R. & Steinsbekk, A. (2017), Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for el-

- derly in primary health care – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0598-0>
- Bulajeva, A., Labberton, L., Leikola, S., Pohjanoksa-Mäntylä, M., Geurts, M. M. E., de Gier, J. & Airaksinen, M. (2014). Medication review practices in European countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 731–740. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.02.005>
- Davis, A. M., Vinci, L. M., Okwuosa, T. M., Chase, A. R. & Huang, E. S. (2007). Cardiovascular health disparities: a systematic review of health care interventions. *Medical Care Research and Review*, 64(5 suppl.), 29S–100S. <https://doi.org/10.1177%2F1077558707305416>
- Devik, S. A. (2014). *Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra Læringsnettverk i Nord-Trøndelag*. Senter for omsorgsforskning – rapportserie 9/2014. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2445211>
- Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N. & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291–299. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>
- Eines, T. F., Måløy, E. & Ødegård, A. (2018). Investigating the utility of medication reviews amongst elderly home care patients in Norway – An interprofessional perspective. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 13, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.09.001>
- Erichsen, V. (1996). Profesjonenes forhold til hverandre. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon* (s. 39–57). Oslo: Tano Aschehoug.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halvorsen, K. H., Stensland, O. & Granås, A. G. (2011). A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(5), 350–357. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2011.00129.x>
- Hauviller, L., Eyvrand, F., Garnault, V., Rousseau, V., Molinier, L., Montastruc, J. L. & Bagheri, H. (2016). Hospital re-admission associated with adverse drug reactions in patients over the age of 65 years. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(5), 631–639. <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2022-4>
- Heier, K. F., Olsen, V. K., Toverud, E. L., Rognstad, S. & Straand J. (2007). Riktig legemiddelopplysninger og farvel til dosettene? *Sykepleien Forskning* 2(3), 166–170. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0055>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder om legemiddelgjennomgang*. 06/2012, oppdatert 09/2015. Veileder IS-1998. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomgang/Legemiddelgjennomgang%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeb645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomgang%20E2%80%93%20Veileder.pdf

- Helsetilsynet. (2014). Tilsynsmelding 2013. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastering/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2013.pdf/>
- Holland, R., Desborough, J., Goodyer, L., Hall, S., Wright, D., & Loke, Y. K. (2008). Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*, 65(3), 303-316. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03071.x>
- Huiskes, V. J. B., Burger, D. M., van den Ende, C. H. M. & van den Bemt, B. J. F. (2017). Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Family Practice*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0577-x>
- Jacobsen, D.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I P. Repstad (red., 2. utg.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (s. 75–114). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jakanovic, N., Tan, E. C., Sudhakaran, S., Kirkpatrick, C. M., Dooley, M. J., Ryan-Atwood, T. E. & Bell, J. S. (2017). Pharmacist-led medication review in community settings: an overview of systematic reviews. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 13(4), 661–685. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.08.005>
- Kaplan H. C., Provost, L. P., Froehle, C.M. & Margolis, P.A..(2012). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): Building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 13–20. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000010>
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus Groups, a practical guide for applied research* (4. utg.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Kolhatkar, A., Cheng, L., Chan, F. K. I., Harrison, M., Law, M. R. (2016). The impact of medication reviews by community pharmacists. *Journal of the American Pharmacists Association*, 56(5), 513–520. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.05.002>
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. & Ruoronen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66–72. <https://doi.org/10.1177%2F0894318405284129>
- Löffler, C., Koudmani, C., Böhmer, F., Paschka, S. D., Höck, J., Drewelow, E., Stremme, M., Stahlhacke, B. & Altiner, A. (2017). Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 224. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2157-8>
- Lehn-Christiansen, S. (2016). Kampen om tværsamarbeidet. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 18(4), 8–23. <https://doi.org/10.7146/tfa.v18i4.110821>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2017). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Kaur S., Mitchell G., Vitetta L. & Roberts M. S.(2009). Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly. *Drugs Aging*, 26(12), 1013-1038. <https://doi.org/10.2165/11318890-000000000-00000>
- Mahdizadeh, M., Heydari, A. & Karimi Moonaghi, H. (2015). Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review.

- Global Journal of Health Science*, 7(6), 170–180. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p170>
- Mallet, L., Spinewine, A. & Huang, A. (2007). Prescribing in elderly people 2: the challenge of managing drug interactions in elderly people. *The Lancet*, 370(9582), 185–191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61092-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61092-7)
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973–1985. <https://doi.org/10.1111/jan.12647>
- Meyer-Masseti, C., Meier, C. R. & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(2), 325–334. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0581-9>
- Mohammed, M. A., Moles, R. J. & Chen, T. F. (2016). Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 6, e010035 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010035>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Statistisk Sentralbyrå, rapport 2018/26. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358290?_ts=1653da67db0
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no: Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, I trygge hender 24-7. (2015). Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. IS-0458. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods* (4. utg.). London: Sage.
- Olsen, R. M. & Devik, S. A. (2016). *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2415062>
- Olsen, R. M. & Sletvold, H. (2018). Potential drug-to-drug interactions: a cross-sectional study among older patients discharged from hospital to home care. *Safety in Health*, 4(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0075-z>
- Oscanoa, T., Lizaraso, F. & Carvajal, A. (2017). Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(6), 759–770. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2225-3>
- Pasina, L., Djade, C. D., Nobili, A., Tettamanti, M., Franchi, C., Salerno, F. & Mannucci, P. (2013). Drug-drug interactions in a cohort of hospitalized elderly patients. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 22(10), 1054–1060. doi: <https://doi.org/10.1002/pds.3510>
- Rognstad, S., Brekke, M., Fetveit, A., Spigset, O., Wyller, T. B. & Straand, J. (2009). The Norwegian General Practice (NORGEPA) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 153–159. <https://doi.org/10.1080/02813430902992215>
- Schuling, J., Gebben, H., Veehof, L. J. G. & Haaijer-Ruskamp, F. M. (2012). Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Family Practice* 13, 56. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/56>.

- Scullin, C., Scott, M., G., Hogg, A. & McElnay, J. C. (2007). An innovative approach to integrated medicines management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(5), 781–788. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824872>
- Stacey, R. (2011) *Strategic Management and Organisational Dynamics: the Challenge of Complexity*. (6. utg.) Harlow: Prentice Hall/Financial Times FT Press.
- Stacey, R. D & Griffin, D. (2005). *A complexity perspective on researching organizations: Taking experience seriously*. London: Routledge.
- Storms, H., Marquet, K., Aertgeerts, B. & Claes, N. (2017). Prevalence of inappropriate medication use in residential longterm care facilities for the elderly: a systematic review. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 69–77. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1288211>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. (2018). A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 1–14. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
- Tellefsen, T. (2004) Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretattlig samarbeid. I P. Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Topinková, E., Baeyens, J. P., Michel, J.-P. & Lang, P.-O. (2012). Evidence-Based Strategies for the Optimization of Pharmacotherapy in Older People. *Drugs & Aging*, 29(6), 477–494. <https://doi.org/10.2165/11632400-000000000-00000>
- Wannebo, W. & Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 8(1), 26–34. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0006>
- Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E. C. K. & Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(12), 1185–1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: Verdens helseorganisasjon. https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Wiig, S., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Storm, M., Aase, I., Ullebust, B., Holen-Rabbersvik, E., Thomsen, L. H., Pedersen, A. T. S., van de Bovenkamp, H., Bal, R. & Aase, K. (2018). Improving quality and safety in nursing homes and home care: the study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ Open*, 8, e020933. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020933>



4. Pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem

Gørill Haugan

Sammendrag Kapitlet er basert på to sett med empirisk datamateriale som representerer 390 eldre i 77 norske sykehjem. Ni hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens direkte sammenheng med dimensjoner som fremmer velvære blant eldre i sykehjem, testes. Funnene indikerer at pleier–pasient-interaksjonen fremmer opplevelse av sammenheng, mening i livet, livsglede, håp og *self-transcendence*, og dermed velvære og helse. Helsefremming i sykehjem bør baseres på kunnskap om salutogenese og patogenese som anvendes integrert.

Nøkkelord sykehjem | symptombyrde | pleier–pasient-interaksjon | helsefremming | velvære

Abstract This chapter is based on two empirical data materials representing 390 elderly people in 77 Norwegian nursing-homes. Nine hypothesized associations between nurse–patient interaction and dimensions highly correlated with well-being were tested. Nurse–patient interaction promotes sense-of-coherence, meaning-in-life, joy-of-life, hope and self-transcendence, and thereby wellbeing and health. Health-promotion in nursing-homes develops from an integrated perception of salutogenesis and pathogenesis.

Keywords nursing home | symptom severity | nurse–patient interaction | health promotion | wellbeing

KOMMUNEHELSETJENESTEN I DAG

Norsk helsevesen er midt i en omdreiningsprosess iverksatt av norske myndigheter. Det har vært, og er, politisk enighet om å forskyve arbeidsoppgaver mellom nivåene i helsetjenesten. Flere stortingsmeldinger beskriver denne ønskede dreiningen, særlig gjelder dette «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009), «Folkehelsemeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013), «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013) og «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (HOD, 2014–2015). Som en konsekvens er tjenester flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samtidig som kommunehelsetjenesten skal ha helsefremmende og forebyggende arbeid mer i fokus. Altså, store utfordringer og endringer i kommunehelsetjenesten på en og samme tid.

Kommunehelsetjenesten i Norge står nå midt i konsekvensene av disse endringene, som stiller krav til økt kompetanse. Kravet om økt vekt på helsefremming og forebygging innebærer blant annet økt brukermedvirkning og brukerinnflytelse, tidlig innsats i sykdomsforløp og økt vekt på habilitering og hverdagsrehabilitering. Sagt på en enkel måte: Folk skal ut av sykehusene så fort som mulig. Sykehusene skal kun drive aktiv behandling; alt annet helse- og omsorgsarbeid skal foregå i kommunene. Som eksempler kan nevnes såkalte pakkeforløp og «fast-track»-forløp i sykehusene (Schnell Husbt & Aglen, 2016), og barselkvinner skal hjem etter 24–48 timer etter fødselen (Aune & Dahlberg, 2016). Kommunale tilbud skal derfor utvikles nær der brukerne bor, for å effektivisere sykehustjenesten. Ulike lavterskeltilbud (Eldstad & Eide, 2017), frisklivs-sentraler (Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås, 2018), helsefremmende hjemmebesøk (Aune, Dahlberg & Haugan, 2017; Dahlberg, Haugan & Aune, 2016), selvhjelpsgrupper (Aglen, 2014) og poliklinisk behandling er opprettet og videreutviklet i kommunene. Brukerne av den kommunale helsetjenesten vil bli flere enn før, og vil være i alle aldersgrupper, med mer komplekse og sammensatte hjelpebehov. I lys av det demografiske skiftet mot en stadig eldre befolkning som vi nå er vitne til, vil den største gruppen brukere være eldre mennesker.

DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN

Vi ser nå en stor endring i verdens befolkning. Mennesker lever lenger, mange blir svært gamle; 80, 90 og 100 år. I dag er 125 millioner mennesker 80 år eller eldre; andelen 80+ øker mest. Denne befolkningsutviklingen startet i høyinntektsland; eksempelvis i Japan er allerede 30 % av befolkningen 60 år eller eldre. Nå ser vi den

samme utviklingen også i middelinntekts- og lavinntektsland. For første gang i historien kan mennesker generelt over hele kloden forvente å leve til de er 60 år og eldre (WHO, 2018). Fra 2015 til 2050 forventes det at andelen 60+ nesten fordobles fra 12 % til 22 %; i 2050 vil to milliarder mennesker være 60 år eller mer, en økning fra 900 millioner i 2015. Når levetiden øker over hele verden, er det viktig å utvikle et helsevesen som sikrer at de ekstra leveårene er verdt å leve, til tross for kroniske sykdommer (ibid.). Dette har stor betydning ikke bare for den enkelte eldre, men også for familiene, nærmiljøet og samfunnet.

Men det finnes lite evidens som indikerer at eldre i dag har bedre helse enn deres foreldre hadde i alderdommen (Kingston et al., 2017; Modig, Virtanen, Ahlbom & Agahi, 2016). Alder er ingen sykdom, samtidig er de fleste kronisk syke eldre mennesker (WHO, 2018). Høy alder etterfølges fortsatt av økt forekomst av kronisk sykdom, komorbiditet og funksjonstap (WHO, 2010). For mange fører dette til behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, som hjemmetjeneste og hel-døgns opphold i sykehjem. WHO's (2017) handlingsplan «Aging and Health» fremhever et globalt behov for utvikling av gode systemer for langtidsomsorg for å møte den aldrende befolkningens behov. Alle land møter nå disse utfordringene (WHO, 2018), som kan synes overveldende; særlig gjelder dette lavinntektsland, som har begrensede ressurser. Ergo vil helsefremmende initiativ, tiltak, program og tilbud for mennesker som lever hjemme eller i kommunale institusjoner, bli svært avgjørende i årene som kommer.

Eldre i sykehjem er en voksende gruppe; utfordringer relatert til langtidsomsorg for eldre mennesker er felles for alle land. Velvære vil være et sentralt mål i helsefremmende sykehjem – utvikling av gode helsefremmende strategier er nødvendig. Basert på det helsefremmende perspektivet og den salutogene helseforståelsen fokuserer dette kapitlet på pleier–pasient-interaksjonen som en potensiell helsefremmende ressurs i sykehjem.

HELSEFREMNING

WHO definerer helsefremming som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen. Dette er altså, en ganske bred definisjon. Den første internasjonale konferansen om helsefremming ble holdt av WHO i Ottawa, Canada, i 1986. Her ble Ottawa-charteret (WHO, 1986) utarbeidet; charteret beskriver helsefremming slik: «Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health» (ibid.). Overført til den norske kommunehelsetjenesten innebærer helsefremming å utvikle indivi-

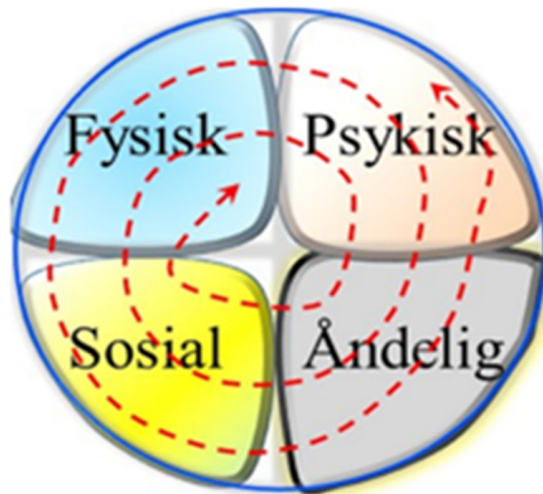
dets helsefremmende ferdigheter ved å tilby informasjon, opplysning, kunnskap, støtte, veiledning, omsorg og mestringsteknikker. Så tidlig som i 1987 definerte Helsedirektoratet (1987) at målet er å reorientere helsetjenesten i en helsefremmende retning. Hvordan kan sykehjemmene reorienteres mot helsefremming? En slik reorientering innebærer ikke å se bort fra patogenesisen. Kunnskap om patogene- nese, det vil si kunnskap om sykdom, risiko, forebygging og behandling, er svært viktig i alle helsefag, og selvsagt også i sykehjem. Generelt preges sykehjemspopu- lasjonen av multimorbiditet, høy symptombyrde, skjørhet og mortalitet (Barca, Selbæk, Laks & Engedal, 2009; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2013; Hau- gan, 2014b; Rinnan et al., 2021). Dermed er kunnskap om sykdom, smerte og symptomlindring avgjørende i sykehjem. Samtidig er salutogenesen med sitt fokus på salutogene ressurser for velvære og helse viktig. Sykehjemmene trenger en tyde- lig og eksplisitt syntese av patogenesisen og salutogenesen. I stedet for å sette disse to paradigmene opp mot hverandre bør de integreres i en helhetlig måte å forstå og arbeide med helse på. Helsen skal ikke bare behandles, men også fremmes og fasiliteres, ikke minst i sykehjem. Helse er alltid til stede, mens sykdom og skade oppstår fra tid til annen. Selv om eldre i sykehjem har flere kroniske sykdommer og funksjonstap, har de likevel helse. Den salutogene helseforståelsen er holistisk; helse forstås som en ressurs som alltid er til stede, i ulik grad, gjennom hele livsløpet. Helsen varierer langs et kontinuum mellom uhelse («dis-ease») og helse («ease»). Ulike salutogene ressurser kan bidra til å bevege pasientens helse mot den positive enden av helse-kontinuumet, det vil si mot velvære («ease») (Antonovsky, 1987).

DEN SALUTOGENE HELSEFORSTÅELSEN

Aron Antonovskys (1987) spørsmål «What creates health?» danner utgangspunk- tet for den salutogene helseforståelsen, som representerer et vendepunkt innen helseforståelse og helseforskning (Haugan & Eriksson, 2021). Stadig flere forskere har innsett at et ensidig fokus på sykdom og risiko for å bli syk ikke nødvendigvis øker eller styrker menneskers helse. Livet er komplekst; vår helse utsettes for mange ulike typer belastninger som vi responderer ulikt på. Ikke alle blir syke under store belastninger, risikofaktorer, tap, kriser og sykdom. Finnes det noen salutogene ressurser som bevarer menneskers helse og velvære under vanskelige omstendigheter? Mange må leve med sykdom og funksjonstap gjennom store deler av livet; helse kan derfor ikke bare handle om ikke å ha sykdom, men om å leve gode liv på tross av sykdom.

Antonovsky (1979, 1987) anses som «salutogenesens far». Selvet begrepet «salu- togenese» har sin opprinnelse i det latinske begrepet «salus», som betyr «helse», og

det gresek begrepet «genesis», som betyr «opprinnelse». Ergo er salutogenese – den salutogene helseforståelsen og det etter hvert utviklede salutogene begrepsapparatet – basert på kunnskap om helsens opprinnelse. Det vil si kunnskap om hva som gir, fasiliterer og understøtter helse og velvære. Den salutogene helseforståelsen er holistisk, og anser mennesket som en helhet av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell dimensjon. Sykepleie og andre helsefaglige profesjoner er grunnnet i den holistiske helseforståelsen. Helsefaglige studenter presenteres for at mennesket er en helhet, bestående av fire dimensjoner: en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Dermed har vi teoretisk splittet opp helheten mennesket i fire deler, noe som synes selvmotsigende. Helhet er helhet. Splitter vi den opp i fire, er den ikke lenger hel, men har fire deler. Mange pasienter lider dessverre unødvendig i møte med et helsevesen som i stor grad er basert på denne oppsplittingen av mennesket; de opplever seg som en diagnose, en case eller en ting som opereres og ordnes på, ikke som et helt menneske, en person. Selv om dagens sykehjem representerer en palliativ kontekst hvor velvære og dermed salutogenese burde stå sentralt, ser det ut til at den patogene helseforståelsen fortsatt er dominerende.



Figur 4.1 Mennesket som helhet. © Gørill Haugan

Figur 4.1 illustrerer enheten mennesket bestående av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon, i tillegg har figur 4.1 en rød stiplet linje som sirkulerer; selv om vi teoretisk hevder det er ulike dimensjoner i helheten, er den fortsatt en helhet fordi disse fire dimensjonene er integrert i hverandre. Det foregår en interaksjon mellom delene eller nivåene i helheten, alt styrt via hjernen. Ingenting er «bare

psykisk» eller «bare fysisk»; alt er integrert i alt. Alt virker inn på alt. Mennesket er en unik og udelelig fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert i og i stadig interaksjon med hverandre, helt ned på cellenivå. Ergo er menneskets opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker og følelser fysiologiske tilstander eller biokjemiske forhold i kroppen, med påfølgende konsekvenser i kroppen, og derfor også i resten av helheten mennesket. Forskning har vist og viser stadig tydeligere at det er forbindelser (interaksjon) mellom sjelen (sinnet; våre tanker, følelser og opplevelser) og kroppen i utviklingen av de aller fleste sykdommer og plager. Negative følelser og langvarig stress utsetter organsystemene for belastning som kan resultere i sykdom. Våre emosjoner er biokjemiske realiteter i våre kropper. Vi føler og kjenner dem i kroppen. De har ikke noe annet sted å være.

Candace Pert er en internasjonalt anerkjent stressforsker. Hun har vist at hjernen «snakker» med immuncelle-systemet ved hjelp av «budbringer-celler» som kalles neuropeptider eller transmitterstoffer. Når hjernen tolker emosjoner som frykt, sinne, glede eller sorg, får alle immuncellene beskjed om denne tolkningen. Pert (1999) beskriver denne prosessen som om «biter av hjernen flyter rundt i kroppen». Forenklet kan vi si at våre følelser og tanker «flyter rundt i kroppen», materialisert som peptider (protein-molekyler) og en myriade av komplekse kjemiske og fysiologiske prosesser. Innen stressforskning har det vært hevdet at følelsen frykt utløser mer enn 1400 kjente fysiske og kjemiske stressreaksjoner, og aktiverer mer enn 30 ulike hormoner og nevro-transmittere (Haugan, 2014a). Samtidig fremhever stresslitteraturen at positive holdninger og forventninger ikke bare er skiftende sinnsstemninger, men også biologiske realiteter i kroppen. Seligman (1991) viste at optimisme har stor positiv betydning for menneskers helse. Flere studier har vist at en særlig type hvite blodlegemer, kalt «natural killer cells», øker i antall under kognitiv terapi, samt ved ulike former for avslapnings- og visualiseringsteknikker (Haugan Hovdenes, 1995; Rannestad, Hovdenes & Espnes, 2006). Ulike helsefremmende intervensjoner, tilpasset den enkelte og den spesifikke konteksten, vil altså berøre pasienten som en enhet av kropp–sjel–ånd. Også den eldre pasienten i sykehjem. Fordi helhet er helhet, vil helsefremmende tilnærminger kunne påvirke smerter, fatigue, dyspné, kvalme, angst og depressive symptomer. Basert på den salutogene helseforståelsen fokuserer dette kapitlet på pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem. I det videre presenteres kunnskap om dagens sykehjemspopulasjon.

ELDRE I SYKEHJEM

I Norge lever nå 7,2 % av de som er 67 år og eldre, og ca. 9 % av de som er 80+, sin siste levetid i sykehjem. Gjennomsnittlig levetid i norske og amerikanske sykehjem er 1–2 år (Kelly et al., 2010; Vossius, Selbæk, Šaltytė Benth & Bergh, 2018), og 30–40 % av årlige dødsfall i Norge og USA skjer i sykehjem (Temkin-Greener, Zheng, Xing & Mukamel, 2013; Vossius et al., 2018). Dagens sykehjemspopulasjon preges av høy alder, multimorbiditet, funksjonstap, mortalitet og høy symptombyrde (Barca, Selbæk, Laks & Engedal, 2009; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2013; Haugan, 2014b; Rinnan et al., 2021). Å flytte til et sykehjem er en konsekvens av sykdom, funksjonstap, tap av sosiale relasjoner og av å «se døden i øynene», og representerer også tap av egen bolig, sosialt nettverk og sosiale roller (Choi, Ransom & Wyllie, 2008; Otsuka, Hamahata, Komatsu, Suishi & Osuka, 2010; Tuckett, 2007). Disse forholdene gir økt opplevelse av avhengighet, sårbarhet, maktesløshet og «emosjonelt stress» (Drageset et al., 2013; Drageset, Eide & Ranhoff, 2013).

Følgelig er depressiv symptomatologi utbredt (Haugan, 2014b; Rinnan et al., 2021; Stewart, 2013). Forekomsten av depresjon er vist å være tre til fire ganger høyere blant eldre i sykehjem sammenlignet med hjemmeboende eldre; 30–50 % i sykehjem rapporterer depressive symptomer (Haugan, 2014b; Jongenelis et al., 2004; McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey & Brayne, 2007; Rinnan et al., 2021). Disse symptomene blir oversett eller møtt med farmakologisk behandling (Hosia-Randell & Pitkälä, 2005; Mann, Köpke, Haastert, Pitkälä & Meyer, 2009; Swapna, Bhattacharjee, Kamble & Aparasu, 2011; Verhoeven et al., 2014), selv om effekten av behandling med antidepressiva blant eldre i sykehjem er diskutabel (Boyce et al., 2012). Ergo har den raskt økende sykehjemspopulasjonen høy risiko for psykologiske plager, og en adekvat respons mangler.

Samtidig viser studier at eldre i sykehjem strever med eksistensielle spørsmål og mangler noen å snakke med (Haugan et al., 2020; Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013; Haugan Hovdenes, 2002; Sand & Strang, 2007; Sjöberg, Beck, Rasmussen & Edberg, 2018). Eksistensielle spørsmål handler om hva som gjør livet verdt å leve, det vil si hva som gir mening, opplevelse av ensomhet, hvordan møte sin egen død og så videre (Grech & Marks, 2017; Sjöberg et al., 2018). Blant eldre i sykehjem er opplevelse av mening i livet et sentralt aspekt ved åndelig/emosjonelt velvære; og derav også for fysisk velvære, så vel som mortalitet (Drageset et al., 2013; Haugan, 2014b; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Opplevd mening i livet og redusert ensomhet blant eldre i sykehjem er knyttet til tilhørighet (Cooney, Dowling, Gannon, Dempsey & Murphy, 2014; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Haugan, 2013a; Stavrova & Luhmann, 2016), til kontakten med personalet (Phillips-Salimi, Haase & Kookan, 2012; Sjöberg, Edberg, Rasmussen & Beck, 2019), opplevelse av

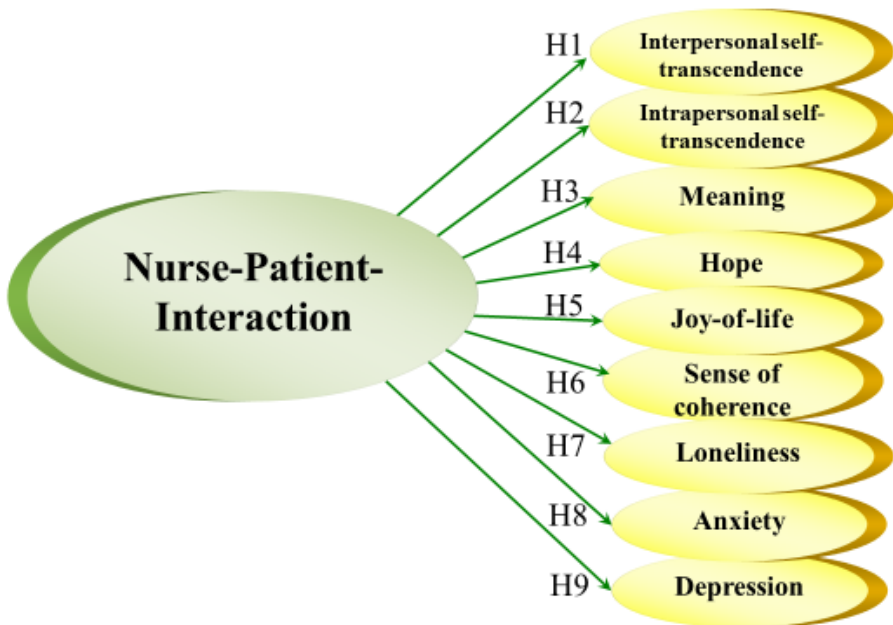
støtte, tillit, mening og et perspektiv utover døden (Thauvoye, Vanhooren, Vandenhoeck & Dezutter, 2019), så vel som med tilfredshet (Tejero & Marie, 2012), ensomhet (Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Rojo-Perez & Martinez-Martin, 2011a; Prieto-Flores, Forjaz, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez & Martinez-Martin, 2011b) og verdighet (Slettebo et al., 2017).

Dermed er det mulig at symptomer som tolkes som klinisk depresjon, kan være tegn på meningsløshet og ensomhet (Sundström, Blomqvist, Edberg & Rängård, 2019) og ikke psykiatrisk sykdom så som depresjon. I så fall vil antidepressiv medikasjon ikke ha effekt, noe også forskning indikerer (Boyce et al., 2012). Innen kreftomsorg og palliativ medisin har betydningen av eksistensiell-åndelig lidelse fått fokus (Boston, Bruce & Schreiber, 2011; Kreitler, 2018; LeMay & Wilson, 2008), mens dette har liten oppmerksomhet i sykehjem (Sundström, Edberg, Rängård & Blomqvist, 2018). I likhet med den palliative pasienten preges sykehjemspasienten av tap, sykdom, stor symptombyrde og søvnproblemer. I sykehjem anvendes mye tid til å gjøre ingenting, sove og vente, noe som fører til en opplevelse av kjedsomhet, ensomhet, meningsløshet og uverdighet (Brownie & Horstmanshof, 2011; Grönstedt et al., 2013; Haugan et al., 2020; Slettebo et al., 2017). Eldre i sykehjem anvender uttrykk som «fanget», «fastlåst», «begrenset», «isolert» og «møtøst» når de beskriver sin opplevelse av det institusjonaliserte livet (Choi, Ransom & Wyllie, 2008). Dermed vil eksistensielle spørsmål om livets innhold og avslutning, ensomhet, meningsløshet og isolasjon aktualiseres hos den enkelte gamle, noe som trigges ytterligere av den pågående covid-19-pandemien med høy risiko, mortalitet og isolasjon blant eldre med kroniske sykdommer. Likevel, på tross av likhetene mellom sykehjemsomsorg og palliativ omsorg, prioriteres eksistensielle plager i liten grad i sykehjemmene, mens eksistensielle samtaler står sentralt i palliativ omsorg (Sundström et al., 2019). Det er behov for kunnskap om pleier–pasient-interaksjonen i sykehjem; kan den være en ressurs for identifisering av depresjon kontra eksistensiell lidelse, samt for å fremme helse og velvære?

KAPITLETS MÅL OG HENSIKT

Kapitlets mål er å bidra til kunnskap om pleier–pasient-interaksjonens betydning i sykehjem, dens helsefremmende potensial og hvordan denne kunnskapen kan operasjonaliseres og implementeres i sykehjemsomsorgen. Basert på den salutogene helseforståelsen reises følgende problemstilling: *Hvilken helsefremmende betydning har pleier–pasient-interaksjonen blant eldre i sykehjem, og hvordan kan den best anvendes for å fremme helse og velvære i denne sårbare populasjonen?* Totalt ni hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens direkte sammenhenger med inter-

og intra-personlig *self-transcendence*, mening, håp, livsglede, opplevelse av sammenheng (OAS), samt ensomhet, angst og depresjon er testet; disse variablene ble valgt fordi de er høyt korrelert med velvære og livskvalitet. Figur 4.2 viser de ni hypotesene (H1–H9) om sammenhenger som ikke tidligere har vært belyst samlet og drøftet med tanke på operasjonalisering og implementering av denne kunnskapen i sykehjem.



Figur 4.2 Hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens betydning. © Gørill Haugan

TO STUDIER AV PLEIER–PASIENT-INTERAKSJONEN I TOTALT 71 NORSKE SYKEHJEM

Den første studien samlet tverrsnittsdata i 2008–2009 fra 202 beboere i 44 ulike sykehjem; i alt ni forskjellige skalaer var inkludert, som til sammen utgjorde 130 items (Haugan, 2013b). Den andre studien ble gjennomført i 2017–2018 og samlet tverrsnittsdata fra 188 beboere i 27 ulike sykehjem; her var sju skalaer inkludert, som tilsvarte 120 items (Haugan et al., 2020).

Måleinstrument

Variablene i figur 2 ble målt ved hjelp av ulike validerte skalaer. The Nurse–Patient Interaction Scale (NPIS) ble utviklet for å kunne studere betydningen av sykehjemsbeoeres opplevelse av interaksjonen med sine pleiere. NPIS demonstrerte gode psykometrisk e egenskaper blant eldre i sykehjem (Haugan, Hanssen, Rannestad & Espnes, 2012). Self-Transcendence Scale (STS) utviklet av Reed (2008) ble brukt til å måle *self-transcendence*. Haugan og kollegaer (2012) oversatte STS-skalaen til norsk og validerte den i sykehjemspopulasjonen; en to-faktorstruktur innebærende en interpersonlig og en intrapersonlig dimensjon av *self-transcendence* viste best tilpasning. Denne to-faktormodellen er anvendt i de to studiene som omtales her. Videre ble mening i livet målt med Purpose-in-Life-testen (PIL), som er utviklet av Maholick og Crumbaugh (1969, 1981), basert på Viktor Frankls (1978) logoterapi. Som et ledd i dette arbeidet validerte vi også PIL blant beoere i sykehjem (Haugan & Moksnes, 2013). Herth’s Hope Index (Herth, 1992) målte håp; vi validerte også denne skalaen, som viste gode psykometrisk e egenskaper i sykehjemspopulasjonen (Haugan, Utvær & Moksnes, 2013). Livsglede ble studert ved hjelp av den nylig utviklede og validerte Joy-of-Life Scale (Haugan, Rinnan et al., 2019), mens Orientation to Life Questionnaire (OLQ) målte brukernes opplevelse av sammenheng (OAS), som på engelsk benevnes «sense of coherence» (SOC) (Antonovsky, 1987). En norsk validering av OLQ blant eldre i sykehjem (Drageset & Haugan, 2016) viste tilfredsstillende psykometrisk e egenskaper. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994) ble anvendt for å måle angst og depresjon. Den norske versjonen av HADS er tidligere validert blant sykehjemsbeoere (Haugan & Drageset, 2014); sub-skalaen for angst (HADS-A) fungerte godt, mens tre items tilhørende sub-skalaen for depresjon (HADS-D) har vist lav reliabilitet og validitet (ibid.). Det globale spørsmålet «Føler du deg ensom?» målte ensomhet på en skala fra 1 til 4 (1 = ofte, 2 = av og til, 3 = sjelden, 4 = aldri).

Utvalg i studie 1

Utvalget bestod av 202 (80,8 % responsrate) av 250 beoere som møtte inklusjonskriteriene. Disse 202 deltakerne representerte 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Alder varierte fra 65 til 104 år, med et gjennomsnitt på 86 år (SD = 7,65). I alt deltok 146 kvinner (72,3 %) og 56 menn (27,7 %); gjennomsnittlig alder var 87,3 og 82 år for henholdsvis kvinner og menn. I utvalget var 38 (19 %) gift eller samboer, 135 (67 %) enke/enkemann, 11 (5,5 %) skilt, og 18 (9 %) var singel. Gjennomsnittlig botid i sykehjemmet på intervjutidspunktet var 2,6 år (range 0,5–13 år);

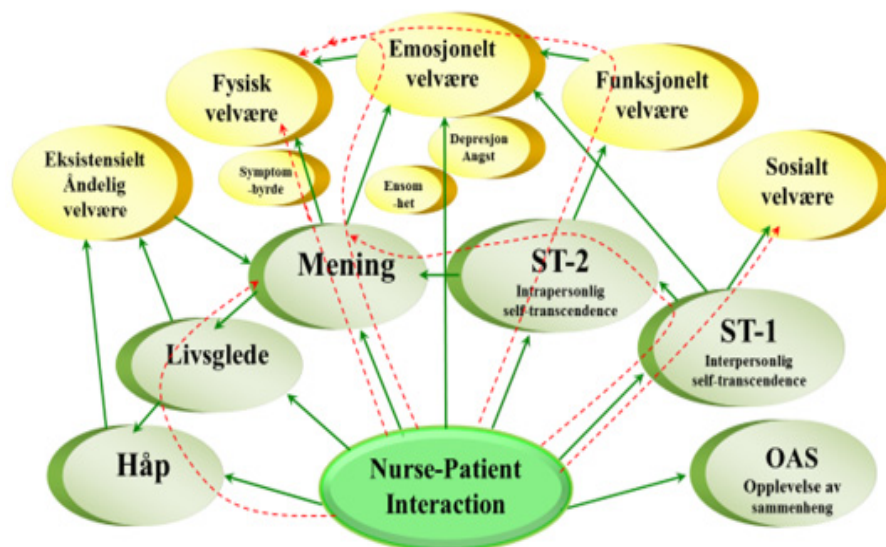
117 deltakere bodde i landkommuner, mens 85 bodde i bykommuner. Langtids sykehjemsplass ble definert som døgnopphold i seks måneder eller mer; korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og pasienter diagnostisert med demens deltok ikke. Inklusjonskriteriene var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) botid seks måneder eller mer på intervjutidspunktet, (3) samtykkekompetanse vurdert av ansvarlig lege og sykepleier og (4) i stand til å gjennomføre intervju for å fylle ut spørreskjemaet.

Utvalg i studie 2

Dette utvalget bestod av 188 (92 % responsrate) langtidspasienter som møtte inklusjonskriteriene; deltakerne representerte 27 sykehjem i to store og to mindre bykommuner i Norge. Alder varierte fra 63 til 104 år, med et gjennomsnitt på 87,4 år (SD = 8,57). Totalt deltok 132 kvinner (73,33 %) og 48 menn (26,67 %); gjennomsnittsalder for kvinnene var 88,3 år (SD = 1,80) og 86 år (SD = 1,16) for menn. I dette utvalget var 23 (12,2 %) gift, 22 (11,7 %) samboere, 1 (0,5 %) singel, 106 (56,4 %) enke/enkemann, og 37 (19,7 %) var skilt. Langtidsplass i sykehjem ble definert som døgnomsorg i tre måneder eller lenger; korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og beboere med diagnosen demens ble ikke inkludert. Inklusjonskriteriene var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) botid tre måneder eller lenger, (3) samtykkekompetanse vurdert av ansvarlig lege og sykepleier og (4) i stand til å gjennomføre intervju for å besvare spørreskjemaet.

FUNN

Samtlige ni hypoteser (H1–H9, figur 2) fant støtte i data. SEM-analyser basert på de to datamaterialene (N = 202 + N = 188) demonstrerte signifikant effekt av pleier-pasient-interaksjonen på angst og depresjon (Haugan, Innstrand et al., 2013), opplevelse av mening i livet (Haugan, 2013a), interpersonlig (ST-1) og intrapersonlig (ST-2) *self-transcendence* (Haugan, Hanssen et al., 2012), håp (Haugan, Moksnes & Espnes, 2013), livsglede (Haugan, Eide et al., 2021), OAS (Drageset et al., 2021) og ensomhet (Drageset & Haugan, 2021). Videre viste funnene at pleier-pasient-interaksjonen er en salutogen ressurs, ikke bare for *self-transcendence*, håp og mening (Haugan, 2014d), men også for livskvalitet i sykehjemspopulasjonen (Haugan, Moksnes & Løhre, 2016). Pleier-pasient-interaksjonen viste signifikant betydning for beboernes psykiske helse (Haugan, 2014e), samt for fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære (Haugan, 2015).



Figur 4.3 Signifikante sammenhenger mellom pleier-pasient-interaksjonen og håp, livsglede, opplevelse av mening i livet, intra- og inter-personlig *self-transcendence* (ST-2 og ST-1) og opplevelse av sammenheng (OAS), ensomhet, angst og depresjon (emosjonelt velvære). → = direkte effekt; - - - → = indirekte (mediert) effekt. © Gørill Haugan

Figur 4.3 illustrerer signifikante direkte og indirekte (medierte) assosiasjoner; de grønne heltrukne pilene illustrerer signifikante direkte sammenhenger, mens de røde tynnere stiplede pilene demonstrerer medierte sammenhenger. Pleier–pasient-interaksjonen demonstrerer direkte relasjoner til OAS, inter- (ST-1) og intrapersonlig (ST-2) *self-transcendence*, mening, håp og livsglede, som igjen har direkte innflytelse på velvære, angst, depresjon og symptombyrde. Funnene indikerer at pleier–pasient-interaksjonen har signifikant betydning for alle velværedimensjonene, mediert via *self-transcendence*, mening, OAS, livsglede og håp. I tillegg fant vi ved hjelp av logistisk regresjon og odds ratio at 10 av de 14 NPIS-itemene viste signifikant effekt på ensomhet (Drageset & Haugan, 2021).

DISKUSJON

Dette kapitlets hensikt er å bidra til kunnskap om pleier–pasient-interaksjonens betydning i sykehjem, dens helsefremmende potensial og hvordan denne kunnskapen kan operasjonaliseres og implementeres i sykehjemsomsorgen. Problem-

stillingen fokuserer på pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende betydning i sykehjem, og hvordan den best kan anvendes for å fremme helse og velvære i denne sårbare populasjonen. De to datasettene samlet representerer 390 eldre i 71 norske sykehjem; funnene viser at pleier–pasient-interaksjonen har avgjørende betydning for pasientens opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, samt for ensomhet, angst og depresjon. Ergo fremmer god pleier–pasient-interaksjon velvære og helse. Hvordan kan denne kunnskapen operasjonaliseres og implementeres i sykehjem? For å forstå dette bør vi se på hvordan pleier–pasient-interaksjonen er målt.

Nurse-Patient Interaction Scale (NPIS)											
På en skala fra 1-10, i hvilken grad opplever du											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ikke i det hele tatt										Fullt og helt	
	1. Tillit til hele pleiepersonalet 2. At pleiepersonalet tar deg på alvor 3. At kontakten (samvær) med pleiepersonalet gir deg gode følelser 4. At pleiepersonalet forstår hvordan du har det 5. At pleiepersonalet gjør alt de kan for å lindre dine plager 6. At du får være med å bestemme over din egen hverdag 7. At pleiepersonalet behandler deg med respekt 8. At pleierne spur deg om hvordan du har det 9. At de lytter interessert til deg når du forteller om hvordan du har det 10. At du blir lei deg, såret eller lignende pga. den måten pleierne går frem når de hjelper deg 11. At kontakten med pleiepersonalet bidrar til at livet ditt kjennes meningsfylt 12. At pleierne ser deg som den personen du er 13. At kontakten med pleierne er det viktigste for at du skal trives 14. At du er fornøyd med den kontakten du får med pleiepersonalet										
<small>©Gørill Haugan, PhD, Professor</small>											

Figur 4.4 Nurse-Patient Interaction Scale (NPIS) måler brukerens opplevelse av pleier–pasient-interaksjonen på en skala fra 1-10. © Gørill Haugan

Figur 4.4 viser de 14 itemene som er målt på en skala fra 1 til 10. Jo høyere skår, jo bedre pleier–pasient-interaksjon. Profesjonelle helsearbeidere kan altså influere på Eldres velvære og helse ved bevisst anvendelse av spesielle kvaliteter i pleier–pasient-interaksjonen. Ved å sørge for at den eldre føler seg lyttet til, anerkjent, respektert og bekreftet som den personen en er, kjenner seg tatt på alvor og forstått, kan pleieren bidra til å styrke brukerens *self-transcendence*, livsglede, håp, mening i livet, OAS og ensomhet, som alle har signifikant betydning for angst og depresjon, samt fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære (Haugan, 2013a, 2014b, 2014c; Haugan, Hanssen et al., 2012; Haugan, Innstrand et al., 2013;

Haugan, Rannestad, Hammervold, Garåsen & Espnes, 2013). Studier viser at opplevelse av mening og mindre ensomhet blant eldre i sykehjem er relatert til opplevelse av verdighet (Slettebo et al., 2017), tilhørighet (Cooney, Dowling, Gannon, Dempsey & Murphy, 2014; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Haugan, 2013a; Stavrova & Luhmann, 2016) og kontakt med personalet (Phillips-Salimi, Haase & Kooken, 2012; Sjöberg, Edberg, Rasmussen & Beck, 2019), hvor de opplever støtte, tillit, mening, samt et perspektiv ut over døden (Thauvoye, Vanhooren, Vandenhoeck & Dezutter, 2019).

NPIS inkluderer dimensjoner som tillit, respekt, å føle seg tatt på alvor og forstått, sett og anerkjent som den personen en er, samt å kjenne seg lyttet til og inkludert i avgjørelser vedrørende ens liv, og opplevelse av meningsfull kontakt. Samlet utgjør disse pasientens NPIS-skår. De statistiske analysene viser at eldres opplevelse av disse kvalitetene i møte med pleiepersonalet bidrar til økt opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, samt mindre ensomhet, angst og depresjon. Disse funnene indikerer at interaksjonen mellom pleieren og den gamle kan anvendes til å fremme velvære og helse. Pleier–pasient-interaksjonen er en vital salutogen ressurs i sykehjemsomsorgen.

Den salutogene helseforståelsen anser mennesket som en helhet av kropp–sjel–ånd, hvor den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonen sammen utgjør en integrert enhet, hvor alt interagerer med alt. Eldre i sykehjem er generelt sårbare, med høy komorbiditet, høy symptombyrde (Haugan, 2014b), høy mortalitet og er avhengig av omsorg og hjelp fra andre. Mange venter på døden. Mange tilbringer mye tid med å gjøre ingenting, sove og vente (Brownie & Horstmanshof, 2012; Grönstedt et al., 2013; Harper Ice, 2002; Haugland, 2012; Slettebo et al., 2017). Dette utgjør en eksistensielt krevende livssituasjon som representerer få muligheter til meningsfulle samtaler om det viktige i livet her og nå og økt sårbarhet (Haugan Hovdenes, 2002). Eldre i sykehjem strever med ensomhet og eksistensielle spørsmål og mangler noen å snakke meningsfylt med (Haugan, Eide et al., 2021; Haugan, Innstrand et al., 2013; Sand & Strang, 2007); eksistensiell lidelse forsterker fysiske plager som fatigue, smerte, dyspné og så videre. (Haugan, 2014b), og ses i sammenheng med økt mortalitet (Drageset et al., 2013; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Å videreutvikle personalets kompetanse i pleier–pasient-interaksjon kan være et svar på sykehjemspopulasjonens høye risiko for psykologiske og eksistensielle plager.

Helsearbeiderne er den vesentligste kilden til sosial kontakt i sykehjem; samtidig har helsepersonell i sykehjem generelt lite kunnskap om og innsikt i hvordan de best kan møte eldres eksistensielle lidelse. Mange helsearbeidere i sykehjem er unge og kjenner seg hjelpeløse og usikre i møte med eldre menneskers eksistensi-

elle spørsmål og lidelse i slutten av livet (Sundström et al., 2018), og det helsefremmende potensialet som pleier–pasient-interaksjonen representerer, kan dermed gå tapt. Personalets relasjonskompetanse synes avgjørende for eldres velvære i sykehjem. Relasjonskompetanse handler om kunnskap og ferdigheter i å anvende pleier–pasient-interaksjonen på helsefremmende måter. Det vil si å oppmerksomt observere og kompetent påvirke slik at helse og velvære økes. Hvordan kan kunnskapen om pleier–pasient-interaksjonen operasjonaliseres og implementeres i sykehjem?

RELASJONSKOMPETANSE – OPPMERKSOMHETS- OG PÅVIRKNINGSFERDIGHETER

Relasjonskompetanse innebærer både oppmerksomhetsferdigheter og påvirkningsferdigheter (Kvalsund, 2007). Helsearbeiderens oppmerksomhet er selve «verktøyet». Derfor er helsefremmende interaksjon basert på ferdigheter relatert til oppmerksomhet. Det handler om bevisst å bruke og regulere oppmerksomheten; det vil si hva du ser, hører, føler, lukter, fornemmer og tenker i møte med den gamle i sykehjemmet. *Hva* rettes oppmerksomheten mot? Eller *hvor* rettes oppmerksomheten? Oftest er det slik at vi hører både med øyne og ører, og vi ser med ørene like så vel som med øynene. Helsefremmende interaksjon krever oppmerksomhetsferdigheter som er basert på et aktivt og åpent mottakende nærvær, et sanseelig nærvær (Martinsen, 1993). At den profesjonelle ser *for å se*, og lytter *for å høre* og *ta imot* og *ivareta* det man ser og hører, skaper tillit og en følelse av å bli tatt på alvor. Dette er i seg selv helsefremmende for den gamle som trenger helsehjelp og omsorg; å kjenne seg tatt på alvor skaper tillit, og dermed bedre nattesøvn, mindre angst, depresjon og smerter. Dette handler også om å skape en felles forståelse av hva det står om her og nå. Ofte trenger vi å tydeliggjøre saken selv: Hva tenker, føler og opplever pasienten? Den gamles følelses- og opplevelsedimensjon skal få rom og bli tydelig for hjelperen. Også dette er i seg selv helsefremmende. Slik lar du den eldre i sykehjemmet få være *en person – seg selv*.

Oppmerksomhetsferdigheter inkluderer å merke seg ordvalg, volum, tonefall og kraft i stemmen, samt rytme i uttrykket (stakkato?), tempo (hurtig–langsomt, pauser), non-verbale uttrykk som sukk, pust, bruk av blick, ansiktsuttrykk, hudfarge, kroppsstilling, kongruens, autentisitet: Det er et vell av informasjon i alt dette for den som evner å være oppmerksom (Kvalsund, 2007; Tveiten, 2013). Denne informasjonen er avgjørende for å lykkes med helsefremmende pleier–pasient-interaksjon. Samtidig er kontakten med deg selv grunnlaget for din oppmerksomhetsevne; instrumentet for din oppmerksomhet er deg selv og hva du ser, hører,

føler og fornemmer. Dette instrumentet trenger å stemmes. Ethvert oppmerksomhetsfokus vil alltid inkludere noe og ekskludere noe annet. Derfor er det viktig å være seg bevisst (oppmerksom på) om det skapes uheldig oppmerksomhet eller eventuelt manglende oppmerksomhet for noe som absolutt burde få din oppmerksomhet. En pasient våger seg frem og forteller om sin ensomhet. Hun gråter. Hva gis oppmerksomhet? Det saklige innholdet? Eller følelsesuttrykket gråten? Hva gjør du? Lytter du? Utforsker du hva dette egentlig handler om? Eller starter du å trøste? Det finnes ingen fasit. Men å ta seg tid til å lytte og utforske, la den andre få plass og rom til å bli tydelig for seg selv, er helsefremmende. Og mer lindrende enn velment trøst. I noen tilfeller blir vårt forsøk på å trøste mer en strategi som opprettholder problemet, i stedet for å bidra til å løse det. Eksempelvis, å fokusere på det pasienten sier om at hun er ensom, i stedet for å fokusere på gråten, kan paradoksalt nok føre til at denne damen kjenner seg oversett, avvist og dermed føler seg enda mer ensom. Oppmerksomhet på saken og en kognitiv forståelse av dens innhold er oftest ikke nok. Oppmerksomhet overfor følelsesuttrykk er vesentlig.

Helsefremmende pleier–pasient-interaksjon hviler på våre lytte-teknikker og vår evne til å skape kontakt, det vil si møte og ivareta det som er. Kanskje kan vi si at oppmerksomhetsfasen i en pleier–pasient-relasjon har sitt tyngdepunkt i den innledende kontaktetableringen. Det handler om å bli kjent og etablere tillit basert på gjensidig respekt og positivt engasjement («jeg vil deg vel»). Men så lenge en hjelperelasjon varer, er vi avhengige av oppmerksomhetsferdigheter. Vi trenger oppmerksomhet for å få et klart bilde av hva det står om, slik at vi kompetent og etisk kan påvirke den andres velvære og helse positivt. Dette gjelder ulike fysiske tegn på for eksempel smerte, urinveisinfeksjon, pneumoni og så videre, eller når vi skifter på et sår, så vel som tegn på ensomhet, meningsløshet og depresjon. Vi er oppmerksomme overfor en rekke små hint som gir oss nyttig informasjon. Å skille mellom oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter kan virke konstruert, da oppmerksomhet også er påvirkning. Empatisk lytting skaper opplevelse av aksept og respekt, og kan føre til endringer – kanskje særlig til en selv og ens indre prosesser. Helsefremmende pleier–pasient-interaksjon handler altså om kompetent påvirkning. I litteraturen nevnes påvirkningsferdigheter som tolkning, konfrontasjon, å gi råd, anbefaling eller instruksjon (Kvalsund, 2007), samt det oppmerksomme nærværet båret av ubetinget aksept, anerkjennelse og empati. Konfrontasjon har liten plass i omsorgen for eldre i sykehjem, men ofte overlates vi til vår tolkning. Det er dermed avgjørende at du er bevisst at «nå tolker jeg», og at du åpent erkjenner for pasienten at «dette jeg nå presenterer for deg, er min tolkning», og ikke sannheten om deg eller denne situasjonen. Slik ivaretar vi grensene mellom oss, slik opprettholder vi respekt og verdighet. Også når vi tolker.

Noen ganger kan det være viktig å bruke sin kompetanse og gi direkte og klare svar på pårørendes spørsmål. I de fleste tilfeller er det likevel grunn til å være forsiktig og se etter varselampene. Lysten til å finne løsninger kan noen ganger overskygge at det den pårørende egentlig trenger, er noe annet enn direkte råd. Oftest trenger også de å oppleve seg lyttet til, forstått og anerkjent som den de er i møte med sykehjemmet. Slik vil de selv komme frem til det som er mest riktig for seg selv. Både påvirknings- og oppmerksomhetsferdigheter er utøvelse av makt. Makt og påvirkning hører til i alle menneskelige relasjoner, åpent eller skjult, men de er alltid der (Løgstrup, 1956/2010). I profesjonelle hjelperelasjoner skal vi derfor alltid være bevisst vår makt og hvordan vi bruker den. Det er oftest *måten* vi bruker vår makt på som er avgjørende for den andres opplevelse, om den er negativ eller positiv. Det vil si at oppmerksomhet overfor *hvordan* du påvirker og utøver makt, er avgjørende, ikke *om* du gjør det. Å ville den andre vel, ubetinget aksept, ekthet og varhet/varme er grunnvullen som pleier-pasient-interaksjonen må være fundert på (Thorn, 2013).

PLEIER-PASIENT-INTERAKSJON I SYKEHJEM – EN TENTATIV TEORI

Basert på sykehjemspasientens særlige utfordringer, og helsetjenestens ansvar for helsefremming, indikerer disse funnene at sykehjemmene har behov for kunnskap og ferdigheter som favner både patogenese og salutogenese. Det behøves en eksplisitt og tydelig integrering av patogenesen og salutogenesen i sykehjemmene. I tillegg trenger helsepersonell relasjonskompetanse, det vil si evne til å anvende oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter kompetent og etisk.

Figur 4.5 fremstiller nødvendig kunnskap i sykehjem illustrert ved en trekant, hvor salutogenese og patogenese utgjør trekantens sider. Disse hviler på fundamentet, som er relasjonskompetanse, og som avgjør hvor langt helsepersonell kommer i det helsefremmende arbeidet. Helsefremmende pleier-pasient-interaksjon er basert på alle de tre kunnskapsformene. Ved sin måte å være til stede på sammen med den gamle i sykehjemmet påvirker helsearbeideren den andre, enten han/hun er seg det bevisst eller ikke. Professor Baldacchino (2010) fremhevet at «the being in the doing». Dette er et godt og beskrivende uttrykk; *måten* vi er til stede på mens vi utfører de ulike oppgavene sammen med pasienten, avgjør hans/hennes opplevelse av velvære samt sykepleiers kvalitet (Haugan Hovdenes, 2022). Ved hjelp av oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter skal pleier-pasient-interaksjonen være kompetent påvirkning av den andres helse og velvære. Analysene av data fra de to utvalgene viser at den eldres opplevelse av kvalitetene i pleier-pasient-inter-



Figur 4.5. Nødvendig kunnskap i sykehjem. © Gørill Haugan

aksjonen har signifikant betydning for angst, depresjon, ensomhet, håp, mening, *self-transcendence*, livsglede og OAS. Dette betyr at pleier–pasient-interaksjonen kan anvendes helsefremmende; ved kompetent påvirkning kan vi fremme helse og velvære, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. Figur 4.6 illustrerer en tentativ teori om hvordan vi basert på den salutogene og patogene kunnskapen sammen med relasjonskompetanse, «the being in the doing», kan påvirke sykehjemspasienten som en integrert enhet av fysiske, emosjonelle, mentale, sosiale og åndelige aspekt. Ved hjelp av pleier–pasient-interaksjonen fremmes mening, opplevelse av sammenheng, livsglede, håp og *self-transcendence*; og derved fremmes pasientens velvære, fysisk, emosjonelt, sosialt og eksistensielt/åndelig.

Pleier–pasient-interaksjonen i sykehjem bør baseres i kunnskap om salutogenese og patogenese som anvendes integrert i møte med den gamle. Interaksjonen mellom pleier og pasient i sykehjem er et nødvendig redskap for å fange opp ulike helsetilstander, så som smerter, depresjon, eksistensiell ensomhet og så videre, og samtidig er den også en salutogen ressurs som fremmer opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, og dermed også bidrar til å lindre eksistensiell lidelse og depressive symptomer. Sykehjemspopulasjonen har mange likhetstrekk med den palliative populasjonen, relasjonskompetanse samt kompetanse innen smerte- og symptomlindring er fundamentalt, og meningsfull kontakt er



Figur 4.6. Tentativ teori om pleier–pasient-interaksjon i sykehjem. © Gørill Haugan

avgjørende for velvære i sykehjem. Helsepersonell i sykehjem bør gis anledning til å videreutvikle sin kunnskap og sin relasjonskompetanse med fokus på både å gjøre («the doing») og en måte å være på («being in the doing») som fremmer pasienters velvære og helse.

REFERANSER

- Aglen, B. (2014). Selvhjelp og selvhjelpsgrupper. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 184–195). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental Health and Physical Wellbeing*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aune, I. & Dahlberg, U. (2016). En helsefremmende fødselsomsorg. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i Spesialisthelsetjenesten* (s. 133–148). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Aune, I., Dahlberg, U. & Haugan, G. (2017). Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 177–186 doi: <https://doi.org/10.1177/2057158517733244>
- Baldacchino, D. (2010). *Spiritual care: Being in Doing*. Malta: Preca Library.
- Barca, M. L., Selbæk, G., Laks, J. & Engedal, K. (2009). Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 417–425. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.2139>
- Boston, P., Bruce, A. & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604–618.
- Boyce, R. D., Hanlon, J. T., Karp, J. F., Kloke, J., Saleh, A., & Handler, S. M. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *Journal*

- of the American Medical Directors Association, 13(4), 326–331. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.08.009>
- Brownie, S. & Horstmanshof, L. (2011). The Management of Loneliness in Aged Care Residents: An Important Therapeutic Target for Gerontological Nursing. *Geriatric Nursing*, 32(5), 318–325. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.05.003>
- Brownie, S. & Horstmanshof, L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethics*, 1–10. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011423292>
- Choi, N., Ransom, S. & Wyllie, R. (2008). Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging Mental Health*, 12(5), 536–547.
- Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M., Dempsey, L. & Murphy, K. (2014). Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: a review and commentary. *Int J Older People Nurs.*, 9(3), 192–199. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12017>.
- Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, Aug;39, 57–62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Drageset, J., Eide, G., Kirkeveld, M. & Ranhoff, A. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 106–114. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209>
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. (2013). Anxiety and Depression and Mortality Among Cognitively Intact Nursing Home Residents With and Without a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing*, 36(4), 68–74.
- Drageset, J. & Haugan, G. (2021) The Impact of Nurse-Patients Interaction on Loneliness Among Nursing Home Residents – a Questionnaire Survey. *Geriatric Nursing*, in press.
- Drageset, J. & Haugan, G. (2016). Psychometric properties of the Orientation to Life Questionnaire in nursing home residents. *Scand J Caring Sci.*, 30(3), 623–630. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12271>
- Drageset, J., Haugan, G. & Tranvåg, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics, open access*, 17(1), 254. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0650-x>
- Drageset, J., Taasen, S., Espehaug, B., Kuven, B. M., Eide, W. M., Rinnan, E. . . . Haugan, G. (2021). Associations between nurse–patient interaction and sense of coherence among cognitively intact nursing home residents. *J Holist Nurs.*, 39(1), 16–28. doi: <https://doi.org/10.1177/0898010120942965>.
- Eldstad, T. A. & Eide, A. (2017). Social participation and recovery orientation in a “low threshold” community mental health service: An ethnographic study. *Cogent Medicine* (4), 1362840. doi: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1362840>
- Frankl, V. E. (1978). *The Unheard Cry for Meaning*. New York: Simon & Scuster.
- Grech, A. & Marks, A. (2017). Existential suffering part 1: definition and diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 93–94. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0422>
- Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J., Granbo, R., Puggaard, L. . . . Hellström, K. (2013). Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home resi-

- dents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. *Gerontology*, 59(3), 220–229. doi: <https://doi.org/10.1159/000345416>
- Harper Ice, G. (2002). Daily life in a nursing home – Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16, 345–359.
- Haugan, G. (2013a). The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 107–120. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12173>
- Haugan, G. (2013b). *Self-transcendence, well-being and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients*. (Philosophiae Doctor PhD). Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway. (2013:66)
- Haugan, G. (2014a). Helsefremmende interaksjon. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Haugan, G. (2014b). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 1030–1043. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12282>
- Haugan, G. (2014c). Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1830–1844. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12402>
- Haugan, G. (2014d). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014(28), 74–78. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12028>
- Haugan, G. (2014e). Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse. *Geriatrisk Sykepleie*, 1, 8–16.
- Haugan, G. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk Sykepleie*, nr.2, side 22–33.
- Haugan, G. & Drageset, J. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale – dimensionality, reliability and construct validity among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.042>
- Haugan, G., Eide, W. M., André, B., Wu, V. X., Rinnan, E., Taasen, S. E. . . . Drageset, J. (2021). Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents: the impact of the nurse-patient interaction. *Scand J Caring Sci.*, 35(1), 208–219. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12836>.
- Haugan, G & Eriksson, M (2021) An introduction to the Health Promotoin Perspective in the Health Care Services. I Haugan, G & Eriksson, M (Red) (2021) *Health Promotion in Health Care – Vital Theoreis and Research*, Kapittel 1, side 3–14, Cham, Sveits, Springer Publisher.
- Haugan, G., Hanssen, B., Rannestad, T. & Espnes, G. A. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3429–3441. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04217.x>
- Haugan, G., Innstrand, S. T. & Moksnes, U. K. (2013). The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2192–2205. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Haugan, G., Kuven, B. M., Eide, W. M., Taasen, S. E., Rinnan, E., Xi Wu, V. . . . Andre, B. (2020). Nurse-patient interaction and self-transcendence: assets for a meaningful life in nursing home residents? *BMC Geriatrics*, 20:168. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>

- Haugan, G. & Moksnes, U. K. (2013). Meaning-in-life in nursing-home patients: A validation study of the Purpose-in-Life test. *Journal of Nursing Measurement*, 21(2), 296–319. doi: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.2.296>
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Espnes, G. A. (2013). Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), 152–163. doi: .1177/0898010113491460
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Løhre, A. (2016). Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian J Caring Sciences*, 30(4), 790–801. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12307>
- Haugan, G., Rannestad, T., Garåsen, H., Hammervold, R. & Espnes, G. A. (2012). The Self-Transcendence Scale – An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 147–159. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010111429849>
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H. & Espnes, G. A. (2013). Self-transcendence in nursing home patients – a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1147–1160. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06106.x>
- Haugan G., Rinnan E, Espnes GA, Drageset J, Rannestad T & André B (2019) Development and psychometric properties of the Joy of life scale in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 801–814. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12676>
- Haugan, G., Utvær, B. K. S. & Moksnes, U. K. (2013). The Herth Hope Index – a psychometric study among cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 378–400.
- Haugan Hovdenes, G. (1995). Troen, håpet og kjærligheten: avgjørende ressurser relatert til helse og livskvalitet. *Klinisk Sygepleje*, 1995, s. 97–101, Munksgaard.
- Haugan Hovdenes, G. (2002). Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem: virkeliggjørelse eller tilintetgjørelse]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*, publ. no.65, vol 22(3), 21–26.
- Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet [Meaningful activities in nursing homes]. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 42–49. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0030>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [The Coordination Reform. The right treatment – in the right place – at the right time]*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. [Good health – a common responsibility]*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet, H. (1987). Helsefremmende arbeid.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014–2015). *Meld. St 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7), 1–19.
- Hosia-Randell, H. & Pitkälä, K. (2005). Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs & Aging*, 22(9), 793–800.

- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiter, H. & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 135–142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001>
- Kelly, A., Conell-Price, J., Covinsky, K., Cenzer, I. S., Chang, A., Boscardin, W. J. & Smith, A. K. (2010). Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1701–1706. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03005.x>
- Kingston, A., Wohland, P., Wittenberg, R., Robinson, L., Brayne, C., Matthews, F., . . . collaboration, o. b. o. t. C. F. a. A. S. (2017). Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS). *Lancet*, 390, 1676–1684. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31575-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31575-1)
- Kreitler, S. (2018). Meaningfulness of Life and Existential Distress. *Adv Clin Exp Psychol* (ACEP-101 DOI: 10.29011/ ACEP-101. 100001). doi: <https://doi.org/10.29011/ ACEP-101. 100001>
- Kvalsund, R. (2007). *Oppmerksomhet og påvirkning i hjelperelasjoner*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- LeMay, K. & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical psychology review*, 28(3), 472–493. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013>
- Løgstrup, K. E. (1956/2010). *Den etiske fordring* København: Klim.
- Maholick, L. & Crumbaugh, J. (1969, 1981). *Manual of Instructions for The Purpose-in-life test. Psychometric Affiliates*. TN: Psychometric Affiliates. Viktor Frankl Institute of Logotherapy. Saratoga, Murfreesboro.
- Mann, E., Köpke, S., Haastert, B., Pitkälä, K. & Meyer, G. (2009). Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 9(18). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-18>
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien (From Marx to Løgstrup. About ethics and awareness in nursing)*. Otta: TANO A.S.
- McDougall, F., Matthews, F., Kvaal, K., Dewey, M. & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*(36), 562–568. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afm111>
- Modig, K., Virtanen, S., Ahlbom, A., & Agahi, N. (2016). Stable or improved health status in the population 65 years and older in Stockholm, Sweden – an 8-year follow-up of self-reported health items. *Scand J Public Health*, 44(5), 480–489.
- Helse og omsorgsdepartement. (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Bergen: Fagbokforlaget
- Otsuka S, Hamahata A, Komatsu M, Suishu C & Osuka K. (2010) Prospects for introducing the Eden alternative to Japan. *J Gerontol Nurs.*, 36(3), 47–55. doi: <https://doi.org/10.3928/00989134-20100202-03>. PMID: 20180498
- Pert, C. B. (1999). *Molecules of emotion – why you feel the way you feel*. New York, U.S.: Simon and Schuster Inc.
- Phillips-Salimi, C. R., Haase, J. E. & Kooken, W. C. (2012). Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 230–245. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05763.x>

- Prieto-Flores, M., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011a). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health Place*, 17(6), 1183–1190. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Prieto-Flores, M., Forjaz, M., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011b). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177–194. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Rannestad, T., Hovdenes, G. H. & Espnes, G. A. (2006). Hjernen er ikke alene: psykosomatikken ser kropp og sjel i sammenheng, det bør sykepleie også gjøre. *Tidsskriftet Sykepleien*, 94, 52–56.
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. I M. J. Smith & P. R. Liehr (Red.), *Middle Range Theory for Nursing* (2. utg., s. 105–129). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Rinnan, E., Andre, B., Drageset, J., Garåsen, H., Espnes, G. A. & Haugan, G. (2021). Despite Symptom Severity, do Nursing Home Residents Experience Joy-of-Life? The associations between Joy-of-life and Symptom Severity in Norwegian Nursing Home Residents. *Journal of Holistic Nursing*, in press.
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2018). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *April*;22(2), 226–234. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Sand, L. & Strang, P. (2007). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376–1387. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1376>
- Schnell Husby, V. & Aglen, B. (2016). Fast-track behandlingslinjer er helsefremmende for pasienter som skal opereres for slitasje i kne- og hofteledd. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i Spesialisthelsetjenesten* (s. 206–222). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knoph.
- Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H. & Edberg, A.-K. (2018). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1357–1364. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481>
- Sjöberg, M., Edberg, A.-K., Rasmussen, B. H. & Beck, I. (2019). Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), e12213. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12213>
- Slettebo, A., Saeteren, B., Caspari, S., Lohne, V., Rehnsfeldt, A. W., Heggstad, A. K. T., . . . Naden, D. (2017). The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 718–726. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12386>
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *The hospital anxiety and depression scale manual*: Windsor: NEFER-Nelson.
- Stavrova, O. & Luhmann, M. (2016). Social connectedness as a source and consequence of meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 470–479. doi: <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117127>
- Stewart, R. (2013). Reducing depression in nursing homes: so little, so late. *Lancet*, Jun 29(9885)(381), 2227–2228. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60939-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60939-3)

- Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A. K. & Rämngård, M. (2019). The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals—A multiple case study. *International journal of older people nursing*. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), e12234. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12234>
- Sundström, M., Edberg, A.-K., Rämngård, M. & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1). doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673>
- Swapna, U. K., Bhattacharjee, S., Kamble, P. & Aparasu, R. (2011). Prevalence and Predictors of Antidepressant Prescribing in Nursing Home Residents in the United States. *Pharmacotherapy*, 9(2, April 2011), 109–119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.03.001>
- Tejero, L. & Marie, S. (2012). The mediating role of the nurse-patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 994–1002. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05795.x>
- Temkin-Greener, H., Zheng, N. T., Xing, J. & Mukamel, D. B. (2013). Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003–2007 *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(10), 741–748. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.009>
- Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A. & Dezutter, J. (2019). Spirituality among nursing home residents: a phenomenology of the experience of spirituality in late life. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. doi: <https://doi.org/10.1080/15528030.2019.1631939>
- Thorne, B. (2013) *Person-Centered Counselling in Action*. Fourth edition. London, SAGE Publications Ltd.
- Tuckett, A. (2007). The meaning of nursing-home: “Waiting to go up to St. Peter, OK! Waiting house, sad but true”: an Australian perspective. *J Aging Stud*, 21(2), 119–133.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning – mer enn ord* (Vol. 4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Verhoeven, V., Hartmann, M. L., Wens, J., Sabbe, B., Dieleman, P., Tsakitzidis, G. & Remmen, R. (2014). Happy pills in nursing homes in Belgium: A cohort study to determine prescribing patterns and relation to fall risk. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5, 53–57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.12.001>
- Vossius, C., Selbæk, G., Šaltytė Benth, J. & Bergh, S. (2018). Mortality in nursing home residents: A longitudinal study over three years. *PLoS One*, 13(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203480>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO. (2010). *Global Status Report on Non-Communicable Diseases*.
- WHO. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018, February 5th). *Ageing and health*.



5. Slow nursing – salutogen omsorg i langtidshjem

Daniela Lillekroken

Sammendrag Til tross for økt forskningsinteresse innen demensomsorgen er det fortsatt lite kunnskap om hvordan salutogen omsorg kan anvendes, og hvordan den påvirker kvaliteten på omsorgen som ytes for personer med demens. I denne studien presenteres funn fra en sekundæranalyse av originale kvalitative data fra en tidligere studie. Funn presentert i dette kapittelet viser hvordan Slow nursing kan være en salutogen tilnærming som kan forbedre kvaliteten på omsorgen som ytes til personer med demens.

Nøkkelord demens | kvalitativ studie | langtidshjem | salutogen omsorg | sekundæranalyse | Slow nursing

Abstract Despite a growing body of research literature within dementia care, research concerning salutogenic care and how it affects the quality of care provided to people with dementia is still scarce. In this study, findings from secondary analysis of original qualitative data from a former study are presented. Findings presented in this chapter show how Slow nursing embodies a salutogenic approach, which may improve the care quality provided to people with dementia.

Keywords

INNLEDNING

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2019) definerer demens som et syndrom som karakteriseres av svikt i kognitive funksjoner som sanseoppfattelse, oppmerksomhet, tenkning og tilegnelse av ny kunnskap sammenlignet med tidligere funksjonsnivå. Demens vil gradvis føre til svikt i praktiske ferdigheter, noe som kan føre til at personen som har demens, vil oppleve økende utfordringer med å gjennomføre

aktiviteter i det daglige livet. Etter hvert, etter som sykdommen forverres, vil personens mulighet til å leve et selvstendig liv bli redusert (Engedal, 2016).

Et av hovedmålene i norsk helsepolitikk er at morgendagens eldre skal få mulighet til å leve og bo selvstendig, leve et aktivt liv og ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (HOD, 2015). Det viktigste målet i kommunehelsetjenester er ikke bare helse, men også selve livet med vekt på forebygging, helsefremming, selvhjelp og mestring (Rannestad & Haugan, 2014).

Med implementering av samhandlingsreformen i 2012 (HOD, 2009) har den kommunale helsetjenesten fått større ansvar med å overta en del oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Tanken bak reformen er at kommunen oppgraderer tilbudet til «før» i stedet for «etter sykehusopphold», noe som skal føre til bedre tilbud for personer som har behov for helsetjenester. Dette betyr at det skal legges mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, og at den kommunale helsetjenesten skal legge forholdene til rette for mestring, god livskvalitet og for at pasientene skal kunne bruke tilgjengelige ressurser og leve et godt liv til tross for sykdom og funksjonssvikt (Rannestad & Haugan, 2014).

Til tross for regjeringens satsing gjennom kvalitetsreformen «Leve hele livet» (HOD, 2017) vil livet med demens kreve økt innsats for tilrettelegging av boforhold og omgivelser, meningsfulle dager og aktiviteter, ernæring og pleie. Mot slutten av livet kreves smertelindring og palliativ behandling. Å leve med demens hjemme oppleves ulikt fra person til person, men for de fleste medfører denne livssituasjonen usikkerhet og angst (Rokstad, 2014). På grunn av høy alder vil noen også få andre sykdommer i tillegg til demens; derfor, for å kunne ivareta den enkeltes pleie og omsorgsbehov, vil flytting til en heldøgnsinstitusjon være det beste tilbudet (Engedal, 2016).

Ved alvorlig demens har funksjonssvikten innvirkning på dagliglivets aktiviteter og sosial fungering, derfor personer med demens har ofte blitt fremstilt som personer som har behov for omfattende helsehjelp. Selv om demens ikke kan behandles, kan forløpet endres gjennom god demensomsorg (Livingston et al., 2017). Til tross for utfordringer vil mange personer fortsatt ha ressurser til å kunne mestre det daglige livet. Hvordan helsepersonellet ved en institusjon samhandler og kommuniserer, er av betydning for at disse ressursene fremmes og ivaretas slik at personen med demens mestrer utfordringene sykdommen gir, og opplever sammenheng i det daglige livet. Dette ressursperspektivet som fokuserer på personens ressurser og det som bidrar til å opprettholde helse, har fått navnet *salutogenese*. Teorien om salutogenese ble utviklet av Aaron Antonovsky, en amerikansk-israelsk medisinsosialog (Antonovsky, 1979, 1987). Ordet er satt sammen av *salus*, som er helsens gudinne i den romerske mytologien, og *genesis*, som er et gresk ord for opprinnelse eller tilblivelse (Lindström & Eriksson, 2015).

Salutogenese-begrepet er skapt som en motreaksjon til patogenese-begrepet og bygger på et grunnleggende teoretisk fundament (Antonovsky, 1979). Salutogenese handler om et kunnskapsområde, en holdningsstil, en lærende prosess som sammenlagt fører til en ny måte å arbeide på med helse. I tillegg bygger teorien på et positivt helsebegrep, opplevelse av sammenheng (OAS), og derfor kan teorien brukes som grunnlagstenkning i demensomsorgen, og kan bidra til å forbedre kvaliteten på pleien og omsorgen for personer med demens ved at helsepersonellet blir bedre rustet til å møte utfordringene den komplekse demensdiagnosen byr på.

ULIKE OMSORGSMODELLER

Til tross for økt interesse for demensomsorgsforskning er det fortsatt et misforhold mellom omfang av forskning og behovet for mer kunnskap blant helsepersonell som arbeider i demensomsorgen. Mye av forskningen innen demens har vært og er fortsatt preget av et medisinsk perspektiv ved at den fokuserer på sykdommens årsaksforhold, symptomer og behandling av utfordrende atferd ved langtkommen demens (Moga, Roberts & Jicha, 2017; Wang et al., 2016). Per i dag finnes ingen medikamentell behandling for demens, og derfor har mye av forskningen i den senere tid endret fokus til heller å utvikle retningslinjer og integrerte helsetjenester som tar hensyn til den unike personen og hans eller hennes komplekse sykdomsbilde, og som støtter opprettholdelse av personens livskvalitet og et liv levd i verdighet.

Gjennomgang av forskningslitteratur viser at ulike omsorgsmodeller og positive tilnærminger har blitt utviklet for å øke kunnskapen om hvordan kvaliteten på pleie og omsorg for personer med demens kan forbedres (Heintz, Monette, Epstein-Lubow, Smith, Rowlett & Forester, 2020; Kovaleva, Epps, Clevenger & Hepburn, 2018).

I demensforskningslitteraturen er Kitwoods personsentrerte omsorgsmodell (Kitwood, 1997) et sentralt tema. Modellen viser til omsorgspraksis som har til hensikt å ivareta personen med demens sitt personverd gjennom hele livet. I en litteraturgjennomgang som inkluderte 19 intervensjonsstudier, presenterer Kim og Park (2017) resultater fra en metaanalyse som har undersøkt effektiviteten av personsentrert omsorg i demensomsorgen. Resultater fra metaanalysen viser at personsentrert omsorg kan, i tillegg til å opprettholde personens verd, redusere agitasjon, redusere forekomsten av nevropsykiatriske symptomer og forbedre livskvaliteten til pasientgruppen.

Studier som fokuserer på positive tilnærminger, ikke-medikamentelle intervensjoner eller strategier som kan forbedre personens livskvalitet og velvære, har i den siste tiden fått økende oppmerksomhet (Hebert & Scales, 2019). Mange studier har

belyst helsepersonellens kunnskap om og implementering av ulike kommunikasjons- og samhandlingsstrategier i det daglige livet og deres betydning for kvaliteten på pleie- og omsorgen som ytes for personer med demens (Judd, 2017). Turner (2016) presenterer en oppsummering av ulike ikke-medikamentelle terapier. I tillegg til velkjente kommunikasjonsstrategier som validering og reminisens foreslår hun at diverse meningsfulle aktiviteter som for eksempel aromaterapi, massasje, multisensor-stimulering, dyreassistert terapi eller deltakelse i kulturelle aktiviteter kan ivareta personverd og øke personens subjektive velvære og livskvalitet.

Både internasjonalt og nasjonalt har det meste av den salutogene forskningslitteraturen OAS som indikator for personens livskvalitet. I en oversiktsartikkel som har inkludert 458 vitenskapelige publikasjoner og 13 doktorgradsavhandlinger, konkluderer Eriksson og Lindström (2006) med at en sterk OAS er forutsetning for god livskvalitet. I norsk kontekst beskriver Langeland (2007) i sin intervensjonsstudie hvordan teorien om salutogenese operasjonaliseres til salutogene terapiprinsipper for å styrke OAS og livskvalitet hos personer med psykiske helseproblemer. Norekvål et al. (2010) har undersøkt hvordan OAS påvirker det fysiske, psykososiale og miljømessige aspektet ved livet etter at eldre kvinner (62–80 år) har gjennomgått akutt hjerteinfarkt. Studien viser at OAS påvirker livskvaliteten, og at det finnes betydelig forskjell i livskvalitet mellom personer med svak, moderat og sterk OAS.

Forholdet mellom Eldres tilpasning til institusjonslivet og deres OAS har allerede blitt utforsket i begynnelsen av 90-årene. Stafford (1991) viser at en sterk OAS har positiv påvirkning på Eldres beslutning om valg og tilpasning av mestringsressursene for å kunne håndtere ulike former for stress. Cole (2007) beskriver OAS i sammenheng med sykehjemsbeboernes funksjonelle status og hvilke strategier som benyttes for å mestre sykdom og livet på sykehjemmet. Resultater fra Cole (2007) sin studie viser at en sterk OAS er en forutsetning for at beboerne skal mestre utfordringene relatert til helse og høy alder i en sykehjemskontekst, noe som bekrefter Stafford (1991) sine resultater.

Det finnes imidlertid en del norske studier som viser at hvordan kognitivt friske sykehjemsbeboere opplever interaksjonen med helsepersonellet, har signifikant betydning for deres opplevelse av mening, som er en sentral dimensjon i OAS (Haugan, 2014a, b, c, d), håp, som er høyt korrelert med mening og OAS (Haugan, 2014c; Haugan, Moksnes & Espnes, 2013), *self-transcendence*, som er korrelert med mening og OAS (Haugan et al., 2020a; Haugan, Moksnes & Løhre, 2016; Haugan, Hanssen, Rannestad & Espnes, 2012), livsglede, som er korrelert med mening, og OAS (Haugan et al., 2020b) samt angst og depresjon, som viser å være negativt signifikant korrelert med OAS (Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013).

Sykehjemsbeboernes opplevelse av livskvalitet sett i forhold til OAS er også utforsket. Drageset et al. (2008) har undersøkt forholdet mellom OAS og helsere-latert livskvalitet (HRQOL) blant sykehjemsbeboere i norske sykehjem. Resultater fra deres studie viser at OAS er en nødvendig ressurs for at beboerne kan oppleve god livskvalitet. Drageset, Espehaug og Kirkevold (2012) har også analysert hvordan forholdet mellom depresjon og OAS påvirker opplevelsen av ensomhet blant kognitivt friske sykehjemsbeboere. Resultater fra deres studie viser at uavhengig av om OAS er sterk eller svak, kan depresjonssymptomer føre til sosial ensomhet. Resultater fra en 5-års longitudinell oppfølgingsstudie gjennomført av Drageset, Espehaug, Hallberg og Natvig (2014) viser at OAS har forandret seg over tid ved at den har blitt sterkere, spesielt hos eldre i aldersgruppen mellom 85 og 94.

Det foreligger, som vist over, mye forskning om betydningen av OAS for kognitivt friske eldres helse og deres livssituasjon, men det har ikke lyktes å finne studier som utforsker hvordan sykepleierne kan ivareta og eventuelt styrke OAS hos personer med demens som bor på sykehjem. Til tross for at teorien om salutogenese representerer en grunnleggende forståelse for hvordan OAS kan skapes, er ikke dette blitt utforsket med tanke på personer med demens. Hvordan OAS hos personer med demens som bor i et langtidshjem, kan ivaretas og eventuelt styrkes, ble utforsket i en kvalitativ studie (Lillekroken, 2016).

ET SALUTOGENT PERSPEKTIV

OAS er en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennom-gripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente. OAS er uttrykk for forhold som kan føre til at en beveger seg i retning av den positive enden av helsekontinuumet, mot helse.

Ifølge Antonovsky (1979, 1987) består OAS av tre komponenter:

- **Begripelighet** handler om personens evne til å bedømme virkeligheten, det vil si i hvilken grad personen opplever at stimuli som personen utsettes for, er kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og som klar informasjon i stedet for støy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet eller uforståelig.
- **Håndterbarhet** innebærer en følelse av at utfordringer kan håndteres, at personen opplever at hun/han har tilstrekkelig ressurser til rådighet til å takle kravene som personen stilles overfor de stimuliene fra det ytre og/eller indre miljøet. Ressurser personen har til rådighet, kan bety ressurser som kan kontrolleres av personen selv eller av en legitim annen, som for eksempel ektefelle, venn, kol-

lega eller helsepersonell. En person som har en sterk følelse av håndterbarhet, føler seg ikke som offer og ser ikke livet som urettferdig.

- **Meningsfullhet** omhandler viktigheten av å være deltakende og engasjert i sitt eget liv og i de prosessene som former ens egen skjebne – eller i sine egne, daglige erfaringer. Meningsfullhet skaper lysten til å finne en dypere forståelse av verden og de ressurser man har til rådighet. Når en person opplever meningsfullhet, vil livet oppleves stabilt og vedvarende. Meningsfullhet er den av de tre komponentene som anses som den mest betydningsfulle.

Mestring forutsetter OAS som helhet, og de tre komponentene henger sammen og påvirker hverandre. Høy håndterbarhet er for eksempel avhengig av høy begripelighet: En person må ha klart begrep om hvilke krav som stilles om personen skal føle at ressursene er tilgjengelige. Høy meningsfullhet og begripelighet gjør at personen motiveres til å søke ressurser. Hvordan kan en person som har kognitiv svikt på grunn av demens, begripe for deretter å håndtere?

OAS kan betraktes som en mestringsressurs som gjør personen med demens i stand til å utnytte sine ressurser lengst mulig, oppleve mestring og håndtere hendelser i livet. Samspillet mellom person og omgivelser vil alltid være i forandring, dermed påvirkes valg av ressurser også av personens nåværende livssituasjon og hendelser i livet. Dette er viktig kunnskap for sykepleieren som skal hjelpe beboeren til å mestre hverdagen i en institusjon.

Salutogenese er i og for seg ikke noe brudd med for eksempel deler av miljøterapeutisk arbeid, som er viktig i demensomsorgen. Det som er annerledes, er fokuset på systematisk fremhevelse av eksempler på mestring, det vil si situasjoner der personen evner å styre sitt eget liv eller få hjelp til det, og det som kan styrke selvfølelsen. En forutsetning for at en salutogen tilnærming kan fungere i demensomsorgen, er kartlegging av friskhetsfaktorene, det som personen fortsatt mestrer enten selvstendig eller med delvis hjelp, og som personen fortsatt har glede av og finner mening i. I praksis kan sykepleieren kartlegge personens ressurser, ønsker og preferanser ved innkost og gjennom samtaler med personen med demens og/eller pårørende.

Antonovsky (1979, 1987) har identifisert faktorene som bestemmer håndteringen av spenning, og som han kalte for «generelle motstandsressurser» (GMR). Den salutogene modellen forutsetter at alle individer har GMR som hele tiden tas i bruk for å takle spenninger i hverdagslivet. GMR defineres som enhver karakteristikk av en person, en gruppe eller omgivelsene som bidrar til å forebygge eller bekjempe stressorer og fremme effektiv mestring av spenning (Antonovsky, 1979, 1987).

Sullivan (1989) har for første gang tilpasset den salutogene modellen til sykepleie og evaluerte modellen i forhold til begrepene person, omgivelser, helse og

sykepleie. I den grad sykepleieren bidrar til å fremme personens håndtering av spenning, tilrettelegger for at personen kan mobilisere GMR og styrker personen i forhold til fremtidige utfordringer, kan sykepleie forstås som en del av personens motstandsressurser. Sullivan (1989) skiller mellom *generelle motstandsressurser* (GMR) og *spesifikke motstandsressurser* (SSR). Om sykepleieren hjelper personen med demens med et spesielt problem, blir sykepleie en spesifikk motstandsressurs (SSR). I det følgende vil det vises med eksempler hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for å aktivere GMR hos personer med demens.

KAPITTELETS HENSIKT

Det empiriske grunnlaget i denne studien er basert på et kvalitativt forskningsdesign. Hensikten med dette kapittelet er å beskrive hvordan Slow nursing kan anvendes som hverdagspraksis i langtidshjem, og hvilke fordeler det kan ha for personer med demens.

Hensikten ønskes nådd ved å besvare følgende forskningsspørsmål: *Hvordan kan Slow nursing anvendes som hverdagspraksis i langtidshjem, og hvilke fordeler den kan ha for personer med demens?*

KONTEKST, UTVALG OG DATASAMLING I DEN ORIGINALE STUDIEN

Forskningskonteksten for den originale studien var to skjermede enheter for personer med demens fra to ulike langtidshjem (A og B). Studien ble godkjent av REK (Ref.nr. 2011/199) og fikk tillatelse til gjennomføring av ledelsen ved begge langtidshjemmene. Deltakerne i studien var 16 sykepleiere, 8 fra hvert langtidshjem. Data ble samlet ved å triangulere to ulike datasamlingsmetoder: deltakende observasjon og fokusgruppeintervjuer. Datainnsamling varte i åtte uker på hvert langtidshjem, hvor hver sykepleier ble observert en uke om gangen. Halvveis i observasjonsperioden, og etter at fire sykepleiere ble observert, ble det gjennomført et fokusgruppeintervju. Totalt ble det gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med fire deltakere i hver fokusgruppe.

Observasjonen ble dokumentert ved at forskeren skrev feltnotater som inneholdt konkrete opplysninger om tid, sted, observasjonsbeskrivelse, forstyrrelser og, på slutten av observasjonen, en foreløpig tolkning. Fokusgruppeintervjuene ble registrert digitalt og transkribert rett etter gjennomføringen av forskeren selv. Det ble utarbeidet en intervjuguide med seks temaer basert på Antonovskys (1979) 13-

items spørreskjema om OAS. I originalanalysen ble datamaterialet analysert ved å benytte to ulike analysemetoder: kvalitativ innholdsanalyse og fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode. Det er denne fenomenologisk-hermeneutiske analysemetoden som har ført til at «Slow nursing» fikk mening i demensomsorgen, da metoden ga mulighet til å analysere datamaterialet hvor sykepleierne forteller om deres opplevelser og erfaringer med aktiviteter som kunne ivareta OAS hos personer med demens, var vesentlige. I tillegg, ved å anvende Walker og Avants (2011) metode for begrepsutvikling og analyse av det empiriske datamaterialet fra denne studien, ble begrepet «Slow nursing» utviklet.

«SLOW NURSING» – EN SALUTOGEN TILNÆRMING

I kommunehelsetjenesten er dagens praksis preget av effektivitetstanken, med størst mulig produksjon til minst mulig kostnad, noe som betyr at jo mindre ressurser som brukes til å oppnå nytte, jo mer effektiv er sykepleieren (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016). Effektivitet har i en omsorgssammenheng bare nytteverdi når den beskriver graden av måloppnåelse; det vil si at sykepleien er effektiv dersom den fører til bedre helse for pasienten. Kanskje det er på tide å stille seg spørsmål om hva effektivitet betyr i demensomsorgen, eller vurdere effektivitet i forhold til kvalitet?

Som omsorgsutøvere er sykepleierne nær mennesker som trenger hjelp. Sykepleierne står overfor spesielle situasjoner hvor de opplever mennesker som har behov for pleie og omsorg. Møtene med de menneskene vil være svært forskjellige, derfor er det viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hennes eller hans nærvær kan skape muligheter for «å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (NSF, 2019).

Sykepleieforskeren Herdis Alvsvåg skrev en gang at det «å være nærværende er å være langsom i de korte møtene» (Alvsvåg, 1995). Begrepene «rask og effektiv» ses alltid i sammenheng med hverandre; det er sjelden at noen kan være effektive uten også å være raske. Fart og det å gjøre alt fort er selvsagt ofte sett som kritisk innen omsorgsyrkene. «Fort» forstås som opptatt, kontrollerende, aggressivt, masende, stresset, overfladisk, utålmodig, aktivt, kvantitet fremfor kvalitet (Honoré & Talleraas, 2005).

«Slow» i en sykepleiekontekst betyr: rolighet, forsiktighet, mottakelighet, stillhet, kreativitet, intuisjon, tålmodighet, ettertenksomhet, kvalitet foran kvantitet (Lillekroken, 2014). Det handler om å skape ekte og meningsfulle møter med den andre, noe som også fremheves i Haugan (2014c) sin studie. «Slow nursing» handler ikke om å utføre sykepleie i sneglefart. Begrepet er utviklet som en metafor for

sykepleierens nærvær, en reflektert tilstedeværelse i møte med den unike pasienten (Lillekroken, 2014). Det handler om balanse mellom det å være rask hvis og når det er fornuftig å være det, og det å ta det langsomt hvis situasjonen fordrer lavere tempo.

Martinsen (2007) hevder at hastighet og travelhet er en ødeleggende kraft for menneskelige nærvær. «Slowness» i demensomsorgen «skaper» den nødvendige tiden og rommet for at personen med demens kan bruke egne ressurser for å mestre aktivitetene i det daglige livet. «Slowness» medfører et arbeidstempo som tillater sykepleieren og personen med demens å være i det omsorgsrommet som skapes i relasjonen mellom dem. Hvordan sykepleieren møter personen med demens i dette omsorgsrommet, er avgjørende for at personen begriper, håndterer og finner mening i øyeblikket og i hverdagslivet (Lillekroken, Hauge & Slettebø, 2017).

Ved å dempe tempoet kan sykepleieren utøve helhetlig omsorg (Lillekroken, 2020). «Slow nursing» fordrer en omsorgspraksis som går utover sykepleierens arbeidsoppgaver forankret i avdelingens rutiner og prosedyrer. Det handler om å la beboeren kjenne vinterens kulde og sommerens sol og varme, la dem kjenne hvordan kaffen smaker utenfor avdelingens vegger, eller gi dem mulighet til å lukte og smake nystekte vafler; dette representerer omtentksom omsorg, kreativ sykepleie, omsorg som kan øke beboerens OAS.

I et sykepleieperspektiv er «Slow nursing» ikke noe nytt. «Slow nursing» kan for mange sykepleiere bety utøvelse av sykepleie i fred, ro og harmoni. Det er en varmsom holdning, en slags sensitivitet i måten sykepleieren nærmer seg mennesket på, som kan fremme og støtte en god sykepleier–pasient-interaksjon (Haugan, 2014c). Det er estetisk utøvelse av sykepleie for personer med demens. Dette fordrer praktisk og teoretisk kunnskap, engasjement, kreativitet og intuisjon for å vite når, hvorfor og hvordan en skal yte omsorg for personer med demens. Slik omsorg kan hjelpe mennesker, til tross for demenssykdom, til å leve videre med sine svakheter, men også styrke deres GMR, og kan, på denne måten, bidra til å ivareta deres OAS (Lillekroken, 2016).

SEKUNDÆRANALYSE

Datamaterialet innsamlet i forbindelse med doktorgradsprosjektet til Lillekroken (2016) danner utgangspunkt for sekundæranalysen. Sekundæranalyse involverer bruk av eksisterende data som er innhentet med en annen hensikt, og retter seg mot en ny forskningsinteresse som er forskjellig fra det opprinnelige arbeidet (Heaton, 2008). Den samme forskeren som har foretatt originalanalysen av data, har foretatt den sekundære analysen. Til forskjell fra originalanalysen, som utfor-

sket sykepleiernes erfaringer med hvordan de kan ivareta OAS hos personer med demens som bor i langtidshjem, har sekundæranalysen vektlagt å beskrive hvordan Slow nursing kan anvendes som hverdagspraksis i langtidshjem, og hvilke fordeler den kan ha for personer med demens.

I den sekundære analysen ble det anvendt en kvalitativ, induktiv innholdsanalyse (Kyngäs, 2020). Analyseprosessen besto av tre steg. Det første steget var naiv lesning, som ga et helhetsinntrykk av datamaterialet. Det andre steget besto av åpen koding. Med utgangspunkt i det nye forskningsspørsmålet ble åpen koding utført ved at teksten ble nøye gjennomgått på nytt, og utsagn eller beskrivelser om hvordan sykepleierne kommuniserte eller samhandlet med personer med demens, ble understreket. Deretter ble fargekoder brukt for å kategorisere de ulike kategoriene. De kategoriene som fikk den samme fargen, ble gruppert og samlet i forhold til likheter og ulikheter under egne overskrifter. Det tredje steget ble utført ved at kategorier ble redusert og slått sammen i grupper under overskrifter – hovedkategorier. Analyseprosessen gikk så over i en mer fortolkende fase hvor funnene ble holdt sammen med forforståelse, tidligere forskning og teori.

Den sekundære analysen førte til utvikling av tre hovedkategorier: (i) «Slow nursing» ivaretar personens motstandsressurser og fremmer mestring, (ii) «Slow nursing» fremmer positive relasjoner og bevarer personens identitet, og (iii) «Slow nursing» skaper orden i kaos. I det følgende vil disse tre kategoriene presenteres og diskuteres sammen med eksempler fra sykepleiernes utsagn fra fokusgruppeintervjuer og feltnotater fra deltakende observasjon.

PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON

«Slow nursing» ivaretar personens motstandsressurser og fremmer mestring

Den første grunnleggende antakelsen er at salutogenese legger vekt på det helhetlige perspektivet om synet på mennesket. Fra et holistisk perspektiv er helse og sykdom forstått som ulike prosesser som er avhengige av hverandre og dermed gjensidig påvirker hverandre. Langeland (2007) retter oppmerksomheten i sin studie mot den dynamiske interaksjonen mellom motstandsressurser og stressfaktorer. Om personen har tilgjengelig motstandsressurser i seg og rundt seg, vil han eller hun ha evne til å bruke dem og dermed overvinne stressfaktorene (her utfordringer knyttet til gjennomføring av aktiviteter i det daglige livet).

Et viktig sykepleiefokus i langtidshjem er mestring av hverdagslivet ved ulike helseproblemer og/eller ved nedsatt funksjon. Sykepleierens oppgave er derfor å

tilrettelegge aktiviteter slik at personer med demens kan oppleve deltakelse og mestring.

«Slow nursing» som salutogen tilnærming i demensomsorgen vil være å se etter de faktorer eller motstandsressurser som bidrar til å øke evnen til personen med demens til å håndtere utfordringene i hverdagen. Med dette som utgangspunkt vil mestringsressursene styrkes gjennom et samspill mellom personen, omgivelsene og sykepleieren (Lillekroken, Hauge & Slettebø, 2015b); og som vil påvirke den enkeltes person overskudd til å mestre hverdagen og å være deltaker i sitt eget liv (Lillekroken et al., 2015a). Dette åpner for å tenke at GMR kan styrkes, til tross for kognitiv svikt. For at sykepleieren kan aktivere og styrke pasientens GMR, må hun/han være sensitiv og observant på personens mestringsressurser, på det personen mestrer, i stedet for det han eller hun ikke kan, slik en av deltakerne beskrev:

På min avdeling er det en beboer ... Kognitivt er hun [beboeren] kjempedårlig, nesten ikke språk ... men hun smiler ... og har ingen samarbeidsproblemer ... Hun er sprek ... hun klarer det meste med tilrettelegging og veiledning ... og jeg må selvfølgelig være der ... Hun hører på hva du sier ... og da er det ingen problemer!

Sykepleie og/eller omsorg for personer med demens er ikke eksplisitt definert i den salutogene modellen, men kan ses på som SSR, noe som er aktuelt i demensomsorgen.

Salutogen tilnærming er knyttet til tenkningen om hvordan sykepleieren kan rette oppmerksomheten mot de positive mulighetene og personens handlingspotensial slik det ble beskrevet over, i deltakerens utsagn. Ulike miljøtiltak, som for eksempel musikkterapi (Fusar-Poli, Bieleninik, Brondino, Chen & Gold, 2018), reminisens og livsfortellinger (Woods et al., 2018), fysisk aktivitet (Brasure et al., 2018), kulturelle aktiviteter (Fancourt, Steptoe & Cadar, 2018), sykepleierens kommunikasjon og samhandling med personen med demens (Windle et al., 2019) eller uformelle samtaler rundt middagsbordet (Grondahl, Persenius, Baath & Helgesen, 2017), åpner opp for personens mestringsmuligheter. Hensikten med aktivitetene er å hente frem personlige og meningsfulle minner av hendelser fra tidligere i livet som kan gi en bekreftelse på hvem de har vært, og hvem de fremdeles er i dag (McKinney, 2017).

«Slow nursing» kan være en tilnærming som mobiliserer personens mestringsressurser slik at hun eller han erfarer sitt potensial og kan revurdere seg selv i forhold til her og nå. En revurdering kan føre til at personen vil involvere seg som deltaker i sine daglige erfaringer. Det kan hende at personen vurderer prosessen som

verdt investering og engasjement og gjør sitt beste for å komme seg gjennom den på en anstendig måte. Et eksempel fra et feltnotat støtter denne påstanden:

Hver torsdag har beboerne aktivitetsdag. Aktivitøren forteller at beboerne liker å tegne, ikke alle, men de fleste blir engasjert i denne aktiviteten. «... og så liker de når de produserer noe ... de gjør så godt de kan ... og de er veldig stolte når jeg skryter av det de tegner. Og når de er ferdig, henger jeg tegningene på veggen, en slags utstilling. Pårørende kommer og ser, og de blir glade, de også!»

Personens nåsituasjon påvirker hvordan sykepleieren skal tilrettelegge for at personen med demens skal begripe, håndtere og finne mening i det daglige livet. I et salutogent perspektiv rettes oppmerksomheten mot nettopp personens egen opplevelse av her og nå-situasjoner og egne ønsker, noe som deltakerne var opptatt av. Mestringshistorier fra fortiden, men også fra her og nå er viktige fordi de gir livet mening og forteller hvem personen er. Dette fremheves som viktige aspekter av sykepleie i demensomsorgen (Rokstad, 2014) og støttes også av et utsagn fra en av deltakerne:

Han [beboeren] sang i kor før, sa kona hans ... og nå ... han blir fort sint og aggressiv ... og motorisk urolig når han ikke klarer å si det han ønsker å si ... da begynner jeg å synge, og så begynner han også å nynne til mine verser ... Noen ganger roer han seg, og jeg klarer å hjelpe han med stellet ...

Ifølge Lillekroken et al. (2017) kan sykepleierens nærvær og tilstedeværelse kompensere for personens eventuelle nedsatte evne til å bruke ressursene, slik det er beskrevet i utsagnet over. På denne måten vil sykepleieren i seg selv virke som spesifikk motstandsressurs. I tillegg til hennes nærvær, tilpasning av innhold i og nivå på utfordringer kan hjelpe personen med demens overvinne stressfaktorene og hjelpe han eller henne opprettholde plassen på helsekontinuumet eller «svømme på best mulig måte i livets elv» (Antonovsky, 1987, s. 90).

Antonovskys (1987) andre grunnleggende antakelse er at personens livshistorie er viktig. Demens påvirker hvordan personen som har denne tilstanden, ser på seg selv, hvordan andre forholder seg til denne personen, og på sikt også hvordan personen mestrer og håndterer livet sitt med sykdom. Men demens er kun en liten del av personens livshistorie. Deltakerne i studien var opptatt av å bevare beboernes identitet, slik en av dem beskrev:

Mannen til en av våre beboere har vært ansatt i militæret, og de har reist over hele verden, men de har bodd i USA de siste årene før de kom tilbake til Norge

... Hun liker å snakke om oppholdet i USA ... det er hun stolt av ... hun ser seg selv fortsatt som kona til ...

Det fysiske, men også det psykososiale miljøet er av betydning for personens OAS. Flere ganger har deltakerne uttrykt at det er viktig at bemanningen på en skjermet enhet for personer med demens er stabil og kvalifisert, har kunnskap om demenssykdommen og kjennskap til personen. Det var også viktig at det fysiske miljøet er tilrettelagt for å kunne fremme kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet. Korte korridorer og visuell tilgang til felles arealer der helsepersonellet befinner seg, og korrekt skilting for å lette orienteringen kan sikre forutsigbarhet for personen med demens. Personlig møblering av rom og private bilder og objekter bidrar til kontinuitet og opprettholder kontakten mellom fortid og nåtid, noe som kan ivareta personens OAS (Lillekroken et al., 2015b). På denne måten kan sykepleieren skape et salutogent klima for personer med demens som bor på en skjermet enhet.

«Slow nursing» fremmer positive relasjoner og bevarer personens identitet

Den gode relasjonen mellom sykepleier og personen med demens kjennetegnes av måten sykepleieren er til stede på mens hun eller han utfører de ulike sykepleiefaglige oppgavene, prosedyrene og handlingene. Betydningen av sykepleierens tilstedeværelse i relasjonen med personen med demens beskrives som sentralt i «Slow nursing» (Lillekroken, 2014). Personen med demens er avhengig av at dynamikken mellom han eller henne og sykepleier ikke oppleves som stress og skaper spenninger, men derimot skal føre til kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet hvis personen med demens skal kunne oppleve sammenheng (Lillekroken et al., 2015b). I tillegg er kvaliteten på, den følelsesmessige nærheten i, relasjonen av stor betydning for hvordan hun eller han opplever relasjonen. Utsagn fra en av deltakerne bekrefter betydningen av kontinuitet og tilstedeværelse i demensomsorgen:

Jeg har erfart at hvis jeg er på jobb og ikke kommer inn til henne [en beboer], får hun en dårlig start på dagen ... Det er rart det der ... Hun kjenner meg igjen ... hun husker ikke navnet mitt, men hun ser meg hver dag og det er nok ... hun føler seg trygg på meg og, på en måte, jeg føler meg trygg på henne ... vi vet hvor vi har hverandre.

Av motstandsressurser fremheves spesielt sosial støtte og egoidentitet og opplevelse av seg selv som svært sentrale (Antonovsky, 1987). Å føle nære bånd til noen,

og oppleve at noen bryr seg, bidrar til å øke personenes styrke og motstandsressurser. Bare det å vite at sykepleieren er tilgjengelig og til stede i øyeblikket, vil kunne bidra positivt til å øke personens evne til å håndtere dagliglivets utfordringer (Lillekroken et al., 2017).

I demensomsorgen er det viktig å se personen og lytte til hennes eller hans livsfortelling. Dette kan bidra til at personen føler seg respektert for den hun eller han er, uansett hvor vedkommende befinner seg i sykdommens forløp. Å kjenne seg respektert har avgjørende betydning for selvaktelsen. Respekt viser seg gjennom språket sykepleieren bruker. Ved å bruke begrepet «person» og ikke «den demente» eller «pasient» fremmer sykepleieren hele personen og ikke bare diagnosen. Deltakerne i studien var opptatt av å bevare beboerens mestringshistorie og at det var viktig at sykepleieren prioriterer de gjenværende ressursene slik at personen med demens kan oppleve mestring, og at dagen ikke bare består av nederlag. Dette krever at sykepleieren som arbeider i demensomsorgen, er omtenkfull, kreativ, har kjennskap til og kunnskap om personens tidligere liv, opprettholder kontinuitet og tar seg tid til å være sammen med personen (Lillekroken, 2016).

Kvaliteten på hvordan personen blir møtt, og hvordan hans eller hennes identitet er ivaretatt, er, ifølge Antonovsky (1979, 1987), avgjørende for å ivareta personens opplevelse av sammenheng. I demensomsorgen fokuseres det derfor spesielt på identitetsbevarende tiltak (Rokstad, 2014) som for eksempel erindringssamtaler, både i grupper og i en-til-en-samtaler. Hovedtanken er å fastholde minnene fordi det å ha en fornemmelse av kontinuitet med fortiden skaper sammenheng i livet (Rokstad, 2014). I tillegg, ved å ivareta personens evne til å fortelle fra sitt liv, styrker det opplevelsen av identitet hos personen (Turner, 2016). En av deltakerne fortalte:

De fleste beboerne liker å snakke om deres tidligere liv. Vi setter oss sammen og snakker om deres skolegang eller arbeidsliv. Spesielt menn er opptatt om å fortelle dette med jobben ... Noen er glade å snakke om barn og barnebarn ... Vi må gi dem tid til å fortelle, og vi må bruke tid til å lytte til deres historier. Det er viktig for dem ...

Det er viktig at sykepleieren har en bevisst forståelse av hva diagnosen innebærer, og hvordan demensdiagnosen kan påvirke personen selvforståelse. Samtidig er det viktig å fokusere på personen og hans eller hennes livshistorie heller enn på diagnosen for å unngå stigmatisering og at personen reduseres til en diagnose. Like viktig er det å finne ut av hvilke ressurser personen har, hva personen fortsatt mestrer, hvilke kunnskaper personen besitter, hva personen liker og interesserer seg

for, hvilke kulturer han eller hun føler tilhørighet til, og hva innholdet i hans eller hennes liv har vært til nå. Med kunnskap om disse ressursene kan sykepleieren gi personen en helhetlig omsorg som bekrefter hans eller hennes identitet, og gi en opplevelse av mestring både praktisk, følelsesmessig og sosialt (Lillekroken, 2020).

Identitetsbevarende omsorg basert på respekt for det unike individet er et hovedprinsipp i demensomsorgen og i overensstemmelse med det «Slow nursing» legger vekt på (Lillekroken et al., 2017). Personens identitet er en avgjørende motstandsressurs. I sin studie beskriver Langeland (2007) hvordan evnen til å handle bekrefter personens identitet. Ved at sykepleieren ivaretar personens handlingskompetanse, kan personen oppleve at egen identitet er bevart ved at hun eller han opplever mestring på samme måte før demensdiagnosen ble stilt. Opplevelsen personen har av seg selv, er den viktigste mestringsressursen, noe som bekreftes av et utdrag fra feltnotater skrevet i forbindelse med deltakende observasjon ved langtidshjem B:

Det er sommerfest og alle [beboerne] er pyntet til fest. En sykepleier støtter en dame som går med rullator, en beboer som bor på avdelingen jeg er deltakende observatør. Damen er kledd i blomstrede sommerkjole og har en hvit hatt. De stopper ved siden av meg og sykepleieren ser på damen deretter på meg og spør meg: «Er hun ikke fin?» Damen ser på meg og venter på at jeg skal svare ... «Ja, det er du!», svarer jeg og smiler. Hun smiler tilbake, takker, retter seg opp, og stolt gikk hun videre ...

«Slow nursing» skaper orden i kaos

Demens skaper «uorden» i en persons liv og kan føre til et liv i kaos. Personen kan bli «kastet inn» i en tilstand av kognitiv forvirring, og hans eller hennes evne til å forstå, bearbeide informasjon og ta fornuftige beslutninger vil med tiden avta. Sykepleierens oppgave er å minimalisere denne negative tilstanden ved å etablere kontinuitet, sikre forutsigbarhet og bygge trygghet rundt og hos personen med demens (Lillekroken et al., 2015b). «Slow nursing» er tilnærmingen som kan skape muligheter for å etablere kontinuitet, sikre forutsigbarhet og bygge trygghet i relasjoner, men også i det fysiske miljøet.

Antonovsky (1979, 1987) mener at når det finnes og det snakkes om «risikofaktorer» som fører til sykdom, må det også finnes faktorer som fremmer helse. Han kalte disse faktorene for «salutary factors», det vil si faktorer som fremmer helse eller bidrar til å ivareta personens helse. I sin studie refererer Langeland (2007) til Carl Rogers' (1957) teori om nødvendige og tilstrekkelige betingelser for å kunne

skape et salutogent klima. Hvordan kan sykepleieren skape et salutogent klima på en skjermet enhet for personer med demens, og hvilke faktorer bidrar til et salutogent klima?

En sykepleietilnærming som ikke bare vurderer risikofaktorene, men også personens motstandsressurser, styrker sykepleierens evne til å fremme helse og styrker personen mot fremtidig stress. Deltakerne i studien var opptatt av å redusere risikofaktorene som førte til stress og spenning, og eventuelt minimalisere effekten av dem. En tilnæringsmåte som kan forebygge disse risikofaktorene i det daglige livet, er å redusere forstyrrende atferd. «Slow nursing» kan være en slik tilnærming, som en av deltakerne beskriver:

Jeg har dager hvor jeg er kjempestresset for å rekke å få gjort alt ... men når jeg kommer inn hos beboeren, så tar jeg meg sammen ... Det nytter ikke å løpe og stresse ... da blir han kjempeurolog ... og så blir det vanskelig å roe han. Da får jeg et ekstra problem. Han tåler nesten ingenting ... så jeg må sørge for at han ikke får mange inntrykk. Det takler han ikke ...

Måten helsepersonellet møter personen med demens på, og kommuniserer, kan forsterke eller redusere forstyrrende atferd hos pasientgruppen. Helsepersonellet skal være bevisst på hvordan de snakker med og til personen med demens, da tonen i måten en uttrykker seg på, for eksempel gjennom stemmeleiet, kan endre meningen i hva en ønsker å formidle. Ifølge Rokstad (2014) vil et smil, øyekontakt og det å være bevisst på hvor kontant, befalende, belærende eller dirigerende helsepersonellet uttrykker seg, kunne føre til at vandring, roping, fysisk og verbal aggresjon og agitasjon forekommer i mindre grad på en skjermet enhet for personer med demens. Like viktig er det at sykepleieren må reflektere over i hvilken grad aktivitetene i det daglige livet og samtalene oppleves som passende utfordringer og ikke som et gap mellom førsykdom-mestring og nå-mestring (Lillekroken et al., 2015a). Sykepleieren kan ivareta og/eller tilføre personen ressurser ved bevisst å tilrettelegge for deltakelse i arbeidsliknende meningsfulle aktiviteter (dekke bord til måltider, brette håndklær og kluter, gå turer, hagearbeid, sang og dans, gruppetrening o.l.). På denne måten vil sykepleieren bidra til at gapet blir minst mulig, og støtte opp om det som fungerer fint i personens liv, slik et eksempel fra et feltnotat viser:

En full tøysekk med håndklær og kluter ble hentet opp fra vaskeriet. Sammen med en av beboerne, en dame, begynner sykepleieren å brette håndklær og kluter og stable dem opp på hverandre. Beboeren har problemer med det lange

håndkleet. Hun finner ikke ut hvordan hun skal brette det. Sykepleieren tar fram flere kluter, og uten å si noe tar hun forsiktig vekk håndkleet fra beboeren og gir henne klutene i stedet ...

Ifølge WHO (2019) medfører demens språksvikt, rom- og retningsproblemer samt svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens, får vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller mestre hverdagssysler. Denne tilstanden kan oppleves som en vedvarende mangelsituasjon, en konstant tilstand av tap eller deprivasjon, og en stadig opplevelse av utilstrekkelige ressurser eller rollemuligheter. I tillegg kan flytting til et langtidshjem oppleves som et ytterligere tap av relasjoner, privatliv, selvbestemmelse, autonomi og tilknytning (Haugan, 2015), noe som kan føre til stress og spenning. Ingen kan tenke seg at dette er noe man kan venne seg til, men sykepleieren kan hjelpe personen med demens til å tilpasse seg institusjonslivet. For det første er det viktig å etablere et positivt psykososialt klima på avdelingen. Personen skal føle seg velkommen og at sykehjemmet er et godt sted å bo for resten av livet. «Slow nursing», sykepleierens ekthet og empati kan hjelpe til å etablere et klima som fører til orden rundt pasienten. For det andre må sykepleieren investere i områdene indre følelser, sosiale relasjoner, aktiviteter og eksistensielle tema for å fremme personenes opplevelse av mening.

Aktiv tilpasning inkluderer hvordan en person regulerer seg selv i forhold til livets ulike stressfaktorer (Antonovsky, 1987). I demensomsorgen vil aktiv tilpasning stå sentralt når sykepleieren skal styrke personens evne til å håndtere det daglige livet. Igjen vil personens livshistorie være viktig. Den forteller om tidligere erfaringer med livets stressfaktorer og hvilke mestringsressurser personen tok i bruk. «Slow nursing» kan være en omtentksom tilnærming som skaper tid, rom og forhold som bidrar til at personen med demens kan tilpasse seg livet med demenssykdom og tilværelsen i institusjon. En av deltakerne fremhevet betydningen av førsteinntrykket beboeren får av helsepersonellet og av avdelingen for hans/hennes tilpasning til institusjonslivet:

Hvis vi bruker tid på å bli kjent med dem og de med oss allerede fra dag én, vil de skjønne at dette ikke er noe farlig sted ... Vi må vise respekt og prøve å skape en god relasjon ... da vil de åpne seg for oss og vise sine positive sider ...

KONKLUSJON

I et samfunn hvor kravene og forventningene til kvaliteten på pleie og omsorg i helsesektoren øker i takt med utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene, vil helsepersonell ansatt i langtidshjem være den viktigste forutsetningen for at personer med demens opplever sammenheng i det daglige livet.

Personer med demens er likeverdige medlemmer av samfunnet, og derfor innebærer god omsorg for personer med demens å se hver enkelt pasient som et menneske med unik bakgrunn, individuelle egenskaper og ressurser, muligheter, ønsker, interesser og verdier. Det er utfordrende for helsepersonellet å arbeide for å skape en meningsfull relasjon til pasienten. Hva som oppfattes som en god og verdig demensomsorg, er subjektivt og påvirkes av helsepersonellens holdninger, verdier, forventninger og erfaringer, men måten omsorgen ytes på, er avgjørende for at samhandlingen skal gi rom og vekstvilkår for at personen med demens opplever mestring og bevarer sin identitet. Det er viktig å skape en felles kultur hvor det legges vekt på en salutogen omsorg, der helsepersonellet deler de samme verdier og normer for samhandling med pasientgruppen. «Slow nursing» er omsorgstilnærmingen som skaper vekstvilkår for kontinuitet, sammenheng og mening i samhandling.

REFERANSER

- Alvsvåg, H. (1995). Det gode blikket og de gode hendene. I: K. Martinsen (Red.). *Den omtentlige sykepleier*. Otta: Tano.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brasure, M., Desai, P., Davila, H., Nelson, V.A., Calvert, C., Jutkowitz, E., . . . Kane, R.L. (2018). Physical Activity Interventions in Preventing Cognitive Decline and Alzheimer-Type Dementia: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 30–38. doi: <https://doi.org/10.7326/m17-1528>
- Cole, C.S. (2007). Nursing Home Residents' Sense of Coherence and Functional Status Decline. *Journal of Holistic Nursing*, 25(2), 96–103. doi: <https://doi.org/10.1177/0898010106295187>
- Drageset, J., Espehaug, B., Hallberg, I.R. & Natvig, G.K. (2014). Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents – a five-year longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 18(7), 889–896. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.896866>
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 965–974. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03932.x>

- Drageset, J., Nygaard, H., Eide, G., Bondevik, M., Nortvedt, M. & Natvig, G. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 6–85. Hentet 07.01.20 fra: <http://www.hqlo.com/content/6/1/85>
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax Forlag.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381.
- Fancourt, D., Steptoe, A. & Cadar, D. (2018). Cultural engagement and cognitive reserve: museum attendance and dementia incidence over a 10-year period. *The British Journal of Psychiatry*, 213(5), 661–663. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.129>
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X.-J. & Gold, C. (2018). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1103–1112. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>
- Grondahl, V. A., Persenius, M., Baath, C. & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff – a systematic mixed studies review. *BMC Nursing*, 16, 28. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5>.
- Haugan, G., Kuven, B.M., Eide, W.M., Tåsen, S., Xi Wu, V., Rinnan, E., Drageset, J. & André, B. (2020a). Nurse-Patient Interaction and Self-Transcendence: Assets for a Meaningful Life in Nursing Home Residents? *BMC Geriatrics*, 20(1), 168. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>.
- Haugan, G., Eide, W.M., André, B., Xi Wu, V., Rinnan, E., Tåsen, S., Kuven, B.M. & Drageset, J. (2020b). Joy-of-life in Cognitively Intact Nursing Home Residents: The Impact of the Nurse-Patient Interaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 208–219. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12836>.
- Haugan, G., Moksnes, U.K. & Løhre, A. (2016). Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 790–801. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12307>.
- Haugan, G. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleie-pasient-interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk Sykepleie*, 2, 22–33.
- Haugan, G. (2014a). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 1030–1043. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12282>
- Haugan, G. (2014b). Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1830–1844. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12402>
- Haugan, G. (2014c). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74–88. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12028>
- Haugan, G. (2014d). The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107–120. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12173>.

- Haugan, G., Innstrand, S.T. & Moksnes, U.K. (2013). The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2192–2205. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Haugan, G., Moksnes, U.K. & Espnes, G.A. (2013). Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), 152–163. doi: [.1177/0898010113491460](https://doi.org/10.1177/0898010113491460)
- Haugan, G., Hanssen, B., Rannestad, T. & Espnes, G.A. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23–24), 3429–3441. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04217.x>
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data: an overview. *Historical Social Research*, 33(3), 33–45. doi: <https://doi.org/10.12759/hsr.33.2008.3.33-45>
- Hebert, C.A. & Scales, K. (2019). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia*, 18(5), 1858–1895. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301217731433>
- Heintz, H., Monette, P., Epstein-Lubow, G., Smith, L., Rowlett, S. & Forester, B (2020). Emerging Collaborative Care Models for Dementia Care in the Primary Care Setting: A Narrative Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 320–330. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.07.015>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St. meld.nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 10.09.19 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet 10.09.19 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). «Leve hele livet – vi skaper en kvalitetsreform for eldre». Hentet 10.09.19 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/dep/hod/nett-tv/nett-tv-leve-hele-livet---kvalitetsreform-for-eldre/id2540935/>.
- Honoré, C. & Talleraas, E. (2005). *Slow. Lev livet langsomt*. Oslo: Bazar.
- Judd, M. (2017). Communication strategies for patients with dementia. *Nursing* 2018, 47(12), 58–61. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000524758.05259.f7>
- Kim, S.K. & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381–397. doi: <https://doi.org/10.2147/cia.s117637>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kovaleva, M., Epps, F., Clevenger, C. & Hepburn, K. (2018). Dementia Care Models in the US: Scoping Review. *Innovation in Aging*, 2 (Suppl 1), 137. doi: <https://doi.org/10.1093/geron/igy023.500>.
- Kyngäs, H. (2020). Inductive content analysis. I: H. Kyngäs, K. Mikkonen & M. Kääriäinen (red.). *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer (s. 13–21). doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6>
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. (Ph.d.-avhandling). Universitetet i Bergen, Bergen

- Lillekroken, D. (2020). Slow Nursing and Its Holistic Place in Dementia Care. A Secondary Analysis of Qualitative Data From Nurses Working in Nursing Homes. *Holistic Nursing Practice*, 34(1), 1–9. doi: <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000361>
- Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. (2017). The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia*, 16(7), 930–947. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301215625112>
- Lillekroken, D. (2016). *Slow Nursing – a salutogenic approach in dementia care*. (Ph.d.-avhandling). Universitetet i Agder, Kristiansand.
- Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. (2015a). Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21–22), 3129–3137. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12945>
- Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. (2015b). «Saluting» perceived sense of coherence in people with dementia by nurses. *Journal of Public Mental Health*, 14(3), 149–158. doi: <https://doi.org/10.1108/JPMH-10-2014-0042>
- Lillekroken, D. (2014). Slow Nursing – The Concept Inventing Process. *International Journal for Human Caring* 18(4), 40–44. doi: <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.4.40>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S.G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- McKinney, A. (2017). The value of life story work for staff, people with dementia and family members. *Nursing Older People*, 29(5), 25–29. doi: <https://doi.org/10.7748/nop.2017.e899>
- Martinsen, K. (2007). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Moga, D.C., Roberts, M. & Jicha, G. (2017). Dementia for the Primary Care Provider. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(3), 439–456. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.005>
- Norekvål, T., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Sævareid, H., Wentzel-Larsen, T. & Hanestad, B. (2010). Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6), 820–831. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02858.x>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 15.09.19 fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 3, 68–70. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I: G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Rogers, C.R. (1957). Becoming a Person. I: S. Doniger (Red.). *Pastoral psychology series. Healing: Human and divine: Man's search for health and wholeness through science, faith, and prayer* (s. 57–67). Association Press. <https://doi.org/10.1037/10811-003>.
- Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Stafford, J.D. (1991). *An Examination of the Relationship Between the Adaptation of the Elderly to Nursing Homes and Antonovsky's Sense of Coherence Concept*. (Upublisert Ph.d.-avhandling). Universitet i Alabama, Tuscaloosa, AL.
- Sullivan, G.C. (1989). Evaluating Antonovsky's Salutogenic Model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 336–342. Hentet 15.09.19 fra: <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=8529125&site=ehost-live>
- Turner, T. (2016). Dementia care: an overview of available non-pharmacological therapies. *The Pharmaceutical Journal* 296(7890). Hentet 21.09.19 fra: <https://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/dementia-care-an-overview-of-available-non-pharmacological-therapies/20201270.article>
- Walker, L.O. & Avant, K.C. (2011). *Strategies for theory construction*, (5. utg.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hal.
- Wang, F., Feng, T.Y., Yang, S., Preter, M., Zhou, J.N. & Wang, X.P. (2016). Drug Therapy for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Current Neuropharmacology*, 14(4), 307–313.
- World Health Organisation. (2019). *Dementia. Fact sheet*. Geneva: WHO. Hentet 15.09.19 fra Media centre: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Windle, G., Algar-Skaife, K., Caulfield, M., Pickering-Jones, L., Killick, J., Zeilig, H. & Tischler, V. (2019). Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. *Aging & Mental Health*, 1–10. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590310>
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E.M., Spector, A.E. & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>



6. Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Fokus på mestring, mening og trivsel i hverdagen

Hanne C. Johnsen, Aud E. Evensen og Hildfrid V. Brataas

Sammendrag

Bakgrunn: Sentrale føringer peker på behov for forebyggende helsetjenester for eldre. Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak i så henseende.

Metode: Beskrivende og fortolkende essay som belyser forebyggende hjemmebesøk (FHB).

Konklusjon: Det benyttes ulike FHB-modeller der tjenesten er implementert. Vi ser muligheter for mer personsentrert praksis, brukermedvirkning i forskning og samarbeid med den aldrende befolkningen om forebyggende tiltak.

Nøkkelord eldre | forebyggende hjemmebesøk | livskvalitet | hverdagsliv | mestring

Abstract

Background: Norwegian politics point to the need for preventive health services for the elderly. In this regard “preventive home visits” (FHB) is a measure.

Method: Descriptive and interpretive essay. The essay focuses on FHB.

Conclusion: Different FHB models are used where the service is implemented. More person-centred practice, user participation in research, and collaboration with the aging population on preventive measures are recommended.

Keywords elderly | coping | everyday life | preventive home visits | quality of life

INNLEDNING

Essayet belyser og diskuterer kommunehelsetjeneste som tilrettelegging for mestring og mening i hverdagen til eldre hjemmeboende innbyggere. Søkelys settes på tiltak som benevnes forebyggende hjemmebesøk (FHB). Implementering og evalueringer av betydningen av det relativt nye tiltaket betraktes i lys av politiske føringer, teori om mestring og aktivitet i dagliglivet (ADL) og humanistisk inspirert teori, som legger vekt på menneskers verdi, kraft og ressurser. Mennesker er også sårbare, og måten personell møter de eldre på, kan være avgjørende for å oppnå forebyggende hensikter med hjemmebesøk. Derfor er personellens kompetanse og personsentrerte praksis viktig. Motsatt kunne et uprofesjonelt hjemmebesøk i verste fall ha negative effekter for brukeren i form av krenkelse, devaluering eller kanskje også frykt for å mangle mestringsressurser i fremtiden? FHB skal, derimot, som navnet tilsier, ha forebyggende betydning. Hva sier forskning om fenomenet? Hensikten med å ta opp disse spørsmålene i kapitlet er å belyse hvordan forskning og teori kan gi komplementerende innsikt og peke fremover mot innovasjon og forskning innen feltet forebyggende eldreomsorg i kommunehelsetjenesten.

PROBLEMSTILLING

Hvordan forstås og benyttes forebyggende hjemmebesøk (FHB), og hvilken betydning kan tjenesten ha for trivsel, mening og mestring hos hjemmeboende eldre?

For å belyse problemstillingen fokuserer vi på følgende: 1) hvordan forebyggende hjemmebesøk beskrives og innføres, 2) hvordan FHB forstås i lys av realisme og humanisme, 3) hvordan helsepersonell på hjemmebesøk forholder seg til trivsel og mening som helse- og livskvalitetsfremmende aspekter, og 4) hva ulik forskning sier om betydningen av forebyggende hjemmebesøk.

METODE

Vi bruker essaysjangeren, belyser temaet, utforsker, stiller spørsmål, reflekterer og kommenterer emnet forebyggende helsetjeneste og forebyggende hjemmebesøk til eldre, samtidig som vi trekker inn egne synspunkter. For å fremme troverdighet har vi tilstrebet tydelighet på hvordan vi anvender og tolker teori og forskningspubliseringer.

Fremgangsmåten vi benytter, er beskrivende og fortolkende (Polit & Beck 2010; Smith, Flowers & Larkin, 2009). Først belyser vi noen sentrale føringer for kommunehelsetjeneste som satsing på forbyggende helsetjenester og tilrettelegging for

mestring i hverdagen til eldre hjemmeboende innbyggere. Videre avgrenser vi til å belyse og drøfte formål og betydning av en tjeneste som har fått betegnelsen «forebyggende hjemmebesøk» (FHB), «preventive home visits». Problemstillingen diskuteres i lys av ulike teoretiske perspektiver der realisme og humanisme er ulike vitenskapelige grunnsyn. På bakgrunn av dette drar vi slutninger, og stiller spørsmål om nye ideer kan bidra til innovasjon i kommunenes satsing på forebyggende helsetjenester.

FOREBYGGENDE HELSETJENESTE FOR HJEMMEBOENDE ELDRE

Hvordan beskrives forebyggende hjemmebesøk, og hva innebærer ulike beskrivelser?

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) gir lovpålagte føringer for å fremme helse og forebygge sykdom til innbyggerne i kommunene, og kommunene skal også gi informasjon, råd og veiledning til innbyggerne. Det er sterke sentrale føringer for å satse på forebygging istedenfor å behandle.

Storting og regjering har belyst sentrale og detaljerte føringer i stortingsmeldinger, veiledere og rundskriv for hvordan kommunene skal utøve helsehjelpen til innbyggerne i kommunene. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har forebygging i fokus. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at innbyggerne i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2011 et program for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunene et ansvar for å fremme innbyggernes helse.

I en evalueringsrapport (Veenstra, Lima & Daatland, 2009) presenteres funn fra et prosjekt knyttet opp mot samhandlingsreformen. En spørreundersøkelse om folkehelsearbeid ble gjort blant kommunale ledere i 76 kommuner samt en gjennomgang av planverket til 27 av disse kommunene. I tillegg ble det gjort casestudier om forebyggende helsearbeid i tre av kommunene. Rapporten viser at samhandlingsreformen har ført til mer oppmerksomhet om folkehelse i planverk og en økning i bruk av ressurser til organisering og planlegging av folkehelsearbeid. Derimot har samhandlingsreformen bidratt i liten grad til å jobbe med folkehelsearbeid på tvers av sektorene i kommunen. Samtidig ser man økt forståelse av å jobbe tverrfaglig med implementering av prosjekter innen forebyggende helsearbeid.

Psykisk helsearbeid kan være en del av det forebyggende arbeidet. Ose & Kaspersen (2015) belyste i en rapport kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid.

426 kommuner responderte på forespørsel om ressursinnsatsen innenfor psykisk helsearbeid. Hvordan tjenesten tenkes, varierer i kommunene ved at noen har konkrete tilbud på distriktpsikiatriske sentre (DPS-sentre), mens noen har det mer som et sosialt tilbud. Mange kommuner har utfordringer med å utøve oppsøkende tjenester til innbyggerne. Altså er det stor variasjon i modeller for forebyggende psykisk helsearbeid.

Ifølge Torp (2005) kan innbyggernes helseadferd påvirkes av tiltak fra flere nivå i kommunen. Tiltakene kan rettes mot individene og miljøet rundt. På organisasjonsnivå er det andre forhold, for eksempel økonomi, som bestemmer om en lykkes eller ikke. Uansett må det hele tiden jobbes forebyggende, og kommunen må vektlegge dette. I tillegg må planer og dokumenter være forankret på alle ledelsesnivå.

Stortingsmelding nr. 15 *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) er en kvalitetsreform for eldre der målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre hverdagen. Reformen belyser mange tiltak for at befolkningen over 65 år skal bo lengst mulig hjemme, og her foreslås virkemidler som legger til rette for at innbyggerne skal mestre hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Det finnes neppe nok ressurser i kommunene til å oppnå det denne reformen beskriver. Her kan en mulig løsning være å inkludere pårørende og frivillige organisasjoner i større grad som bidragsyttere. Kanskje kan disse aktørene i fremtiden bidra til å lykkes med forebyggende helsehjelp til alle innbyggere i kommunen? Dersom kommunene skal bruke pårørende aktivt som en ressurs, må de oppleve å bli tatt på alvor og bli møtt ut fra individuelle behov (Nasjonal kompetansetjeneste, 2017). Mange eldre i dagens samfunn er aktive og utgjør en ressurs for familie, venner, frivillige organisasjoner eller arbeidsliv, og mange deltar i ulike sosiale sammenkomster.

Nasjonal kompetansetjeneste (2017) har gjort en del prosjekter for Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til reformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). For å opprettholde gode tilbud og for at kommunene skal utvikle bedre løsninger, er kvalitetsreformen ment å styrke områder som ikke erfare som optimale. Disse områdene gjelder et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) og Helsedirektoratet (2018a) har i de siste ti år lagt føringer for at kommunene skal legge til rette for at eldre skal mestre hverdagen og bo lengst mulig hjemme. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2016 ut «Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene». Målet var å stimulere kommunene til å etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk. FHB er knyttet opp mot kommunens lovpålagte ansvar for å fremme helse, forebygge syk-

dom, skade og sosiale problemer og utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

FHB er et tilbud til eldre om å få besøk av fagansatte fra kommunehelsetjenesten i sitt hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Målgruppen er primært eldre som ikke har noe annet tilbud fra helsetjenesten. Eldre defineres som de på 65 år eller mer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). FHB-tilbudet i kommunene varierer med hensyn til alder over 65. Målet med FHB er å fremme helse og mestring ved at kommunen tilbyr forebyggende tiltak som kan bidra til at den eldre kan bo i sitt hjem lengst mulig. Besøket har som formål å kartlegge brukerens helhetlige situasjon og behov. Et spørsmål er om tiltaket skal møte behov for å mestre dagliglivets praktiske aktiviteter, eller også behov knyttet til å oppleve hverdagen som meningsfull?

Innføring av forebyggende hjemmebesøk (FHB)

I Norge startet FHB allerede på 80-tallet i noen få kommuner. Forskning viser derimot at få kommuner tilbyr FHB, og det som tilbys, er basert på ulike modeller (Skumsnes, Teigen & Folkestad, 2015; Førland & Skumsnes, 2014; Blindheim & Alnes, 2015).

Førland (2017) har gjort en oppsummering av forskning på gjennomføring av forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk. Funn viser at innhold, organisering og behov for FHB varierer. Oppsummeringen understreker at for å lykkes med FHB må tiltaket være forankret på alle ledernivå i kommunen.

Å innføre en ny tjeneste tar tid. Som vi viser til, ble det allerede på 80-tallet innført FHB i noen kommuner, og det viser seg av føringer fra storting og regjering at dette er et satsingsområde. Vi stiller da spørsmålet om hvorfor det kun er noen kommuner som har innført FHB som et forebyggende tiltak, og hvorfor det ikke ligger nasjonale føringer for at dette skal gjøres i alle kommuner?

Rundskrivnet om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) viser at det fra 2003 til 2013 har vært en beskjeden økning fra 8 % til 25 % av kommunene i Norge som tilbyr FHB. Men først i 2011 iverksatte Helse- og omsorgsdepartementet et utviklingsprogram for FHB til eldre. Med bakgrunn i erfaringer fra dette programmet ble det først i 2017 sendt ut veiledningsmaterieell til kommunene for hvordan FHB kan etableres og gjennomføres i kommunene (Helsedirektoratet, 2017), uten videre krav til gjennomføring, og dernest i 2019 ble veiledningsmateriaellet tilgjengelig på internett (Helsedirektoratet, 2019). Hvilke faktorer er det som ligger til grunn for at dette forebyggende og helsefremmende tiltaket virker så tidkrevende å implementere? Har det flere års-

ker? Er det utydelige forskningsfunn på effekt, og er fremgangsmåten dårlig beskrevet og forsket på? Det er anbefalt fra departementsnivå å iverksette FHB, men det har foreløpig manglet tydelige kjøreregler.

Vi kan eksemplifisere situasjoner hvor befolkningen er berørt, for eksempel covid-19-situasjonen. Hadde regjeringen brukt like lang tid på å innføre nasjonale retningslinjer for smitteverntiltak som det er gjort på å innføre FHB, så hadde sannsynligvis landets situasjon sett helt annerledes ut enn hva den gjør i dag. I en slik pandemisituasjon har vi sett at befolkningen er tilført mye informasjon og kunnskap fra landets smittevernledelse og politisk ledelse. Lederne har brukt media og internett som kanaler for informasjon og opplæring i smittevern-adferd. Landet betraktet som organisasjon har vært en «lærende organisasjon». Landets ledelse har i denne situasjonen styrt arbeidet ovenfra, «top-down» (Cappelen, Solstad, Andfossen, Hartviksen & Devik, 2020). De har betraktet alle innbyggere som viktige aktører i en felles satsing, og gitt befolkningen retningslinjer for effektive handlemåter. Kommuner er også organisasjoner hvor styring og ledelse er vesentlige elementer for å lykkes med innovasjon og innføring av nye tiltak. Under satsingen på forebyggende hjemmebesøk har man benyttet en annen type strategi. Den har karakter av mindre utprøvinger i noen få kommuner og en «bottom-up»-strategi med involvering av personell lokalt (Cappelen mfl., 2020). I disse utprøvkommunene ble det utviklet ulike modeller og fremgangsmåter for hjemmebesøk. Kunnskap fra kommunene er deretter blitt oppsummert (Førland, 2017). Det er også utviklet retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel viser det seg at det tar tid å implementere FHB i alle landets kommuner. Burde man for å lykkes med implementeringen hatt sterkere nasjonal styring? Ville det være hensiktsmessig å kombinere styring med medvirkning hvor kommunene betraktes som «lærende organisasjoner»? Lærende organisasjoner er organisasjoner der personellet, individuelt og i fellesskap, øker sin kapasitet for å skape resultater de virkelig bryr seg om å oppnå (Senge, 1995, 2006). Sett i lys av aktuelle anbefalinger, retningslinjer og sen utvikling av modell og tenkning undres vi på om ikke FHB burde være lovpålagt, slik det er i for eksempel Danmark, for å lykkes i større grad?

Hvordan forstå FHB i lys av realisme og humanisme?

FHB kan betraktes i lys av ulike teoretiske perspektiver, blant annet teori som vektlegger mestring av aktiviteter i dagliglivet (ADL). FHB kan også betraktes i lys av teori innen positiv psykologi om mental styrke og kraft, mening og trivsel i hverdagen. De to perspektivene har røtter i to ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner.

For det første dreier ADL seg om normalitetstenkning, og faller slik inn under en positivistisk tradisjon. Derimot faller positiv psykologi inn under fenomenologisk tenkning og humanisme. Positiv psykologi legger vekt på menneskets styrke, i stedet for å rette oppmerksomhet mot svakhet eller avvik fra normalitet (Ackerman, 2018; Seligman, 2012; Naseem & Khalid, 2010). En antagelse som ligger til grunn for teorigrunnlaget innen fagfeltet om styrker, er at mange helseressurser er oversett eller uoppdaget (Helsedirektoratet, 2018b).

For at eldre skal kunne bo i hjemmet sitt lengst mulig, er det vesentlig at de klarer å mestre dagliglivets aktiviteter. Aktiviteter i dagliglivet (ADL) blir definert som rutinemessige aktiviteter som man utfører daglig, og som det er avgjørende at man mestrer for å kunne leve selvstendig (van Het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). ADL består av de grunnleggende handlingene som involverer å ta vare på seg selv og egen kropp, inkludert personlig pleie, bevegelighet og inntak av mat (Mlinac & Feng, 2016). Instrumentell ADL består av komplekse aktiviteter slik som matlaging, husarbeid, innkjøp, ivaretagelse av egen økonomi, å kunne bruke telefon og offentlig transport (Lawton & Brody, 1969). Hos eldre mennesker kan det skje en forverring av den fysiske og kognitive tilstand som fører til at evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter og det å tilpasse seg og styre eget liv avtar (van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). Sykepleiere og annet helsepersonell har en viktig rolle i å implementere forebyggende intervensjoner for å forebygge utvikling av funksjonstap.

Aktiv involvering av den eldre selv er en nøkkelfaktor, som er i tråd med prinsippene for omsorg; jmfør selvledelse («self-management») (van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). Selvledelse, eller «self management», viser til ens evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som følge av å ha en kronisk tilstand (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Effektiv selvledelse omfatter muligheten til å overvåke egen tilstand og til å utføre de kognitive, adferdsmessige og emosjonelle responsene som er nødvendige for å opprettholde god livskvalitet (Barlow et al., 2002). I en litteraturstudie av van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht og Francke (2016), hvor de undersøkte effekten av støtteprogram for egenledelse på ADL hos eldre voksne, viser resultatene at støtte for selvledelse førte til mindre uførhet og bedre mestring av dagliglivets aktiviteter hos de eldre. Det kan tyde på at FHB er nyttig.

Hjemmebesøket kan ha ulike formål. Det kan være kartlegging av ressurser og hva som er viktig for personen, forebygging av fallulykker, forebygging av brann, informasjon om hva kommunen kan tilby av tjenester, råd og veiledning som bidrar til å opprettholde god helse. Personellet kan bruke samtale- og undersøkelse-

sesmetoder og tester som gir et bilde av personens funksjonsnivå og behov for hjelp (Førland, 2017). Dette kan muligens oppleves på ulike måter. Det kan for eksempel bli stressende å få besøk og få informasjon om mulige farer. Eksempler på dette kan være brann på kjøkken, lårhalsbrudd og nedsatt bevegelighet på grunn av funksjonstap. Elendighet kommer i front, og mening i hverdagslivet skyves bakover. I motsetning til mestringsstrategier undres vi om ikke dette kan føre til lært hjelpeløshet? (Seligman, 2012)

Kan mestringsbegrepet innen FHB bli forstått på ulike måter? Skinner et al. (2003) har gjort en omfattende litteraturstudie om mestring som viser til mer enn 400 måter å mestre på. En mye brukt definisjon av mestring («coping») er beskrevet av Lazarus og Folkman (1984) som «constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» (s. 141). Man kan forstå definisjonen på slik måte at forholdet mellom kravene fra omgivelsene og de ressursene som mennesker har til å håndtere disse kravene, dermed blir svært aktuelle for å mestre egen hverdag. Gjennom FHB kan en kartlegging føre til at man får tilgang på hjelpemidler, for eksempel en rullator som kan redusere kravet til stødigheit og føre til bedre mestring av bevegelighet hos den eldre.

For å ivareta kartlegging og foreslå tiltak som møter pasientens evne til å mestre hverdagen, uten at helsepersonell krenker og «overkjører» individet, fordres profesjonell kompetanse. Helsepersonell skal ha profesjonell kompetanse etter endt utdanning, og personlig kompetanse er en del av denne kompetansen. Hva trengs så for å jobbe med mennesker? Helsearbeidere skal være gode fagpersoner, men også medmennesker. Helsetjenesteutøveren som er på hjemmebesøk, må søke å forstå den som skal hjelpes, og være oppmerksom og bevisst i samtalen på hva som foregår, og hva som sies (Skau, 2017). Eide og Eide (2017) viser til Søren Kierkegaards formulering om å finne den andre der han er, og begynne der. Det er vesentlig i all helsetjeneste og herunder FHB, som foregår i individets hjem. Den som er hjelper, bør være ydmyk overfor den han hjelper, og ivareta brukerens autonomi. Hjemmebaserte helsetjenester (hjemmesykepleie) er et arbeid som tradisjonelt har hatt, og har, mye fokus på sykdom og svakheter (avvik fra normalitet) som krever kompensierende helsehjelp. Et spørsmål er om normalitetstenkning legges for mye til grunn i FHB, og om den komplementeres med en humanistisk tilnærming som ivaretar de eldres autonomi og vektlegger deres styrker og kraft som helseressurs?

Studier gjort i Norge og i Canada viser at å ha personell som har profesjonell og personlig kompetanse, er et av tiltakene som må til for at FHB skal være vellykket og ha nytteverdi (Førland, 2017; Markle-Reid et al., 2006). Helsearbeidere må stille seg åpne og være genuint interesserte i å gjøre det beste for den eldre. Å være opp-

merksom i nærvær er knyttet til flere verdier helsearbeideren bør utøve. Når en kommer til et hjem, skal en opptrå med varsomhet og ikke være dømmende overfor den en har samtale med.

Personell som arbeider personsentrert, relaterer seg til personen på både en intensjonell og personlig måte (Williams & McCormack, 2017). I møte med mennesker i deres hjem og samtale om hva som kan være helsefremmende, vil det være grunnleggende å ivareta deres autonomi, selvbestemmelse og verdighet, samt å etablere og vedlikeholde en relasjon som er både mellommenneskelig og målrettet. Relasjonelt er personsentrert profesjonell kommunikasjon verdibekreftende. Personellet kommuniserer på en slik måte at det skal styrke personens opplevelse av egen verdi (Jacobs, van der Zijpp, van Lieshout & van Dulmen, 2017). Personellet skal tilstrebe å skape en relasjon der partene forholder seg til hverandre på en omsorgsfull og personlig måte (Williams & McCormack, 2017). Omsorg overfor en annen innebærer «the respect for the other as what it is: other» (Noddings, 1998, s. 130). Man vender oppmerksomheten mot den andre som person, uten å projisere sine perspektiver over på den andre. Det betyr ikke at man setter seg selv fullstendig til side, men at man viser relasjonell og etisk ansvarlighet, samtidig som at man ivaretar egen selvrespekt.

I FHB er relasjonen mellommenneskelig, men den har også en faglig intensjon (Hargie, 2006). Personellet har *sin* intensjon, og de eldre som får besøk, har også intensjoner, forventninger og mål med å ta imot og samtale med personellet. Aktørens mål driver frem og skaper det som skjer i samtaleprosessen. De kan forstå, eller misforstå, hverandres intensjoner. Forskning har vist at helsepersonell kan gå raskt inn på tema de vil samtale om, uten å klargjøre med de eldre hva som er deres mål med samtalen (Brataas, Thorsnes & Hargie, 2010). Også i FHB vil klargjøring av hva som er intensjonen med møtet, være relevant. Den eldre bør være innforstått med hva FHB innebærer, og partene enes om hva samtalen skal omhandle. Det er viktig å bruke tid på dette, da det vil fremme den eldres autonomi og likeverd som part i samtalen (Williams & McCormack, 2017).

TRIVSEL OG MENING SOM HELSEFREMMEDE ASPEKTER?

Hvordan forholder personellet seg til trivsel og mening hos eldre når de er på forebyggende hjemmebesøk? Trivsel og mening er vesentlige livskvalitetsfaktorer (Antonovsky, 1987, 2000). Trivsel og mening i eldre år dreier seg om både kontinuitet og endring i form av vedvarende utvikling av personlig kompetanse og tilpasning til endringer i ens livssituasjon (Fave et al., 2018; Hellström Muhli &

Svensson, 2017). Mestring i hverdagen kan følgelig forstås som å ha styrker og kraft til vekst og tilpasning i alderdommen. Innen psykologi-fagfeltet om styrker og kraft betraktes dette som helseressurser (Helsedirektoratet, 2018b). Fagfeltet har grunnlag blant annet i Maslow (1943) sin teori om menneskers motivasjon, Antonovsky (1987, 2000) sin teori om helse som salutogenese, som motsetning til sykdom eller patogenese, og positiv psykologi sin teori om mening og trivsel (Ackerman, 2018; Seligman, 2012). Positiv psykologi beskriver mentale styrker som visdom og kunnskap, mot og emosjonell styrke, medmenneskelighet, rettferdighetssans, mål og motiv for å strebe etter å lykkes, og styrke i form av en meningsfull tilknytning til omverdenen og et større univers (Seligman, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Innen internasjonal forskning om eldre sin hverdag har positiv psykologi vært lite vektlagt (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019; Owens, Baugh, Barrett-Wallis, Hui & McDaniel, 2018). En kvalitativ studie om hva som opptar eldre i deres hverdagsliv, og hva de oppfatter som sine ressurser, viste at til tross for flere fysiske og mentale utfordringer synes ikke dette å ha effekt på selvoppfatningen. Derimot synes eldre å være i stand til å skape positive livshistorier når de forteller om sin fortid, og sette ord på egne styrker og hva som gir mening i livet (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019).

Utilizing a “bottom-up” perspective, we also found that the participants articulated personal strengths as resources and channels to both cope and move toward a more full and meaningful life, in their experience. (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019, s. 11)

Kan dette bety at personell som gjennomfører FHB og lytter til de eldres fortelling, fører til at de eldre setter ord på egne styrker og hva som er viktig i deres liv?

Tilsvarende beskriver Owens et al. (2018) optimistiske resultater av en kvalitativ studie om styrker på tvers av livsløpet. De rapporterer om potensial for å tilegne seg og kultivere styrke i eldre år. Aldring betraktes som multidimensjonalt og involverer aspekter som er kronologiske, biologiske, sosiale, kulturelle, åndelige og psykologiske. Det ser ut til at suksessfull aldring er det individene selv verdsetter, heller enn bare fysiske mål for funksjon. Følgelig kan en mer helhetlig bio-psykososial betraktning være relevant (Martin, Palmer, Rock, Gelston & Jeste, 2015). Kan det være en aktuell tilnærming i FHB?

Teori om styrkebaserte endringsprosesser har som antagelse at alle mennesker, familier, lokalsamfunn og annet har en iboende mulighet til å gjennomføre nødvendige endringer for å nå mål som er viktige for dem selv (Helsedirektoratet,

2018b). Å nå mål forutsetter for det første at ytre forhold i både hjem, nær omgivelse og samfunn muliggjør dette. For det andre kan mennesker ha iboende mentale ressurser til å møte det som kreves for å mestre endring, men trenge støtte og kunnskap for å mestre selve gjennomføringen. Mestring vil innebære å tenke og handle hensiktsmessig (Lazarus & Folkman, 1984). I vårt samfunn synes offentlige føringer å ha intensjon om at norsk helsetjeneste skal være en støtte til eldres mestring av dagliglivets utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Støtte til trivsel og et meningsfullt liv kan for eksempel dreie seg om å støtte og eventuelt legge til rette for passende sosial aktivitet. I forebyggende hjemmebesøk kan dette dreie seg om den eldres bevisstgjøring og aksept av egne holdninger til aktivt og relasjonelt engasjement, og *samtidig* at personen selv blir mer klar på å ha en balansert innstilling til å bruke sine karakterstyrker i aktivt og sosialt liv (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019). En lite balansert innstilling forstår vi som «kognitiv dissonans». For å illustrere dette bruker vi to eksempler: En person kan ha lite ønske om å «bruke seg selv» i sosiale aktiviteter, men ha positive holdninger til å være sammen med andre. Bør denne personen velge å gå på kino, teater og lignende, og gjøre dette sammen med andre? Til sammenligning kan en annen eldre ha høyt ønske om å bruke seg selv, men være negativt innstilt til å delta i store sosiale samlinger. Kanskje kan denne personen være en god leksehjelp eller trygghetsfremmende nabo, venn eller besteforelder? Sannsynligvis vil en passende aktivitet for hver av de to fremme livskvalitet og helse. Muligens kan denne formen for klar-
gjøring være relevant i FHB?

HVA SIER ULIKE TYPER FORSKNING OM BETYDNINGEN AV FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK?

Kartlegging i Norge (Førland, 2014) viser at det er flere områder det bør forskes på for å videreutvikle FHB i kommunehelsetjenesten. Det ønskes tydeligere retningslinjer, opplæringsmateriell og veiledning knyttet opp mot FHB. Norske studier viser også at hjemmeboende eldre er tilfreds med å få FHB. De erfarer det som positivt og får en opplevelse av sikkerhet og støtte for å bo hjemme (Tøien, Heggland & Fagerstrøm, 2014; Tøien, Bjørk & Fagerstrøm, 2018; Tøien, 2018).

Flere land i Europa og ellers i verden har etablert FHB, og det er også lovpålagt i noen land. Det viser seg at både i og utenfor Norge gjennomføres det også forskjellige modeller for FHB. Studier viser også at det er noe usikkert om FHB har en forebyggende og livsforlengende effekt, og om det reduserer kostnadene til helsetjenester (Førland, Skumsnes, Teigen & Folkestad, 2015; Sahlen, Löfgren, Hellner & Lindholm, 2008; Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr, 2008). En

evalueringsstudie i Tyskland viser at FHB ikke er kostnadseffektivt (Brettschneider et al., 2015). Andre studier viser at de eldres levetid forlenges dersom det er profesjonelle helsearbeidere som utfører FHB (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund & Lindholm, 2006; Liimatta, Lampela, Laitinen-Parkkonen & Pitkala, 2016). En oppsummering av tolv publiserte, randomiserte kontrollerte studier om FHB viser at når tiltaket gjennomføres av sykepleier, har det en positiv påvirkning på helse, levetid, antall sykehusinnleggelses og kostnader i helsetjenesten (Markle-Reid, Browne, Weir, Gafni, Roberts & Henderson, 2006). Resultater fra en annen studie om helsefremming og kost-effekt-analyse av FHB viser at FHB er kostnadseffektivt og helsefremmende (Zingmark, Norström, Lindholm, Dahlin-Ivanoff & Gustafsson, 2019). Overførbarhet av kunnskap i internasjonal forskning til norske forhold kan ikke tas for gitt. Dette tatt i betraktning peker beskrevne evaluerings- og oppsummeringsstudier om FHB, både i vårt land og internasjonalt, på behov for mer forskningsbasert kunnskap om modeller for gjennomføring av FHB og tiltakets betydning for helse, livskvalitet og trygghet i hverdagen til hjemmeboende eldre.

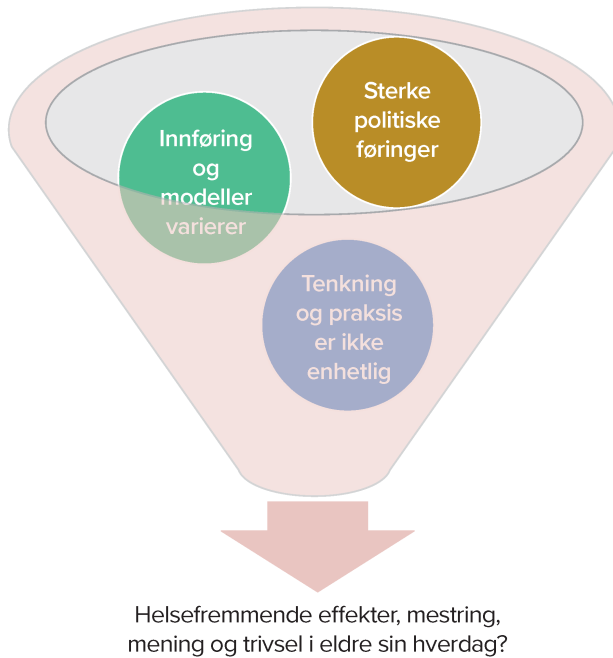
VEIEN VIDERE

Vi har ovenfor beskrevet og diskutert FHB i lys av politiske føringer og forskningsbasert kunnskap og teori. Vi ser at tiltaket kan betraktes både som et politisk redskap, og som en tjeneste som kan bygge på ulik tenkning og praksis, med variasjon av tjenestemodeller. Variasjonen kan forventes å gi forskjellige effekter og betydning for de eldre sin mestring, mening og trivsel i hverdagen, jf. figur 6.1.

Modellen i figur 6.1 viser at det er behov for mer kunnskap om FHB og betydning og effekter av tjenesten. Det er lagt sterke føringer på at forebyggende hjembesøk blir etablert i alle kommuner i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Mange eldre er tilfredse med FHB. Forskning har også pekt på behov for mer kunnskap om forskjellige modeller for FHB, og betydning og effekter av ulike modeller. Det trengs også mer kunnskap for å sikre at personellet har nødvendig kompetanse og dyktighet i profesjonell kommunikasjon i møte med eldre i FHB. Kan et komplementerende flerperspektiv være en veiviser inn i fremtiden?

Ulike perspektiver på FHB ser ut til å dreie seg om to ulike vitenskapsteoretiske prinsipper; det ene dreier seg om normalitet, og det andre dreier seg om en mer fenomenologisk betraktning av menneskers hverdagsliv (Wifstad, 2018): Hva er viktig for deg?

Helsetjeneste med mål om å kompensere for funksjonssvikt vil være aktuelt for noen, samtidig som dette kan skape bedre forutsetninger for et liv med vektlegging av individuell psykisk styrke og kraft. Eldre kan ha både funksjonssvikt og samti-



Figur 6.1. Politiske føringer, innføring, modeller, tenkning og praksis virker inn på FHB.

dig et selvbilde med styrke og kraft (Seligman, 2012). Mange faktorer spiller inn på mestring, trivsel og mening i den enkeltes hverdagsliv, noe som fordrer tilpassede løsninger i det forebyggende arbeidet.

En «flerteoretisk» betraktning med fokus på forebyggende hjemmebesøk har gitt komplementerende innsikter som peker fremover mot innovasjon og forskning innen feltet forebyggende eldreomsorg. Noe forskning har gitt mer innsikt om eldres eget perspektiv på livet som eldre (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019; Owens et al., 2018; Martin et al., 2015). Den forskningen omhandler eldres liv og hverdag, og ikke forebyggende hjemmebesøk som sådan. Likevel kan kunnskap om eldres egne perspektiver og kunnskap om livslang erfaring som *ressurs* ha betydning i videre utvikling av hjemmebesøk, men også andre tilbud innen forebyggende helsearbeid. Her kan formålet være å støtte og bistå den enkelte eldre i sin oppnåelse av mestring, trivsel og meningsfulle hverdager. Det vil si et liv karakterisert av velbefinnende og god/akseptabel livskvalitet. I forebyggende helsearbeid med slikt formål må man for det første ta hensyn til kroppslig helse og fungering, og bistå ut fra individuelle behov og muligheter til best mulig mestring av dagliglivets aktiviteter. For det andre må en helhetlig tjeneste ta omsyn til personen, helsetilstanden og konteksten.

En utfordring i helsefremmende tjenester kan være å samtale om kompleksiteten i de eldres liv. FHB innebærer møter med individuelle eldre som har sitt perspektiv på trivsel og mening i sin hverdag. Alt etter situasjon kan de ha behov for informasjon om tjenester, trenge kompenserende tjenester eller eventuelt trenge veiledning og støtte for best mulig fysisk fungering i hverdagen. Eldre er ikke en ensartet gruppe med ensartede behov for FHB. Noen trenger kanskje ikke tilbudet her og nå for å endre sin helseadferd, fordi de lever sunt og har aktive liv. I så fall kan FHB være en bekreftelse på dette, samtidig som det opprettes en kontakt med kommunens helsetjeneste. Kontakten kan være nyttig dersom behov for informasjon og støtte oppstår på senere tidspunkt.

Helse- og omsorgsdepartementet har fokus på at innbyggerne skal bo lengst mulig i sin bolig, og legger føringer for at pårørende kan involveres, og at spreke eldre kan brukes i frivillig arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). En kan stille spørsmål om tilsiktede virkninger, og virkninger som ikke er tilsiktet, dersom pårørende og frivillige skal involveres i forebyggende arbeid i sammenheng med FHB-tiltak. Vi lar utdyping av slike spørsmål ligge, men ser at det her er behov for kunnskap om type involvering samt involveringens form og betydning for kvalitet i forebyggende tjenester for hjemmeboende eldre. Involvering av eldre på nye måter vil innebære nytenkning. For å illustrere en ide om nytenkning stiller vi spørsmål om eldre med relevant erfaringskunnskap kan bidra i informasjonsformidling til andre eldre, for eksempel når det gjelder hjelpemidler som skal lette mestring av hverdagslivets aktiviteter? En intensjon med FHB kan være at brukere får kunnskap om hjelpemidler og tiltak som finnes tilgjengelig, dersom de har behov for slike, eller det oppstår behov i fremtiden. Blant annet finnes i dag mange nye former for teknologiske hjelpemidler som det kan være nyttig at eldre vet om, og vet hvor de kan få kunnskap om. Det gjelder blant annet hjelpemidler ved ned-satt hørsel. Et annet eksempel er trygghetsalarmer som fungerer uansett hvor personen befinner seg. I en FHB-samtale kan kunnskapsformidling om mange mulige tjenester bli så omfattende at den eldre ikke drar nytte av mengden av informasjon. En ide kan kanskje være å opprette informasjonsentraler hvor eldre kan møte opp og få mer informasjon ut fra egne behov? Dersom eldre også bidrar som informasjonsformidlere i slike sentraler, kan dette bli tjenester med lav samfunnskostnad. Muligens kan slike tjenester knyttes opp mot frivillighetssentraler? Det vil også være kostnadseffektivt og kompensere for bruk av helsepersonell. En undersøkelse gjort av NAV (2019) viser at det er mangel på helsepersonell innenfor helse. Altså bør personell benyttes på effektive måter. Samtidig ser vi behov for mer forskningsbasert kunnskap om hvorvidt og hvordan eldre kan bidra i det forebyggende arbeidet.

KONKLUSJON

Offentlige føringer tilsier at det bør satses på FHB i langt flere kommuner. Nøe forskning viser at eldre er tilfredse med FHB. På den annen side peker forskning på forbedringspotensial og behov for mer kunnskap om ulike modeller for FHB, og modellenes betydning og effekter. Erfaringsutveksling mellom kommuner, samt forskning med brukerfokus på betydningen av FHB, kan gi mer kunnskap om hva som kan være hensiktsmessige FHB-modeller for å lykkes.

Beskrivelsen av FHB er i hovedsak basert på positivistisk, naturvitenskapelig kunnskap. FHB innebærer kartlegging og har en granskende tilnærming til eldre mennesker i deres hverdagsliv. Føringer legger dessuten vekt på brukermedvirkning og brukerrettigheter. Ivaretagelse av hjemmeboende Eldres autonomi, integritet og verdighet i FHB forutsetter at personellet har personlig og profesjonell kompetanse og evne til å gjennomføre samtaler. Personsentrert tilnærming har som mål å skape gode relasjoner og hensiktsmessige og faglig målrettede samtaler.

Helsepersonell som gjør kartlegging, bør ha kunnskaper om hvilke muligheter som finnes av tiltak for å mestre i ulike situasjoner. Det er viktig at de som har hatt samtaler hvor kartlegging har belyst tiltak helsetjenesten kan bistå med, også blir fulgt opp og evaluert etter hvert. Kommuner kan også ha relevant informasjon om tiltak på sine hjemmesider.

Forskning i forbindelse med evaluering kan bidra til at verktøy som brukes i FHB, blir videre evaluert og utviklet. Det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning tjenesten kan ha for eldre hjemmeboende sin trivsel, mening og mestring i hverdagen.

Vi ser muligheter for økt innsats på forebyggende tiltak der friske eldre deltar i planlegging og gjennomføring av tiltak i sitt nærmiljø. I forebyggende helsearbeid for den aldrende befolkningen ser vi muligheter for nytenkning og forskningsbasert kunnskap om både FHB i sammenheng med andre forebyggende helsetjenester, og nye modeller for samarbeid mellom en aldrende befolkning og helse- og omsorgstjenesten.

REFERANSER

- Ackerman, C. E. (2018, 28. november). *What is positive psychology & why is it important*. Hentet fra <https://positivepsychology.com/what-is-positive-psychology-definition/>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ. Couns.* 48 (2), 177–187.
- Brataas, H.V., Thorsnes, S.L. & Hargie, O. (2010). Themes and goals in cancer outpatient – cancer nurse consultations. *European Journal of Cancer Care*, 19(2), 184–191.
- Brettschneider, C., Luck, T., Fleischer, S., Roling, G., Beutner, K., Lupp, M., ... & König, H. H. (2015). Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC health services research*, 15(1), 141.
- Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune.
- Cappelen, K., Solstad, L. J., Andfossen, N. B., Hartviksen, T. & Devik, S. A. (2020). Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2654411>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fave, A. D., Bessi, M., Bocaletti, E.S., Roncagulione, C., Bernadelli, G., Mari, D. (2018). Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. *Frontiers in psychology*, 9, 828. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00828>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Rapportserie- nr. 7. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217477>
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 02 (1), 119–130.
- Førland, O. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. SOF; Senter for omsorgsforskning.
- Hargie, O. (2006). Skill in practice: an operational model of communicative performance. I: Hargie, O. (red.) *The Handbook of Communication Skills* (s. 37–70). London: Routledge.
- Hellström Muhli, U., Svensson, A-M. (2017). Well-being in old age: A question of both continuity and change. *IntechOpen*. DOI: <https://doi.org/10.5772/intechopen.68680>
- Helsedirektoratet (2018a). Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram> (hentet 17.10.19)
- Helsedirektoratet (2018b). Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse. Oslo: Helsedirektoratet. IS-2721. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid/>
- Helsedirektoratet (2017). *Etablere forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helsedirektoratet (2019, 2 mai). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen#gjennomfore-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Meld. St.16. (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Meld. St.19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen omsorg, Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Rundskriv. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Veiledningsmateriale. Nr.1–2 2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018a). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/> (hentet 17.10.2019).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018b). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584> (hentet 06.01.2019)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Huss, A., Stuck, A., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journals of gerontology. Series A-biological sciences and medical sciences*, 63(3), 298–307.
- Jacobs, G., van der Zijpp, T., van Lieshout, F., van Dulmen, S. (2017). Research in Person-centred healthcare technology: A plea for considering humanization dimensions. I: McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (red.) *Person-Centred healthcare Research* (s. 61–68). Wiley Blackwell, West Sussex, UK.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9 (3),179–186.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer,
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: a systematic review. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 571–580.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531–569.
- Martin, A.S., Palmer, B.W., Rock, D., Gelston, C.V. & Jeste, D.V. (2015). Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *Int Psychogeriatr*. 27(4),601–9.
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
- Nasjonal kompetansetjeneste (2017). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Delprosjekt 5 – Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Hentet fra https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/delrapport5_paarorende_eldre.pdf
- Naseem, Z. & Khalid, R. (2010). Positive thinking in coping with stress and health outcomes: Literature Review. *Journal of Research and Reflections in Education*, 4(1), 42–61.

- NAV (2019) Bedriftsundersøkelse våren 2019. Lastet ned 25.10.19 https://www.nav.no/no/NAV+og+sammfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/_attachment/548419?_download=true&_ts=16a968191b8
- Noddings, N. (1998). *Philosophy of education*. Oxford: Westview Press Inc.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2015). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon.
- Owens R. L., Baugh L. M., Barrett-Wallis R., Hui, N. & McDaniel, M. M. (2018). Strengths across the lifespan: a qualitative analysis of developmental trajectories and influential factors. *Transl. Issues Psychol. Sci.*, 4, 265–276.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Russo-Netzer, P, Littman-Avidia, H. (2019). “Something to Live for”: Experiences, Resources, and Personal Strengths in Late Adulthood. *Front Psychol.*, 10, 1–14. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02452>
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6(1), 220.
- Sahlen, K. G., Löfgren, C., Mari Hellner, B. & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian journal of public health*, 36(3), 265–271.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.
- Senge, P. M. (1995). *Learning organizations*. Cambridge: Gilmour Drummond Publishing.
- Senge, P.M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Chatham, Kent: Random House Business Books
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 47–58.
- Skau, M.G. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cap-pelen Damm Akademisk.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory Method and Research*. London: Sage.
- Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel-og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, 87(4), 16–21.
- Tøien, M. (2018). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes Users' and service-providers' perspectives*. Universitetet i Oslo. Institute of Health and Society, Department of Nursing Science.

- Tøien, M., Heggelund, M., Fagerström, L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. *Nursing Research and Practice*, 2014.
- Tøien, M., Bjørk, I. T., Fagerström, L. (2015). Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700–712.
- Tøien, M., Bjørk, I. T., Fagerström, L. (2018). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1093–1107.
- van het Bolscher-Niehuis, M. J., den Ouden, M. E., de Vocht, H. M., & Francke, A. L. (2016). Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 61, 230–247.
- Veenstra, M., Lima, I. A., & Daatland, S. O. (2009). *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA, rapport, 3, 2009.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Williams, C. & McCormack, B. (2017). Learning to be an effective Person-centred Practitioner. I: McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (red.) *Person-Centred healthcare Research* (s. 169–179.). Wiley Blackwell, West Sussex, UK.
- Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin- Ivanoff, S. & Gustafsson, S. (2019). Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for community. Dwelling older people. *European Journal of Ageing*, 16(4), 395–404.



7. Verdighet innen e-helse og velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten – en litteraturstudie

Jorunn Bjerkan og Lisbeth Uhrenfeldt

Sammendrag Studien belyser hvilken rolle begrepet «verdighet» har i vitenskapelige tekster relatert til e-helse og velferdsteknologi. Litteraturstudien er influert av metoden «scoping review». Vi inkluderte 27 tekster. Ni *omhandlet* verdighetsbegrepet, 18 *nevnte* begrepet. Vi fant lite evidensbasert kunnskap om koblingen verdighet og e-helse eller velferdsteknologi. Flere studier kreves for å belyse verdighetsbegrepet og nærliggende begreper og deres sammenheng med e-helse og velferdsteknologi.

Nøkkelord verdighet | e-helse | velferdsteknologi | helseinformatikk | etikk

Abstract The study focuses on the role of the concept of dignity in scientific texts related to e-health and welfare technology. This literature study is influenced by the "scoping review" as method. We included 27 texts. Nine *treated* the dignity as a concept while 18 just *mentioned* it. We found little evidence-based knowledge about the connection between dignity and e-health or welfare technology. More studies are required related to dignity and related concepts and their connection with e-health and welfare technology.

Keywords

INNLEDNING

Dette kapittelet handler om hvordan forskningslitteratur innen e-helse og velferdsteknologi (VFT) har omtalt eller behandlet det norske begrepet «verdighet» (på engelsk: «dignity») de siste ti årene. Ulike typer tekster fra et bredt spekter av helsetjenesten er vurdert. Funnene blir diskutert i en kommunehelsetjenestekontekst.

Verdighetsbegrepet er i dette kapittelet sett i lys av e-helse og velferdsteknologi ved gitt eller mottatt helsehjelp.

E-helse-begrepet er en paraply over et vidt spenn av helseinformatikkbegreper, også velferdsteknologi. E-helsedirektoratet definerer e-helse som «[b]ruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, IKT, for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren» (Direktoratet for e-helse, 2018a), noe som støtter seg på Verdens helseorganisasjon sin definisjon: «The use of information and communication technologies (ICT) for health» (World Health Organisation. eHealth, 2013). Dette er vide definisjoner, og e-helseløsninger kan dermed omfatte alt fra mer tradisjonelle elektroniske pasientjournaler til nye digitale kontaktformer mellom helsetjenesten og pasientene: e-meldinger, pasientforum eller chatte- og bestillingstjenester til fastlegen. Begrepet dekker også nettbaserte løsninger som innbyggere kan benytte seg av for å fremme egen helse uavhengig av helsetjenesten, og i motsatt ende for eksempel avanserte lærende systemer for mønster-gjenkjenning for kreftceller i biopsier eller systemer for avansert robotstøttet kirurgi (Naszay, Stockinger, Jungwirth & Haluza, 2018; Stefano, 2017).

«Velferdsteknologi» er et relativt nytt begrep og omtales også som omsorgsteknologi i Norge. I tillegg til å være kategorisert som hjelpetiltak for pasienter i kommunal omsorgstjeneste kan de samme løsningene kjøpes av alle for bruk i dagliglivet (Isaksen & Stokke, 2017). En norsk definisjon på VFT er: «Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne» (NOU 2011: 11). Videre deler den samme NOU-meldingen, *Innovasjon i omsorg* velferdsteknologi i fire hovedkategorier:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Denne inndelingen har gitt retning for kommunenes satsing på VFT med sikkerhetsteknologiske løsninger som hovedfokus i oppstartsperioden. Trygghetsalar-

mer og ulike løsninger for digital avstandsoppfølging er eksempler på løsninger som er prøvd ut og tatt i bruk. Kompensasjonsteknologier som digitale medisindispensere er nå allment kjent i omsorgstjenesten, men omfatter for eksempel også påkledningsassistanse eller talegjenkjenningsprogrammer. Under kategorien for behandling og pleie finner vi ulike sensorteknologiprogrammer, med digital avstandsoppfølging med fysiologiske målinger av eksempelvis hjerterytme eller blodsukker (Reitan, Halvorsen & Svagård, 2016). Teknologi for sosial kontakt er også nylig utviklet i Norge, både for voksne og for barn, og utbredt i kommunene. Disse løsningene benytter tilpassede bildesamtaleløsninger lik nettsamtaler på en mobiltelefon, men også spesialiserte roboter for sosial kontakt (Johannessen & Haldar, 2020; Oppedal, Askheim & Haldar, 2019).

Internasjonalt ser man en tilsvarende utvikling også med vekt på sensorteknologi og trygghetsteknologi, men med lavere vekt på for eksempel beslutningsstøttesystemer som vil kunne defineres som kompensasjonsteknologi: Det er også lite forskning på resultater av VFT-løsninger som etableres, og de studiene som publiseres, er små (Al-Shaqi, Mourshed & Rezgui, 2016; Uddin, Khaksar & Torresen, 2018).

Etterspørsel, tilbud og bruk av digitale løsninger vokser sterkt i alle deler av samfunnet vårt. Helsesektoren tar også i bruk nye digitale løsninger på ulike teknologiske plattformer: både innen e-helse og VFT.

Grensene mellom hvem som benytter ulike løsninger, er mer og mer flytende. Pasienter eller brukere har etter hvert tilgang til mange av de samme løsningene som helsepersonell. Den første felles løsningen var nettbasert individuell plan i 2005 (Bjerkan & Alonso, 2010). Lovverket og sentrale føringer som «én innbygger, én journal» tillater og oppfordrer nå til at pasienter skal ha tilgang til egne helsedata digitalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a), noe som er under innføring i spesialisthelsetjenesten i 2019. For kommunale systemer er tilgang foreløpig på planstadiet (Direktoratet for e-helse, 2018b). I 2020 kan likevel pasienter både chatte med fastlegen og eksempelvis sende over bilder for vurdering til behandling, på samme måte som helsepersonell benytter samme type teknologi for faglig samarbeid rundt pasientbehandlingen (Borgen, Melby, Hellesø & Steinsbekk, 2015; Min helse).

OM VERDIGHET

Verdighetsbegrepet fikk en spesiell relevans ved oppgjøret etter andre verdenskrig. Det menneskelige forfallet som ble avdekket, viste hensynsløse medisinske eksperimenter på medmennesker i alle aldre og grupperinger. Spesielt legers og syke-

pleieres involvering i forsøkene rystet verden. I den påfølgende Nürnberg-rettsaken, der den tysk-amerikanske filosofen og sosialpolitiske tenkeren Hannah Arendt (1906–1975) deltok som journalist, ble det klart for henne hvilken uendelig makt folk i uniform har. Uniformens autoritet virker inn på en gruppes handling, enten det er presten, rabbineren, offiseren, soldaten eller sykepleieren dette gjelder. Arendt sier det kan ødelegge samvittigheten hvis man styres av for mange retningslinjer ovenfra. Når så samvittigheten forsvinner, har ikke verdigheten lenger noe holdepunkt i individets bevissthet (Hansen, 2010). Prosessen la grunnlaget for opprettelsen av FN med Verdenserklæringen om menneskerettigheter (FN, 1948), artikkel 1, som sier: «Alle mennesker er født frie og likeverdige i verdighet og rettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet, og de bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.» Artikkel 2 sier: «Alle har rett til alle rettigheter og friheter som er angitt i denne erklæringen, uten diskriminering av noe slag, for eksempel rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen rettighet, utsikt, nasjonal eller sosial opprinnelse, formue, fødsel eller annen sosial status.» Dette gjelder fortsatt (se boks 7.1).

Boks 7.1. Historiske bidrag til etablering av den moderne oppfatningen av verdighet

- Verdighet har vært diskutert, utfordret og slått fast av filosofer, gjennom religiøse nedtegnelser og gjennom internasjonal og nasjonal lovgivning.
- I 1945, etter avslutningen av 2. verdenskrig, ble FN etablert og en av de første oppgavene var å få på plass «The Universal Declaration of Human Rights», som kom i 1948.
- I 1964 ble Helsinkideklarasjonen vedtatt av Verdens legeforening. Den er senere oppdatert flere ganger. Hovedformålet var å regulere medisinsk forskning som involverte mennesker i forsøk, med etiske prinsipper. Utover menneskers krav på etisk forsvarlig behandling introduserer den også forestillingen om menneskets verdighet. På bakgrunn av dette oppsto prinsippet om informert samtykke i deler av den medisinske forskningen.

Kilde: Hofmann (2020)

DEN MODERNE VERDIGHETEN

I perioden mellom Helsinkideklarasjonen og begynnelsen av årtusenskiftet (i 2003) ble verdighetsbegrepet mer befestet, men så, med utgangspunkt i bioetikk, startet det en vitenskapelig debatt med forslag om å erstatte verdighetskonseptet

med *respekt for mennesket og menneskelig autonomi* (Hofmann, 2020). Tilsvaret fra andre forskere var at bare noen som lever og som har en viss kognitiv evne, kan være autonome i sitt liv, dermed faller mange utenfor, og risikerer uverdigg behandling.

Å oppføre seg med verdighet mot et annet menneske er å ære den andres menneskelighet. Det er en anerkjennelse av å være i et fellesskap med felles moralske regler for hvordan man kan oppføre seg mot hverandre. Psykolog Les Todres og professor i sykepleie Kathleen Galvin beskrev verdighet som et fenomen med noen sentrale betydninger, og konkluderte med at nøkkelementene i en persons verdighet er å opprettholde denne personens egenverdi mens du erkjenner dennes samtidige sårbarhet (Galvin & Todres, 2015) (se boks 7.2).

Boks 7.2. Forskjellige oppfatninger av verdighet

- En moderne kritikk (2003) av begrepet «verdighet» var at det bygget på religiøse undertoner, derfor ble begrepet «respekt for mennesker og deres autonomi» foreslått.
- «Dignity» ble i etterkant fastholdt fordi spesielt døde mennesker ikke lenger har autonomi, og at en rekke sykdommer/lidelser fratrar mennesker deres autonomi, men ikke deres verdighet.
- Galvin & Todres (2015) beskrev *syv dimensjoner av verdighet* (romlig, tidsmessig, kroppsliggjort, stemningsmessig, mellommenneskelig, identitetsmessig, avslutningsverdi). Det førte til beskrivelsen av fenomener hvor verdighet var menneskets ære.

Kilde: Hofmann (2020)

I 2003 kritiserte filosofen og professoren i bioetikk Ruth Macklin det eksisterende medisinske verdighetsbegrepet for å ikke være noe mer enn en rasjonell tanke og handling slik som i respekt og autonomi, noe som førte til en ny stor internasjonal verdighetsdebatt. I artikkelen «The death of dignity is greatly exaggerated: Reflections 15 years after the declaration of dignity as a useless concept» skriver Bjørn Hofmann (2020) at verdighet fortsatt er det mest brukte konseptet i den etiske debatten, både innen bioetikk og i den generelle samfunnsetiske debatten. Verdighetsbegrepet kan ikke bare erstattes av andre konsepter som for eksempel respekt og autonomi.

Som beskrevet i boks 7.2 har Galvin og Todres (2015) introdusert syv former for verdighet, som både er sammenflettet og sammenhengende. Ved å dele verdighet opp slik får man muligheten til å se nærmere på innholdet og betydningen i menneskelivet, ikke minst innen helse og omsorg. I stedet for å dvele ved om det er et meningsfylt fenomen, ønsker Galvin og Todres (2015) å fremheve kompleksiteten i konseptet.

- **Romlig verdighet** er en opplevelse av verdighet gjennom forhold som understreker ens plass i verden. En slik følelse av sted kan være både personlig og kollektiv, og en slik tilknytning ser ut til å være en av de sentrale varianter av verdighet: verdigheten ved å være hjemme i seg selv.
- **Tidsmessig verdighet** er en opplevelse av verdighet som er tilpasset følelsen av historie og muligheter i tilværelsen: døgnrytme, naturlige årstider og ens egne livsfaser. Brudd på tidsmessig verdighet kan omfatte det å bli nektet anerkjennelse av hvor vi kommer fra, eller hvem vi er.
- **Kroppsliggjort verdighet** er en følelse av ens kroppslige verdighet. En følelse av kroppslig verdighet gir oss den kroppslige «jeg kan» og den kroppslige «jeg er», og i dette en levende følelse av potensialet for kroppens funksjon. Hos en med kroppslig verdighet kan vi finne både akseptert sårbarhet og en viss ære i situasjoner med smerte eller påført skam.
- **Mellommenneskelig verdighet** er en følelse av at ens mellommenneskelige verdi og verdighet eksisterer. Med denne følelsen deltar man i en verden av mellommenneskelig gjensidighet og opplever at man «betyr noe» for hverandre og i samfunnet på gjensidige måter.
- **Stemmingsmessig verdighet** kan vises utad som godt eller dårlig humør på bakgrunn av forskjellige indre stemninger. Eksempler er høytidelig tristhet, festlig glede, gripende kjærlighet, trassig beslutsomhet eller ganske enkelt «Jeg er fred». Det ser ut til å være en vanlig «følelse» av verdighet som gjennomsyrrer disse ulike stemningene. En viss følelse av å «opprettholde-i-sårbarhet» er en spesiell emosjonell kunnskap.
- **Identitetsmessig verdighet** er en følelse der vi som mennesker opplever en sammenhengende dyp sans for hvordan ting betyr noe for oss: romlig, kroppslig, midlertidig og stemningsmessig. Denne personlige forbindelsen er kjernen i følelsen av identitet med dype implikasjoner for verdighet. Vi kan oppleve en hverdagslig indignasjon hvis vi føler oss mindre enn vår personlige standard.
- **Avslutningsverdighet** er en opplevelse av verdighet som er spesielt tilpasset potensialet i vår eksistens til å *ikke* være, altså potensialet for personlig død, at dette verdighetspotensialet kan være gripende og med skjønnhet i sitt vesen. Her kan det oppstå brudd ved at man trekker seg unna og etterlater hverandre eksistensielt alene, som når (forestående) død fornektes.

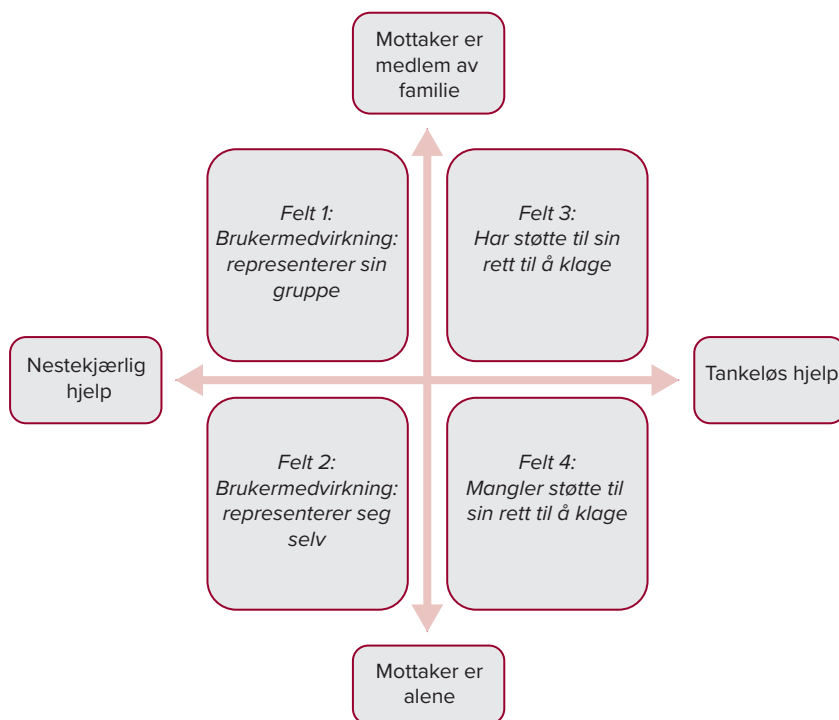
Den skandinaviske velferdsmodellen har også utviklet seg i takt med de internasjonale strømningene som er beskrevet ovenfor: fra en diakonal tjeneste i menighetsrådene etter forrige århundreskifte i en nestekjærlig ramme, videre via en sosialdemokratisk politikk til dagens tilbyder/etterspørremodell influert av New Public

Management (Dietrich, Korslien & Nordstokke, 2011; Vabø, 2012). Verdighetsbegrepet kan dermed fremstå som et uttrykk for velferdssamfunnets positive utbytte av en bevisst omstilling fra tidligere tiders vektlegging av etikk og omsorg for de svake (Uhrenfeldt, 2001). Å leve et verdig liv selv om man har bruk for hjelp, er fremhevet i mange politiske strategiprogrammer (Helse og omsorgsdepartementet, 2018; NOU 2011: 11; Verdighetsgarantien, 2010). Programmene fremhever bruk av tekniske hjelpemidler som strategi for å fremme verdighet i livet. Da de første støvsugerrobotene kom, oppsto diskusjonen rundt det uetiske i å erstatte et besøk fra en hjelper med en robot. Argumentene var manglende samvær og mangel på regelmessig besøk som følge av at støvsugerroboten tok over en tjeneste. Motargumentet var at roboten ville gi brukeren frihet. Man måtte ikke lenger vente hjemme på de som skulle utføre oppgaven. Dette ga mer autonomi for den enkelte. «Autonomi» og «selvledelse» er begreper som ligger ganske tett opp til begrepet «verdighet» (Raffnsøe-Møller, 2011). I dag har støvsugerroboten blitt et velferdsgode og ikke lenger verdt en etisk diskusjon om verdighet kontra autonomi.

Vi kan beskrive bevegelsen fra den opprinnelige omsorgsetiske tankegangen bak innføringen av for eksempel hjemmesykepleie i kommunene med en figur. I en horisontal akse er bevegelsen mellom to ytterpunkter fra en bevisst nestekjærlig hjelp, der den ene ser fordringen eller behovet for hjelp hos den andre, og gir denne hjelpen (se figur 1). I motsatt ende gis det også hjelp, men denne hjelpen er uten den omsorgsetiske bakgrunnstanken. Denne hjelpen kan være basert på retningslinjer, prosedyrer eller vedtak i praksis, men kan risikere å ikke ha øye for personen som skal motta hjelpen. Dermed kan vi her snakke om en tankeløs hjelp. Når retningslinjer blir målestokken fremfor den enkeltes personlige tanker om situasjonen, så risikerer samtidig den enkelte person å miste kontakt med sin egen samvittighet. Denne fortrenses til fordel for oppgaven som skal løses, på bekostning av personen som behøver hjelp (Schanz, 2007). Hele aksene er likevel innenfor det vi i Skandinavia betegner som samfunnets velferdsytelser.

Den andre aksene, den vertikale, skisserer noe om situasjonen for de menneskene som mottar hjelpen, fra å være del av et fellesskap med pårørende, til at personen står alene, i det å kreve å bli sett av velferdssystemet. Det er for eksempel innenfor denne rammen at man kan drøfte verdighet i forbindelse med anvendelsen av ny teknologi i en kommunal helsetjenestekontekst.

Ved å bruke et scenario kan vi beskrive figuren og utslag den kan ha for brukere av helsetjenester når det brukes velferdsteknologiske løsninger: Alle innbyggere over 70 år i kommunen mottar skriftlig informasjon med tilbud om nettbrett for kontakt med kommunale instanser og bestilling av ulike tjenester som mat, hjemmetjenestebesøk og legetimer.



Figur 7.1. Brikker for forståelse av verdighetens kvadrat, yterpunkter og relasjon til sin kontekst.

I en nestekjærlig støttende kontekst som felt 1 har vi Anna, som i tillegg til brevet får *hjemmebesøk fra kommunen* med ytterligere orientering om formålet med nettbrettet: større frihet og mindre avhengighet av kommunen ved nettbrett som kommunikasjonsform. Etter oppklarende spørsmål og diskusjon internt i familien kan hun bestemme seg for at dette kan være en spennende ny løsning og et gode som tilbys, og som hun har behov for. Vi kan videre i felt 2 se for oss at vår bruker involveres som aktiv brukerrepresentant i innføringsprosjektet *der mandatet er å få frem brukerperspektiv og brukererfaringer ved nettbrettløsningen*.

På høyre side i figuren har vi mer automatisert informasjon i retning tankeløs helshjelp. I felt 3 vil vår kandidat kun motta informasjonsbrevet som hun leser. Tilbudet diskuteres med familiemedlemmer, og de blir enige om å avvise det, da det verken oppleves som relevant eller ønskelig. Ikke alle har familie, og i det fjerde feltet *bor en eldre mann alene uten nære pårørende eller annet nettverk*. Han ser svært dårlig, og får så vidt lest brevet. Ut fra det han leser og forstår, ser han ikke nytten av noe nettbrett. Han synes hele henvendelsen er håpløs, men har ikke overskudd til å klage.

Disse scenarioene belyser at konteksten for å ta imot omsorg i form av, eller støttet med, e-helseløsninger eller VFT-løsninger vil bli oppfattet ulikt alt etter hvordan tilbudet utformes, og hvilken form og hvilket språk det formidles i. Samtidig ser vi kontrasten mellom felt 3 og 4 i modellen over: Tilbudet er likt utformet og presentert, men det blir likevel forskjell på å oppfatte og håndtere dette tilbudet alene med helsesvikt og å vurdere det sammen med andre. Om henvendelsen krenker eller bygger opp under tjenestemottakerens verdighet, vil dermed ikke kunne følge noe fastlagt forløp, men være individuelt.

UTFORDRINGER

Sykepleiere har gjennom ulike organer vist et aktivt forhold til bruk av ny teknologi i fagutøvelsen; de nordiske landenes sykepleieetiske råd ga allerede i 2011 råd om hvordan sykepleiere positivt skulle forholde seg til digitale løsninger, men pekte også på at sykepleiere skal ivareta sårbare pasienters autonomi og verdighet og ta avstand fra bruk av teknologi når denne fremmer lønnsomhet på bekostning av menneskelig kontakt (Aakre, Poulsen, Högdalsá & Palm, 2011). Norsk Sykepleierforbund har en egen politisk plattform for e-helse med bred tilnærming til tematikken i erkjennelsen av at ulike typer digital teknologi i økende grad vil være del av møtet mellom pasient og sykepleier, og dermed både til nytte, men også en potensiell utfordring (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Når det gjelder velferdsteknologiske løsninger, har det de siste årene vært satset betydelig på å få kommuner i gang med ulike løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b; Nakrem & Sigurjónsson, 2017).

Den europeiske personvernforordningen GDPR, som trådte i kraft i juli 2018, har et særskilt fokus på tilgjengelighet for borgeren og dennes behov for styring av egne data og på sikkerhet med formål om tillit til digitale løsninger. Hvis pasientene ikke stoler på at egne helsedata blir trygt forvaltet, kan de unnlate å oppgi nødvendig informasjon til helsetjenesten. Et slikt tillitsbrudd kan utfordre pasientsikkerheten (Bano & Zowghi, 2015; Papoutsi et al., 2015; Saranto, Kivekäs, Kinnunen & Palojoki, 2018).

Teknologiutviklingen går fort, konkurransen øker, og industrien er opptatt av å fremskaffe de løsninger det er kundegrunnlag for. Det legges i økende grad vekt på aktiv brukerinvolvering for å utvikle løsninger tilpasset de som skal benytte dem i sin hverdag (Bano & Zowghi, 2015).

Det er likevel betimelig å stille spørsmål om alle interessenter i utvikling, innføring og bruk av e-helse og velferdsteknologi har samme forståelse av eller vektlegger verdighetsperspektivet hos den enkelte innbygger og pasient i sin del av prosessen. Det er også betimelig å etterspørre innbyggernes og pasientenes egne tanker om til-

budene. Den digitale utviklingen gir helsepersonell et spesifikt ansvar som forvaltere av et helse- og omsorgstilbud som sikrer tjenestemottakernes verdighet: Vi skal integrere den beste praksis fra tidligere pleie og omsorg, ta vare på pasientintegritet, trygghet og verdighet, samtidig med at vi innfører digitale løsninger for å oppnå enda bedre tjenester til den enkelte innbygger og pasient.

STUDIENS FORMÅL

Formålet med studien var å belyse hvilken rolle begrepet «verdighet» (dignity) inntar i ulike former for vitenskapelig publiserte tekster relatert til e-helse og velferdsteknologi.

Vi stilte da følgende fem forskningsspørsmål:

1. I hvilke år og fra hvilke land finner vi tekster om verdighet koblet sammen med e-helse eller VFT?
2. I hva slags type tekster finner vi begrepet «verdighet» koblet sammen med e-helse eller VFT?
3. På hvilken måte er verdighet omtalt i sammenheng med e-helse eller VFT i tekster i vitenskapelige tidsskrifter?
4. Hvilke temaer i tekstene danner grunnlag for omtalen av verdighet?
5. På hvilken måte finner vi verdighetsbegrepet ulikt belyst i tekster relatert til henholdsvis VFT og e-helse?

METODE

Vi har gjennomført en litteraturstudie støttet av metoden «scoping review» (Tricco, Strauss & Moher, 2015). Denne metoden er velegnet til gi en bred litteraturoversikt over på hvilken måte, hvor og i hvilke typer tekster en valgt tematikk manifesterer seg (Joanna Briggs Institute (JBI), 2017).

INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER:

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og med støtte i scoping review som metode (Peters et al., 2015) la vi følgende kriterier til grunn for utvalget av tekster:

Konseptet i denne litteraturstudien er sammenhengen mellom henholdsvis e-helse og/eller velferdsteknologi og begrepet «verdighet».

Konteksten er bred: Vi inkluderte alle typer tekster vi fant publisert i vitenskapelige tidsskrifter der verdighet var relatert til en helsekontekst, og der teknologi var del av dette bildet. Vi la ikke begrensninger på hvilke land studiene eller tekstene kom fra.

Informanter kunne være både pasienter/brukere og helsepersonell.

Boks 7.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

- Fritt tilgjengelige tekster i vitenskapelige tidsskrifter (open access)
- Tekster fra alle deler av helsesektoren ble inkludert
- Tekster skrevet på skandinaviske språk, engelsk eller tysk
- Ulike typer publikasjoner tilgjengelige fra tre databaser ble inkludert: oversiktsartikler (reviewer), originalstudier, diskusjonsartikler eller debattinnlegg, redaktørinlegg og ulike typer brev til tidsskriftene
- Tekster fra år 2009 til 2019
- Tekster som inneholdt begrepet «verdighet» («dignity») satt inn i en kontekst der teknologi var del av helsehjelpen
- Tekster der begrepet «verdighet» bare gjenfinnes i fotnoter eller referanselister ble utelatt

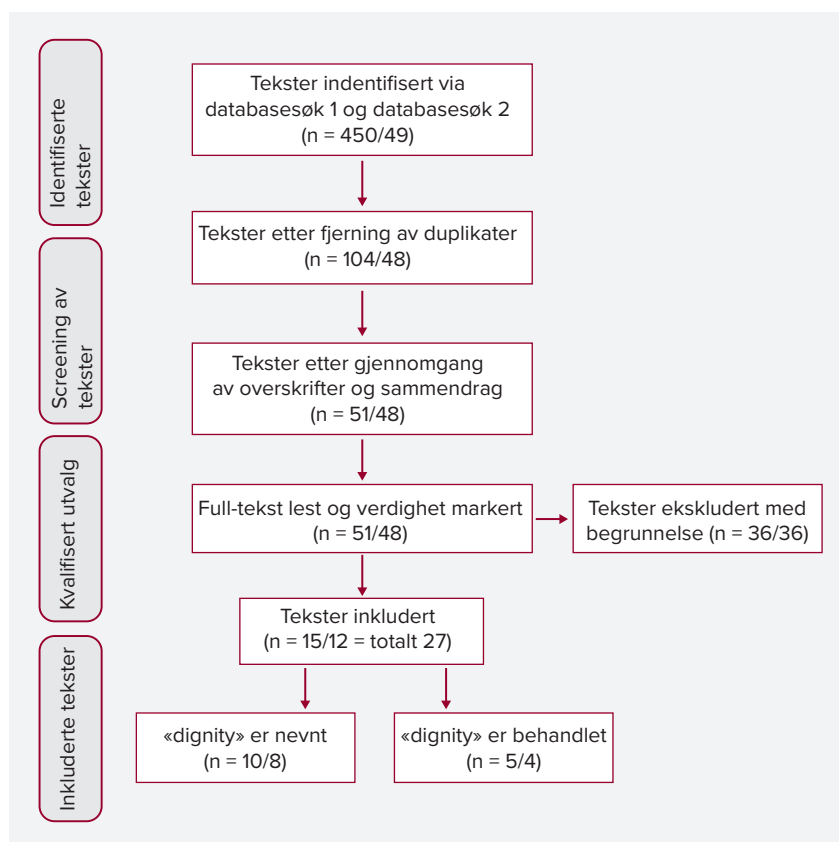
SØKSTRATEGI

Tre store internasjonale databaser ble benyttet for å svare på problemstillingen rundt e-helse og verdighet: CINAHL, PubMed og Scopus. CINAHL og Medline i Pubmed dekker helsefaglige tilnæringer bredt, mens Scopus inneholder tekster om teknologi i helsesektoren som ikke nødvendigvis fanges opp som helsefaglige publikasjoner i de to øvrige databasene. Vi gjennomførte to parallelle søk: ett innen e-helse eller helseinformatikkområdet generelt og ett tilsvarende søk der fokuset var velferdsteknologi (VFT). Årsaken til å dele søket mellom e-helse og VFT var ønsket om å utforske mulige ulikheter mellom e-helse og VFT relatert til verdighet, da disse teknologikonseptene har oppstått i ulike tidsrom og til delvis ulike formål. Dette for bedre å kunne besvare forskningsspørsmål 5. Vi brukte søkeordene som er gjengitt i tabell 1. Sammen med universitetsbibliotekar ble det utviklet en søkstrategi for hver av de to søkene som vist i tabell nedenfor. Søkstrategien ble utviklet ved hjelp av et PCC-skjema, og søkeordene ble bestemt etter en innledende søkerunde. Deretter gjennomførte vi hovedsøket på tvers av de databasene vi hadde valgt ut. Vi benyttet både MESH-termer og tekstord alt etter databasenes oppbygging (Pedersen, Larsen, Jul Håkonsen & Bjerrum, 2017; Peters et al., 2015, kap. 5).

Tabell 7.1. Søkstrategi

Søk 1	Søk 2
Dignity OR worth OR worthiness	Dignity OR worth OR worthiness
AND	AND
eHealth OR mHealth OR ICT OR “health informatics” OR “health technology” OR telemedicine OR “nurs* informatics”	“ambient assisted living” OR “active assistive living” OR “welfare technology”

De to søkene ga treff som illustrert i dette PRISMA-diagrammet (Moher et al., 2015). Tallene gir henholdsvis svar på søk 1 (e-helse) / søk 2 (VFT).

Figur 7.2. PRISMA flytskjema.¹

1 <http://prisma-statement.org/>

ANALYSE

Treffene fra de tre databasene ble kondensert ved at bidragene ble lagt over i referansehåndteringsverktøyet Endnote og dobbeltregistreringer fjernet slik figur 7.2 beskriver. Videre ble overskrifter og sammendrag lest, og tekster valgt ut som var i overensstemmelse med utvalgskriteriene, og som kunne svare på problemstillingen. De tekstene som ble valgt vekk, var tydelig utenfor helsekonteksten. De gjenværende tekstene ble nå lest i sin helhet, og med markør ble det lett etter og merket alle steder der ordet «dignity», «worth» eller «worthiness» var brukt. Det ble samtidig kontrollert for at e-helse eller velferdsteknologi var en del av studiens innhold og ikke bare satt inn som en setning som forklaring eller som referanse. Utvalgsprosessen ble diskutert mellom forfatterne, men selve utvalget av tekster ble gjennomført av førsteforfatteren. Det var ingen tvilstilfeller angående inkludering eller ekskludering av tekster, da tekster med søkeord som ble ekskludert, var utenfor helsefaglig kontekst og eksempelvis omhandlet juridiske eller organisatoriske temaer. Tekster med begrepet «worth» ble ikke inkludert, da dette beskrev forhold som ikke reflekterte verdighet relatert til helse spørsmål, eksempelvis «worth waiting for» eller «worth paying for». «Worthiness» ble ikke funnet i tekster som fulgte øvrige inklusjonskrav. Tekster som hadde «dignity» med kun i fotnoter eller referanselister, ble også ekskludert. Alle andre relevante tekster ble inkludert i resultatet.

Tekstene ble gruppert som følge av en enkel analyse av nivå: Tekster som omhandlet verdighetsbegrepet substansielt, ble gruppert på nivået *verdighet omhandlet*, mens tekster der verdighet bare ble nevnt én til to ganger i teksten uten sammenheng eller uten å bli behandlet videre, ble plassert under *verdighet nevnt*. Vi valgte videre å dele inn de inkluderte tekstene i kategorier som oversiktsartikler (reviewer), originalartikler, teknologipresentasjoner og diskusjonsartikler, og én sammenslått kategori med ulike typer brev og debattinnlegg.

RESULTAT

Vi inkluderte etter analysen 27 tekster: 15 tekster fra søket innen *e-helse*-området og 12 tekster innen søket som omfattet *velferdsteknologi* (VFT).

Verdighet koblet sammen med e-helse eller VFT ble funnet i følgende år og land og fordelt på følgende typer av tekster

I tråd med forskningsspørsmålene ønsket vi svar på fra hvilke land og i hvilke år vi fant ulike typer tekster som berørte sammenhengen mellom e-helse/velferdstek-

nologi og verdighet. Tabell 7.2 viser at en overvekt av tekstene var fra europeiske land. Det var totalt sett en økning i antall artikler per år publisert fra og med 2014. Fordelingen var én til to artikler fra hvert år, men tre artikler i 2012, 2014 og 2015, samt fire i 2017 og 2019. Hovedvekten av tekster var teknologipresentasjoner/diskusjonsartikler (12) og originalstudier (10). Både oversiktsartikler (4) og brev (1) var representert.

Tabell 7.2. Oversikt over tekstenes opphavsland, publiseringsår og type tekster.

De to søkene	Søk på e-helse		Søk på VFT		Summert:
	<i>Verdighet omhandlet:</i>	<i>Verdighet nevnt:</i>	<i>Verdighet omhandlet:</i>	<i>Verdighet nevnt:</i>	
Diskusjonsartikler og teknologipresentasjoner:	1 Sverige-2017	5 Estland-2011 Romania-2011 USA-2015 UK-2016 Portugal-2018	1 Tyskland-2010	5 Brasil/ Tyskland-2012 Frankrike-2012 Portugal-2014 Tyskland-2014 Tyskland-2016	12
Originalstudier:	2 Irland-2018 Israel/USA-2019	4 USA-2009 Sverige-2017 USA-2014 USA/UK-2015	1 Irland-2019	3 UK-2012 Norge-2017 Tyskland-2019	10
Oversiktsartikler:	1 Finland-2015	1 Australia/ Filippinene-2017	2 Norge-2013 Norge-2019	0	4
Brev:	1 USA-2018				1
Summert	5	10	4	8	27

Vi fant en noenlunde jevn fordeling mellom de to nivåene *verdighet omhandlet* / *verdighet nevnt* i kategoriene e-helse og VFT når det gjelder antall tekster: henholdsvis 5/10 innen e-helse og 4/8 innen VFT. Som tabell 2 viser, var det relativt flere tekster fra begge søkene som havnet på nivået *verdighet nevnt*, enn på nivået *verdighet omhandlet*.

Hvordan begrepet «verdighet» er benyttet i tekstene

Med utgangspunkt i de to nivåene for bruk av verdighetsbegrepet i tekstene fant vi ulike bruk av begrepet (se tabell 7.3). På det ene nivået, *verdighet omhandlet*, var

begrepet «verdighet» i større eller mindre grad en del av innholdet i studien eller teksten. I denne gruppen inkluderte vi også tekster der verdighet ikke var sentral del av dokumentet eller forskningsspørsmålet i originalartiklene, men der teksten behandlet begrepet som en mindre del av resultatet og/eller diskusjonen.

På nivået *verdighet nevnt* fant vi ordet ett eller to steder i dokumentet, men ikke mer omhandlet. På samme nivå var det fire tekster der begrepet bare var brukt i sammendraget uten videre behandling i selve artikkelen eller teksten, slik kolonne 2 i tabell 7.3 viser. Det samme gjaldt beskrivelse av formål for studien: Her var det fire tekster som nevnte verdighet som et formål, men begrepet ble ikke funnet videre i teksten.

Som vist i kolonne 1 i tabell 7.3 fant vi «verdighet» som begrep brukt alene, men også i sammenheng med andre begreper i ulike sammensetninger der verdighet inngikk. I tekstene med *verdighet omhandlet* viser tabell 7.3 at «verdighet» var koblet sammen med begreper som «verdighet og autonomi», «verdighet og respekt», «verdighet og omsorg» og «verdighet og personvern». Begrepet «verdighet» inngikk videre i sammensetninger av tre eller flere relaterte begreper, slik som «respekt, verdighet, velvære, klarhet og presisjon» som eksempel på utsagn i en av de inkluderte originalstudiene.

Tabell 7.3. Oversikt over innhold og omtale av verdighet i sammenheng med e-helse og VFT.

Verdighetssituater eller -fraser:	Omfang / plassering	Teksttype	Temaer i teksten	Forfatter(e)
E-helsesøk der verdighet er omhandlet				
Verdighet og konfidensialitet <i>Ble din verdighet ivaretatt under robotassistert visitt?</i>	Gjennomgående i artikkelen Del av spørreskjema	Originalartikkel	Om utprøving av robotassistert legevisitt på sykehusavdeling	Croghan et al. (2018)
Absolutt verdighet Menneskelig verdighet Menneskerettigheter og verdighet	Gjennomgående I modell	Litteratgjennomgang	Om å utforske teknologikonseptets etikk og definisjon i sykepleie- og omsorgsforskning, utvikling av modell med verdighet som av tre sentrale dimensjoner	Korhonen, Nordman, & Eriksson (2015a)
Verdighet og respekt <i>«Respekt, verdighet, velvære, klarhet og presisjon»</i>	I resultatet som sitat og under temaet «respekt»	Originalartikkel	Om å identifisere pasientorienterte eksponeringer og resultater fra EPI-systemer for pasienter i sykehus	Mostofsky et al. (2019)
Verdighet Verdighet og autonomi Verdighet og respekt Integritet, verdighet, verdi og respekt	Gjennomgående i artikkelen	Diskusjonsartikkel	En diskusjon av viktigheten av etiske aspekter ved implementering av e-helse-løsninger	Skär & Söderberg (2018)
Verdighet Å videreføre verdighet Å opprettholde verdighet Å bygge ettermøle og verdighet	Gjennomgående i brevet	Brev	Om å benytte telemedisin for å bidra i å støtte pasienters ettermøle og verdighet i en studie innen palliativ omsorg for kreftpasienter	Portman, Thirlwell, & Donovan (2018)
VFT-søk der verdighet er omhandlet				
Verdighet, rettigheter og personvern må sikres Å ivareta rettigheter og verdighet	I metoden I resultatet under temaet etikk og brukerkonsept	Originalstudie	Om spesifisering og implementering av VFT i hjemmebasert omsorg	Cahill et al. (2019)

Verdighetsitater eller -fraser:	Omfang / plassering	Teksttype	Temaer i teksten	Forfatter(e)
Å øke en persons uavhengighet, autonomi og verdighet Verdighet som kjernesøsmål ved invaderende teknologibruk i hjemmet Håp, mestring, sårbarhet, verdighet og meningsfullhet	I introduksjonen I resultatet under to temaer I konklusjonen	Litteraturgjennomgang	Om utforsking av etiske utfordringer ved utvikling og bruk av VFT. Fokus på eldre brukere	Hofmann (2013)
Verdighet Verdighet som term Verdighet i betydningen menneskeverd	I hoveddelen under tema om selvbestemmelse, uavhengighet og mening med livet	Diskusjonsartikkel	Om etiske refleksjoner rundt selvbestemmelse og uavhengighet opp mot gradvis tap av privatliv ved implementering av VFT: eldre personer	Remmers (2010)
Personvern, autonomi, informert samtykke, verdighet, sikkerhet, tillit, juridiske forpliktelser Personvern, autonomi, verdighet, integritet og kost/nytte-effekt	I sammendraget I sjekkliste for utvalg I resultatdelen under temaet «moralske forhold» og temaet «teknologi».	Litteraturgjennomgang	Om etiske utfordringer ved å implementere smarthus-teknologi hos eldre personer	Sánchez et al. (2017)
E-helsesøker verdighet er nevnt				
Samme respekt og verdighet som andre	I sammendraget	Originalstudie	Om pasienter med demenssykdom	Pakrasi et al. (2015),
Ivaretar omsorg og verdighet for pasientene	I sammendraget	Originalartikkel	Om verktøy for avansert pleieplan for terminalt syke	Obel et al. (2014).
Omsorg og verdighet Palliativ omsorg	I sammendraget	Teknologivurdering	Om digital pleieplan for å behandle trykksår i palliativ omsorg	Rafter (2016)
Leve med verdighet og kvalitet	Som målsetning i innledningen	Protokoll	Om monitorering av pasienter i palliativ pleie	Reis, Da Guia, Rodrigues, & Barroso (2018)

Verdighetssitater eller -fraser:	Omfang / plassering	Teksttype	Temaer i teksten	Forfatter(e)
Viktigheten av å bevare autonomi, verdighet og privatlivets fred	Som målsetning i innledningen	Originalartikkel	Om pasientjournaler over landegrensene	Reichel (2017)
Utvikling av selvrealisering og verdighet	Nevnt som målsetning i innledningen	Litteraturoppgjennomgang	Om global e-helse, marked og brukerinvolvering	Liaw, Ashraf & Ray (2017)
Konfidensialitet og samtykke beskytter personlig informasjon og respekterer pasientenes verdighet.	Én gang i hoveddelen .	Diskusjonsartikkel	Om konfidensialitet og informert samtykke innen telemedisin – etiske perspektiver	Toader, Damir & Toader (2011)
Autonomi, verdighet og personvern For et liv i verdighet	I introduksjonen I hoveddelen	Diskusjonsartikkel	Om etisk rammeverk innen biodata og EPJ-databaser	Sutrop (2011)
Verdsetting av andres verdighet Å verdsette verdighet og respekt	I hoveddelen to steder	Diskusjonsartikkel	Om tilgang/bruk av digitale pasientjournal-løsninger,	Milton (2015)
VFT-søk der verdighet er nevnt				
Mulig for eldre å leve med verdighet	Som målsetning i innledningen	Teknologipresentasjon	Om å kunne utføre dagliglivets aktiviteter (ADL) selv ved hjelp av robotteknologi; eldre pasienter	Güttler, Georgoulas, Linner & Bock (2015)
Uavhengighet og verdighet	Beskrivelse av VFT	Diskusjonsartikkel	Om relevans og perspektiver på VFT	Nakagawa et al. (2013)
Verdighet, autonomi, selvrealisering, med mobilitet, trygghet, helse og velvære	I sammendraget	Teknologipresentasjon	Om utvikling av en mobil løsning for å styre VFT-applikasjoner i hjemmet	Rodrigues, Freitas & Gabriel (2014)
Å bevare verdighet og autonomi i sluttfasen av livet	I formålet for tjenesten I selve teksten	Originalartikkel	Om evaluering av tjeneste for koordinering av omsorg	Smith et al. (2012).

Verdighetssitater eller -fraser:	Omfang / plassering	Teksttype	Temaer i teksten	Forfatter(e)
Å leve med verdighet i alderdommen	I sammendraget Som målsetting i innledningen I konklusjonen	Teknologipresentasjon	Om verdighet og velvære utdypet som sosiologiske konsekvenser av avhengighet av hjelp	Seguin, De Lamotte & Philippe (2012)
Pasienters ønsker om selvbestemmelse og verdighet Ønske om å leve i verdighet og fortrolighet hjemme	I diskusjonen	Originalartikkel	Om opplevde fordeler og barrierer ved VFT i bruk blant pårørende til eldre hjemmeboende med hjelpebehov	Offermann-van Heek & Ziefle (2019)
Å påvirke verdigheten hos eldre mennesker	I hoveddelen	Diskusjonsartikkel	Om å leve med levende dyr eller roboter som selskap i smarthus: eldre hjemmeboende med hjelpebehov	Preuß & Legal (2017)
Fokus på autonomi og verdighet	I resultatet	Originalartikkel	Om bruk av aktivitetsteori som rammeverk for å analysere teknologistøttet eldreomsorg i omsorgssenter	Woll & Bratteteig (2018)

Valg av metode i de tekstene dette var relevant for, varierte. I de tre originalartiklene på nivået *verdighet omhandlet* fant vi ulike metoder, og et relativt lavt antall inkluderte informanter: Én studie innen e-helse beskrev systemtesting i sykehusavdeling med påfølgende spørreskjema med svar fra 28 pasienter og 11 sykepleiere og leger (Croghan et al., 2018). Fra samme søket fant vi en annen studie med semistrukturerte telefonintervju blant 77 pasienter og 26 leger (Mostofsky et al., 2019). Fra VFT-søket fant vi Cahill et al. (2019), som presenterer resultat fra tre delstudier med produktutvikling og testing av sensorbasert infrastruktur. Her ble både observasjoner, workshops, intervju og spørreskjema benyttet. Fra 11 til 140 informanter bidro.

Når det gjelder nivået *verdighet nevnt*, fant vi at også disse syv studiene benyttet varierende design, metode og antall informanter/deltakere: I e-helse-søket fant vi to utprøvningsstudier med intervju som metode blant pasienter og pårørende (n = 11 og n = 125) (Pakrasi et al., 2015; Wise et al., 2009), en studie med journalgranskning etter en intervensjon (n = 33) (Obel et al., 2014) og en teoretisk juridisk studie (Reichel, 2017). VFT-søket resulterte i tre originalstudier: en intervensjonsstudie der digital pleieplan ble analysert etter pilotering (n = 1087) (Smith et al., 2012), en feltstudie av VFT i et omsorgssenter med 91 leiligheter og fellestjenester (Woll & Bratteteig, 2018) og til slutt Offermann-van Heek og Ziefle (2019) sin studie med 140 deltakere i en eksplorativ studie for å undersøke teknologiakseptanse blant innbyggere. Denne ble gjennomført ved hjelp av en nettbasert spørreundersøkelse med utarbeidede scenarier.

Temaer i tekstene som omhandler «verdighet» som begrep

Noen eksempler fra de inkluderte tekstene presenteres for å belyse hvordan disse behandlet verdighetsbegrepet tematisk. Som tabell 3 viser, omhandlet tekstene ulike temaer. Fem av de ni tekstene under *verdighet omhandlet* hadde søkelys på etikk, to fra e-helse-søket og tre fra VFT-søket. De resterende fire beskrev testing og implementering av ulike løsninger. Under overskriften «Teknologiens etikk» fokuserte Korhonen et al. (2015) på etikk som kjernen i omsorgsforskningen: til menneskets beste og pasientens absolutte verdighet. Forfatterne tok inn det teknologiske potensialet til å endre menneskets vilje, og at brukeren kan bli avhengig av teknologi. Manglende tillit til teknologiske løsninger, lite fleksible systemer og dårlige navigasjonsmuligheter i systemene samt det å ikke være oppmerksomme på brukerens behov i denne sammenhengen kan skape problemer. Forfatterne oppsummerte med at *slike* problemer truer brukertilfredsheten, sikkerhet og verdighet. Artikkelen presenterer utvikling av en ny modell for teknologikonseptets

dimensjoner og etikk i omsorg og sykepleie med tre dimensjoner som interagerer innbyrdes: Denne modellen er fremstilt som et tannhjul der dimensjonene griper likeverdig inn i hverandre: 1) teknologi som prosess med autonomi, samtykke og verdighet, 2) teknologi som en tjeneste der menneskerettigheter og autonomi inngår, og til slutt 3) teknologi som et verktøy der sikkerhet og forebygging av skade innbefattes (ibid.).

Flere av tekstene tar opp verdighetsspørsmålet ved systemtestinger eller -utprøvinger. I en mindre uttestingsstudie fra Irland var verdighet ett av flere spørsmål knyttet til bruk av robotteknologi under legevisitter der legen ikke fysisk var delaktig, og der aktørene som var til stede, kommuniserte via roboten med legen (Croghan et al., 2018). Artikkelen konkluderer med at pasientene syntes robotassistert legevisitt var et akseptabelt alternativ til ordinær legevisitt når dette ikke var gjennomførbart. I ett av spørsmålene i studien ble pasienter, leger og sykepleiere spurt om verdigheten for pasienten ble ivaretatt under en robotassistert visitt. Pasientene svarte enten svært enig eller enig, mens leger og sykepleiere svarte mer i retning enig eller nøytralt. Ingen svarte at verdigheten ikke ble ivaretatt.

Et brev som omhandlet verdighet, var en casebeskrivelse om å bruke e-helseløsninger i form av videokonsultasjoner for dialog med pasienten, og for videre medisinsk behandling mens pasienten gjennomførte reiser som var viktige for ham på slutten av livet. Forfatteren konkluderte med at bruk av videokonferanse for pasienter i palliativ fase gjør det mulig selv under aktiv behandling å ta del i aktiviteter som er viktige for pasienten. Denne muligheten fremmer verdighet hos pasientene (Portman et al., 2018).

Hofmann (2013) identifiserer fem etiske hovedutfordringer ved bruk av VFT, der den ene er det å håndtere konflikter mellom den instrumentelle rasjonaliteten på den ene siden og på den andre siden omsorgen i lys av respekten for verdighet og sårbarhet hos eldre personer. Forfatteren fant artikler der kompensasjonsteknologi kan understøtte uavhengighet, autonomi og verdighet, og flere studier som omhandler sporingsteknologi og hvordan disse løsningene reiser spørsmål rundt konfidensialitet, personvern og verdighet. Under avsnittet «Sykehus hjemme eller teknologi hjemme for å unngå sykehuset» peker Hofmann på at personvernet kan stå på spill når en teknologisk intervensjon i hjemmet går over til å være en invasjon. En av de inkluderte studiene sier at verdighet her er et kjernesporsmål hvis det er slik at instruerende og invaderende medisinske prosedyrer etableres i hjemmet til pasienten. Forfatteren fremhever at teknologien kan trekke oppmerksomheten mot instrumentelle verdier slik som produktivitet og effektivitet, og bort fra andre *viktige områder for menneskelig velferd*, slik som håp, mestring, sårbarhet, verdighet og meningsfullhet. Hoffman (2013) oppsummerer med å påpeke at VFT

utfordrer grunnleggende forestillinger om menneskelighet, slik som sårbarhet, verdighet og omsorg.

Ulik bruk av verdighetsbegrepet i e-helse-tekster og VFT-tekster

Det siste forskningsspørsmålet vi stilte, var hvorvidt vi kunne finne ulikheter mellom e-helse-kategorien og VFT-kategorien. I VFT-relaterte tekster med *verdighet omhandlet* fant vi verdighetsbegrepet i resultatet eller hoveddelen. Alle tekstene hadde i tillegg begrepet brukt flere andre steder. I e-helse-kategorien under *verdighet omhandlet* var begrepet brukt gjennomgående i alle delene av teksten. Flere av tekstene i e-helse-søket fokuserte på teknologiske løsninger innen palliativ omsorg og sykepleie, noe som ikke ble funnet i VFT-tekstene. Vi fant videre at tekster innen e-helse i motsetning til VFT-tekster la vekt på elektroniske pasientjournaler, aktiv behandling og hadde sykehuskontekst. På den annen side var det i VFT-tekstene vi fant verdighet koblet opp mot omsorg for eldre hjemmeboende personer og bruk av smarthusteknologi. Alle inkluderte tester fra VFT-søket satte søkelys på eldre mennesker og verdighet i møte med teknologibruk: Fra e-helse-søket var det ingen av tekstene som spesifikt la vekt på på denne aldersgruppen.

DISKUSJON

Denne studien hadde som mål å belyse rollen begrepet «verdighet» inntar i tekster relatert til e-helse og velferdsteknologi. Funnene diskuteres i lys av en kommunehelsetjenestekontekst. Resultatet viser at det er et fåtall vitenskapelige artikler som belyser verdighet i forhold til e-helse generelt eller velferdsteknologi mer spesielt. Heller ikke i andre tekster, slik som i diskusjonsartikler eller brev til journalene, reises verdighetsspørsmålet i særlig grad. «Verdighet» er ikke et enkelt begrep å måle omfanget eller nivået av (Gallagher, 2011), noe som understøttes i litteraturen vi fant. Ut fra sykepleieetiske betraktninger er verdighet i omsorg og behandling viktig og må tilpasses individuelt også når man tar i bruk digitale løsninger i helsehjelpsammenheng. Helsehjelp med støtte av digitale verktøy skal ikke være av dårligere kvalitet enn helsehjelp ytt ved hjelp av andre virkemidler (World Health Organization, 2019; Aakre, 2011).

Tekster om verdighet koblet sammen med e-helse eller VFT er funnet i følgende år og land

Norsk helsesektor var tidlig ute både innen e-helse og med å ta i bruk VFT, og det er også snart ti år siden det nordiske sykepleierrådet innen etikk ga ut sine betenkninger innen tematikken (Aakre, 2011). De to norske publikasjonene inkludert i vårt materiale var oversiktsartikler, og tekstene vi fant for øvrig, var utenlandske. Det kan tyde på at verken tidlig systemimplementering eller sentrale strategier og føringer har innvirket på publisering av norske originalstudier som tar for seg verdighet innen e-helse eller VFT.

Selv om tekstene i hovedsak var utenlandske, kan de være relevante for norsk kommunal pleie- og omsorgskontekst. Verdighetsbegrepet i vestlig kultur er noenlunde likt oppfattet, noe resultatet vårt også viser, selv om man nok kan finne nyanseer mellom hva man oppfatter som verdig behandling av eksempelvis døende pasienter eller eldre hjelpetrengende innbyggere mellom landene eller mellom ulike deler av helsetjenesten. Den kristne etiske tradisjonen og et felles sykepleieteoretisk og omsorgsfilosofisk ståsted er utgangspunkt for sykepleie på tvers av nasjonal kultur og tradisjon (International Council of Nursing, 2012; Mathisen, 2006).

Uhrenfeldt et al. skriver i 2018 om forskjellen på personsentrert (PCC) og personorientert (POC) omsorg. Den personsentrerte omsorgen er planlagt på bakgrunn av forskning og vitenskapelig kunnskap. Det er den omsorgen de fleste land anser som sin ambisjon for et høyt omsorgsnivå. I Skandinavia, derimot, har det lenge eksistert personorientert omsorg der all pleie og behandling vurderes sammen med bruker eller pasient i forhold til hva denne ønsker, føler eller makter selv (Uhrenfeldt, Sørensen, Bahnsen & PU., 2018). POC kan videreføres til vurdering av å ta i bruk teknologiske løsninger i egen helsehjelp. Dette er hva vi kan forstå som en kontekstuell kunnskap: Det danner grunnlag for å forstå de vitenskapelige artiklenes bakgrunn: Er de fra for eksempel Asia, så er det sannsynligvis PCC som er konteksten, mens en artikkel fra Norge, Sverige eller Danmark vil kunne ha POC som kontekst. Deltakernes forhold til PCC eller POC kan derfor influere på studienes design og dermed resultat, og det er verdt å poengtere at vi hadde et fåtall skandinaviske studier inkludert, det vil si med en potensiell POC-tilnærming.

Typer av tekster identifisert der begrepet «verdighet» er koblet sammen med e-helse eller VFT

Det var et fåtall tekster som omhandlet verdighet, mens flere nevnte begrepet. Når hovedandelen av tekstene kun overflatisk behandlet verdighet, kan det tyde på en lite bevisst holdning til eller oppmerksomhet rundt problemstillingen verdighet

vedrørende digitale løsninger til nå. Vitenskapelig kunnskap om problemstillingen er dermed fortsatt begrenset, og gir lite støtte til eksempel uttesting og implementering av nye digitale løsninger i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Som nevnt i forrige avsnitt har ulike land ulik tilnærming til personorientert eller personsentrert omsorg. Vi må også anta at flere av forfatterne for eksempel har teknologisk og ikke helsefaglig bakgrunn, da flere bidrag er teknologipresentasjoner. Det er rimelig å tro at de vil ha en helt annen faglig tilnærming til verdighetsbegrepet enn om forskerne har et helsefaglig utgangspunkt.

Resultatet viser at tekstene for det meste var teknologipresentasjoner/diskusjonsartikler og originalstudier med et relativt lavt antall deltakere eller respondenter. Det er rimelig å anta at dette henger sammen med den raske teknologiske utviklingen og ønsket om både å tidlig presentere nye løsninger i en vitenskapelig kontekst og samtidig forske på uttesting og innføring. Testing og implementering av ny teknologi er krevende og prøves gjerne ut i mindre skala. Dermed får vi studier med relativt få deltakere og over kortere tidsperioder med kvalitativt eksplorativt design heller enn langvarige eller større randomiserte studier (Baker, Gustafson & Shah, 2014). Sistnevnte vil være aktuelt om et større antall brukere har tilgang til samme e-helse- eller VFT-løsning over lengre tid. Som Baker et al. (2014) påpeker, er det bedre å satse på småstudier i et raskt skiftende fagfelt. Det er ikke sikkert man kan forvente særlig store studier i dette feltet all den tid nye løsninger raskt erstatter det som er implementert tidligere. Vår studie er derfor et bidrag som i likhet med Beker et al. (2014) peker på behovet for flere og større studier innen dette feltet.

Vi så en tendens til økning i antall tekster som omhandler verdighetsbegrepet etter 2013, med flesteparten fra 2017 og 2019. Dette er små tall, og resultatet gir oss ikke mulighet til å vurdere en mulig sammenheng med den verdighetsdebatten som har funnet sted i samme periode. Dette viser et stort behov for originalstudier som fokuserer på den rollen verdighet inntar i relasjon til den digitale utviklingen i helsesektoren i de kommende år.

Verdighet («dignity») er omtalt i sammenheng med e-helse eller VFT på følgende måte i utvalgte tekster

Når det gjelder nivået *verdighet nevnt*, viser tabell 2 i resultatet at ordet «verdighet» nærmest ble brukt som staffasje, ved at begrepet sto i sammendraget eller som målsetning for studien uten videre bruk gjennom teksten eller studien. Dette kan vi også finne igjen i andre sammenhenger, der verdighet blir et bekræftende utsagn, et mål å oppnå eller strebe mot, ikke behandlet som et område i seg selv. I *Leve hele*

livet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018) er eksempelvis verdighet nevnt i flere sammenhenger, men ikke behandlet som et fokusområde i seg selv. Figur 1 og scenarioet beskrevet i innledningen gir oss også kunnskap om at verdighet ikke kan generaliseres, men oppnås i det konkrete møtet mellom hjelper og den hjelpe-trengende. Dette konkrete møtet kan ha ulik tilnærming.

«Verdighet» ble benyttet i sammensatte begreper slik tabell 3 viser, og opptrådte som en presisering av andre momenter i sammenhengen. Vi finner igjen denne mer generelle tilnærmingen også i andre artikler og faglige innspill i helsesektoren (Lyndsay, 2020; Siviter, 2013), samt i ovenfornevnte melding til Stortinget, *Leve hele livet* (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018). I Korhonen et al. (2015) sin modell var flere av de koblede begrepene satt inn i et tannhjulsystem, og dermed kan begrepene oppfattes som tett forbundet og også gjensidig avhengige av hverandre. At flere andre tekster også legger til flere ord som «respekt» og «autonomi», kan forstås slik at forfatterne ikke finner hvert enkelt begrep dekkende for det de ønsker å beskrive, dermed avspeiler de den debatten som har funnet sted fra årtusenskiftet, og den kompleksiteten debatten tar tak i (Galvin & Todres, 2015; Hofmann, 2020).

TEMAER I TEKSTENE SOM DANNER GRUNNLAG FOR VERDIGHET OG ULIK BRUK I E-HELSE-TEKSTER OG VFT-TEKSTER

Seks av de inkluderte tekstene omhandler elektroniske pasientjournaler (EPJ) i ulike sammenhenger, men bare én av disse var på nivået *verdighet omhandlet*. Det kan dermed synes som om den vitenskapelige litteraturen i liten grad er opptatt av verdighet i forbindelse med tilgang til EPJ, enten dette gjelder tjenesteyterne eller tjenestemottakerne. På denne måten har resultatet relevans også for kommunal tjeneste, selv om disse tekstene har sykehus som sin kontekst. Det er lagt strategier for at pasientene skal få tilgang til egen digitale pasientjournal (EPJ), ikke bare fra sykehusene, men også i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Helsefaglige utøvere må derfor bli like årvåkne i skriftlig behandling av pasienters verdighet som i det direkte fysiske møtet, da begge deler i kommende år vil bli fanget opp av berørte aktører i sanntid. Til nå har profesjonelle kunnet forbedre sine journalnotat for eksempel i løpet av ei vakt, men dette kan endres om pasienten får lesetilgang i sanntid. I denne sammenhengen har også systemutviklerne et stort ansvar for å designe og utvikle gode løsninger for felles bruk av både pasienter og profesjonelle. Om pasienter og pårørende ikke oppfatter at deres verdighet blir ivaretatt i tilgangen til løsningene, vil dette kunne gå ut over relasjonen mellom pasi-

ent og hjelper i kommunehelsetjenesten (Graham, Moshirpour, Smith & Far, 2014; Townsend et al., 2015).

Vi fant tre tekster som fokuserer på verdighet knyttet til digitale løsninger innen palliativ omsorg. Palliativ omsorg står sentralt både i sykepleiefaglig utøvelse og annen helsehjelp for terminalt syke pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Radbruch & Payne, 2009), men i de tre inkluderte originalstudiene er verdighet bare nevnt, ikke omhandlet. Dermed gir ikke disse tekstene vitenskapelig støtte for kommunal praksis på området verdighet innen digitalt støttet palliativ omsorg. Verdighetsdimensjoner slik Galvin og Todres (2015) beskriver dem, kunne ha styrket disse studiene ved at verdighetsbegrepet ble tydeligere diskutert gjennom eksempelvis kroppslig verdighetsdimensjon, mellommenneskelig verdighet eller avslutningsdimensjonen. Originalstudier og teknologipresentasjoner innen *verdighet omhandlet* dekket et mangfold digitale løsninger i alt fra sykehus til hjemmesituasjon og med ulike aktører involvert. Dette speiler den mangefasetterte utviklingen av digitale løsninger både i helsesektoren og samfunnet generelt. Den teknologiske utviklingen bidrar også til å viske ut grensene for anvendelse ved at løsningene kan benyttes i ulike situasjoner og nivå i tjenestetilbudet. Dermed blir løsningene overførbare på tvers av institusjonsnivå og brukergrupper (Aanestad, Grisot, Hanseth & Vassilakopoulou, 2017).

To av tekstene fra e-helsesøket der verdighet ble omhandlet, fokuserte på etikk. Kunnskapen om verdighet fra disse bidragene kan benyttes på tvers av fagdisipliner og tjenesteområder innen helsehjelp, der også etiske spørsmål bidrar til å utvide og komplettere verdighetsbegrepet. Ved å transformere kunnskap fra andre deler av helsetjenesten til kommunal kontekst kan bidragene bygge opp under kunnskap om verdighet i det som er en av digitaliseringens hovedformål: løsninger med samhandling på tvers av kontekst og aktører (Chouvarda, Goulis, Lambri-noudaki & Maglaveras, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

Resultatet fra tabell 3 viser at VFT-tekstene beskriver problemstillinger og løsninger i hjemmene til (potensielle) brukere, og hovedsakelig med eldre mennesker i fokus. VFT innvirker i større grad enn mange andre e-helseløsninger på pasienters liv fordi denne teknologien plasseres og benyttes i hverdagslivene til mennesker, i deres hjem. Resultatet viser artikler som fokuserte på en mulig overgang fra digital støtte til digital invasjon der verdighet kan bli utfordret. Hvor denne grensen går, vil være individuelt for den enkelte tjenestemottaker. Moderne sensorteknologi kan sende og lagre signaler uten brukerens aktive medvirkning. Dette kan medføre større fare for å krysse verdighetsgrensen i og med at tjenestemottaker her går fra å være våket over i en helsefaglig anerkjent og positiv forstand til å bli overvåket, her uten selv å aktivt sende melding, slik en tradisjonell trykghetsalarm gjør.

På den andre siden kan sporingsteknologi styrke verdigheten for tjenestemottakere der de kan gå fritt og så eventuelt spores opp hvis de ikke er i stand til å finne tilbake. Det kan oppleves som mer verdig at en du kjenner, stikker armen i din og byr på en kjøretur, enn at det blir gått manngard etter deg.

Ulik bruk av verdighetsbegrepet i e-helse-tekster og VFT-tekster

De ulikhetene som var mellom VFT-relaterte tekster og e-helserelaterte tekster, fulgte velkjente inndelinger innen helsesektoren. VFT har hjemmesituasjonen som sitt hovedfokusområde, og alle de inkluderte tekstene omhandlet eldre brukere. VFT-løsninger kan også være aktuelle for yngre brukere og barn, men her så det ikke ut til at verdighetsbegrepet hadde relevans. Dette gjenspeiler kanskje det mer generelle ordskiftet, der verdighetsbegrepet gjerne blir benyttet i relasjon til alderdom og ved død som følge av alderdom eller sykdom (Gebremariam & Sadana, 2019).

E-helse-tekstene satte i liten grad søkelys på alder, men mer digitale løsninger både i og utenfor sykehus, for aktiv behandling og palliativ behandling innen spesifikke sykdomsgrupper, eller for bruk av EPJ. Selv om en del av løsningene er utviklet for sykehus, kan involveringen av verdighet gi kunnskap som er verdt å ta inn i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Digitale løsninger for palliativ omsorg kan etter hvert bli støttet fra kommunal kreftsykepleier så vel som fra onkologisk poliklinikk på et sykehus eller fra et tverrfaglig team fra begge enheter. Behandling av verdighet ved bruk av slike løsninger er like viktig uavhengig av hvor denne tilbys.

Mer samhandling og mer flytende grenser gir etter hvert en sømløs helsetjeneste, noe som er politisk initiert (Grimsmo et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette vil også kunne vises i de digitale løsningene ved at grensene mellom hva som er VFT-løsninger, og hva som er e-helse-løsninger, vil viskes mer ut, og begge vil ha noe å tilby for brukere på tvers av helsetjenestetilbudet i tråd med ønsket om en helhetlig helsetjeneste.

METODEDISKUSJON

I denne studien var det et mål å finne ut om og hvordan det eksakte ordet «dignity», i dette kapittelet oversatt til norsk som «verdighet», er berørt i e-helseforskningen. Søkstrategien var engelskspråklig, noe som kan ha medført at tekster med verdighet som tematikk på tysk eller skandinaviske språk ikke ble fanget opp

om de ikke inneholdt et engelskspråklig sammendrag eller nøkkelord der «dignity», «worth» eller «worthiness» var inkludert.

Det kunne vært søkt på andre begreper enn «dignity», «worth» eller «worthiness» som også potensielt kunne ha dekket verdighetsbegrepet. «Worthiness» var en MESH-term som var koblet mot «dignity», men dette begrepet viste seg å være sjelden brukt, og de få treffene var utenfor våre forskningsspørsmål og dermed ekskludert fra studien. Ved videre å inkludere «worth» fikk vi, som tidligere beskrevet, mange ikke-relevante sammenhenger. I et innledende søk fant vi at ordet «respect» som mulig synonym ville kunne gi noen av de samme feilkildene, og vi inkluderte derfor ikke dette i videre søkstrategi. Manglende bruk av synonymer kan anses som en svakhet ved studien. Tekstene ble gruppert på de to nivåene *verdighet omhandlet* og *verdighet nevnt* ut fra de beskrevne analysekriteriene. Fordelingen kunne blitt annerledes ved bruk av andre inndelingskriterier, eventuelt ved bruk av standardiserte analyseverktøy. Omfanget av tekster for analyse var såpass lite at det ble valgt en manuell gjennomgang. Tekstene var også så klart innenfor eller utenfor inklusjonskriteriene at en felles gjennomgang ved flere fagfeller ikke ble ansett som nødvendig. Vi ser også at det ville vært en styrke å gå inn på bakgrunnen til forfatterne – utdanning og om mulig deres faglige forforståelse – for bedre å kunne analysere tilnærmingen til verdighetsbegrepet.

Denne undersøkelsen er å oppfatte som et første steg i en mer omfattende systematisk gjennomgang der fokuset har vært sammenhengen mellom e-helse/VFT og verdighet.

KONKLUSJON

Dette bokkapittelet viser at det er lite evidensbasert kunnskap å finne til nå om koblingen mellom e-helse, velferdsteknologi og verdighet. I de få studiene denne kunnskapsoppsummeringen fant, omhandlet bare et mindretall verdighet som en sentral del av studien. Verdighetsbegrepet er et kjent begrep i sykepleiesammenheng. Vi benytter gjerne verdighetsbegrepet relatert til en ønsket standard for sykepleie. I det videre kommer kommunehelsetjenesten til å benytte e-helse og velferdsteknologiske verktøy i direkte pleie og omsorg eller som kommunikasjonsform mellom berørte parter i en stadig mer fleksibel omsorgskontekst. Dermed er det behov for forskning som retter seg direkte mot verdighet i relasjon til e-helse og velferdsteknologi i praksisfeltet. Det er også behov for å gjennomføre studier som omhandler nærliggende begreper og hvordan disse konkret benyttes eller oppfattes i sammenheng med verdighetsbegrepet. Vi vet lite om både tjenestetakere og helsepersonell sin oppfatning av verdighetskonseptet i kommunal pleie

og omsorg ved innføring av e-helse-løsninger og VFT-løsninger. Videre forskning kan gi oss verktøy eller modeller til å yte fremtidig helsehjelp og pleie med støtte av digitale løsninger uten at våre tjenestemottakere eller tjenesteytere oppfatter at disse løsningene undergraver mottakernes opplagte rett til en verdig helsehjelp i sine liv.

REFERANSER

- Al-Shaqi, R., Mourshed, M. & Rezgui, Y. (2016). Progress in ambient assisted systems for independent living by the elderly. *Springerplus*, 5, 624. doi: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2272-8>
- Baker, T. B., Gustafson, D. H. & Shah, D. (2014). How can research keep up with eHealth? Ten strategies for increasing the timeliness and usefulness of eHealth research. *Journal of medical Internet research*, 16(2), e36. doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.2925>
- Bano, M. & Zowghi, D. (2015). A systematic review on the relationship between user involvement and system success. *Information and Software Technology*, 58, 148–169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2014.06.011>
- Bjerkan, J. & Alonso, A. (2010). Patients and professionals in collaborative testing of a web-based tool for integrated care: an evaluation study. *Studies in health technology and informatics*, 157, 66–71. doi: <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-569-3-66>
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R. & Steinsbekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien forskning*, 10(1), 42–48. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53388>
- Cahill, J., Portales, R., McLoughin, S., Nagan, N., Henrichs, B. & Wetherall, S. (2019). IoT/sensor-based infrastructures promoting a sense of home, independent living, comfort and wellness. *Sensors (Switzerland)*, 19(3). doi: <https://doi.org/10.3390/s19030485>
- Chouvarda, I. G., Goulis, D. G., Lambrinouadaki, I. & Maglaveras, N. (2015). Connected health and integrated care: Toward new models for chronic disease management. *Maturitas*, 82(1), 22–27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.015>
- Croghan, S. M., Carroll, P., Ridgway, P. F., Gillis, A. E. & Reade, S. (2018). Robot-assisted surgical ward rounds: virtually always there. *BMJ Health & Care Informatics*, 25(1). doi: <https://doi.org/10.14236/jhi.v25i1.982>
- Dietrich, S., Korslien, K. K. & Nordstokke, K. (2011). *Diakonen–kall og profesjon*: Oslo: Tapir Akademisk Forlag.
- Direktoratet for e-helse. (2018a). Definisjon av e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/e-helse>
- Direktoratet for e-helse. (2018b). *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo. Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>
- Gallagher, A. (2011). Editorial: What do we know about dignity in care? *Nurs Ethics*, 18(4), 471–473. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011413845>
- Galvin, K. & Todres, L. (2015). Dignity as honour-wound: an experiential and relational view. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 410–418. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12278>

- Gebremariam, K. M. & Sadana, R. (2019). On the ethics of healthy ageing: setting impermissible trade-offs relating to the health and well-being of older adults on the path to universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 140. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0997-z>
- Graham, L., Moshirpour, M., Smith, M. & Far, B. H. (2014). Designing interactive health care systems: Bridging the gap between patients and health care professionals. *2014 IEEE-EMBS International Conference on Biomedical and Health Informatics, BHI 2014*, 235–239. doi: <https://doi.org/10.1109/BHI.2014.6864347>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2), 78–87. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>
- Güttler, J., Georgoulas, C., Linner, T. & Bock, T. (2015). Towards a future robotic home environment: A survey. *Gerontology*, 61(3), 268–280. doi: <https://doi.org/10.1159/000363698>
- FN, De Forente Nasjoner. (1948). Verdenserklæringen om menneskerettigheter. Hentet fra: <http://www.fn.no>.
- Hansen, F. T. (2010). *At stå i det åbne: Dannelse gennem filosofisk undren og nærvær* (red.). København: Hans Reitzel.
- Hofmann, B. (2013). Ethical Challenges with Welfare Technology: A Review of the Literature. *Science and Engineering Ethics*, 19(2), 389–406. doi: <https://doi.org/10.1007/s11948-011-9348-1>
- Hofmann, B. (2020). The death of dignity is greatly exaggerated: Reflections 15 years after the declaration of dignity as a useless concept. *Bioethics*, 34, 602–611. doi: <https://doi.org/10.1111/bioe.12752>
- International Council of Nursing. (2012). *THE ICN code for ethics for nurses*. Hentet fra <http://www.old.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
- Isaksen, J. & Stokke, R. (2017). Utfordringer med velferdsteknologibegrepet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 91–94. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-06>
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition. Hentet fra <https://wiki.joannabriggs.org>
- Johannessen, L. E. & Haldar, M. (2020). Kan en robot hjelpe langtidssyke barn? Erfaringer med AV1 i skolen. *Skriftserien*, 76–76. Hentet fra file:///C:/Users/01701571/Downloads/684-Artikkelen-354-1-10-20200504.pdf
- Korhonen, E.-S., Nordman, T. & Eriksson, K. (2015). Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 22(5), 561–576. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733014549881>
- Lyndsay, W. (2020). Privacy, Dignity and Respect. *Imaging & Therapy Practice*, 5–9.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie : ideer – mennesker – muligheter* (2. utg. red.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld St. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Ën innbygger, Ën journal*. (Meld St. 9 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012b). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. (Meld. St. 15 (2017–2018))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Milton, C. L. (2015). Ethical Issues. Ethics and the Digital Age of Discovery. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), 272–273. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318415599225>
- Min helse. Helsenorge.no. Hentet fra <https://minhelse.helsenorge.no/>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1. doi: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Mostofsky, E., Dunn, J. A., Hernández-Díaz, S., Cjohansson, A. & Mittleman, M. A. (2019). Eliciting stakeholder preferences for patient-centered research. *Patient Preference and Adherence*, 13, 339–349. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S178765>
- Nakrem, S. & Sigurjónsson, J. (2017). *Velferdsteknologi i praksis : perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Naszay, M., Stockinger, A., Jungwirth, D. & Haluza, D. (2018). Digital age and the public ehealth perspective: prevailing health app use among Austrian Internet users. *Informatics for Health and Social Care*, 43(4), 390–400. doi: <https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1399131>
- Norsk sykepleierforbund. (2017). *Politisk plattform for e-helse 2017–2020*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2196180/559785/Politisk-plattform-for-e-helse-2017-2020>
- NOU-2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>
- Obel, J., Brockstein, B., Marschke, M., Robicsek, A., Konchak, C., Sefa, M., Hensing, T. (2014). Outpatient Advance Care Planning for Patients with Metastatic Cancer: A Pilot Quality Improvement Initiative. *Journal of Palliative Medicine*, 17(11), 1231–1237. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0085>
- Offermann-van Heek, J. & Ziefle, M. (2019). Nothing else matters! Trade-offs between perceived benefits and barriers of AAL technology usage. *Frontiers in Public Health*, 7(JUN). doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00134>
- Oppedal, B., Askheim, C. & Haldar, M. (2019). Erfaringer med KOMP som velferdsteknologi. *Skriftserien*, 56–56.
- Pakrasi, S., Burmeister, O. K., Coppola, J. F., McCallum, T. J. & Loeb, G. (2015). Ethical telehealth design for users with dementia. *Gerontechnology*, 13(4), 383–387. doi: <https://doi.org/10.4017/gt.2015.13.4.002.00>
- Papoutsis, C., Reed, J. E., Marston, C., Lewis, R., Majeed, A. & Bell, D. (2015). Patient and public views about the security and privacy of Electronic Health Records (EHRs) in the UK: results from a mixed methods study. *BMC Med Inform Decis Mak*, 15(1), 86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0202-2>
- Pedersen, P. U., Larsen, P., Jul Håkonsen, S. & Bjerrum, M. B. (2017). *Fra forskning til praksis*. København: Munksgaard.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3). doi: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Portman, D., Thirlwell, S. & Donovan, K. A. (2018). Completing the Bucket List: Leveraging Telemedicine in Oncologic Palliative Care to Support Legacy-Making and Dignity. *Journal of*

- Pain & Symptom Management*, 55(6), e1–e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2018.02.006>
- Preuß, D. & Legal, F. (2017). Living with the animals: Animal or robotic companions for the elderly in smart homes? *Journal of Medical Ethics*, 43(6), 407–410. doi: <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103603>
- Radbruch, L. & Payne, S. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278–289. Hentet fra <https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/32714>
- Raffnsøe-Møller, M. (2011). Etik, selvdannelse og selvledelse i sygepleje. In Uhrenfeldt L & Sørensen EE (red.), *Sundhedsfaglig ledelse* (s. 194–224). København: Gad.
- Rafter, L. (2016). Employing e-health in the palliative care setting to manage pressure ulcers. *Wounds UK*, 12(1), 114–123. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=114159236&site=ehost-live>
- Reichel, J. (2017). Oversight of EU medical data transfers – an administrative law perspective on cross-border biomedical research administration. *Health and Technology*, 7(4), 389–400. doi: <https://doi.org/10.1007/s12553-017-0182-6>
- Reis, A., Da Guia, E. B., Rodrigues, V. & Barroso, J. (2018). Supporting Palliative Care Services- An IS System to Monitor the Patients and Manage the Mobile Support Team. *HEALTHINF 2018*, 702–706. Hentet fra <https://www2.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85051747341&partnerID=40&md5=1153963837637d5431ba1ab81d52893b>
- Reitan, J., Halvorsen, T. & Svagård, I. S. (2016). Samhandlingsmodeller for avstandsoppfølging av kronisk syke. *SINTEF Rapport*. Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2432296/SINTEF+A27800.pdf?sequence=2>
- Remmers, H. (2010). Environments for ageing, assistive technology and self-determination: Ethical perspectives. *Informatics for Health and Social Care*, 35(3–4), 200–210. doi: <https://doi.org/10.3109/17538157.2010.528649>
- Rodrigues, P. M., Freitas, D. R. & Gabriel, J. (2014). Portable interface and local service manager. *Procedia Computer Science*, 27, 67–73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2014.02.009>
- Sánchez, V. G., Taylor, I. & Bing-Jonsson, P. C. (2017). Ethics of smart house welfare technology for older adults: A systematic literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(6), 691–699. doi: <https://doi.org/10.1017/S0266462317000964>
- Saranto, K., Kivekäs, E., Kinnunen, U.-M. & Palojoki, S. (2018). Lack of Patient Data Privacy Challenges Patient Safety. *ICIMTH*, 163–166. doi: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-880-8-163>
- Schanz, H.-J. (2007). *Handling og ondskab: en bog om Hannah Arendt*: ISD LLC.
- Seguin, C., De Lamotte, F. & Philippe, J.-L. (2012). System services partitioning in ambient assisted living environment. *Proceedings of the 2012 ACM Conference on Ubiquitous Computing*, 778–781. doi: <https://doi.org/10.1145/2370216.2370390>
- Siaw-Teng, L., Ashraf, M. & Ray, P. (2017). Global eHealth, Social Business and Citizen Engagement... “Informatics for Health,” Manchester, UK, April 2017. *Studies in Health Technology & Informatics*, 235, 283–287. doi: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-753-5-283>
- Siviter, B. (2013). Do you know what is meant by dignity and respect? *Nursing And Residential Care*, 15(10), 680–682. doi: <https://doi.org/10.12968/nrec.2013.15.10.680>

- Skär, L. & Söderberg, S. (2018). The importance of ethical aspects when implementing eHealth services in healthcare: A discussion paper. *J Adv Nurs*, 74(5), 1043–1050. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13493>
- Smith, C., Hough, L., Cheung, C. C., Millington-Sanders, C., Sutton, E., Ross, J. R., Riley Dr, J. (2012). Coordinate My Care: A clinical service that coordinates care, giving patients choice and improving quality of life. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 2(4), 301–307. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000265>
- Stefano, G. B. (2017). Robotic surgery: Fast forward to telemedicine. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 1856. doi: <https://doi.org/10.12659/MSM.904666>
- Sutrop, M. (2011). Changing ethical frameworks: From individual rights to the common good? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(4), 533–545. doi: <https://doi.org/10.1017/S0963180111000272>
- Toader, E., Damir, D. & Toader, I. A. (2011). Ethical and legal issues related to the clinical application of telemedicine. *2011 E-Health and Bioengineering Conference, EHB 2011*. Hentet fra <https://www2.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84857824437&partnerID=40&md5=286be11b01a6dc17fd6cb4ddcd84922e>
- Townsend, A., Leese, J., Adam, P., McDonald, M., Li, L. C., Kerr, S. & Backman, C. L. (2015). EHealth, participatory medicine, and ethical care: A focus group study of patients' and health care providers' use of health-related internet information. *Journal of medical Internet research*, 17(6), e155. doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.3792>
- Tricco, A., Strauss, S. & Moher, D. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (EQUATOR) Network.
- Uddin, M. Z., Khaksar, W. & Torresen, J. (2018). Ambient Sensors for Elderly Care and Independent Living: A Survey. *Sensors (Basel)*, 18(7). doi: <https://doi.org/10.3390/s18072027>
- Uhrenfeldt, L. (2001). Fra barmhjertighed til sundhedsfremme-træk af hjemmesygeplejens historiske udvikling i Danmark. In *På Arbejde i Hjemmet* (s. 113–133). Gyldendal.
- Uhrenfeldt L, Sørensen EE, Bahnsen IB & PU, P. (2018). The centrality of the nurse-patient relationship: a Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition—heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & social care in the community*, 20(3), 283–291. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
- Verdighetsgarantien. (2010) Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wise, M., Marchand, L., Aeschlimann, E., Causier, D. & Cleary, J. (2009). Integrating a narrative medicine telephone interview with online life review education for cancer patients: lessons learned and future directions. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(1), 19–25. doi: <https://doi.org/10.2310/7200.2009.0002>
- Woll, A. & Bratteteig, T. (2018). Activity Theory as a Framework to Analyze Technology-Mediated Elderly Care. *Mind, Culture, and Activity*, 25(1), 6–21. doi: <https://doi.org/10.1080/10749039.2017.1375528>

- World Health Organisation. eHealth. (2013). Definition of eHealth. Hentet fra <http://www.who.int/topics/ehealth/en/>
- World Health Organization. (2019). *WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneve: World Health Organization Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>
- Aakre, M. (2011). Ja til verdighet. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Aakre, M., Poulsen, L., Högdalsá, H. v. & Palm, C.-A. (2011). “Omsorgsteknologi og sykepleie-etikk”. Felles nordisk pressemelding [Press release]. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/809834/NSF-163506-v1-nordisk_Treff__Felles_nordisk_uttalelse
- Aanestad, M., Grisot, M., Hanseth, O. & Vassilakopoulou, P. (2017). Information infrastructures for eHealth. In *Information Infrastructures within European Health Care* (s. 11–23). Springer, Cham.



8. Bedre arbeid–familie-balanse med tolvtimersvakter i helsesektoren?

Kari Ingstad og Betty-Ann Solvoll

Sammendrag En analyse av 18 dybdeintervju med ansatte i sykehjem viser at langvakter medfører et tydelig skille mellom jobb og fritid; i arbeidsperioder står jobb i fokus, og det sosiale livet er begrenset. I friperioder har ansatte fleksibilitet til å dyrke interesser og være sammen med familie. Langvakter gir mindre tid brukt på pendling, og forutsigbar arbeidstid og lønn. Studien konkluderer med at lange vakter for noen kan gi en bedre balanse mellom jobb og familie.

Nøkkelord jobb–familie-balanse | langvakter | arbeidstid | turnus | heltidskultur

Abstract An analysis of 18 in-depth interviews with nursing home staff shows that extended shifts lead to a clear separation of work and leisure. During work periods, work is in focus and social life is limited. During periods of free time, staff have the flexibility to cultivate their interests and be with their family. Longer shifts mean less time spent on commuting, and predictable working hours and pay. The study concludes that for some healthcare workers extended shifts can lead to a better work-life balance.

Keywords work-life balance | long-hour shift | 12-hour shift | shift work | nursing | community care

INNLEDNING

Å balansere arbeids- og familieliv har lenge vært en del av den politiske diskusjonen (Ingstad, 2016; Abrahamsen et al., 2012; Craig & Sawrikar, 2009; Gregory & Milner, 2009). Arbeid og familieliv er de to viktigste arenaene for de fleste voksne i det moderne samfunnet, og hvordan man takler samhandlingen mellom dem,

har stor innvirkning på liv og helse (Innstrand, 2010). Tid er en begrenset ressurs, og familier må forholde seg til konkurrerende tidskrav. Hva som oppleves som god balanse mellom arbeid og familie, varierer. I hvilken grad dette forholdet oppleves som konfliktfylt, påvirkes både av individuelle forhold, makrostrukturer og arbeidsorganisering (Ellingsæter, 2007). Helsepersonell som arbeider utover normalarbeidsdagen, kan oppleve det ekstra utfordrende å balansere arbeid- og familieforpliktelser.

I Norge har helse-, pleie- og omsorgstjenestene en utbredt deltidskultur, og i kommunene og fylkeskommunene er det bare 26 prosent som arbeider heltid i disse yrkene (KS, 2019). Dette til tross for at heltid i kommunesektoren lenge har vært et uttalt mål for både regjeringen, mange kommuner og partene i arbeidslivet. Partene i arbeidslivet (Delta, KS, NSF og Fagforbundet) har undertegnet en heltidserklæring tre ganger, i 2013, 2015 og 2018 (Det store heltidsvalget, 2018). På tross av dette synes deltidskulturen sementert i helse- og omsorgssektoren.

Motivene og begrunnelsene for at mange arbeider deltid, er sammensatte. Det kan være positivt begrunnet, som for eksempel ønsket om mer fleksibilitet og frihet, eller ønske om å bruke tid på familie. Det kan også være mer negativt begrunnet, som for eksempel ufrivillig deltid, at heltid er for slitsomt, eller dårlig helse og tidspress. Studier har vist at det er en sammenheng mellom måten man organiserer turnusen på, og ansattes arbeidshelse. Mest slitne er ansatte som går i tradisjonell todelt turnus, og de som jobber korte vakter (Ingstad & Kvande, 2011; Moland & Bråthen, 2019).

Kommunehelsetjenesten organiseres med ulik lengde på vaktene. En dagvakt eller kveldsvakt kan være fra fire til åtte timer. Noen ansatte starter kl. 07, andre 08:30. Noen slutter kl. 14, andre 14:30 eller 15:30. Ansatte som starter sent og slutter tidlig, får kortere vakter, og er på jobb i de mest arbeidsintense tidspunktene i løpet av dagen (Ingstad & Kvande, 2011; Moland & Bråthen, 2019). Mye tyder på at korte vakter bidrar til å øke stress og opplevelse av travelhet. En nederlandsk studie viser at de som jobber mer enn 30–40 timers arbeidsuke, opplever mindre stress en de som jobber mindre (de Veer et al., 2013). Opplevelse av travelhet øker dess kortere tid en har til rådighet på jobb, noe som også belyses i kapittel 9 i denne boken.

En stor andel ufaglært arbeidskraft i kommunehelsetjenesten, kombinert med mange små stillinger, utfordrer kontinuiteten i tjenestene, og kan føre til unødige belastninger i arbeidet. Nye måter å organisere arbeidstiden på kan bidra til en bedre arbeidssituasjon for de ansatte, samt en opplevelse av bedre balanse mellom jobb og fritid. Dette kapitlet retter søkelyset mot langvakter. Hensikten med kapitlet er å belyse hvordan langvakter innvirker på ansattes opplevelse av å balansere jobb og fritid.

TURNUSARBEID

Pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester har ofte behov for hjelp døgnet rundt, noe som innebærer at de ansatte må arbeide turnus. Dette krever at personalet tilpasser seg ulike former for skiftarbeid og turnus (Dwyer et al., 2007).

Arbeidstid er den tiden arbeidstaker står til disposisjon for arbeidsgiver. Det er grenser for arbeidstidens lengde og fordeling gjennom døgnet. Arbeidstiden skal være kortere dersom man har en belastende arbeidstidsordning, og kan være lengre ved passivt arbeid (Arbeidstilsynet, 2018). En arbeidsuke innebærer normalt 37,5 timer i Norge for de som arbeider dagtid. For helsepersonell som arbeider turnus, innebærer en arbeidsuke 35,5 timer i gjennomsnitt, men arbeidstidene kan være noe kortere avhengig av mengden ubekvem arbeidstid i turnusen. Noen arbeider todelt turnus med arbeid dag og kveld samt helg, mens andre arbeider tredelt turnus hvor de også arbeider natt. Noen arbeider kun nattevakter. De har alle det til felles at de ofte arbeider når andre har fri. For noen kan denne arbeidsformen oppleves som fleksibel, blant annet fordi de har mulighet til å velge å arbeide netter. I tillegg til at det er fordeler ved å jobbe mens andre har fri, byr det også på problemer fordi fritid som faller utenom majoritetens arbeidstidsmønster, kan ha begrenset sosial verdi (Bondevik, Haukenes & Moen 2006; Ellingsæter, 2009).

De siste årene er det innført nye typer turnusordninger en rekke steder, både i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og i private institusjoner. Mens man tidligere ofte organiserte arbeidet med seks ukers turnus og arbeid hver tredje helg, ser vi i dag andre turnusordninger som for eksempel 3-3-turnus, hvor ansatte arbeider tre dager med påfølgende tre dager fri, og langturnus, som innebærer komprimert arbeidstid med lengre vakter og med fire eller færre oppmøtedager i løpet av en uke (Ingstad, 2016; Ose et al., 2019). Ser man til andre land, er det svært mange forskjellige turnusordninger som benyttes i helsesektoren (Bae & Fabry, 2013; Harris et al., 2015; Dall'Ora et al., 2016). I Norge er det derimot relativt få som har prøvd alternative turnuser, og det er mangel på kunnskap knyttet til nye måter å organisere turnusen på (Moland, 2015; Garde et al., 2019).

Skift- og nattarbeid er forbundet med økt risiko for en rekke sykdommer, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, søvnforstyrrelser, type 2-diabetes og psykiske plager (Yvas et al., 2012; Canuto et al., 2013; STAMI, 2015; Knardahl et al., 2016). Det er viktig at man planlegger turnusen slik at man reduserer risikoen for uhelse i størst mulig grad. Det kan for eksempel innebærer at turnusplanen unngår vakter som går mot klokka, som for eksempel sein-tidlig-vakter. Det er behov for en innovasjon i turnus som i størst mulig grad ivaretar ansattes helse. Samtidig er det behov for mer forskning knyttet til hvordan vi kan optimalisere turnuser i et helsefremmende perspektiv. Denne studien bidrar med kunnskap om hvordan

ansatte opplever å balansere familieliv med det å arbeide langvakter, noe som i neste omgang kan ha positiv innvirkning på kvaliteten i pleie og omsorgstjenester.

METODE

Studien omfatter totalt 18 kvalitative forskningsintervjuer. Alle informantene arbeidet på sykehjem, og i tre ulike typer langturnuser. To arbeidet lang–langturnus; 14 timers vakter 7 dager i strekk, for så å ha to uker fri. Ved dette sykehjemmet var det bare noen få som arbeidet langvakter. Fjorten informanter arbeidet 12–14 timers vakter 3–4 dager i strekk, for så å ha en uke fri mellom hver arbeidsperiode. Ved disse sykehjemmene arbeidet alle turnusansatte i avdelingen slik. To av informantene arbeidet langvakter hver fjerde helg, men hadde vanlige vakter ellers. En oversikt over informantene vises i tabell 8.1.

Tabell 8.1. Informanter

Alder	27–63 Gjennomsnittsalder: 47
Kvinner/Menn	17/1
Stillingsstørrelse	70–79 prosent: 3 80–89 prosent: 6 90–100 prosent: 9
Sykepleier/Helsefagarbeider	11/7

Utvalg og gjennomføring

Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Inklusjonskriterier var at de arbeidet på sykehjem, og at turnusen var organisert med minst tolv timer lange vakter. Via media og arbeidstakerorganisasjoner fikk vi informasjon om aktuelle sykehjem som organiserer arbeidet med langturnus. Ledere ved disse sykehjemmene ble kontaktet og bedt om å formidle brev til aktuelle informanter. Lederne ble bedt om å finne et bredt utvalg av informanter med tanke på alder, kjønn og innstilling til det å arbeide langturnus. Informantene ble oppringt en uke etter at de hadde fått skriftlig invitasjon. 18 informanter ble kontaktet, alle stilte til intervju. Informantene arbeidet ved fire forskjellige sykehjem i fire forskjellige fylker. Intervjuene foregikk ved sykehjemmene der de arbeidet. På bakgrunn av tidligere forskning på feltet ble det utarbeidet en intervjuguide som ble brukt som struktur for samtalene.

Analyse

Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming. Analyse og fortolkning har foregått som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet. En kontinuerlig fram- og tilbakeprosess, som en følge av den hermeneutiske sirkel, har åpnet for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2010; Gadamer, 1999). Analysen er formet gjennom hele prosessen; under intervjuet, materialbehandlingen og formidlingen (Kvale & Brinkmann, 2010). Underveis i intervjuet og transkripsjonen ble funn fortløpende notert. Da dataene var transkribert, fortsatte analysen av teksten for å finne intervjuenes mening. Under en første lesing ble det utformet en beskrivende del av arbeidstakernes opplevelse av å arbeide langvakter, og en foreløpig fortolkende del. I den påfølgende strukturelle analysen ble materialet analysert på nytt. Meningskategorisering ble benyttet som verktøy i analysen, noe som innebærer at man koder datamaterialet i kategorier (Kvale & Brinkmann, 2010; Coffey & Atkinson, 1996). På bakgrunn av problemstilling og tidligere forskning på feltet ble det utviklet et kodesystem. Utover i analysen ble kategoriene endret, abstrahert og tilpasset forskningsmaterialet. Målet med kodingsprosessen har vært å redusere datamaterialet, samt få en bedre oversikt over tema informantene vektla.

Tabell 8.2. Eksempel på kategorisering

Kategorier	Underkategorier	Utsagn
Tydelig skille mellom jobb og fritid	Intensive arbeidsperioder	<i>Du er totalt asosial den uka du jobber, det er å jobbe og sove, det er det man rekker.</i>
		<i>De fire dagene du er på jobb, så har du ikke noe spesielt privatliv.</i>
	Gode friperioder	<i>Jeg har så mye fritid ... Jeg kan gå i fjellet, jeg kan studere.</i>
	Å balansere mellom jobb og fritid	<i>Er man på jobb, så er man på jobb, og når man er hjemme, så har man fri. Stressnivået går ned.</i>
<i>Jeg kan skille mer på jobb og fritid. Jeg er ikke alltid på jobb, når jeg er hjemme, kan jeg gjøre andre ting.</i>		

RESULTAT

En turnus organisert med langvakter innebærer at arbeidstakere arbeider mange timer i strekk, med lange friperioder mellom hver arbeidsperiode. Dette kapitlet belyser hvordan langvakter kan innvirke på ansattes opplevelse av å balansere jobb og fritid. Funnene presenteres i fire kategorier.

1. Tydelig skille mellom jobb og fritid
2. Langvakter og familieliv
3. Lengre hviletid, færre oppmøtedager
4. Forutsigbar arbeidstid og økonomi

Tydelig skille mellom jobb og fritid

Å jobbe tolv timer i strekk innebærer at store deler av den våkne tiden i løpet av et døgn tilbringes på arbeid. Informantene gir uttrykk for at lange arbeidsdager gir et tydelig skille mellom jobb og fritid. Mange opplevde dette tydelige skillet ganske positivt, men det hadde også noen utfordrende sider. Med lange arbeidsdager kan det være svært begrenset hvor mye tid og energi man har til å gjøre andre ting i arbeidsperiodene. To av informantene i denne studien beskriver hvordan det å arbeide lange vakter begrenser det sosiale livet disse dagene:

Du er totalt asosial den uka du jobber, det er å jobbe og sove, det er det man rekker. (5)

De fire dagene du er på jobb, så har du ikke noe spesielt privatliv. (4)

Lange vakter medfører intensiverte arbeidsperioder. Den totale arbeidstiden på 35,5 timer i uka gjøres på færre enn 5 dager. Det resulterer i at ansatte som arbeider lange vakter, har lengre friperioder enn de som arbeider tradisjonell turnus. Lengre friperioder gir større muligheter og fleksibilitet. Som en av informantene sier:

Jeg har så mye fritid ... Jeg kan gå i fjellet, jeg kan studere. (1)

Komprimert arbeidstid kombinert med lange friperioder mellom hver arbeidsperiode medfører ifølge informantene et sterkere skille mellom jobb og privatliv enn tradisjonell turnus. I arbeidsperiodene har man et svært begrenset sosialt liv utenfor jobben, samtidig som man i større grad klarer å koble av arbeid og tanker på

jobb i friperiodene. Dette gjør at ansatte som arbeider lange vakter, opplever å få et tydeligere skille mellom jobb og fritid. Tre informanter beskriver dette slik:

Jeg har så mye fritid, og når jeg er hjemme, trenger jeg ikke tenke på saker på jobben. Det er det beste. Jeg kan skille mer på jobb og fritid. Jeg er ikke alltid på jobb, når jeg er hjemme, kan jeg gjøre andre ting. (1)

Før syntes jeg at jeg var på jobb hele tida, du gikk dag, aften, aften, dag. Du hadde fri en dag før helg og en dag etter. Det var ikke så bra for meg. Nei, jeg er så fornøyd med denne turnusen, du kan ikke tro det. Du kan planlegge mye mer, jeg kan reise, du kan gjøre så mye. Det kunne jeg ikke når jeg gikk i todelt turnus. (3)

Man stresser mindre i en slik turnus. Er man på jobb, så er man på jobb, og når man er hjemme, så har man fri. Stressnivået går ned. (4)

Her ser vi at informantene opplever et tydelig skille mellom jobb og fritid når de arbeider langvakter. I arbeidsperiodene er det jobb som står i fokus, og man har et svært begrenset sosialt liv utover jobb i disse periodene. Mellom hver arbeidsperiode har man lengre friperioder hvor man ikke tenker på jobb, noe som gir muligheter til å dyrke fritidsinteresser.

Langvakter og familieliv

Arbeid utover normalarbeidsdagen kan være utfordrende, fordi velferdsordninger som barnehage, skole og SFO er lagt opp for ansatte som arbeider dagtid. Slik kan det være utfordrende for alle som arbeider turnus, å kombinere dette med familieliv. Ansattes familiesituasjon og forpliktelser er imidlertid ulike, og familiekonstellasjoner varierer. Småbarnsforeldre som arbeider langvakter, vil eksempelvis være avhengige av at noen andre henter i barnehage og skole, og ivaretar barna utover kvelden. I arbeidsperiodene ser man lite til barna, mens man i friperiodene har større mulighet til å være mye sammen med familien. To informanter beskriver dette slik:

Har man familie, så ser man ikke ungene på fire dager, de har lagt seg når man kommer hjem, men ser dem bare litt på morgenen. Men det er jo det samme når man går i en vanlig turnus, da har man også senvakter, og de som har unger i barnehage og skole, kan ikke hente ungene og så gå på senvakt, man må ha noen andre til å hente dem. (4)

Jeg har full forståelse for min arbeidssituasjon, arbeidsdelingen hjemme og sånt. Så for oss fungerer det greit. Men jeg merker på minstegutten at han synes det er veldig dumt når jeg skal begynne på jobb, for da er jeg så mye borte. Men når vi snakker om det og sier at jeg har en hel uke fri, da sier han ja, for det betyr så mye. Og da går det også greit. (16)

Behovet for at andre omsorgspersoner stiller opp på kveld og helg, gjelder for alle som arbeider turnus og har omsorgsoppgaver, uansett hvordan turnusen organiseres. Det spesielle med langturnus er at man i arbeidsperiodene blir borte fra familien hele dagen og over flere dager. De som arbeider langturnus, har behov for at andre stiller opp og ivaretar omsorgsoppgaver i komprimerte perioder. Samtidig får man lange friperioder som gir muligheter man ikke har i tradisjonell turnus, og noen mener dette veier tyngre enn ulempene. Informantene i denne studien gir uttrykk for at de i friperiodene får anledning til å reise, passe barn, gå fjellturer og koble halt av. En sier:

Om vi må tilbake til tradisjonell turnus, så vurderer jeg å gå av. For denne turnusen passer meg så bra. Jeg kan reise, jeg er veldig glad i å reise. Jeg kan passe barnebarn, og legge opp til det om det er noe spesielt. (2)

Lange vakter gir intensive arbeidsperioder og lange friperioder, og gjennom et år fordeles disse systematisk. Intensive arbeidsperioder kan være mer gunstig i noen perioder, men dersom arbeidsperiodene faller uheldig ut i forhold til helligdager, kan det oppleves som negativt for ansatte. En informant sier:

Det er det verste, i år kommer turnusen min på lillejulaften, julaften og første juledag, og det er litt kjedelig. Men i fjor var det et annet team som hadde jula, da hadde jeg fri til 1. nyttårsdag, i år er det vår tur. Men samtidig, har du senvakt julaften, så er det ikke mye du får gjort på formiddagen heller, for du vet du skal på jobb. (10)

Om arbeidsperiodene faller uheldig ut innenfor høytider, kan det oppleves ekstra belastende å arbeide langturnus fordi man må være på jobb hele dagen og flere dager i strekk mens de fleste andre har fri.

Lengre hviletid, færre oppmøtedager

Vakter på tolv timer innebærer to vaktskifter i løpet av ett døgn i stedet for tre, som er vanlig i tradisjonell turnus. Med tolv timer lange vakter blir det også tolv timer

mellom hver vakt, mens det i tradisjonell turnus kan være bare åtte timer mellom en kveldsvakt og en dagvakt. Informantene i denne studien trekker fram lengre hviletid mellom vakter som noe positivt med langturnus. To informanter beskriver dette slik:

Før hadde du mer skifte mellom senvakt og tidligvakt, du var ferdig 22:15 og skulle hit igjen 07:30, det gjorde at jeg sov dårligere på natta. Når jeg kommer hjem 20:30, har jeg veldig mye igjen av kvelden der jeg kan slappe av før jeg legger meg, og da sover jeg bedre. Så det også fører til at du på en måte er mindre sliten. Når du kommer hjem, kan du slenge deg ned i en godstol og se litt tv, men når du kom hjem 22:30, visste du at du skulle opp 05:30, da tenkte du bare på at du måtte skynde deg å sove. Det er ikke slik at jeg er mer sliten nå, faktisk. (10)

Det var litt stress å slutte 22:15 når du skulle på jobb igjen 07:30. Jeg stresset mer med å sove da enn nå. (9)

Kort hviletid mellom vakter kan medføre stress knyttet til å få nok søvn. Med lange vakter kan man unngå noe av dette stresset, fordi hviletiden mellom vaktene blir lengre.

Hvor lange vakter man arbeider, innvirker også på antall oppmøtedager på jobb, og hvor mye tid man bruker på å reise til og fra arbeid. Med langturnus har man færre oppmøtedager enn om man arbeider korte vakter. En sykepleier forteller:

Jeg har ikke holdt ut om jeg skulle gått todelt turnus, for jeg har jo en times kjøring før jeg kommer hit på jobb, og så skal jeg komme hit og jobbe sju timer, og så kjøre hjem og være hjemme noen timer før jeg skal jobbe sju timer igjen. Nei, jeg hadde ikke orket det, det blir for tungt. (3)

Langvakter innebærer færre oppmøtedager på jobb, og reduserer tiden ansatte bruker til kjøring mellom hjem og arbeid. For arbeidstakere som har lang reisevei, kan derfor langvakter oppleves som gunstig fordi man bruker mindre tid på reise, og dermed får man mer fritid.

Forutsigbar arbeidstid og økonomi

Den fjerde kategorien handler om at forutsigbar arbeidstid og forutsigbar inntekt kan bidra til en bedre balanse mellom jobb og fritid. Langturnus er en turnusordning som gir ansatte stillinger med høy stillingsprosent. Å ha en stor stillingsprosent innebærer en forutsigbar arbeidstid og en forutsigbar inntekt. Det gir en mer

forutsigbar økonomisk situasjon for den enkelte. To av informantene beskriver dette slik:

Hvis jeg ikke får fortsette i denne turnusen, må jeg gå tilbake til 60 prosent stilling. Og da vet jeg ikke om jeg vil arbeide mer. For da blir det det hektiske livet med korte vakter og mye kjøring og aldri fri. For da må jeg begynne å ta ekstravakter for å klare meg – for å få en noenlunde grei økonomi. (3)

Før jobbet jeg på tre avdelinger for å komme opp i en 100 prosent stilling, nå føler jeg tilhørighet til denne avdelingen. Jeg blir mer sikker på meg selv, jeg føler at jeg kan dette faget til denne pasientgruppen. (7)

Flere av informantene i denne studien hadde fått økt sin stillingsprosent etter overgangen til langturnus, og informantene hadde minst 70 prosent stilling. Høy fast stillingsandel gir oversikt over når man skal på jobb, og når man skal ha fri. Samtidig gir det ansatte en forutsigbar inntekt, og de slipper å jage etter ekstravakter for å få en lønn å forsørge seg av. Informantene i denne studien gir også uttrykk for at det er positivt å forholde seg bare til én avdeling. Når man arbeider i en høy stillingsprosent på bare én avdeling, kan det gi kontinuitet og en faglig trygghet som gir bedre mestring.

Etikk

Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med mulig skade som kan påføres intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2010). Informantene deltok frivillig og kunne når som helst trekke seg. Det var lite sensitiv informasjon som kom fram under intervjuene, og ingen av informantene trakk seg underveis. Informantene ga imidlertid uttrykk for at de var glade for å kunne bidra i et forskningsprosjekt som belyste deres opplevelse av å gå langvakter. Prosjektet er meldt til NSD.

Metodediskusjon

Det vil alltid være et spørsmål om funnene i en intervjustudie kan generaliseres, noe som kan innebære en antakelse om at vitenskapelig kunnskap må være universell og gyldig til alle steder og på alle tidspunkter for alle mennesker (Kvale & Brinkmann, 2010). Mennesker er imidlertid ulike, og lever i ulike kontekster. Det som gir en god balanse mellom jobb og fritid for noen, trenger ikke gjøre det for andre, og det kan også variere gjennom et liv ut fra for eksempel familiesituasjon

og bosted. I en kvalitativ intervjustudie kan ikke funnene generaliseres statistisk. Isteden kan det være fruktbart å snakke om analytisk generalisering, som er en måte å beskrive ulike dimensjoner ved fenomenet som studeres. Denne studien viser både fordeler og ulemper ved langvakter. Slik kan leseren selv vurdere graden av relevans i egen sammenheng.

Informantene i denne undersøkelsen framstår hovedsakelig som positive til langturnus, noe som kan henge sammen med at det legges stor vekt på frivillighet for de som arbeider i en turnus med lange vakter. Dersom ansatte hadde vært tvunget til å jobbe langvakter, kunne resultatene vært annerledes. Denne studien gir et bilde av opplevelsen av det å kombinere jobb og fritid hos 18 ansatte som alle har erfaring med å jobbe lange vakter, og resultatene ses i lys av andre studier. Vi argumenterer for at kunnskapen som produseres i disse intervjuene, kan overføres til andre relevante situasjoner, uten at de nødvendigvis vil gjelde i alle andre situasjoner.

DISKUSJON

Å balansere jobb og fritid kan være utfordrende, spesielt for helsepersonell som arbeider turnus (Abrahamsen et al., 2012; Dall'Orta et al., 2016; Moland & Bråthen, 2019). Pasienter har behov for hjelp til alle døgnets tider, og ansatte må jobbe når barnehage og skole/SFO er stengt, og når andre vanligvis har fri. Når arbeid utenfor normalarbeidsdagen er nødvendig, er det viktig å etablere turnuser som i størst mulig grad gjør det mulig å balansere jobb og familieliv. I tillegg til at det er viktig for de ansatte, vil det være viktig for å fremme kvalitet på tjenestene som gis.

Forbindelsen mellom arbeid og familie analyseres ofte med utgangspunkt i begrepene «work-life-balance», på norsk «arbeid-familie-balanse». Denne studien har sett på hvordan ansatte som arbeider langvakter i sykehjem, opplever balansen mellom jobb og fritid. Studien viser at ansatte opplever et tydeligere skille mellom jobb og fritid når de går over til å arbeide langvakter. I arbeidsperioder er det jobb som står i fokus, mens i friperiodene har man god tid til å koble av og gjøre andre ting. Langvakter innebærer komprimert arbeidstid, og det sosiale livet er svært begrenset i arbeidsperiodene. Man får begrenset mulighet for å treffe barn og annen familie i arbeidsperiodene, og barna kan grue seg litt til den voksne blir borte over lengre tid. Faller flere sammenhengende langvakter uheldig ut i forhold til høytider, kan det oppleves uheldig. Samtidig gir informantene i denne undersøkelsen uttrykk for at disse ulempene veies opp av fordelene ved å arbeide langturnus. Lange friperioder gir andre muligheter enn tradisjonell turnus, som for eksempel samvær med barn, pass av barnebarn og å reise på turer. Langvakter

gir også lenger fri mellom vaktene, og man får 11–12 timer pause mellom hver vakt. I tradisjonell turnus kan man ha 8–9 timer mellom en kveldsvakt og dagvakt. Informantene i denne studien opplever det som positivt med lenger fri fra man er ferdig på jobb om kvelden til man skal på jobb på morgenen, fordi man får bedre mulighet til å slappe av og roe ned etter en vakt, noe som gjør at man sover bedre. «Quick returns», med kort pause mellom kveld- og dagvakt, er vanligere i Norge enn i andre land. I Norge har hele 64 prosent av helsepersonell flere enn 13 kveld–dag-skift per år, mens i Finland er det 47 prosent og i Danmark 16 prosent (Garde et al., 2019). Med langvakter unngår man denne problematikken i større grad.

Denne studien viser at noen informanter opplever det som positivt at langvakter medfører mindre tid på å reise til og fra jobb, fordi man har færre oppmøtedager. Med langvakter på 12,5 timer får man 133 oppmøtedager per år, og 232 fridager. Med 7,5 timer lange vakter får man 222 oppmøtedager og 143 fridager. Seks timer lange vakter vil gi 277 oppmøtedager og 88 fridager. Færre oppmøtedager resulterer i mindre tid brukt på pendling, og vil særlig kunne oppleves positivt for de med lang reisevei mellom hjem og arbeidssted.

Å balansere arbeid og familieliv handler også om forutsigbarhet knyttet til arbeidstid og lønn. Pleiepersonell i helsesektoren arbeider i stor grad deltid. Spesielt gjelder dette nyutdannet helsepersonell. Norsk Sykepleierforbund sin avgangsundersøkelse i 2017 viste at omtrent 75 prosent av nyutdannede sykepleiere ønsker full stilling når de er ferdig. Færre enn 50 prosent får full stilling, og mange har flere arbeidsgivere for å få større stilling (NSF, 2018). Andelen med deltidsarbeid for dem som nettopp har fullført helsefagarbeiderutdanning, ligger nærmere 80 prosent (Beyrer et al., 2019). Det kan være nærliggende å anta at deltid gjør det lettere å kombinere jobb og familie/fritid. Studier viser imidlertid at dette ikke nødvendigvis er tilfelle. Helsepersonell i deltidsstillinger oppgir like stor eller større grad av konflikt mellom jobb og familie enn helsepersonell i heltidsstillinger (Abrahamsen et al., 2012). Måten man organiserer arbeidet på, synes viktigere for å balansere hjem og arbeid enn det å arbeide deltid (Abrahamsen et al., 2012; Holland et al., 2019). Dette kan blant annet henge sammen med at mange deltidsansatte arbeider mer enn sin fast avtalte arbeidstid, og jobber ekstravakter for å få en lønn de kan forsørge seg av. På det som i utgangspunktet er fridager, må de være innstilt på å komme på jobb, gjerne på kort varsel. Disse ansatte befinner seg i et B-lag, der de blir påført belastninger og stress i form av mange oppmøtedager, ubekvemme vakter og manglende overblikk og kontroll i arbeidet (Ingstad & Kvande, 2011; Abrahamsen et al., 2012; Vabø et al., 2019).

En deltidsstilling kombinert med jakten på ekstravakter gir uforutsigbar lønn, uforutsigbar arbeidstid og fritid (Ingstad, 2016; Vabø, Drange & Amble, 2019).

Manglende kontroll over egen arbeidstid medfører stress og er en ekstra arbeidsbelastning (Hsu, 2019). Denne studien viser at langvakter har bidratt til å gi ansatte høyere stillingsandel og en mer forutsigbar arbeidstid og inntekt. Andre studier bekrefter at langturnus er en måte å organisere arbeidet på som gir ansatte mer forutsigbar arbeidstid, fritid og inntekt (Moland & Bråthen, 2011), og som kan gi bedre balanse mellom arbeid og familie enn ordinær turnus (Harris et al., 2015; Moland & Bråthen, 2019). Mange ansatte trives med å jobbe turnus, og studier viser at de som arbeider langvakter og samarbeidsturnus, er blant dem som gir uttrykk for størst trivsel med å jobbe turnus (Moland & Bråthen, 2019). En studie viser også at langvakter reduserer risikoen for sykefravær (Vedaa et al., 2018).

Arbeidstid består av flere ulike dimensjoner, både strukturelle, kvantitative og kvalitative. Dette kan for eksempel handle om vaktlengde, antall timer på jobb per uke, mulighet for å ta pauser, vaktrotasjon, opplevelse av mestring, trivsel, kontroll og intensitet i arbeidet (Dall'Ora et al., 2016). Arbeidstid er både en sentral økonomisk kategori og en kulturell kategori (Ellingsæter, 2009, s. 52). Balanseforestillingen er kritisert fordi den bygger på den forutsetning at det finnes en passende fordeling av timer som den enkelte bør oppnå på områdene arbeid, familie og fritid (Ellingsæter, 2009, s. 186). Et beslektet begrep er «arbeid–familie–konflikt», som oppstår når arbeids- og familieroller er vanskelige å kombinere (Greenhaus & Beutell, 1985). Arbeid–familie–konflikt kan være et nyttig perspektiv, fordi ansattes opplevelser av å kombinere familierollen med rollen som arbeidstaker står sentralt. Denne studien har vist at ansatte som arbeider langvakter, opplever en konflikt mellom arbeid og familie, men gir uttrykk for at ulempen med denne typen turnus veies opp av ulempene. Eksempelvis er helgearbeid noe mange ansatte ønsker å unngå, men som ofte er umulig å unngå i helsesektoren, da pasienter har behov for hjelp også i helgene. Med langvakter jobber ansatte flere timer helg når de først jobber helg, og kan derfor få fri flere helger (Ingstad & Amble, 2015). Konflikten knyttet til å ønske å ha fri i helg løses ikke, men den kan reduseres med langvakter.

Nye generasjoner arbeidstakere har ofte ønske om full deltakelse i arbeidslivet, noe som fordrer at kommuner og sykehus legger nye turnuskabaler som er tilrettelagt for heltidskultur (Vabø, Drange & Amble, 2019). Det er behov for grunnleggende endringer av turnussystemet som gjør at det går opp med hele stillinger, slik at ansatte får en forutsigbar lønn og arbeidstid/fritid. Arbeidet med å skape et bærekraftig turnussystem basert på hele stillinger må tilrettelegge for en balansert rytme mellom restitusjon og arbeid (Amble, 2016; Vabø, Drange & Amble, 2019). Langturnus kan være ett blant flere turnussystemer som kan bidra til dette. I dag er det få ansatte i Norge som arbeider langvakter (tolv timer eller mer) i helsesektoren, bare 3 prosent. Langvakter er langt vanligere i andre land, også i Skandina-

via. I Finland arbeider 8 prosent av de ansatte langvakter, mens i Danmark er tallet 12 prosent (Garde et al., 2019).

KONKLUSJON

Å balansere jobb og fritid kan være spesielt utfordrende når man jobber turnus. Derfor er det viktig å finne turnusordninger som i størst mulig grad bidrar til en balanse mellom jobb og fritid. Denne studien viser at langvakter gir et tydeligere skille mellom jobb og fritid enn tradisjonell turnus. I arbeidsperioder har man et begrenset sosialt liv, man får sett lite til familie, unger og i liten grad deltatt på fritidsaktiviteter. All oppmerksomhet rettes mot jobb i arbeidsperiodene. I friperiodene kobler man av og kan gjøre helt andre ting uten å tenke på jobb. For noen kan dette være en god måte å arbeide på, og gi en bedre balanse mellom jobb og fritid. Langturnus medfører mindre tid brukt på pendling på grunn av færre oppmøtedager, og gir færre *quck returns*, da det er lengre hviletid fra man er ferdig på jobb på kvelden, til man skal jobbe på morgenen. Samtidig er langturnus en turnusordning som gir ansatte store stillinger, og dermed forutsigbar lønn, arbeidstid og fritid. Helsepersonell kan ha ulike ønsker og behov, og deres familiesituasjon er forskjellig. Hvorvidt langvakter gir bedre balanse mellom jobb og fritid, kan variere, men denne studien viser at med langvakter får ansatte et tydeligere skille mellom jobb og fritid.

REFERANSER

- Abrahamsen, B. Holte, K. A. & Marjukka, L. (2012). Work-family interference: Nurses in Norway and Finland. *Professions & Professionalism*, 2(1), 60–75.
- Amble, N. (2016). 3-3 turnus. I: Ingstad, K. (red.). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Amble, N. & Ingstad, K. (2016). Arbeidstid en kjønnset kategori. I: Ingstad, K. (red.). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeidstilsynet (2018). *Arbeidstid*. <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/arbeidstid/>
- Bae, S. H. & Fabry, D. (2013). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing outlook*, 62(2), 138–156.
- Beyrer, S., Hjemås, G., Skjøstad, O. & Hansen, J. (2019). Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet. SSB rapport 2919/20. Oslo: SSB.
- Bondevik, K., Haukenes, I. & Moen, B. E. (2006). *Er helsemessige og sosiale konsekvenser av helkontinuerlig skiftarbeid og turnusarbeid forskjellige? En litteraturstudie*. Rapport 2006: 1. Universitetet i Bergen: UNIFOB.

- Canuto, R., Garcez, A. S & Olinto, M. T. (2013). Metabolic syndrome and shift work: a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 17(6), 425–431.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). Making sense of qualitative data. Los Angeles, CA: SAGE.
- Craig, L. & Sawrikar, P. (2009). Work and family: How does the (gender) balance change as children grow? *Gender, Work & Organization*, 16(6), 684–709.
- de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 100–108.
- Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A. & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 12–27.
- Det store heltidsvalget (2018). <https://www.ks.no/contentassets/1c6ba94a2a164b2daf4dfb5dcd576e4/heltidserklaring-2018.pdf>
- Dwyer, T., Jamieson, L., Moxham, L., Austen D. & Smith, K. (2007). Evaluation of the 12-hour Shift Trial in a Regional Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 711–20.
- Ellingsæter, A. L. (2007). Postindustriell arbeidstid – nye realiteter, nye begreper? *Søkelys på arbeidslivet*, 24(1), 15–23.
- Ellingsæter, A. L. (2009). *Vår tids moderne tider*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H. G. (1999). Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. I: Gulddal, J. og Møller, M. (red) *Hermeneutik – en antologi om forståelse* (s. 127–182). Haslev: Gyldendal.
- Garde, A. H., Harris, A., Vedaa, Ø., Bjorvatn, B., Hansen, J., Hansen, Å. M., Kolstad, H. A., Koskinen, A., Pallesen, S., Ropponen, A. & Härmä, M. (2019). Working hour characteristics and schedules among nurses in three Nordic countries – a comparative study using payroll data. *BMC Nursing*, 18(1), 1–10.
- Harris, R., Sims, S., Parr, J. & Davies, N. (2015). Impact of 12 h shift patterns in nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 605–634.
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76–88.
- Gregory, A. & Milner, S. (2009). Work-life balance: A matter of choice? *Gender, Work & Organization*, 16(1), 1–13.
- Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C. & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research*, 49, 70–76.
- Ingstad, K. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2016b). Arbeidstid og turnus – en historisk utvikling. I: Ingstad, K. (red). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2016c). Heltidskultur. I: Ingstad, K. (red). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. & Kvande, E. (2011). Må sykepleieryrket være et deltidsyrke? *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(1), 206–218.
- Ingstad, K. (2011). Hele og delte sykepleiere. En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem (Doktoravhandling). NTNU, Trondheim.

- Ingstad, K. & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 152–157.
- Innstrand, S. T. (2010). Betydningen av en god balanse mellom arbeid og familieliv. *Søkelys på arbeidslivet*, 1–2(27), 31–41.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B. & Nordby, K. C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179–199.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- KS (2019). Heltids-/deltidsstatistikk. <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/publisert-heltids-deltidsstatistikk/>
- Moland, L. E. (2015). *Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet «Ufrivillig deltid»*. Fafo-rapport 2015: 25. Oslo: Fafo.
- Moland, L. E. (2015). Tiltak som nytter. Sluttrapport om heltids-deltidsproblematikken. Evaluering av programmet «Ufrivillig deltid». Oslo: Fafo.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2011). *Forsøk med langturnusordninger i Bergen kommune. Delrapport*. Fafo-notat 07. Oslo: Fafo.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2019). *En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse*. Fafo-rapport 2019:15.
- Moland, L. E. & Schanche, P. (2019). *Lang vei mot heltidskultur*. Fafo-rapport 2019-08.
- Nergaard, K. (2016). Utbredelsen av deltid og ulike arbeidstidsordninger. I: Ingstad, K. (red.) *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ose, S., Suong, M. T., Kaspersen, S. L. & Færevik, H. (2019). One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences. *BMJ Open*. 019;9:e024292. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-02429>
- Payne, G. & Williams, M. (2005). Generalization in Qualitative Research. *Sociology*, 39(2), 295–314.
- STAMI (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- STAMI (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018. Status og utviklingstrekk*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Vabø, M., Drange, I., & Amble, N. (2019). *Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere*. Fagbladet. https://fagbladet.no/mapper/dokumenter/Deltidsknuten_siste.pdf
- Vedaa, Ø., Pallesen, S., Erevik, E. K., Svendsen, E., Waage, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B. & Harris, A. (2018). Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(4), 457–466.
- Yvas, M. V., Garg, A. X., Iansavichus, A. V., Costella, J., Donner, A., Laugsand, L. E., Janszky, I., Mrkobrada, M., Parraga, G. & Hackan, D. G. (2012). Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ*:345 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e4800>



9. Helse- og omsorgspersonells erfaringer med travelhet

Betty-Ann Solvoll og Kari Ingstad

Sammendrag Helsearbeid innebærer å jobbe med mennesker som ofte har komplekse og sammensatte behov. Samtidig er ressursene i helsetjenesten begrenset, noe som lett gir økt arbeidsbelastning for personalet. Dagene kan oppleves travle. Hensikten med kapitlet er å beskrive og reflektere over helse- og omsorgspersonells erfaringer med travelhet i deres arbeidshverdag. Å være travel kan oppleves forskjellig. Travelhet fører imidlertid lett til frustrasjoner og dårlig samvittighet. En systematisk utforskning og granskning av helsepersonells erfaringer med travelhet kan bidra til å finne nye tenkemåter, løsninger og organisering i kommunal helse og omsorg for bedre håndtering av travle arbeidsdager.

Nøkkelord travelhet | erfaringer | helsepersonell | kommunehelsetjeneste

Abstract Introduction The purpose of this chapter is to describe healthcare personal's experiences of being busy, in order to develop coping strategies.

Method Essay as a method of critical investigation.

Results Busyness is mainly experienced as a discomfort of "not having done enough", an internal pressure. First and foremost, busyness is experienced emotionally exhausting.

Discussion Busyness seems to be an individual struggle, even though health service enterprises are a collective matter.

Keywords busyness | experiences | healthcare personal | municipal health services

INNLEDNING

Travelhet preger mange arbeidsplasser innenfor helse og omsorg, også i kommunehelsetjenesten. Ingen dager er like, og travelheten varierer. Like fullt er helse- og omsorgsarbeid i kommunene gjennomgående preget av tidspress (Holm, 2017; Vinckx et al., 2018; Martinsen et al., 2018). Tiden strekker ikke til for å få utført nødvendige oppgaver (Borland, 2011). Det gjør at personalet kjenner på tidspress, og pasienter kan utsettes for pleie og omsorg av dårligere kvalitet. Slik får travelhet en dobbel tyngde. Helse- og sosialtjenester er av de mest risikoutsatte næringene i norsk arbeidsliv. Helse- og omsorgsarbeidere oppgir høy rollekonflikt med høye jobbkraav kombinert med lav jobbkontroll (STAMI, 2018). Økt innsikt i feltet og en bedre forståelse av hvordan personalet erfarer travelhet, kan bli et springbrett til større bevisstgjøring og gi muligheter til å utvikle bedre strategier for å håndtere travelhet. Utgangspunktet for essayet er spørsmålet: *Hvordan erfarer helse- og omsorgspersonell travelhet?* Det er helsepersonells erfaringer, slik de er beskrevet i publisert litteratur, som skal granskes. Vi bruker essay som kritisk utforskende metode (Lindseth & Norberg, 2004; McGuirk & Methi, 2015). Før spørsmålet undersøkes nærmere, skal allerede eksisterende kunnskaper om travelhet i helse- og omsorgsarbeid presenteres.

Bakgrunn

Helsepersonells opplevelser av travelhet er omtalt i fagartikler så vel som i forskningslitteratur, men publisert forskning om temaet er heller knapp. Et søk på «travelhet» gir få treff. For eksempel ga søket «busyness» AND «nursing practice» (sammendrag) i basen Cinahl 5 treff, hvorav én artikkel var relevant. Samme søk i «all text» ga 93 treff, hvorav 2 var relevante. For å gi en bakgrunn for temaet skal vi nedenfor presentere kunnskap både fra fag- og forskningslitteratur.

Å ha det travelt har en rekke uheldige konsekvenser. En europeisk studie fra tolv land rapporterer at sykepleiere ser seg nødt til å utelate viktige sykepleieoppgaver på grunn av mangel på tid. Medisiner og nødvendig behandling blir prioritert, mens oppgaver som å trøste og å samtale med pasienter nedprioriteres. I sin tur kan det redusere pasienttilfredsheten (Aiken et al., 2012). Ball et al. (2014) finner i deres studie at en overveiende del av sykepleiere som ble spurt (86 %), mente at tidsnød forårsaket forsømmelser i omsorgsoppgaver. Den type oppgaver de ofte ikke rakk, var samtale og å trøste pasienter (66 %), undervise pasienter (52 %) og skrive og oppdatere sykepleieplaner (47 %). Ikke uventet fant de en sammenheng mellom antallet sykepleiere per pasient og ugjorte oppgaver (Ball et al., 2014). At travle arbeidsdager resulterer i forsømte oppgaver, som å snakke med pasienter,

bekreftes også av Knopp-Sihota et al. (2015). Men også oppgaver som å hjelpe pasienter med forflytning kan bli nedprioritert når det er travelt. Tidvis forekommer forsømmelser og direkte gal praksis (Knopp-Sihota et al., 2015). Travelhet får altså en rekke negative innvirkninger på yrkesutøvelsen og kvaliteten på denne.

Travelhet har ikke bare konsekvenser for kvaliteten i utført omsorgsarbeid, den har også en tendens til å «sette seg» i kulturen, som en travelhetskultur. Å være travel kan bli sett på og oppfattet som en verdi, en holdning og en vane: «Vi har det travelt hos oss, vi har en hektisk hverdag.» Med slike utsagn kan aktørene også ønske å signalisere at de utfører et viktig arbeid, og dermed at de er nødvendige og uunnværlige (Richards, 2015). En travel holdning kan smitte slik at stress og hastighet bidrar til et turbulent miljø, noe som kan føles og oppleves av andre. Stress skaper spenninger og øker det indre stressnivået i en selv, særlig når en møter andres travelhet. Travelt helsepersonell kan formidle signaler om å være opptatt og ikke ha tid. I et diskursivt perspektiv viser Nagington et al. (2013) at travelheten blir en form for forklaring, som både pasienter og pårørende bruker for å unnskyldte helse- og omsorgspersonellet. De ser at hjemmesykepleierne er travle, og dermed blir travelheten noe som former deres forventninger til omsorg. «De har det jo så travelt, vi kan ikke forvente oss mer». Slik kan travelheten bli et argument for mangelfull omsorg (Nagington et al., 2013). En travel arbeidshverdag «gjør noe med» kulturen, og det kan formidle ulike budskap til mottakere av omsorg.

Det synes videre å være en sammenheng mellom negative oppfatninger av arbeidsmiljøet og den pasientsikkerheten sykepleiere klarer å legge til rette for. Tilfredshet i jobben og et godt arbeidsmiljø synes å ha sammenheng med et lavt nivå av stress (Hiler et al., 2018). Stresset er høyere når sykepleiere opplever å ha for liten tid til pasientene. De som arbeider mer enn 30–40 timers uke, opplever mindre stress enn de som jobber mindre (de Veer et al., 2013). Ved første øyekast kan det virke paradoksalt at de som arbeider mest, opplever minst stress. Forklaringen kan være at det ikke er tiden som går med til arbeid, som i seg selv virker stressende, men det er når tiden ikke strekker til for å utøve nødvendige arbeidsoppgaver, at stresset akselererer.

Hvorfor er arbeidsdagene så travle? De nederlandske forskerne Bontemps-Hommen, Baart og Vosman (2019) peker på flere forhold som kan bidra til travelhet. En del av svaret ligger i det økte behovet for omsorg. Medisinske framskritt som gir flere behandlingsmuligheter og øker sjansen for å overleve alvorlige lidelser, kan også bidra til økt skrøpeligheit. Flere eldre lever lenger med sammensatte og samtidige lidelser. Komorbiditet, det vil si samtidig tilstedeværelse av flere sykdommer, gjør at kompleksiteten i arbeidsoppgavene øker. Medisinsk spesialisering og avansert medisinsk behandling gir stadig flere subspecialiteter (Bontemps-

Hommen et al., 2019). I kjølvannet av avansert medisinsk behandling utvikler helse- og omsorgsarbeid seg til en mer kompleks praksis. Kompleksitet setter kjerneverdier i praktisk omsorgsarbeid på spill, nemlig det å hjelpe folk med deres sykdom og lidelser på en kompetent og kvalitativ måte.

En stadig større grad av spesialisering gjør at helsetjenesten organiseres i isolerte «siloer». Det blir store gap mellom grupper av aktører, mellom profesjoner, avdelinger, spesialiteter og lokale steder, som igjen gjør kommunikasjon mellom ulike aktører krevende. Videre peker forskerne på at teknologiseringen av helsetjenesten fører til økt arbeidspress, fordi den opptar de profesjonelles tid og oppmerksomhet. Det sosiale presset som forplikter tjenestene på å installere systemer for sikkerhet, kvalitet og økonomisk ansvarlighet, og å rapportere på et bredt spekter av indikatorer, øker kompleksiteten. Fagpersoner må bruke mer tid på indirekte pasientarbeid, i stedet for å ha tid sammen med pasienter. På denne måten kan teknologi bidra til å undertrykke pasienters stemme, selv om det absolutt ikke er ønsket (Bontemps-Hommen et al., 2019).

Omsorgsarbeid handler om å møte pasienter i deres behov. Det ligger i fagets natur at sykepleie er å hjelpe den trengende, lindre smerter og redusere plager. En sykepleier som tar disse premisene på alvor, vil ønske å vise aktelse for pasientens verdighet med varhet overfor deres sårbarhet, for å finne pasienten der han er og lindre hans lidelse (Martinsen, 2013). Forholdene ligger ikke alltid til rette for å realisere omsorgsarbeidet på denne måten. Reformen og endringer i organisering av helsevesenet gir merarbeid og øker arbeidsbyrden. Det ordinære arbeidet må gjøres, i tillegg til endringsarbeid som reformer krever. Dessuten, hevder den britiske forskeren Davina Allen (2015), påhviler det sykepleiere mye indirekte og usynlig pasientarbeid. Hun kaller det *translational mobilisation*, som blant annet innebærer organisering av komplekse systemer, informasjonshåndtering og overføring av pasienter mellom avdelinger og tjenestenivåer. Slik innsats skaper flyt, helhet og sammenheng, men mye av dette arbeidet er usynlig (Allen, 2015). Og det krever tid.

Helse- og omsorgspersonell kan oppleve at det stadig blir mer å gjøre innenfor tiden som er til rådighet. Misforhold mellom omsorgsoppgaver og tilgjengelige ressurser gir stress og opplevelser av travelhet. I neste omgang kan pasienter som møtes av travle omsorgspersoner, lett få en følelse av å være til bry (Nagington et al., 2013). En urovekkende trend de siste tiårene er travlere arbeidsdager som er mer intense og pakket med stadig skiftende oppgaver (Shirey & Hites, 2015).

Leder i Rådet for sykepleieetikk advarer om at travelhet lett kan skygge for blikket (Kjølsrud, 2019). Travelhet blir som kjepper i hjulet for en god sykepleieutøvelse. Når sykepleiere løper for å utføre alle prosedyrene; servere mat, dele ut medi-

siner, ta imot nye pasienter og skrive ut andre, og gjøre rommene klare, men ikke ser hva som er rundt seg; hva ser sykepleiere da? spør Kjølrsrud (2019). Økt travelhet gjelder ikke bare i helse- og omsorgsyrker, men griper om seg som utfordringer ved ulike arbeidsplasser i samfunnet. Noen prøver å komme seg ut av problemene ved å bestrebe seg på å jobbe kjappere. Å søke hjelp kan for mange være ensbetydende med å vise svakhet, og det kvier en seg for (Kirkegaard, 2015). Travelhet er ikke nødvendigvis effektivt. Å springe fortere eller å handle raskere bidrar ikke automatisk til at mer arbeid blir gjort. Tvert imot kan travle dager like gjerne føre til forsømmelser og mindre godt utført arbeid. Febrilsk og hastig yrkesutøvelse kan bli ineffektiv og stressende, blant annet fordi arbeidet blir fragmentert og fullt av distraherende detaljer og ufokuserte handlinger.

For å forstå travelhet i et samfunnsperspektiv er teorien om *akselerasjon* interessant. Det er en tenkning hvor den tyske sosiologen Hartmut Rosa (2014) viser til hvordan tidspress har en tendens til å trekke utøverne inn i en akselererende karusell, noe som får negative konsekvenser, både for individet og for samfunnet. Ifølge Rosa (2014) er akselerasjon, og da også travelhet, et sentralt kjennetegn ved det senmoderne samfunn. Hans «diagnose» på samfunnet er at det foregår en stadig fartsøkning, både innenfor teknologi, kommunikasjon og transport, i kunst og kultur og i individers liv (Jacobsen, 2017). Kari Martinsen (2018) lener seg delvis på Rosas tenkning når hun skriver om hvordan samfunnet historisk har beveget seg inn i en intensivering av det hun kaller *tidsdisiplin*. Vår tid preges av et krav om stadig å skulle forbedre anvendelsen av tiden, «maksimal hurtighet skal møtes med maksimal effekt» (Martinsen, 2018, s. 58). Utøvere kan alltid arbeide litt fortere og prestere litt mer. Virksomhetene blir prestasjonsorienterte, og det inngår i tanken at ny teknologi skal bidra til å spare tid. Slik «innpodes» tidsdisiplinen i arbeidernes kropp og former dem til å bli føyelige, produktive og effektive (Martinsen 2018). I stedet for at virksomheter skal fokusere på å fungere bedre, vokser det fram en følelse av oppjagethet, skriver Kari Martinsen (2018). Rosas prognose tilsier at akselerasjonen på et tidspunkt overskrider en avgjørende grense. Den øker i slik en grad at individene ikke klarer å henge med i den raske utviklingen, og akselerasjonen får negative konsekvenser. Når ting går fortere og fortere, blir det lett til at individet mister faste holdepunkter, blir fremmedgjort og ankerløst (Jacobsen, 2017).

Travelheten «gjør noe» med helse- og omsorgspersonalet så vel som med mottakere av omsorg. Hvordan erfares hektisk arbeid og tidspress? Hvilke konsekvenser har det for personalet, og hva kan gjøres med det? Dette er spørsmål som granskes utdypende i dette kapitlet. Før fenomenet travelhet belyses ytterligere, skal det redegjøres for den metodiske framgangsmåten.

Metodiske refleksjoner

Bakgrunnen for kapitlet er en bekymring for et stadig økende arbeidspress i helse- og omsorgssektoren. Det resulterte i en artikkel som ble skrevet i forlengelsen av en masterstudie om sykepleieres opplevelse av travelhet (Govasli & Solvoll, 2020). Artikkelarbeidet har ledet til videre søk i publisert litteratur om fenomenet. Dette kapitlet er en del av litteraturarbeidet.

For å beskrive kunnskap som allerede finnes på forskningsfeltet, ble det søkt i databasene Cinahl, PubMed og PsychInfo med søkeordene (*busy OR busyness OR time strain OR time pressure*) AND (*nurse OR health care personel*) AND (*experience OR perceive*) i ulike kombinasjoner. Søk i artiklenes litteraturlister ga også flere resultater. Flere artikler måler tidspress og undersøker faktorer som leder til stress. Noen artikler formidler interessant og relevant informasjon, selv om *travelhet* ikke er hovedfokus. Det er imidlertid få artikler som beskriver *personalets erfaringer* med travelhet. Det er fokus i dette kapitlet.

Erfaringene utforskes ved bruk av *essay som kritisk utforskende metode* (Lindseth & Norberg, 2004; McGuirk & Methi, 2015). Metoden setter søkelys på menneskers erfaringer. Gjennom å granske disse kan en få fram mening og forståelser av allmenngyldig karakter (Beck-Karlsen, 2003; McGuirk & Methi, 2015). Jo Beck-Karlsen (2003) reflekterer over hvordan essay som metode kan «bore» i eksisterende kunnskaper og la erfaringer utgjøre et datamateriale som utforskes og granskes gjennom den hermeneutiske sirkelbevegelsen av spørsmål og svar. Denne formen for essay skiller seg fra det klassiske, ved særlig å legge vekt på den kritiske og erkjennende formen som gjør at en kan skrive seg fram til innsikt (Beck-Karlsens, 2003). I denne hermeneutiske bevegelsen, gjennom spørsmål og svar, skjer en refleksjon, en «bøyning tilbake», en kognitiv motstand som blir påstander en ikke kan godta uten etterprøvning (Beck-Karlsens, 2003). For eksempel møter våre beskrivelser av travelhet motstand i Kari Martinsen sine beskrivelser av det samme fenomenet. Våre analyser avdekker to sider, en positiv og en negativ side ved travelhet. Begge er kulturelt betinget. Martinsen beskriver vesensforskjeller i travelhet: den *kulturelle* og den *ontologiske*. Slik har forståelsen av fenomenet travelhet møtt motstand, og en grundigere utforskning hjelper til med å komme til rette med hvilket fenomen en står overfor.

Essay som kritisk utforskende metode er hermeneutisk og dialogisk. *Hermeneutikk* kommer til uttrykk i alle fram-og-tilbake-bevegelsene i det å forstå erfaringer med travelhet fra publisert materiale, og å fortolke denne i lys av andre publikasjoner og teorier. *Dialogen* foregår som spørsmål og svar mellom teksten i publikasjonene og forskerne, og diskusjoner forskerne imellom. Dialogen med artiklene viser ulike sider ved erfaringer av travelhet. Ved å granske erfaringene

i lys av annen empirisk forskning og teori kastes nytt lys over travelhet som fenomen.

Erfaringene er forsøkt gransket med en *kritisk* utforskende metode. Det ligger i en kritisk tilnærming å granske og artikulere «kampene» i samtiden, slik kritisk teori som vitenskapsteoretisk retning legger opp til (Holst, 2010). I dette kapitlet er «kampene» identifisert som de krevende og ubehagelige sidene ved travelhet som helsepersonell forteller at de opplever. Kampen kan for eksempel stå mellom personalets ønske om å gjøre pasienter vel, og tidsnøden som gjør at «ikke alt ble gjort». Kritisk tilnærming handler om å stille utforskende spørsmål til teksten, som for eksempel å spørre: Er praksis i helsetjenesten grenseløs? Er det ikke mulig å sette grenser for hva som er realistisk å gjennomføre på en dag, gitt den tiden man har til rådighet? Utforskende er essayet i bestrebelsen på å se alternative fortolkninger i tekstene, for eksempel når travelhet oppleves som et individualisert fenomen, midt i en helse- og omsorgsvirksomhet som i realiteten er kollektiv i sin karakter.

Utgangspunktet for analysene i dette essayet er spørsmålet som i utgangspunktet ble stilt: *Hvordan erfares travelhet?* Nedenfor presenteres resultatene av analysen og refleksjoner omkring disse.

HVORDAN ERFARES TRAVELHET?

Travelhet erfares hovedsakelig som slitsomt og belastende. Interessant nok kan det også oppleves positivt og tilfredsstillende å kunne fortelle at «vi har det så travelt her». Det mest påfallende er imidlertid ubehaget ved «ikke å ha fått gjort nok». Travelhet har en ytre dimensjon i alt personalet skal rekke å gjøre i løpet av vekten. Travelhet skaper også et indre tankemessig press, og denne spenningen synes å være smittsom, og kan spre seg i kollegiet. Erfaringer med travelhet beskrives gjerne med ulike bilder, metaforer som for eksempel «å være i en bikube». Først og fremst synes travelhet å være emosjonelt utmattende. Å føle at en ikke rekker å få gjort arbeidet tilstrekkelig, gir opplevelser av å komme til kort, en kjenner seg maktesløs, og det kan gi dårlig samvittighet. Det kan virke motsetningsfullt at det er individet som opplever og strir med travelhet. Helsetjenesten er jo en virksomhet som utøves i et kollektiv.

Rekker ikke å gjøre alt som må gjøres

Travelhet erfares som et press ved «ikke å ha fått gjort nok». Man har ikke rukket «alt som må gjøres». Travelhet erfares når det ikke er tilstrekkelig med tid til å fullføre oppgavene (Eilertsen & Kiik, 2016). Sykepleiere som står i travle virksomhe-

ter, plages av at de ikke får tid nok til «de gode samtalene» med pasientene. Tiden «flyr», og plutselig er vekten over, uten at alt som skulle ha vært gjort, er gjort. En sykepleier sier: «Everything goes too fast, I don't have time to think properly about what I'm doing, the tasks are constantly pressing on me» (Fagerstrøm, 2006, s. 626).

Travelhet etterlater altså en opplevelse av ikke å ha fått «gjort nok» og «samtalet nok med pasientene». Disse utsagnene er interessante. Hva innebærer det «å gjøre nok»? Hva er gjort når en går fra jobb med en tilfredshet med gjennomført arbeid? Hvilke arbeidsoppgaver har en da gjort? Hva ligger i følelsen av å ha «gjort nok»? Personalets fortelling om hvordan det oppleves å ha det travelt, signaliserer noen oppfatninger om hva man bør rekke å gjøre innenfor en vakt. Likevel er utsagnene som beskriver travelhet, påfallende diffuse. Å «gjøre nok» eller å «snakke nok med pasienter» blir lite avgrensende og beskriver i liten grad omfanget av oppgavene. Hvor stammer forventningene om hva som «bør gjøres», fra? Er de personlige? Eller er det kollegaer og arbeidsgiveres forventninger som definerer «alt som skal gjøres»? I en sykepleiefaglig sammenheng innebærer helse- og omsorgsarbeid at menneskets grunnleggende behov blir dekket (NSF, udatert). Pasienter som for eksempel trenger hjelp til å få vasket seg, til å spise og komme på toalettet, er av de ting som må gjøres. Grunnleggende behov kan imidlertid være omfattende. Det kan handle om alt fra behov for luft, som må dekkes umiddelbart, eller mat og vann, som ikke har samme tidsnød, men som likevel må dekkes jevnlig, flere ganger daglig. Yrkesetiske retningslinjer i sykepleie formulerer den etiske fordring slik: «å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2011). Formuleringen er overordnet og gir ingen entydig konkretisering av hva en sykepleier «må ha gjort». Etter hvert som en går oppover i behovspyramiden, avtar de grunnleggende behovene i hastegrad, men kan like fullt framstå som presserende. For en person i livskrise kan åndelige og eksistensielle behov oppleves vel så viktig som luft, mat og vann.

Mengden oppgaver er tydelig opphav til opplevelser av travelhet. Det er påfallende at de publiserte artiklene ikke tar opp spørsmålet om hvilke oppgaver som er «nødvendige å gjøre», til nøyere granskning. Flere artikler viser til at konkrete og mer målbare oppgaver i mindre grad blir forsømt, sammenlignet med de mer relasjonelle (Tønnesen et al., 2011; Ball et al., 2014; Knopp-Sihota et al., 2015). Det er rimelig greit med arbeid som er konkret, for eksempel å administrere medisiner, skifte på sår, servere måltider og så videre. Ikke alt arbeid er av dette slaget. Når omsorgspersonell ikke «får pratet med pasientene», hva er det da som er forsømt? Sett ut ifra uttrykkene «gjort alt» og «har snakket med pasientene», kan arbeidet framstå diffust og litt grenseløst. Kan det være mangelfull prioritering? Å prioritere handler om å løfte noen oppgaver opp framfor andre (Tønnesen et al., 2011). For å gjøre bevisste prioriteringer må det foreligge faglige vurderinger og identifiseringer av pasienters

faktiske behov. Ikke alle pasienter har det samme behovet for samtaler. Engstelige eller urolige pasienter har gjerne større behov for å samtale med noen enn de som har fått avklart sin situasjon og har god forståelse av behandlingen de får. I en faglig vurdering er det ikke nødvendigvis slik at alle pasienter har behov for å samtale, selv om det i seg selv kan være hyggelig. Det er heller ikke sikkert at det er helse- og omsorgspersonell som pasienten har behov for å snakke med. Kanskje faglige vurderinger tilsier et behov for samtale med psykolog, prest eller et familiemedlem? Det må ligge faglige vurderinger til grunn for å fange opp hva som er «nødvendig arbeid».

For helse- og omsorgspersonell handler det «å ha fått gjort alt» om at oppgavene må gjøres unna innenfor den tiden man har til rådighet. Det er som regel innenfor rammen av en turnusvakt. Travelhet oppstår som et misforhold mellom de oppgaver pleierne mener må gjøres, og den tiden dette skal gjøres innenfor. Travelhet handler i tillegg om en nyanse av dette misforholdet. Det er travelt dersom man ikke kan «ta den tiden det tar» å utføre oppgaver. Ikke alle oppgaver er like tidkrevende. Det kan ta lang tid å få en hjelpetrengende person opp av sengen. Det kan imidlertid være fort gjort å servere frokost til samme person. På den andre siden kan en og samme oppgave kreve ulik tid hos forskjellige personer. For eksempel kan hjelp til morgenstell være fort gjort hos en person som er bevegelig og i stor grad kan utføre deler av stellet selv. For en annen, sengeliggende og ubevegelig person kan morgenstellet ta betydelig tid å gjennomføre. Derfor er måling av tid, eller bestemmelse av hvor lang tid ting tar, en krevende øvelse. Travelhet er følelsen av å være overveldet av gjøremål. Opplevelsen av å oversvømmes av arbeid og at en nærmest drukner i gjøremål, ligger nær.

Indre press

På travle dager oppstår et indre tankemessig press som uroer for at noe skal komme i veien og bryte oppgavenes flyt. Avbrudd eller uforutsette hendelser forverrer opplevelsen. En sykepleier som skulle hjelpe en person med demens som gjorde motstand, utbrøt: «Alle de oppgavene som ligger foran meg! Jeg tenkte ved meg selv: Herregud, hvordan skal jeg klare alt sammen når du motsetter deg hjelpen!» (Garden & Hauge, 2012, s. 20). Noe av det samme forteller hjemmesykepleiere fra Debesey et al. (2014) sin studie. I møte med minoritetsgrupper gjør språklige utfordringer at sykepleiere må bruke mer tid i kommunikasjonen. Enkelte pasienter tilkjenner tilleggsproblemer, som for eksempel at de «lengter til hjemlandet». Enten kan sykepleierne ta seg den ekstra tiden, noe som vil gå utover andre mottakere, eller de kan «smile og gjøre sitt beste og bare gå» (Debesey et al., 2014, s. 76). Slike opplevelser plager dem etterpå. Sykepleiere som arbeider i mottakelsen, for-

teller om lignende opplevelser. De hadde ikke nok tid til den omsorgen det var behov for, og det opplevdes problematisk, særlig på natte- og helgevakter. Sykepleierne opplever et krysspess mellom omsorgsoppgavene som situasjonen krever, og den tiden de har til rådighet (Langeland & Sørli, 2011). Noen forsøker å motvirke det indre presset ved å snakke beroligende til seg selv. Men en slik øvelse synes ikke alltid å virke:

If I try to take things easy and do just one task at time, then tasks will just pile up during the day. (Hallin & Danielson 2007, s. 1224)

Her nyttet det ikke å møte travelheten ved å prøve å roe ned og ta en ting ad gangen. Da hopper bare oppgavene seg opp. Det optimale er når personalet opplever at de har tid for den enkelte pasient og tid nok til å utføre omsorgsarbeidet i et rolig tempo (Fagerström, 2006).

Travelhet har noen ytre dimensjoner som handler om oppgaver som skal løses innenfor tiden som er til rådighet. Den har også indre dimensjoner som skapes av indre kaos, stress og fortvilelse. De ytre hendelsene innvirker på de indre prosessene. Når oppgavene hopper seg opp, melder tanken seg: «Alle de oppgavene som ligger foran meg ... hvordan skal jeg klare det!» Personalet møter grenser for det de synes å makte og å ha kontroll over. Da blir for eksempel det å stå overfor pasienter som har andre behov enn kun de som står på hjemmesykepleierens vedtaksliste, plagsomme for tanken. Det blir en ond sirkel av ytre hendelser og indre prosesser som forsterker hverandre. Det er også interessant å legge merke til hvordan noen forsøker å håndtere det indre plagsomme presset ved å snakke beroligende til seg selv: «Ta det med ro, ta en ting ad gangen», bare med det resultatet at oppgavene tårner seg opp. Travelheten har altså en *ytre dimensjon av hendelser* og en *dimensjon av indre prosesser*.

De svenske forfatterne Warberg og Larsson (2005) reflekterer over livets muligheter til en «hållbar och mer mänsklig utveckling». De viser til at det å ha tid til å tenke og kjenne etter hvordan en ønsker å ha det, gir en opplevelse av å beholde makten over egen hverdag (Warberg & Larsson, 2005). I travelhet, der det ved første øyekast er knapt med tid, er det nettopp det å «ta seg tid til å tenke etter» som kan være løsningen i en hektisk hverdag. Utfordringen er, ifølge dem, ikke å drive på overflaten og la seg rive med av «vær og vind», men å gå dypere inn i de viktige spørsmålene. Skal en tro Warberg og Larsson (2005), er det altså ved å ta seg tid til å tenke seg om at man sparer tid til oppgaver som skal gjøres. Man sparer altså tid ved å bruke tiden riktig. Men blir ikke anbefalinger om å «ta seg tid» en hån mot folk som strever seg gjennom store arbeidsbyrder? For tid er jo nettopp hva helsepersonell opplever at de ikke har på travle hverdager! Alt går så fort at man ikke får tid til å tenke seg om.

Travelhet kan oppleves positivt

Travelhet som gir følelsen av ikke å strekke til, er ubehagelig. Noen ganger oppleves travelheten tålbar og nesten som noe positivt. Det er ok å «ha det kjempetravelt» dersom alt som skal gjøres, blir gjort, sier en av sykepleierne i Govasli og Solvolls studie (2020). Det kan rett og slett oppleves tilfredsstillende. Travelhet kan aksepteres såfremt man opplever at «ting blir gjort». Opplevelsen av å «kunne ta den tiden det tar», gjør at travelhet er grei, den kan tåles. I travle tider, når det blir mer å gjøre, kan personalet til og med få delegert andre oppgaver enn de som til daglig utføres, som et resultat av travelheten. Å få delegert nye arbeidsoppgaver kan oppleves positivt, fordi ens kompetanse blir verdsatt (Ingstad, 2010). I Hallin og Danielsons (2007) studie opplevde sykepleiere som klarte å holde tidsplanen og å gjøre seg ferdige med arbeidet før avløsning til neste vaktskift, en følelse av fullført prestasjon («accomplishment»). De kjente seg dyktige og fikk tilsvarende respons fra de andre (Hallin & Danielson, 2007).

Richards (2015) peker også på positive dimensjoner ved travelhet. Hun viser til at utsagn som for eksempel «jeg er vanvittig travel» ikke nødvendigvis uttrykker et budskap om å ha mye å gjøre, men også kan være fortellinger om et aktivt liv og dermed representere positive identitetsmarkører. Det kan få folk til å føle seg dyktige og ettertraktet, noe som oppleves tilfredsstillende (Richards, 2015). Travelheten blir i slike situasjoner budskap til verden omkring, budskap som kan meddele doble signaler: «Vi er travle, vi har det tungt» og «Vi er travle, vi er dyktige og viktige». Det er nærliggende å berømme kollegaer som «får ting unnagjort» (Thompson et al., 2008). I en travel hverdag er det kanskje lettere å vektlegge at arbeidet blir fullført, framfor at det utføres med grundighet og presisjon? Det er antagelig hårfine grenser mellom den positive travelheten, den som gir en form for glede over å gjøre et stykke nyttig samfunnsarbeid, og den negative, den travelheten som gir stress og spenninger i arbeidet.

Metaforer for travelhet

Helse- og omsorgspersonell beskriver gjerne sine opplevelser av travelhet i metaforer. Metaforene gir en forståelse av at det å være travel er slitsomt, anstrengende eller besværlig på ulike måter. En sykepleier fortalte:

I fight all time with patient calls ... it's like a beehive, everything goes too fast, I don't have time to think properly about what I'm doing, the tasks are constantly pressing on me. (Fagerstrøm 2006, s. 626)

Andre omsorgsutøvere beskriver det å være travel som «å bli strukket i begge ender» (Ingstad, 2010, s. 16). Selv om en blir «strukket i begge ender», strekker man rett og slett ikke til. Sykepleiere i Winters og Neville (2012) sin studie bruker uttrykket at «tiden blir spist opp»: «En av de tingene som spiser opp tiden vår ... er å måtte svare på alle telefonsamtalene» (Winters og Neville, 2012, s. 23). I de aller fleste situasjonene vil det å besvare telefonsamtaler faktisk være «nødvendige oppgaver». Like fullt synes opplevelsen her å være at tiden går på bekostning av andre og viktigere oppgaver. Det er interessant å legge merke til hvordan telefonsamtaler oppfattes som strevsomme avbrytelser og nærmest blir som «fiender i kampen».

Metaforer kan være interessante kilder til dypere innsikt (Lakoff & Johnson, 2003). Å være i en «kamp» kjennes ikke bare ut som et slitsomt arbeid, men bildet signaliserer konflikt og fiendtlighet. Noen er ute etter å angripe. Travelheten inneholder for eksempel en kamp mot pasientenes klokker. De ringer, og lyden av klokken blir på sett og vis noe som angriper, mer enn å signalisere behov for hjelp. Likeledes gir opplevelser av travelhet ubehagelige assosiasjoner, som å være i en bikube. Der er summing, uro og stor risiko for å bli stukket. Å nærme seg bikuber krever beskyttende bekleddning. Med slike metaforiske bilder formidler helsepersonell sine besvær og plager som travelheten forårsaker.

Lakoff og Johnson (2003) har arbeidet mye med språklige metaforer. Metaforens essens er å forstå og erfare en ting ut fra en annen. Det betyr at en metafor forstås som et metaforisk begrep, det formidler et innhold utover selve metaforen. Men metaforer formidler ikke bare budskap til verden omkring. Metaforer styrer også menneskets tenkning og fungering i hverdagen, mer enn vi er klar over. Språket er en viktig kilde til informasjon om hvordan egen virksomhet forstås (Lakoff & Johnson, 2003). Når helsepersonell bruker metaforer, gir de interessant mening til og forståelse av hvordan travelhet oppleves. Metaforene som brukes her, gir alle uttrykk for en type kamp: kamp mot tiden, kamp mot alle oppgavene, en indre kamp om å «være dyktig nok» og et behov for å forsvare seg. Som beskrevet nedenfor vekker disse kampene ulike, men utmattende følelser.

Travelhet oppleves emosjonelt utmattende

Travelheten som helse- og omsorgspersonell opplever, blir hyppig beskrevet med ulike former for belastende følelser. Frustrasjoner og sinne blir gjentatte ganger brukt i beskrivelsene (Govasli & Solvoll, 2020). Å føle at en kommer til kort eller kjenner seg maktesløs, er andre beskrivelser (Severinsson, 2003). Noen kan føle seg redde for ikke å takle dagens strev og for i det hele tatt å gå på jobb:

You have such a heavy workload ahead of you, sometimes you are really scared, you can't cope with everything and mistakes might happen. (Fagerström, 2006, s. 626)

En annen sier: «Vi er så slitne etter en dag» (Ingstad 2010, s. 15). Når personalet selv opplever at de ikke makter å ivareta pasienter slik de hadde ønsket, kan de kjenne på tristhet:

Det (sykehjemmet) blir mer og mer oppbevaringsplass, og ikke hjem, og det er litt trist å se. (Ingstad, 2010, s. 15)

Avstanden mellom ønsket om å gjøre en god jobb og det personalet får gjort i tiden som er til rådighet, blir så altfor stor. I Severinsson (2003) sin studie gir sykepleierne uttrykk for ønsket om å være en ideell sykepleier, og de blir frustrert når tiden ikke strekker til, til nettopp å være den sykepleieren de ønsker å være (Severinsson, 2003). Å føle seg utilstrekkelig er å være redd for ikke å strekke til og å ha uteglemt eller forsømt noe etter endt vakt (Hallin & Danielson, 2007, s. 1225). Når tidsnød og travelhet gjør at personalet mister kontroll over situasjonen, kjenner de på engstelse og skyld. Grønkjær (2013) beskriver sykepleiere som legger skylden på seg selv, og nødig tar opp følelsen med andre eller ber om hjelp (Grønkjær, 2013). Travelheten blir et personlig ansvar som personalet bærer alene. Mange gir uttrykk for dårlig samvittighet:

Du får av og til dårlig samvittighet, særlig som sykepleier. For det er så lite ekstra tid. (Ingstad, 2010, s. 15)

En annen sykepleier forteller om en gang en pasient trengte hjelp til å komme på toalettet, da hun stod midt i en hektisk sammenheng. Sykepleieren var så hektisk at stresset smittet over på pasienten, som ikke klarte å late vannet. Dette etterlot henne med skam, dårlig samvittighet og en følelse av utilstrekkelighet, fordi hun ikke hadde vært oppmerksom nok (Eilertsen & Kiik, 2016).

Det går en grense mellom den travelheten som oppleves som positiv, og den som virker nedbrytende. Når travelheten overskrider den grensen, rammes personalet av negative følelser. Frustrasjon og sinne er naturlige reaksjoner når en kjenner på maktesløshet eller følelser av å komme til kort. Bekymringer for at en ikke skal makte oppgavene og klare å stå i utfordringene, rammer selve yrkesidentiteten. Opplevelser av ikke å strekke til innvirker på rolleopplevelsen og gir en følelse av ikke å være en god nok yrkesutøver. Yrkesidentiteten formes nettopp av spørsmål som: hvem er jeg, hva gjør jeg, og hvordan handler jeg? (Rasmussen et al., 2018). En rekker ikke opp til idealet som en selv har satt, og avstanden mellom ideal og

virkelighet blir for stor. Opplevelsen av å mislykkes fører til dårlig samvittighet. Helse- og omsorgspersonellet tar på seg skylden for ikke å strekke til.

De svenske forskerne Juthberg et al. (2007) har studert *dårlig samvittighet* i helse- og omsorgsarbeid. De siterer Heidegger på at samvittighet er «a silent call to our potentiality for being ourselves» (Juthberg et al., 2007). Samvittigheten er altså en indre motivasjon til å virkeliggjøre ens eget potensial. Ønsket om å virkeliggjøre sitt potensial ligger dypt i mennesket. Når man opplever at arbeidet ikke lykkes, vekkes den dårlige samvittigheten. Juthberg et al. (2007) kontrasterer denne forestillingen med det Løgstrup (2000) peker på som samvittighetens avslørende funksjon. Når avstanden mellom idealer og virkelighet blir for stor, avdekkes misforholdet. Mange i helse- og omsorgssektoren har gått inn i yrket med ambisjoner om å være noe og å bety noe for andre. Det å kunne utgjøre en forskjell har for mange vært en indre motivasjonsfaktor (Sørli et al., 2005). Dårlig samvittighet oppstår når ens egne handlinger ikke er i tråd med den en ønsker å være, eller med de verdier en ønsker å virkeliggjøre i daglig omsorg for pasienter. Juthberg et al. (2007) viser videre til at samvittighet kan ha en dobbel funksjon. Den blir som et kompass som sier ifra når utført arbeid ikke er godt nok. Den kan også være et signal om nødvendigheten av å stoppe opp og ta en tenkepause, en «time-out». Slik blir samvittigheten funksjonell. Å ha dårlig samvittighet kan betraktes som et viktig varsel-signal. Samvittigheten er likevel ikke alltid til å stole på, fordi den kan ha satt for stramme rammer. Dårlig samvittighet kan være nyttig dersom den fungerer som en advarsel mot å skade andre. Det vil si at samvittighet er en guide for å gjøre «godt». Den er upålitelig dersom den blir for streng, da kan det stilles spørsmål ved samvittighetens troverdighet (Juthberg et al., 2007).

INDIVIDERS ERFARINGER I KOLLEKTIVE VIRKSOMHETER

Det er interessant å legge merke til at publikasjonene beskriver travelhet som enkeltindividers erfaringer. Ved første øyekast virker det rimelig. Naturlig nok er det enkeltindividet som opplever travelhet, blir frustrert, får dårlig samvittighet og påtar seg skylden for ikke å strekke til. En slik individualisert forestilling er i tråd med Thompson et al. (2008) sin definisjon av travelhet:

an individual perception of internalized pressure created by a situation where there is a shortage of time to accomplish valued work and often results in a reduced energy level. (Thompson et al., 2008, s. 542)

Travelheten blir en individuell opplevelse, og slik blir den lett privatisert. Det er individet som opplever travelheten, og som over tid skades av den. Travelheten blir en byrde som den enkelte omsorgsutøver bærer. Utøvere blir aktører priggitt en virksomhet og et system som legger rammer, gir instruksjoner og reiser krav om kvalitetsindikatorer, i et omfang som ikke er i tråd med tilgjengelige ressurser. Slik kan det se ut som om travelheten blir en individuell plage forårsaket av kollektiv forømmelse. Et sterkere søkelys på systemet, hvordan organiseringen av arbeidet gjøres, og hvilken tilførsel og fordeling av ressurser virksomheten får, kan bidra til å løfte byrder av enkeltpersoner og over på systemet. Å legge ansvaret på et kollektivt nivå vil ivareta den ressursmessige kapital som ansatte i en virksomhet representerer, og forhindre en utarming av denne.

Travelhet, forstått som et individuelt anliggende, kan forsterkes gjennom beskrivelser av strategier som har til hensikt å mestre travelhet. Den amerikanske etikerinnen Vicki Lachman (2016) foreslår «moral resilience» som en strategi for å håndtere travelhet. Hun argumenterer for at helsepersonell kan utvikle personlige ferdigheter til å tåle høyt tempo og mye stress. *Resilience* er evne og vilje til å stå opp for rette og gode handlinger i møte med motgang. En slik motstandsdyktighet er moralsk og etisk i sin natur. Slike holdninger kan uttrykkes som: «Jeg vil være tro mot meg selv, om jeg enn skulle være redd for det. Jeg tar avgjørelser som er konsistente med min tro og verdier» (Lachman, 2016).

Mestringsstrategier som individuelle løsninger kan være hjelpsomme i hverdagen. Kan de samtidig bidra til en uønsket privatisering av problemet? En individuell tilnærming til problemkomplekset kan medføre ytterligere personlige belastninger for helse- og omsorgspersonell. I tillegg til fortvilelsen over travelheten møter de også krav til å trene opp en evne til å tåle stresset. I perioder når man har fysisk og psykisk styrke, kan motstandsdyktighet være en viktig faktor som hjelper personalet til å bevare kontroll, også i ekstrem travelhet. Men stress og tidspress over tid bryter ned helsen (McIntosh & Sheppy, 2013; Richards, 2015). Dermed svekkes også evnen til å stå imot. Ekstrem travelhet over tid svekker utøveres helse og sender dem ut i sykefravær. Når lønnsomheten da skal bevares, og det ikke leies inn ekstra personell, øker travelheten, og hele virksomheten kommer inn i en ond sirkel. Å snakke om motstandsdyktighet i slike situasjoner kan oppleves som en hån. Hvem bærer ansvaret for et arbeid som virker nedbrytende både på helsen og evnen til å stå i stress?

Manglende vaktdekning av sykepleiere blir ofte nevnt som grunner til travelhet (Thompson et al., 2008). En løsning på problemet kan derfor være å se på vaktdekningen. Løsningen på travelhet handler altså ikke bare om helsepersonellens personlige evne til å holde ut, men det kan være så enkelt som å stille spørsmålet om

det er nok folk på vakt. Sykepleiere kan føle at administrasjonen eller ledere viser lite forståelse for deres travle situasjon (Thompson et al., 2008).

I senere tid har både vaktdekning og hele turnusordningen fått en kritisk oppmerksomhet (se kapittel 11). Tradisjonelt har helsetjenesten vært preget av en deltidskultur, og mange har deltidsstillinger. Det har vært flere forsøk på å dreie denne tendensen mot en heltidskultur med vaktordninger som forlenger tiden den ansatte er på jobb. Heltidskultur kan være en driftsform som resulterer i bedre tjenestekvalitet. Lengre vakter gir færre arbeidstakere som er slitne, og forsterker jobbens gasjementet (Moland & Bråthen, 2019). En slik ordning med langvakter vil også gi utøvere mer sammenhengende fritid.

Det er utfordrende å være få eller «alene sykepleier» på vakt. Framskrivninger av personaldekning viser at problemet er økende. Ti år etter fullført utdanning jobber én av fem sykepleiere ikke lenger i helsetjenesten. Det skjer samtidig med at behovet for sykepleiere øker i årene som kommer. Antall eldre ventes å øke. Flere eldre og høyere levealder øker behovet for helsepersonell, særlig gjelder dette sykepleiere (Skjøstad et al., 2017). Utfordringen med travelhet blir av slike grunner ikke mindre med årene. Tiden er kanskje inne for å se nærmere på sykepleierrollen? Tradisjonelle tilnærminger i sykepleie har vært knyttet mot omsorg til det enkelte individet. Sykepleiefaget er forankret i omsorgsetikkens normative beskrivelser av forholdet mellom omsorgsutøver og omsorgsmottaker (Hellesø et al., 2016). Det hevdes at denne individuelle tilnærmingen i sykepleie ikke er bærekraftig i dagens samfunn. Sykepleiere har, i tillegg til det pasientnære arbeidet, også et stort ansvar med å koordinere og sikre kontinuitet i pasientens forløp. Allen (2015) kaller dette «work that makes work», altså et koordinerende arbeid som gjør at arbeidet glir. Det skjer en forskyvning av arbeidet fra det pasientnære til organisatorisk arbeid. Denne formen for arbeid må likestilles med det pasientnære, mener Hellesø et al. (2016).

Hvem er ansvarlig for travelhet i avdelinger? Springer ikke personalet fort nok? Handler det om begrensede rammer som stilltiende blir akseptert? Ser ikke ledere utfordringen som de ansatte står i? Det er et alvorlig samfunnsproblem når pasienter ikke får sitt behov tilfredsstilt, og helsepersonell plages med dårlig samvittighet og rammes selv av helsesvikt av å være på jobb. Det er en privatisering av et samfunnsproblem. I lys av Rosas (2014) akselerasjonsteori er travelhet ikke kun et fenomen som rammer bestemte virksomheter. Akselerasjon er et sentralt kjennetegn i tiden, og rammer alt fra samfunnsinstitusjoner til individers liv. Kulturens tidsdisiplin former arbeidere til lydighet og føyelighet. I stedet for velfungerende virksomheter vokser det fram tidspress, oppjagethet og subjektive opplevelser av tilkortkommenhet og dårlig samvittighet (Martinsen, 2018). Frykten for ikke å

klare å henge med bidrar ikke til at arbeidskulturen blir stimulert positivt. Tvert imot, hevder Rosa (2014), når ting går fortere og fortere, virker det over tid demotiverende på individet. Måten enkeltindivider inngår i en slik streng disiplinering av egen tid, har ikke bestandighet, skal vi tro akselerasjonsteorien. Det går en grense for hvor mye fortere det går an å springe, eller hvor mye mer en klarer å prestere. Resultatet kan lett bli en kultur der individet ikke opplever forankring og godt grep om utøvelsen, men i stedet kjenner på manglende ankerfeste og føler seg fremmedgjort (Jacobsen, 2017).

For å komme den skadelige travelheten til livs kan det i lys av akselerasjonsteorien være fruktbart å forstå travelhet som noe mer enn en individuell opplevelse, men også som et kollektivt hinder for å håndtere travle dager hensiktsmessig. Å eliminere travelhet er kanskje ikke mulig, men å ta grep må være viktig for virksomhetens ledelse, om ikke hele kollegiet skal knele under byrden. Individet bærer byrdene, men det er et ledelsesansvar å utvikle en kultur med motstand mot en tidsdisiplin som former arbeidere på destruktive måter (Martinsen, 2018). Dessuten kan det være nyttig for en ledelse å vurdere ny teknologi som innføres for angivelig å spare tid. Kanskje ikke all teknologi er tidsbesparende? Tiden utøver en anonym makt, hevder Martinsen (2018, s. 61). Virksomhetene trenger ledere som identifiserer slik makt når den blir destruktiv, og som ser varselsignaler når medarbeidere blir urimelig føyelige eller ekstremt travle. Det er grunn til kritisk å vurdere en kultur som viser seg overdrevent prestasjonsorientert.

AVSLUTNING

Helsepersonells erfaringer viser hvordan travelhet kommer til uttrykk når mengden oppgaver ikke står i rimelig forhold til den tiden som er til rådighet. Når oppgaver og hendelser opptar mer tid enn den aktøren har, skapes indre stress, frustrasjon og dårlig samvittighet, følelser som virker utmattende. Når travle dager resulterer i forsømmelser, *gjør det noe* med utøverne. Med bakgrunn i denne forståelsen ligger løsninger og håndteringen av travelheten langs tre retningslinjer: *Å lytte til personalets egen bevissthet* om hva travelhet gjør med dem og med arbeidet, er første steg til å kunne ta fornuftige og nyttige grep. Dernest viser studien at travelhet ikke kun er individuelle opplevelser, men noe som «setter seg i kulturen». En måte å komme til rette med stress og tidspress på, er å *arbeide bevisst med kulturen* og videreutvikle denne til felles forståelser av hva travelhet gjør, og hvilke grep som kan tas for å komme ut av travelhetens negative press. I forlengelsen av funndiskusjonen ovenfor synes det å ligge mulige *strategier og grep*. Omsorgsoppgaver kan noen ganger virke «grenseløse». Det ligger et potensial i, på faglig

grunnlag, å gjøre grundige vurderinger av hvilke oppgaver som er *helt nødvendige* for den enkelte pasient, og hvilke som kan vurderes som *praktisk mulige*, dersom tiden strekker til. En nøye prioritering basert på faglige vurderinger er avgjørende for å kunne avstemme omsorgsoppgaver opp imot den tiden man har til rådighet. Travelhet i en virksomhet må løftes til et kollektivt nivå, fordi helsetjeneste er kompleks og utøves i et samarbeidende kollegium. Sammen kan man ta problematikken på et kollektivt nivå og et ledernivå, slik at en kan jobbe fram nye tenkemåter, løsninger og finne bedre og mer egnede organiseringer i kommunal helse og omsorg.

REFERANSER

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, Vol 344. No 7851. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Allen, D. (2015). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisations and Healthcare*. London: Routledge.
- Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116.
- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bontemps-Hommen, C.M.M.L, Baart, A. & Vosman, F.T.H. (2019). Practical wisdom in complex medical practices: a critical proposal. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, 95–105. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9846-x>
- Borland, S. (2011, 14. oktober). Three in four nurses say they are TOO BUSY to talk to patients. *Daily Mail*. Hentet fra <https://www.dailymail.co.uk/health/article-2048933/Three-nurses-say-busy-talk-patients.html>
- de Veer, A.J.E., Francke, A.L., Struijs, A. & Willems, D.L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 100–108. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>
- Debesey, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Vike, H. (2014). Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. *Social Science & Medicine*, 119, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.025>
- Eilertsen, I. & Kiik, R. (2016). Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 82–87. <https://doi.org/10.1177/2057158515623406>
- Fagerström, L. (2006). The dialectic tension between "being" and "not being" a good nurse. *Nursing Ethics*, 13(6), 622–632. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733006069697>
- Garden, M-H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård i Norden*, 32(1), 18–22.

- Govasli, L. & Solvoll, B-A. (2020). Nurses' experiences of busyness in their daily work. *Nursing Inquiry*, Mars 4, 2020, e12350. <https://doi.org/10.1111/nin.12350>
- Grønkvær, L.L. (2013). Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 15–26.
- Hallin, K. & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulations: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1221–1230.
- Hellesø, R., Larsen, L.S., Obstfelder, A. & Olsvold, N. (2016, 22. september). Hva er sykepleie? *Sykepleien Forskning*, Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/hva-er-sykepleie>
- Hiler, C.A., Hickman, R.L., Reimer, A.P. & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 27(1), 59–66. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018968>
- Holm, S.G. (2017). *Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress. En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram*. Nord universitet, Ph.d. i studier av profesjonspraksis. Nr. 19.
- Holst, C. (2010). Nancy Fraser – kritisk teori uten filosofi? I: Pedersen, J. (red.) *Moderne politisk teori*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14–17.
- Jacobsen, A. (2017). *Fremmedgjøring i en for raks verden. En undersøkelse av Hartmut Rosas akselerasjonsteori og fremmedgjøringsbegrep i lys av kritisk teori og Georg Lukács' tingliggjøringsbegrep*. Masteroppgave i europeisk kultur. Universitetet i Oslo, Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie og klassiske språk.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2007). Perceptions of Conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics*, 14(3), 329–343. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733007075868>
- Kirkegaard, T. (2015, 20. august). *Arbeidskultur og stresshåndtering henger tett sammen*. Hentet fra <https://www.idebanken.org/aktuelt/arbeidskultur-og-stresshåndtering-henger-tett-sammen>
- Kjølsrud, E.S. (2019, 13. september). Vi har alle noe til felles. Det er vårt grunnleggende behov for å bli sett. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/05/vi-har-alle-noe-til-felles-det-er-vart-grunnleggende-behov-bli-sett>
- Knopp-Sihota, J.A., Niehaus, L., Squires, J.E., Norton, P.G. & Estabrooks, C.A. (2015). Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2815–2825. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12887>
- Lachman, V.D. (2016). Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue. *MEDSURG Nursing*, 25(2), 121–124. ISSN 1092-0811
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). *Hverdagslivets metaforer: fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax. Originaltittel: *Metaphors we live by* (1980).
- Langeland, K. & Sørli, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2064–2070. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145–153.

- Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen Damm.
- Martinsen, B., Mortensen, AS. & Norlyk, A. (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses – a meta-ethnography. *British Journal of Community Nursing*, 23(12), 597–604. doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.12.597>
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig Berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2013). Omsorg, sårbarhet og tid. I: Alvsvåg, Bergland, Førland (red.). *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 års dag*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- McGuirk, J. & Methi, J.S. (2015). Praktisk kunnskap som fag og forskningsfelt. I: McGuirk, J. & Methi, JS. (red.). *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McIntosh, B. & Sheppy, B. (2013). Effects of stress on nursing integrity. *Nursing Standard*, 27(25), 35–39.
- Moland, L.E. & Bråthen, K. (2019). *En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse*. (Faforapport 2019:15). Hentet fra <https://www.faf.no/index.php/zoo-publikasjoner/faq-rapporter/item/en-ny-vei-mot-heltidskultur>
- Nagington, M., Luker, K. & Walshe, C. (2013). “Busyness” and the preclusion of quality palliative district nursing care. *Nursing Ethics*, 20(8), 893–903. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733013485109>
- NSF (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NSF (undated). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 16. november fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Rasmussen, P., Henderson, A. & Conroy, T. (2018). Factors Influencing Registered Nurses’ Perceptions of Their Professional Identity: An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225–232. doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20180417-08>
- Richards, K. (2015). Work/Life Balance. The Disease of “Busyness”. *Nursing Economic\$,* 33(2), 117–119.
- Rosa, H. (2014). *Fremmedgørelse og acceleration*. København: Hans Reitzels forlag.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5, 59–66.
- Shirey, M.R. & Hites, L. (2015). Orchestrating energy for shifting busyness to strategic work. *Journal of Nursing Administration*, 45(3), 124–127. doi: <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000169>
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017, 25. august). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- STAMI (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. *STAMI-rapport*, 19, nr. 3. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Sørli, V., Kihlegren, A. & Kihlegren, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics*, 12, 133–142. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne770a>
- Thompson, D.S., O’Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O’Brien-Pallas, L. & Estabrooks, C.A. (2008). The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–548. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01981.x>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386–396. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011398099>

- Vinckx, M-A., Bossuyt, I. & de Casterlé, B.D. (2018). Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.010>
- Warberg, F. & Larsson, J. (2005) *Rik på riktigt. En värdefull vardag är möjlig!* Stockholm: Natur og Kultur.
- Winters, R. & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19–28. ISSN: 0112-7438 PMID: 23421016



10. Søkelys på hverdagsrehabilitering

En tenkning og praksis av betydning for medvirkende eldre?

Aud Moe, Marianne Hedlund og Hildfrid Vikkelsmo Brataas

Sammendrag I dette kapittelet problematiser vi hverdagsrehabilitering overfor hjemmeboende eldre og hvilke utfordringer som er fremtredende. Vi belyser og diskuterer særlig utfordringer knyttet til medvirkning, samhandling, personsentrert praksis og tverrfaglige tjenester. Vi diskuterer også konsekvenser for arbeidslivskultur i hjemmebaserte tjenester som ofte preges av omsorg og pleie. Behovet for mer forskning kommer frem.

Nøkkelord brukermedvirkning | hverdagsrehabilitering | tverrfaglighet | samhandling | eldre

Abstract This chapter problematizes and discusses everyday-rehabilitation service in regard to elderly persons living at home and what challenges are prominent. We highlight and discuss challenges related to participation, collaboration, person-centered practice, and interdisciplinary services. We also discuss consequences for working life culture in home-based services that are often characterized by care and nursing. The need for more research emerges.

Keywords user involvement | everyday rehabilitation | interdisciplinary | interaction | elderly

INNLEDNING

Politiske føringer angir at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt når helsehjelp skal utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Spørsmålet er særlig avgjørende for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt tjenestetilbud i mange norske kommuner, og tilbudet fremstår som noe uensartet i de kommuner som tilbyr det (Langeland et al., 2016). I dette essayet drøftes spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i forbindelse med hverdagsrehabilitering overfor hjemmeboende eldre. Dette siden hjemmeboende eldre er en viktig målgruppe som antas å ha nytte av hverdagsrehabilitering. I essayet diskuterer vi hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og sikring av brukermedvirkning med eldre i hverdagsrehabilitering ikke er en enkel oppgave. Noen eldre vet kanskje lite om hva de kan kreve av kommunale tilbud, andre kjenner ikke hvilken tenkning tjenestene i hverdagsrehabilitering bygger på, eller hva som er formålet med å få et hverdagsrehabiliteringstilbud. Tankegangen og formålet med hverdagsrehabilitering kan også være ukjent for de mange som jobber med hjemmebaserte tjenester.

I essayet diskuterer vi både hva som kjennetegner hverdagsrehabiliteringen, dets tankegang og organisering samt hvorvidt hverdagsrehabilitering kan nyttiggjøres av hjemmeboende eldre. Vi diskuterer også hvem av disse eldre et slikt tilbud kan bedre hverdagen til, samt hva et slikt tilbud krever av måten personellet tenker og handler på, og hvilke konsekvenser dette gir. I tillegg setter vi i kapitlet søkelys på koblingen mellom brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering knyttet til å gi personsentrert omsorg og samhandling mellom ulikt helsepersonell. Hensikten med essayet er å belyse og diskutere tankesett og praksis i hverdagsrehabiliteringstjenesten i lys av betydningen tjenesten har for eldre tjenestemottakere.

METODE

I dette essayet er vårt metodiske utgangspunkt å diskutere hverdagsrehabilitering i forhold til læring og kunnskap om hverdagsrehabilitering. Med læring sikter vi her til noe annet enn det Argyris og Schön kaller «single-loop»-læring (Argyris & Schön, 1996). Metodisk jobber vi i essayet med at kunnskapsutvikling og læring isteden skjer gjennom å stille spørsmål og reflektere over hvilken kunnskap og erfaring som finnes med hverdagsrehabilitering i den kommunale praksis, og hvilke underforståtte «sannheter» eller retningslinjer som styrer den praksis som utvikles. Dette essayet forsøker dermed å bidra til læring som Argyris og Schön (1996) kaller «double-loop»-læring. Det vil si læring som oppnås gjennom det

Reynolds (1998, s. 183) kaller kritisk refleksjon. Læring innebærer å se hvordan et problem er løst (enkelkretslæring), og dernest stille granskende spørsmål i den hensikt å få dypere forståelse av mål, verdier og tenkning som ligger til grunn for problemløsningen, det vil si dobbelkretslæring.

Datagrunnlaget vi benytter for å reflektere og lære, er hentet fra offentlige styringsdokumenter relevant for hverdagsrehabiliteringstiltak i kommunal helse og omsorg, samt andres og egen forskning. I en kritisk reflekterende tilnærming diskuterer vi hverdagsrehabilitering knyttet til eldre hjemmeboende sine muligheter for medvirkning og forventninger om samhandling fra tjenestepersonell. Termen «kritisk» sikter her til å være åpen og granskende (Brataas & Thorsnes, 2019; Dyson, 2018).

HVA ER HVERDAGSREHABILITERING, OG HVILKE PREMISER BYGGER DEN PÅ?

«Personer med funksjonsfall, og særlig eldre, har etter etablering av hverdagsrehabilitering fått et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø», hevder Førland og Skumsnes (2016) i en rapport som oppsummerer kunnskap om hverdagsrehabilitering. For kommunale helse- og omsorgstjenester er hjemmeboende eldre dermed en gruppe som er ment å få det bedre gjennom tiltak i hverdagsrehabiliteringstilbudet der slike tiltak innvilges. Underforstått ligger det i slike tilbud at eldre skal rehabiliteres til en bedre hverdag i egne hjem og nærmiljø, ikke ved å legges inn ved heldøgnsinstitusjoner. På den måten skal eldre som har behov for rehabilitering, kunne bo i egne hjem og få bedre funksjonsevne.

Fremtidsprognoser tilsier at det vil bli flere eldre, og mange eldre vil leve lenger som friske. Samtidig vil medisinsk utvikling gjøre at flere eldre lever lenger med flere sykdommer og økende grad av funksjonssvikt, noe som kan medføre at hverdagslivet blir utfordrende (Husebø, Erdal, Kjellstadli & Bøe, 2017). I offentlige føringer angis prinsipper om at helsehjelp skal bidra til å mestre livet i tråd med egne forutsetninger, mål og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det betyr en forventning om at i fremtiden skal eldre gis mulighet til å være mest mulig selvhjulpne. De skal få vurdert sitt potensial for rehabilitering og egenomsorg før den kommunale omsorgen setter i verk eventuelle kompenserende tiltak. Den offentlige helsepolitikken angir dermed hverdagsrehabilitering som et sentralt virkemiddel for hverdagsmestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018) som kan lykkes med at eldre kan hente ut sine muligheter for selvhjulpnehet og sitt potensial.

Hverdagsrehabiliteringstilbud skal aktivisere egen mestring av hverdagen i eget hjem, og dette skjer via aktiv involvering av brukere av tjenesten (Tuntland & Ness, 2014). I tillegg skal hverdagsrehabilitering skje i form av et tverrfaglig samarbeid av helsepersonell som sammen med bruker setter mål for hverdagsrehabiliterings tiltakene. Utgangspunktet for dette handler om å spørre bruker om hva som er viktig. Når helsearbeider benytter svar eller mangel på svar hos bruker som utgangspunkt, kan det skje en videre dialog og involvering med brukeren i utforming av mål for rehabiliteringen. Som annen rehabilitering er hverdagsrehabilitering tidsavgrenset og regulert (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2012). Helsepersonell skal sammen med bruker legge opp et treningsprogram for å nå rehabiliteringsmålene (Tuntland & Ness, 2014).

HVA SIER FORSKNING NÅR DET GJELDER BETYDNING AV TJENESTEN FOR BRUKERNE?

En norsk studie har vist bedre resultat av hverdagsrehabilitering enn vanlige omsorgstilbud når det gjelder å forbedre selvopplevd aktivitetsytelse og tilfredshet med egen ytelse hos hjemmeboende eldre, også sårbare eldre med redusert individuell motstandskraft (Tuntland, Aaslund & Espehaug, 2015; Barstad, 2020). En systematisk review som inkluderte 14 742 deltakere i ti studier fra Storbritannia, USA, Australia og New Zealand, viste at hverdagsrehabilitering hadde positiv innvirkning på helsereelatert livskvalitet og tilfredshet med tilbudet (Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe, 2016). En annen review-studie som omfattet 750 deltakere i Australia og 61 i Norge, viste at hverdagsrehabilitering hadde positiv innvirkning på helsereelatert livskvalitet og tilfredshet med tilbudet (Cochrane et al., 2016). Selv om noe forskning viser forbedringer i fysisk funksjon og helsereelatert livskvalitet (Tessier et al., 2016; Cochrane et al., 2016), gir forskningen ikke kunnskap om varige resultater.

«Hverdagsrehabilitering» er et norsk begrep beslektet med engelske begrep som «reablement» og «restorative care» i engelskspråklig forskningslitteratur. Basert på en kunnskapsoppsummering om hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016) defineres hverdagsrehabilitering slik:

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv. (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11)

Allikevel vil ikke definisjoner og forståelse av hverdagsrehabilitering i praksis alltid være samstemte (Hartviksen & Sjøli, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 24, 2018; Tuntland & Ness, 2014). Resultatet fra en Delphi-studie med forskere fra elleve land (publisert i 2020) viser at definisjonen av «reablement» ofte knyttes til en diagnoseuavhengig, personsentrert og helhetlig tilnærming utført av et koordinert tverrfaglig team. Tilbudet tar sikte på å styrke den enkeltes funksjoner og opprettholde/øke uavhengighet i meningsfulle aktiviteter, men også redusere behovet for langsiktige tjenester (Metzelthin, Rostgaard, Parsons & Burton, 2020).

I studier som Cochrane et al. (2016) og Bergström, Borell, Meijer og Guidetti (2019) defineres «reablement» eller «restorative care» som en personsentrert tjeneste som ytes av tverrprofesjonelle team. Det er imidlertid ikke gitt at organisering av tjenestene er de samme. I studier som ikke omtaler tverrfaglige team, tilbys tilbudet av helsearbeidere og terapeuter som ikke nødvendigvis er organisert i team.

Forskning viser at forståelsen av hverdagsrehabilitering kan knyttes til *hverdagsmestring som tenkesett* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 24; Tuntland & Ness, 2014; Hartviksen & Sjøli, 2017). Allikevel stiller vi spørsmål ved om det i den kommunale praksis foreligger et omforent syn på hva hverdagsmestring er for enkeltindivider. Det fremstår som om hverdagsmestring gjennom mestring av fysisk aktivitet blir det som vektlegges, selv om hverdagsrehabilitering er ment å være et tilbud som skal ivareta *hele* mennesket (Tuntland & Ness, 2014). Muligens kan et syn på hverdagsrehabilitering som et helhetlig tilbud ivaretas ved at fysisk aktivitet styrker muskulatur og balanse, og derved gir bedre funksjonsevne og mulighet til fysiske aktiviteter (Husebø, Erdal, Kjellstadli & Bøe, 2017). Bedre evne til fysisk aktivitet styrker igjen muligheten til å bevege seg i eget hjem og ivareta hverdagslivets fysiske aktiviteter. Videre kan styrket fysisk funksjonsevne gi mulighet til å bevege seg utenfor hjemmet, og å delta i sosiale aktiviteter. Muligheten til å bevege seg utenfor hjemmet kan forebygge isolasjon og ensomhet, og gi mulighet for også å dekke sosiale og eksistensielle behov. Selv om rehabiliteringstilbudet setter søkelys på fysiske øvelser, mener vi det er vesentlig å vurdere ringvirkninger som fysiske tiltak kan ha, for å ivareta psykososiale og eksistensielle behov hos mennesket.

Helhetstenkning innebærer å betrakte deltakeren som en person med egne preferanser og tilpasningsmåter i livssituasjon og kontekst. Denne tenkningen synes relevant når Cochrane et al. (2016) og Bergström et al. (2019) definerer «reablement» eller «restorative care» som en personsentrert tjeneste. Utøvelse av en personsentrert tjeneste kan forstås som «hjelpkunst», der personellet tilegner seg kunnskap om personen og hvordan personen tenker, føler og mestrer utfordringer i sin helsemessige situasjon, samtidig som personellet evner å se situasjonen i en

større kontekst (Ingstad, Evensen & Brataas, 2019). Det er et mål å ivareta tjenesemottakeren som et helt menneske, og styrke personens makt og selvbestemmelse.

Forskning tilsier at tiltak som setter søkelys på fysisk funksjon og fysiske øvelser, har som siktemål å fremme fysisk selvstendighet (Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015; Langeland et al., 2016). Aldersrehabilitering ut fra et mer helhetlig menneskesyn betrakter mentale og sosiale funksjoner i hverdagslivet som like viktig som fysisk funksjon (Drageset, Dysvik, Espehaug, Natvig & Furnes, 2015). Et helhetlig fokus ut fra den betraktningen kan gi brukeren større frihet til å svare på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Tilnærmingen kan for eksempel åpne for målgrupper som er mest opptatt av psykososiale aktiviteter og ivaretagelse av sosiale bånd og nettverk. Et tilbud for slike målgrupper kan heller kreve bistand til organisering og tilgang til ressurser som gir mulighet til aktiviteter innen et større område enn bare å leve sitt liv i eget hjem. Kanskje trengs også øvelse og tiltak for å fortsette et sosialt liv, mental stimulering eller tilbud knyttet til eksistensielle behov.

Med en helhetlig tilnærming som vektlegger personsentrert tenkning, kan personen og hverdagsmestringen betraktes i lys av hva som er viktig for den enkelte, men også hva situasjonen og konteksten innebærer av muligheter og utfordringer (Ingstad, Evensen & Brataas, 2019). Det vil si at helsepersonell i hverdagsrehabiliteringsteam må kombinere aktiv lytting med faglige vurderinger. Et eksempel kan være en situasjon der den eldre er i en endret livssituasjon fordi ektefellen er død. Mange eldre erfarer å miste nære og kjære i sitt nettverk. For noen kan reaksjoner som tap og sorg føre til fysisk passivitet, man blir «sittende og sture». Over tid kan den reduserte fysiske aktiviteten medføre risiko for tap av muskelkraft, balanse og fysisk funksjon. Ytre miljømessige forhold kan også spille inn og føre til mer inaktivitet. Deltakere på hverdagsrehabilitering som vi har intervjuet, har fortalt at de er svært lite ute på vinteren når det er mørketid og ofte is og snø og glatte veier (Moe & Brataas, 2016). Covid-19-pandemien er et eksempel på andre ytre «trusler» som sannsynligvis har ført til at mange hjemmeboende eldre kommer seg mindre ut eller reduserer sine sosiale aktiviteter.

Eldre er sårbare med hensyn til inaktivitet, da inaktiviteten kan samvirke med aldringsprosessen og fremskynde reduksjon av krefter og motstandskraft (Husebø et al., 2017). Fysisk aktivitet og trening, men også sorgarbeid, livskrisemestring og nyorientering kan faglig sett anses som viktig i slike situasjoner. Paterson (2001) utviklet en modell om skiftende perspektiver, der det å leve med kronisk sykdom betraktes som en kontinuerlig skiftende prosess der perspektivene «sykdommen-i-forgrunnen» og «velvære-i-forgrunnen» har bestemte funksjoner i personens

verden. «Sykdommen-i-forgrunnen» er karakterisert av fokus på sykdom, lidelse, tap og belastning. «Velvære-i-forgrunnen» inkluderer en vurdering av kroniske plager som en mulighet til meningsfulle endringer. Og for noen kan kanskje akseptering av situasjonen og nyorientering mot en meningsfull hverdag der spørsmålet om hva som er viktig, trer frem, være meningsfulle endringer. Forskning har vist at mening i eldres hverdag kan være en følge av å akseptere sin situasjon (Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff, 2007). Det er grunn til å stille spørsmål om en viktig målgruppe for hverdagsrehabilitering omfattes av tilbudet. Nemlig eldre personer som har endringspotensial, men som ikke har fått utviklet dette fordi de gjennom profesjonell hjelp har lært seg å akseptere eller blitt passivisert. Det vil derfor være viktig også for profesjonene involvert å foreta en nyorientering slik at pasienter preget av passivitet med påfølgende risiko for å utvikle redusert fysisk kapasitet og mangelfull mestring blir inkludert i målgruppa for hverdagsrehabilitering.

Akseptering kan skje gjennom å endre oppfatningen av å være uavhengig ved å være aktiv uten hjelp fra andre, til å være uavhengig gjennom å kunne fatte autonome beslutninger i dagliglivet (Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff, 2007).

MÅLGRUPPE FOR HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering gjelder for målgruppen «personer som har opplevd et funksjonsfall» (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11). Ut fra resonnementet vi har diskutert tidligere, vil målgruppen også inkludere personer som «er i situasjoner som medfører risiko for funksjonsfall». Det er samtidig ikke gitt hvem som i praksis blir målgruppen for hverdagsrehabilitering, siden hver kommune selv definerer aktuell målgruppe (KS, 2019). Det innebærer at i noen kommuner brukes en snever definisjon av målgruppen, og rehabiliteringen konsentreres om trening rettet mot hverdagsaktiviteter. Mens andre kommuner vil bruke en bredere definisjon av målgruppen, for eksempel brukere som trenger hverdagsaktiviteter, trening eller tilrettelegging på grunn av spesifikke funksjonsproblemer som oppstår etter sykdom eller skade. I den kommunale praksisen kan det være en glidende overgang mellom hverdagsrehabilitering og spesialisert rehabilitering (KS, 2019).

Hverdagsrehabilitering kan også gis til eldre som har behov for rehabilitering knyttet til å ha sykdom som for eksempel kreft eller hjerneslag. Andre igjen kan få et slikt tilbud på grunn av skade, for eksempel lårhalsbrudd eller andre fallskader (Olsen, Ness & Devik, 2017). Allikevel vil diagnosespesifikk rehabilitering hovedsakelig skje i egne klinikker i sykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner, og tiltakene vil ikke være tilpasset hjemmets eller nærmiljøets utfordringer. Samtidig har det i de senere år foregått en spesialisering i kommunenes helse- og omsorgstjenester

mot mer medisinsk tenkning med spesialisthelsetjenesten som forbilde når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier (Aarseth, Bachmann, Gjerde & Skorve, 2015). Dette gjør at det kan være vanskelig å forstå når hverdagsrehabiliteringstiltak skjer tverrfaglig og uavhengig av diagnose for å sikre «reablement» eller «restoration» (Cochrane et al., 2016). Hverdagsrehabilitering skal fungere mer helhetlig for et menneske med sammensatte behov (Tuntland & Ness, 2014), men det er ikke gitt at dette blir søkelyset når kommunen iverksetter tiltakene. Å finne riktig målsetting og tiltak i hverdagsrehabilitering overfor eldre er heller ikke enkelt, siden det hos noen eldre kan være en kombinasjon av aldringsprosess og sykdom som fører til funksjonssvikt, og for disse kan det være bra med en «ikke-diagnosefokusert» rehabilitering i kombinasjon med spesialisert rehabilitering (KS, 2019).

Et annet spørsmål som gjelder helhetstankegangen i hverdagsrehabilitering, er om det i tillegg til funksjonsfokus også blir satt lys på aldring og aldrende menneskers ressurser, mulighetspotensial og mestringsbetingelser som følge av aldringsprosessen. Aldring innebærer for det første livserfaring og livsmestring gjennom et langt liv. For det andre kan tidligere ressurser i form av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser være endret og medføre redusert kapasitet og mestringsmuligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Aldringsprosessen fører til sårbarhet i form av *redusert tålegrense og motstandskraft*, i norsk språkdrakt også benevnt som «skrøpeligheit» (Baltes & Mayer, 1999; Husebø et al., 2017; Barstad, 2020), med de begrensningene det gir.

Når målgruppen for hverdagsrehabilitering er eldre hjemmeboende, gir aldring i seg selv begrensninger som ikke må overses. Som følge av aldring kan noen ressurser, for eksempler syn eller hørsel, være redusert for alltid, mens andre ressurser kan ha potensial for å styrkes. Kognitiv aldring kan innebære langsommere tempo og reaksjonsevne samt glemsomhet. Sosiale aldersforandringer kan kjennetegnes av rolleendringer i familie og arbeidsliv og endringer i sosialt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I noen situasjoner kan redusert kapasitet kompenseres helt eller delvis med hjelpemidler og utvikling av nye ferdigheter, for eksempel briller, eller ferdigheter i bruk av gå-staver ved balansesvikt (Baltes & Baltes, 1990). Dette betyr at hverdagsrehabiliteringstiltak ikke bare må vurderes med tanke på fremtidig bedring, men også vedlikehold av eksisterende funksjoner. Personellens ressursfokus kan styrke muligheten for vedlikehold av funksjoner og forebygge funksjonstap, og følgelig høyne muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig og oppleve en meningsfull hverdag (Moe, Enmarker & Hellzen, 2012). Samtidig vil indre motivasjon for å nå mål være ulik fra person til person, og støtte og oppmuntring være ekstra viktig for deltakere med lavere motivasjon (Bertisch, Rath, Long, Ashman & Rashid, 2014). Forskning har vist at rehabiliteringsproses-

sen kan bli vellykket selv om brukeren ikke har tro på sine muligheter i starten. Troen på egne ressurser kan styrkes ved at teamet både stiller krav og gir støtte i et dynamisk samspill (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdal, 2016). Samtidig er det betimelig å spørre om dette innebærer en form for myk, lite synlig styring (Askheim, 2019), til tross for politiske føringer om brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

HVORDAN REALISERE BRUKERMEDVIRKNING?

Norsk helselovgivning fremhever pasient- eller brukerinnflytelse, medvirkning og informert samtykke til helsetjenester som tilbys (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerretighetsloven, 1999). Medvirkningstenkningen har bakgrunn i «nothing about us without us»-prinsippet, som er førende blant annet i FNs menneskerettskonvensjon for funksjonshemmede (CRPD, 2006). Ideologien innebærer at mottaker av hjelp selv vet «hvor skoen trykker», og at «shared decision making» (SDM) står sentralt i fagutøvelsen (Jamtvedt & Nordtvet, 2015). Økt reell brukermedvirkning og pasientmakt er også en statlig intensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette tjenester som tar utgangspunkt i brukerens autonomi, men også ansvar for egen helse og tilfriskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2018). I hverdagsrehabilitering vektlegges dette med tanke på hverdagsmestring, og her skal brukermedvirkning være et viktig verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018; Tuntland & Ness, 2014; Hartviksen & Sjøli, 2017). Hvordan realiseres tenkningen om brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering?

Brukermedvirkning med selvbestemmelse som ideal innebærer en krevende omstillingsprosess i helsetjenesten. Dette på grunn av utfordringer fra gamle tradisjoner og tenkesett om å «ta vare på» pasienter og gi hjelp som kompenserer for funksjonssvikt (Jokstad, Skovdal, Landmark & Haukelien, 2019). Brukermedvirkning krever derimot at helse- og omsorgspersonell forholder seg til aktive pasient-/brukerroller. Det betyr ikke nødvendigvis at brukeren bestemmer alt og har «det siste ordet». Det kan like godt handle om samvalg og samstemthet mellom tjenesteutøver og bruker. Ideelt sett skal de som mottar hverdagsrehabilitering, involveres i både utforming av mål, tiltak og aktiviteter, og vurdering av prosess og resultater. Det særegne ved hverdagsrehabiliteringstenkningen er ifølge Jokstad et al. (2016) ikke at man tar utgangspunkt i redusert funksjon som gjør at «skoen trykker», men heller i hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv. Utgangsspørsmålet blir følgelig «Hva er viktig for deg?», som skal sikre at brukermedvirkning inngår i hele rehabiliteringsprosessen (Tutton & Seers, 2004).

«Hva er viktig for deg?» kan være både et omfattende spørsmål å bli stilt og et krevende spørsmål å svare på. Det kan besvares med utgangspunkt i både psykiske, sosiale, eksistensielle og fysiske viktighetsområder. Svaret kan påvirkes av hva brukeren tror spørsmålsstiller forventer som svar. Kanskje stilles spørsmålet med den hensikt at brukeren skal belaste omsorgsapparatet minst mulig ved å greie seg selv i eget hjem uten hjelp fra det offentlige. Er det da den fysiske funksjonen det forventes at svaret skal vektlegge? Forskningsresultat tilsier, som vi har vært inne på, at fokuset i hverdagsrehabilitering lett blir fysisk funksjonsdyktighet i dagliglivets aktiviteter, altså selvstendighet i ADL-funksjoner (Whitehead et al., 2015; Langeland et al., 2016). Dersom noen svarer at det viktigste er å bruke dagene til å sitte og lese, eller følge med på TV, kan utfordringen for helsepersonellet være å gi grundig informasjon om hva denne helsetjenesten har som formål, og hva den kan tilby. Ønsker den eldre hverdagsrehabilitering, er intensjonen at deltakeren gjennom en samvalgprosess setter seg rehabiliteringsmål (Lenzen, Danils, van Bokhoven, van der Weijden & Beurskens, 2015).

Reablement should start with a person-centred assessment, where the reablement recipient is enabled to identify issues and state goals that can be either directed towards maintaining a daily activity or for achieving new or reinstating previous valued activities in everyday life. (Bergström, Borell, Meijer & Guidetti, 2019, s. 2)

Brukermedvirkning i målsettingsprosessen innebærer at den aldrende tjenestemottakeren gjennom samhandling med personellet selv identifiserer og gir uttrykk for rehabiliteringsmål som vedkommende selv anser som viktige for seg. Dette er ikke alltid like enkelt å få til, siden eldre kan tilhøre en generasjon som ikke er vant til aktiv brukermedvirkning i beslutninger. Også andre grunner kan gjøre medvirkning vanskelig. Det kan handle om personer i helsetjenesten som «vet best» hva som gjelder ut fra erfaringer med andre brukere med tilsvarende problematikk. En prosess som gir forutsetninger for reell aktiv medvirkning, fordrer derimot at personellet er orientert mot personen og kommunikasjonen, hvor de i fellesskap skal utvikle en målrettet dialog (Hobbs, 2009).

Hvilke rehabiliteringsopplegg som skal utformes, avhenger av brukerens prioriteringer, og hva tverrfaglige vurderinger hos helsepersonell ser som viktig. Kartleggingsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) brukes ofte for å styrke samarbeidet mellom bruker og ansatt og for å fremme personsentrert praksis (Townsend, 2008). COPM er opprinnelig kanadisk og oversatt til norsk i 2001 (Kjeken & Lund, 2001). Kartleggingen skjer i intervju med bruke-

ren med utgangspunkt i aktivitetsområdene personlig stell, mobilitet, fungering i samfunnet, arbeid, husarbeid, utdanning, rolige og fysisk krevende fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Med numerisk scoring på en 10-gradert-skala vurderer brukeren betydning av aktivitetene, deretter utførelse og tilfredshet med inntil fem prioriterte aktiviteter. Ifølge forskning kan COPM være et godt instrument for å få deltakere til å formulere egne rehabiliteringsmål (Enemark Larsen & Carlsson, 2012). Samtidig viser annen forskning at dette ikke er gitt. Begrenset deltakermedvirkning viste seg i en annen studie hvor også kartleggingsinstrumentet COPM ble benyttet (Moe, Ingstad & Brataas, 2017; Moe & Brataas, 2016).

Når det gjelder kartlegging innen hverdagsrehabilitering, står opplysninger om følgende tre tema sentralt: 1) å sette mål for hverdagsrehabiliteringsprosessen, 2) deltakerens hverdag og funksjonsevne for å ha en aktiv hverdag og 3) samvalg i forbindelse med rehabiliteringsmål (Moe et al., 2017). I denne studien fant man stor variasjon i personellets samtaleledelse, lytting og oppfølging av det deltakeren formidlet. Dette førte til begrenset deltakermedvirkning i målsettingsprosessen. Forslag til mål for hverdagsrehabiliteringen ble formulert av personellet, og brukere aksepterte forslagene (Moe et al., 2017). Med andre ord var det ikke nødvendigvis det som var verdsatt av brukeren, som kom i fokus. I stedet for utdyping av «hva er viktig for deg» ble det et mål å kartlegge brukere via COPM (eller andre instrumenter), og ikke et søkelys på målsettinger ved rehabiliteringen (Hansvik & Hedlund, 2015). Å lykkes å få brukeren aktivt med som en samskapende premissleverandør skjer dermed ikke automatisk selv om kartlegging, målsetting og tiltak er til stede (Haukelien, Lunder, Møller & Sannes, 2010). Selv om brukeren sitter på nøkkelen i samhandlingen, er det ikke nødvendigvis slik at helsepersonellet retter søkelyset mot å få til aktiv involvering av bruker i å formulere rehabiliteringsmålene, samt å involveres underveis slik at «sluttproduktet» av rehabiliterings-innsatsen oppnås (Tuntland & Ness, 2014; Konsmo, de Vibe, & Nordheim, 2013; Rambøll, 2012).

I dagens samfunn legges det vekt på mestrings- og ressursfokus, og verdier som selvstendighet og uavhengighet (Hansen, Eskelinen, Rahnæk & Helles, 2015; Kildal & Nilssen, 2013; World Health Organization, 2015). Dette kan være vanskelig å lykkes med overfor eldre som målgruppe. Søkelyset mot den eldre og hvordan den eldre skal få en meningsfylt hverdag, bør derfor inkludere brukerens opplevelse underveis i hverdagsrehabiliteringen, ikke bare når det gjelder funksjonell mobilitet, men helheten i hverdagen og aktiviteter som er viktige for brukeren i nærmiljøet (Tuntland, Kjekken, Folkestad, Førland & Langeland, 2019).

I hverdagsrehabilitering blir det en oppgave for involvert helsepersonell å ikke bare bruke kartleggingsinstrument, men å jobbe med å fremme og stimulere til brukerens innsats selv når det er komplekst og krevende. Kompetanse i personen-

trert kommunikasjon, samt opplæring og erfaring i bruk av kartleggingsverktøy, synes nødvendig for å realisere brukermedvirkning og samskaping i hverdagsrehabilitering. Samtidig vet vi fra forskning at både ansatte og brukeres medvirkning i utforming av tjenestene er vesentlig (Natland, Tveiten & Knutsen, 2017). Det finnes relativt få studier om eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering og betydning av tjenesten (Førland & Skumsnes, 2016; Jokstad et al., 2016). Det er allikevel behov for mer kunnskap om eldres stemme og betydning for brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering og hva som fremmer eller hindrer aktiv deltakelse og brukermedvirkning. Felteforskning, men også forskning som involverer brukerne, kan gi relevant kunnskap om deltakere i hverdagsrehabilitering sine oppfatninger og erfaringer med tjenesten. Hvordan har eldre som har deltatt i hverdagsrehabilitering i hjemmet, erfart opplegget og tilretteleggingen for deres medvirkning? Og hvilken betydning mener disse at de som er involvert i tjenestene, har for at de får hverdagsmestring og meningsfulle liv?

BETYDNINGEN AV TVERRFAGLIGE TJENESTER

Hverdagsrehabilitering defineres som et tverrfaglig tilbud, der «terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv» (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11). Uansett organiseringsmodell vil hverdagsrehabilitering etterstrebe et tilbud hvor personell gjennom ulike former for tverrfaglig samarbeid får en felles og delt kunnskapsbase hvor det eksisterer en erkjennelse av at teammedlemmene har yrkesspesifikke kompetanser som har betydning (Hartviksen, 2014). Idealet innbefatter dessuten at samarbeidet skal bidra til brukermedvirkning i en målrettet, personsentrert og tidsavgrenset tjeneste (Førland & Skumsnes, 2016).

I kommunehelsetjenesten har det tradisjonelt vært tilbudt yrkesspesifikke tjenester som for eksempel fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie, og hver innbygger får tildelt sin fastlege. Hverdagsrehabilitering kan utvikles til å bli en personsentrert tjeneste som møter brukeres behov på en mer helhetlig måte, og at tverrfaglige team blir mer effektive enn yrkesspesifikke tjenester (Neumann et al., 2010). Litteratur om hverdagsrehabiliteringstjenester fremhever samarbeid mellom flere yrkesgrupper. Førland og Skumsnes (2016) fremhever særlig samarbeid mellom terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten som sentralt. Andre beskriver hverdagsrehabilitering som en teamorganisert tjeneste (Moe & Brataas, 2016; Cochrane et al., 2016; Bergström et al., 2019). Men «det er på ingen måte entydig og gitt hva et tverrprofesjonelt samarbeid innebærer» (Vabø, 2019). Flere

samarbeidsmodeller benyttes, og med ulik grad av samarbeid, fra flerfaglige til tverrprofesjonelle og yrkesoverskridende samarbeidsformer (Armitage, Suter, Oelke & Adair, 2009; Brataas & Haugan, 2009; Lauvås & Lauvås, 2004). I *flerfaglig samarbeid* bidrar ulike yrkesgrupper med fagspesifikke bidrag, men de bidrar ikke interaktivt i problemidentifisering, målsetting og samordning av aktiviteter. Eksempelvis ivaretar fysioterapeuten sine oppgaver, sykepleieren sine og så videre, men yrkesgruppene samarbeider lite interaktivt på tvers av profesjoner. Mye av den kommunale helsetjenesten er organisert på denne måten. I hverdagsrehabilitering som bygger på en helhetlig tilnærming, vil denne organiseringen sannsynligvis gi utfordringer med å få til en koordinering som gjør at alle fortløpende forholder seg til et personsentrert og felles målrettet fokus. I *tverrprofesjonelt samarbeid*, også benevnt som interdisiplinært samarbeid, samarbeider ulike yrkesgrupper derimot interaktivt om å sette og oppnå felles mål. Samtidig bidrar hver yrkesgruppe med sin yrkesspesifikke kompetanse. Denne teamorganiseringen synes fordelaktig for hverdagsrehabilitering da organiseringen bidrar til kontinuerlig samarbeid hvor deltakernes egne rehabiliteringsmål fungerer som en felles plattform (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017). En tredje form for samarbeid innebære *yrkesoverskridende samarbeid*, hvor roller og ansvar deles uten hensyn til profesjonell tilhørighet. Yrkesgruppene kan i dette tilfellet ikke holde fast på sine tradisjonelle oppgaver (Svensson, 2008). Derimot skal profesjonenes spesialkompetanse gjøres tilgjengelig for de andre i teamet som samarbeider; alle skal kunne gjøre alt. Det kan føre til «utvanning» av yrkesgruppens særegne kompetanse, hevder Leathard (2003). På den annen side kan yrkesoverskridende samarbeid føre til at mottakere av hverdagsrehabilitering må forholde seg til kun én (eller få) i den daglige rehabiliteringsaktiviteten.

I norske beskrivelser av hverdagsrehabilitering beskrives *tverrprofesjonelt* samarbeid i hverdagsrehabiliterings-team, eventuelt i tett *flerfaglig* samarbeid med hjemmesykepleie (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; Hjelle, Skutle, Alvsvåg & Førland 2018). Teamsamarbeid som befinner seg et sted mellom tverrprofesjonell og yrkesoverskridende tverrfaglighet, er også beskrevet. Her kombinerer likestilte teammedlemmer tverrprofesjonelt samarbeid og flerfaglig samarbeid. Hverdagsrehabiliteringsopplegg utarbeides i fellesskap av deltakere i et team som består av flere yrkesgrupper. Ut fra en felles målsetting har hver profesjon ansvar for faglig ekspertise, for eksempel innen fysioterapi, ergoterapi og medikamenthåndtering. De praktiske rehabiliteringsoppgavene knyttet til hvert spesialfelt skal derimot innpasses og kunne utføres av en av yrkesgruppene, for eksempel en fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier (Moe & Brataas, 2016). Funksjonell tverrfaglighet er kompleks og vil kreve både samarbeidskompetanse og yrkesspe-

sifikk kompetanse, samtidig som personellet skal bygge på felles tenkning om tjenesten som en intensiv, personsentrert og målrettet støtte og tilrettelegging av trening på hverdagsaktiviteter som er viktige for hver enkelt person som mottar tjenesten. Å bruke riktig kompetanse og dedikerte medarbeidere er en forutsetning for å lykkes med tilbudet hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014). I hverdagsrehabilitering forutsettes samhandling og samspill mellom helsepersonell og deltakere som et viktig element i å yte personsentrert omsorg med reell medvirkning (Moe et al., 2019). Den tverrfaglige innsatsen må samordnes, være planlagt og inngå i en sammenheng som oppleves som meningsfylt for brukeren. Som i all rehabilitering kan det aktuelle rehabiliteringsopplegget for den enkelte pasient omfatte flere typer tiltak for å nå ett og samme mål, og for å koordinere innsatsen hensiktsmessig må målet være kjent for alle som er involvert (jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Forskning tyder på at flere modeller for organisering av tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering kan bidra til bedre forståelse av brukerens behov (Vik, 2018), samtidig som forskning viser at styringskonteksten har betydning for det tverrprofesjonelle samarbeidet (Vabø, 2019).

Flere og større studier der ulike styringsformer og tverrprofesjonell organisering sammenlignes, vil kunne gi mer kunnskap når det gjelder effektive former for styring, organisering og samarbeid i hverdagsrehabiliteringstjenester. Det trengs også mer kunnskap om tenkning, medvirkning og samhandling, målsettingsprosesser og gjennomføring av hverdagsrehabiliteringsopplegg.

VIL HVERDAGSREHABILITERING ENDRE HJEMMEBASERTE TJENESTETILBUD?

Som vi har vært inne på, kan hverdagsrehabilitering ses som en personsentrert helsetjeneste som innebærer nytenkning. Det vil på systemnivå kreve en større satsing på samhandling og samarbeid, at personell har kompetanse i pasientmedvirkning og kan dyktiggjøre pasientene til helsefremmende mestring (Richards, Coulter & Wicks, 2015). Hverdagsrehabilitering i betydning «reablement» kan hevdes å medføre et *paradigmeskifte* i helsehjelpen (Ryburn, Wells & Foreman, 2009) fra «traditional home care goals of ‘maintenance’ and ‘support’ towards improvements in functional status and quality of life» (s. 225). Skiftet er knyttet til den «nye» arbeidsformen «å arbeide med hendene på ryggen» (Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2014). En arbeidslivskultur knyttet til mer tradisjonell omsorg og pleie kan utfordres. Hverdagsrehabilitering innebærer at hjemmebasert omsorgstjenester «gjør noe sammen med» den eldre, det vil si en annerledes tankegang enn «å gjøre noe for» den eldre (Bergström et al., 2019). Tradisjonelt har

pasienter i hjemmebasert omsorg vært passive mottakere, instruert av eksperter. De har akseptert helsepersonellens beslutninger for ikke å bli upopulære eller å risikere dårligere kvalitet på pleien (Nordgren & Fridlund, 2001). I personsentrert helsethjelp med medvirkning og respekt for deltakernes egne valg som grunnlag vil en annen tankegang være gjeldende. Det vil fordre at hjelpen gjennomføres ut fra en modell med en «partner-med-pasienten»-orientering i stedet for en «gjøre-for»-orientering. Følgelig vil fokus flyttes til oppgaver for hvordan pasienten skal ha det når sykepleieren forlater hjemmet (Brown, McWilliam & Ward-Griffin, 2006).

Hverdagsrehabilitering vil kreve en mer personsentrert tenkning som kan rokke ved tradisjonell tenkning og praksis i hjemmebasert omsorg. Med praksis mener vi her en prototyp for kulturen, i betydning en kulturelt innrettet, sosialt inkorporert måte å tenke og være på i denne sosiale settingen (Bruner, 1997; Benner & Gordon, 1996). Med hverdagsrehabilitering mener vi å endre tenkesett og kultur. En reell endringsprosess kan ta tid. Kanskje kan grundige og longitudinelle studier verifisere hvorvidt endret praksis og tenkesett er et reelt og «varig» fenomen?

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I dette kapitlet har vi diskutert hverdagsrehabilitering for hjemmeboende eldre som målgruppe og vist hvordan det henger sammen med en målsetting om søkelys på hverdagsaktiviteter, selvstendighet og muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Vi har også vist hvordan hverdagsrehabilitering kan knyttes til forskning, definisjon av «reablement» og utviklingen etter kunnskapsoppsummeringen til Førland og Skumnes i 2016. Definisjonen utviklet gjennom Delphi-studien (Metzelthin et al., 2020) betyr en tydeliggjøring av tilbudet, men er også mer omfattende enn tidligere definisjoner. Tydeliggjøringen kan bidra til å sette søkelys på målgruppen, uavhengig av diagnose, slik at hverdagsrehabiliteringen blir en personsentrert helhetlig tilnærming utøvd av et koordinert tverrfaglig team for å styrke den enkeltes funksjoner og opprettholde/øke uavhengighet i meningsfulle aktiviteter, og redusere behovet for langsiktige tjenester. Dette angir ikke bare en teoretisk forståelse av begrepet hverdagsrehabilitering forstått som «reablement», men også hvilke utfordringer en slik forståelse gir for praksisfeltet, og hva som skal stå i fokus. Hverdagsrehabilitering forstått som «reablement» fordrer et helhetssyn på brukeren, ikke bare søkelys på tiltak knyttet til fysisk funksjon. Det er altså en avstand mellom teori og praksis i hva tilbudet bør være, og hva det er. Tilbudet har mange lokale tilpasninger der for eksempel hverdagsrehabilitering inngår i tilbudet hjemmesykepleie i stedet for at det er koordinert av et tverrfaglig team som kan være en faglig ressurs for å sikre kvaliteten på tilbudet.

For målgruppen for hverdagsrehabilitering viser tidligere forskning at hovedsakelig fysisk funksjonsevne ved funksjonstap hos eldre som kvalifiserer for tilbudet, bryter med helhetstenkningen. Den inkluderer ikke eldre som har mulig risiko for funksjonstap eller eldre i en endret livssituasjon. Definisjonen til Metzelthin et al. (2020) åpner for et diagnoseuavhengig tilbud. Innholdet i tilbudet skal være helhetlig og styrke den enkeltes funksjoner som trengs for å delta i meningsfulle aktiviteter (Metzelthin et al., 2020), som imøtekommer diskusjonen i essayet. For at den eldre skal leve i en meningsfull hverdag, må tilbudet være personsentrert med mulighet for samvalg mellom den eldre og helsearbeider, og det må jobbes tverrfaglig. Kun gjennom en realisering av brukermedvirkning hvor den som skal få tilbudet, er i stand til aktivt å fatte egne beslutninger om tiltakene i hverdagsrehabiliteringen, vil samvalg mellom personell og mottaker skje.

Definisjonene av hverdagsrehabilitering og utøvelsen av brukermedvirkning må ta inn over seg at eldre er i en aldringsprosess som kan innvirke på hverdagsrehabiliteringen. Det er derfor viktig at tilbudet fra et tverrfaglig team har kompetanse til å gjennomføre faglige vurderinger som ivaretar eldre i en aldringsprosess. I dagens praksis kan det, som vi har vært inne på, være utydelig om det skal være tverrfaglig, flerfaglig team eller tilbud fra hjemmetjenesten i sin «alminnelighet».

Når det gjelder betydning av hverdagsrehabilitering overfor eldre hjemmeboende, er det sentralt å jobbe ut fra søkelyset «Hva er viktig for deg?» for å sikre brukermedvirkning og aktiv deltakelse fra den det gjelder. I kapittelet har vi belyst og diskutert noen utfordringer hverdagsrehabiliteringstjenester kan møte overfor eldre, hva disse handler om, og hva som kan vektlegges for å lykkes med en kunnskapsbasert tjenestene. Avslutningsvis vil vi si at det er behov for mer forskning om deltakerperspektivet blant eldre hjemmeboende som tilbys hverdagsrehabilitering. For å oppnå en enhetlig forståelse av hverdagsrehabilitering som en unik rehabiliteringsform er det behov for mer innsats når det gjelder å komme frem til en enhetlig forståelse blant lovgivere, kommuner, helsepersonell og eldre mennesker (Clotworthy, Kusumastuti & Westendorp, 2020). Det trengs mer kunnskap om ulike modeller for hverdagsrehabilitering og tilbud for ulike målgrupper. Nye vurderinger av hvorvidt tjenesten også kan tilpasses og tilbys flere målgrupper av eldre hjemmeboende enn i dag, er ønskelig.

REFERANSER

- Aarseth, T., Bachmann, K.E., Gjerde I. & Skorve G.K. (2015). Mot samhandlingskommunen? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3, 109–133.
- Argyris, C. & Schön, D. (1996). *Organizational learning II. Theory, method and practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Armitage, G., Suter, E., Oelke, N. & Adair, C. (2009). Health system integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1–11.
- Askheim, O.P. (2019). Pasientopplæring i det helsepolitiske landskapet. I: Brataas, Evensen & Ingstad (red) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 54–72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baltes, P. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. I: Baltes P.B., Baltes M.M. (red.) *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. & Mayer, K.U. (1999). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barstad, S. (2020). De skrøpelige. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1–4. ISSN online: 2387-5984 Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/de_skrøpelige
- Benner, P., Gordon, S. (1996). Caring Practice. I: Gordon, S., Benner, P. og Noddings, N. (red.): *Caregiving. Readings in Knowledge, Practice, Ethics, and Politics* (s. 40–55). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bergström, A., Borell, L., Meijer, S. & Guidetti, S. (2019). Evaluation of an intervention addressing a reablement programme for older, communitydwelling persons in Sweden (ASSIST 1.0): a protocol for a feasibility study. *BMJ Open*. 9: e025870. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025870>.
- Bertisch, H., Rath, J., Long, C., Ashman, T. & Rashid, T. (2014). Positive psychology in rehabilitation medicine: a brief report. *NeuroRehabilitation*, 34(3), 573–585.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F.F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195–203.
- Brataas, H.V. & Thorsnes, S.L. (2019). Teorier om erfaring og læring. I: Brataas, H.V., Evensen, A.E. & Ingstad, K. (red.) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 27–42). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H.V. & Haugan, N. (2009). Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehuseavdeling. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 30–45.
- Brown, D., McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160–168.
- Bruner, J. (1997). *Utdanningskultur og læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R.G.J. (2020). Reablement through time and space: A scoping review of how the concept of “reablement” for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.2.21256/v3>.
- CRPD. (2006). *Konvensjon om rettigheter til personer med funksjonsnedsettelse*. FN, A/61/611. Distr.: General 6. desember 2006 (på norsk hentet fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>).

- Cochrane, A., Furlong, M., McGiloway, S., Molloy, D.W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services (up to 12 weeks) for supporting older adults to live independently. *Cochrane Library*. Hentet fra: https://www.cochrane.org/CD010825/COMMUN_time-limited-home-care-reablement-services-12-weeks-supporting-older-adults-live-independently.
- Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G.K. & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes—a mixed-methods study. *PeerJ*, 3, e1120.
- Dyson, S.E. (2018). *Critical pedagogy in nursing*. London: Palgrave Macmillian.
- Enemark Larsen, A. & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 204–213.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256) av 1.januar 2012. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Oslo: Hentet fra: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/ks---hverdagsrehabilitering---sluttrapport-endeelig.pdf>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering*. Senter for omsorgsforskning, vest. oppsummering nr – 1. Hentet fra: www.omsorgsbiblioteket.no
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Ivanoff, S.D. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14 (1), 16–24.
- Hansen, E.B., Eskelinen, L., Rahnæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering* (9788775097821). KORA, København: Hentet fra: http://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf
- Hansvik, H.P. & Hedlund, M. (2015). Effekter av rehabilitering – et forprosjekt. ARBEIDSNOTAT. Effekter av rehabilitering. Forprosjekt. Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag. *Arbeidsnotat nr. 262*.
- Hartviksen, T.A. & Sjøli, B.M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Hartviksen T. (2014). *Opplæring i Hverdagsrehabilitering. Idéer og erfaringer*. Rapport utgitt av forbundene Ergoterapeutene, KS, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund. <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rapport-opplaring-i-hverdagsrehabilitering-2014.pdf>
- Haukelien, H., Lunder, T.E., Møller, G. & Sannes, J. (2010). Evaluering av rehabiliteringstiltakene SOLA og PiA. Bø, Telemarksforskning, *TF-rapport nr. 279 2010*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator – Lovdata.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St 29, 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld.St. 26 (2014-2015)). Hentet fra *Meld. St. 26 (2014–2015)* ([regjeringen.no](http://www.regjeringen.no))

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. (Meld. St. 11 (2015–2016)). Meld. St. 11 (2015–2016) (regjeringen.no).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Meld. St. 15 (2017–2018) (regjeringen.no).
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* av 2. juli 1999 nr. 64 (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#).
- Hjelle, K.M., Skultle, O., Førland, O. & Alsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc.*, 575–585. eCollection. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>.
- Hjelle, K.M., Skultle, O., Alsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3(11), 305–331.
- Hobbs, J.L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nurs Res*, 58(1), 52–62.
- Husebø, B., Erdal A., Kjellstadli C. & Bøe, J.B. (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering*. Sefas, Universitetet i Bergen. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/leveheleli|vet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf (20.08.19).
- Ingstad, K., Evensen, A. & Brataas, H.V. (2019). Sykepleiepedagogikk i endringstider. I: Brataas, H.V., Evensen, A.E. & Ingstad, K. (red.) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 282–289). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jamtvedt, G. & Nordvedt, M.W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 188–191.
- Jokstad, K., Landmark, B.T., Hauge, S. & Skovdal, K. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/311749639_Eldres_erfaringer_med_hverdagsrehabilitering_-_Mestring_og_muligheter_-_krav_og_stotte_i_et_dynamisk_samspill 06.10.19)
- Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B.T. & Haukelien, H. (2019). Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health Soc Care Community*, 27(4), 907–916. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12708>.
- Kildal, N. & Nilssen, E. (2013). Ageing policy ideas in the field of health and long-term care. Comparing the EU, the OECD and the WHO. In R. Ervik & T. S. Lindén (red.), *The Making of Ageing Policy: Theory and Practice in Europe*: Edward Elgar Publishing.
- Kjeken, I. & Lund, A. (2001). The Canadian Model of Occupational Performance, *Ergoterapeuten*, 4, 11–18.
- Konsmo, T., de Vibe, M.F. & Nordheim, G. (2013). *Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter: nøkler for å lykkes*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: www.kunnskapssenteret.no
- KS (Kommune Sektororganisasjonen). (2019). Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*, Fürst og Høverstad, KS FOU. Hentet fra: www.ks.no/hverdagsrehabilitering
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B. & Kjeken, I., Jacobsen, FF., Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner*. Ef-

- fekter for kommuner og gevinster for kommuner?* Senter for omsorgsforskning vest, Rapportserie 6/16. Lenke: <http://hdl.handle.net/11250/2389813>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi (2.utg.)*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Leathard, A. (2003). Models for interprofessional collaboration. I Leathard, A. (red.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care* (s. 93–117). London, New York. Routledge.
- Lenzen, S.A., Danils, R., van Bokhoven, M.A., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. *European Journal of General Practice*, 21(2), 138–144. <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.973844>.
- Metzelthin, S.F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*, 1–16.
- Moe, A., Enmarker, I. & Hellzén, O. (2012). “Daily Life for Chronically Ill Oldest Old Persons”. *Nursing Reports*. Volum 2:e8.
- Moe, A. & Brataas, H.V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 173–182. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S103696>.
- Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H.V. (2017). Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research.*, 17(1), 736. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2715-0>.
- Natland, S., Tveiten, S. & Knutsen, I.R. (2017). Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? *Tidsskr Nor Legeforen*, 137, 210–212. doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0839>.
- Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser, V., Christodoulo, N., Varela, E. & Giustini, A. (2010). Delarque Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 4–8.
- Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001). Patients’ perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 117–25.
- Olsen, R.M., Ness, T.M. & Devik, S.A. (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene*. Oppsummering nr. 6. Senter for omsorgsforskning, midt.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)
- Paterson, B.L. (2001). The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 21–26.
- Rambøll Management Consulting og Helsedirektoratet. (2012). *Undersøkelse om Rehabilitering i kommunene: Erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Rapport, IS-0365 Oktober 2012. <https://evalueringsportalen.no/evaluering/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjem-vante-miljo/rehabilitering-i-kommunene.pdf/@inline>
- Randström, K.B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014). Working with “hands-off” support: a qualitative study of multidisciplinary teams’ experiences of home rehabilitation for

- older people. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 25–33. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12013>.
- Reynolds, M. (1998). Reflection and critical reflection in management learning. *Management Learning*, 29(2), 183–200.
- Richards, T., Coulter, A. & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ*; 350. h530. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h530>
- Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health Soc Care Community*, 17(3), 225–34. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00809.x>.
- Svensson, L.G. (2008). Profesjon og organisasjon. I: Molander, A. & Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier* (s. 131–143). Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Tessier, A., Beaulieu, M.D., McGinn, C.A. & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of reablement: A systematic review. *Healthcare policy*, 11(4), 49.
- Townsend, E. (2008). *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk visjon om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. Enabling occupation II*. København: Munksgaard Danmark.
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M.K. & Espehaug, B. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 15(1), 145.
- Tuntland, H., Kjekken, I., Folkestad, B., Førland, O. & Langeland, E. (2019). Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scand J Occup Ther.*; 28: 1–11. doi: <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1604800>.
- Tutton, E. & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 380–389.
- Vabø, M. (2019). Tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster – hverdagsrehabilitering som eksempel. I: Bjorkquist, C. & Jerndahl Fineide, M. (red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 69–94). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 6–15. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-0>.
- Whitehead, P.J., Worthington, E.J., Parry, R.H., Walker, M.F. & Drummond, A.E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: A systematic review. *Clin Rehabil.*, 29(11), 1064–1076.
- World Health Organization (WHO) (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva. Hentet fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1



11. Psykisk helse og velvære hos ungdom – betydning av «opplevelse av sammenheng»

Unni Karin Moksnes

Sammendrag Kapitlet undersøker betydningen av opplevelse av sammenheng som mestringsressurs relatert til stress, psykisk helse og tilfredshet med livet hos ungdom, basert på seks ulike empiriske delstudier i to tverrsnittsutvalg av ungdom i alderen 13–18 år. Kapitlet diskuterer hvilke implikasjoner funnene og det salutogene perspektivet har for folkehelsearbeid i skolen, der skolehelsetjenesten inngår som en viktig tjeneste i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Nøkkelord ungdom | psykisk helse | opplevelse av sammenheng | skolehelsetjenesten | folkehelsearbeid

Abstract The chapter investigates the role of sense of coherence as a coping resource in relation to stress, mental health, and satisfaction with life in adolescents, based on six empirical studies from two cross-sectional samples of adolescents 13–18 years. The chapter discusses the implications of the results and the salutogenic perspective for public health work in school, where school health services have an important role in the cross-sectorial public health work.

Keywords youth | mental health | cohesion | school health service | people's health

INNLEDNING

Det er alminnelig kjent at god psykisk helse er viktig for individets opplevelse av livskvalitet gjennom opplevelse av positive følelser og å kunne håndtere hverdagslivets mange store og små utfordringer. Slik blir god psykisk helse også av samfunnsøkonomisk betydning, ved at det gir individet mulighet til å bidra for seg selv og sine nærmeste i lokalsamfunnet gjennom frivillig arbeid og fritidsaktiviteter og

til storsamfunnet gjennom utdanning og arbeid. Å investere i psykisk helse er viktig i alle deler av folkehelsearbeidet overfor mennesker i hele livsløpet, men et viktig grunnlag legges i barne- og ungdomsårene (Reneflot et al., 2018). Selv om det er individuelle og kulturelle variasjoner for når ungdomsperioden begynner og slutter, regnes ungdomsårene stort sett som perioden fra starten av tenårene til 18–20-årsalderen. Overgangen fra barneårene til ungdomsårene er naturlig kjenne-tegnet av psykiske, fysiske, sosiale og kognitive endringer; den unge skal gradvis leve et mer selvstendig liv og se seg selv i et nytt perspektiv med veivalg som kan få stor betydning senere i livet. Selv om familien og hjemmet fortsatt er en viktig base for de fleste unge, får skole, fritid, arbeid og sosiale relasjoner større betydning for utvikling av identitet og sosial tilhørighet (Bakken, 2019; Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018).

Hensikten med kapittelet er å sammenfatte resultater basert på seks empiriske delstudier som undersøker relasjonene mellom opplevelse av sammenheng (engelsk – «sense of coherence» – forkortet SOC (OAS)), stress og psykisk helse og velvære. Studiene er basert på tverrsnittsdata fra 2008, 2011 og 2016 og inkluderer norsk ungdom mellom 13 og 18 år. Kapittelet søker derfor å undersøke trender og sammenhenger i ungdoms skårer på OAS og psykisk helse og velvære over en periode på åtte år. Kapittelet diskuterer hvilke implikasjoner funnene og det salutogene perspektivet har for folkehelsearbeid blant ungdom, der skolen og skolehelsetjenesten er en viktig del av kommunehelsetjenesten for barn og unge.

Følgende spørsmål stilles:

- Hvordan er sammenhengen mellom OAS, stress og psykisk helse (tilfredshet med livet og symptomer på depresjon og mentalt velvære) og kjønnsforskjeller på disse dimensjonene?
- Hvordan fungerer OAS som potensiell stressbuffer/moderator på sammenhengen mellom stress og helse?
- Hvilke implikasjoner har funnene for helsefremming blant ungdom?

De nyeste norske rapportene om ungdoms helse i landet vårt er nokså entydige. Den siste folkehelse rapporten (Reneflot, 2018) viser at ni av ti barn og unge oppgir at de er tilfredse eller svært tilfredse med livet og rapporterer god psykiske helse. Disse funnene er i tråd med internasjonale funn, der majoriteten av ungdommene skårer i den positive enden av skalaen når det gjelder tilfredshet med livet (Proctor, Linley & Maltby, 2009b; Samdal et al., 2016). Den siste Ungdata-rapporten viser også at ungdom er godt fornøyde med foreldrene sine, med skolen de går på, og med lokalmiljøet der de bor. Ni av ti ungdommer har nære og fortrolige venner og

har en aktiv fritid (Bakken, 2019). Imidlertid viser forskning at det fra starten til midten av ungdomsperioden er en økende forekomst av psykiske helseplager (Reneflot et al., 2018). I den sammenheng er det også viktig å skille mellom symptomer og psykiatriske lidelser. Omtrent 15–20 prosent av barn og unge i Norge har psykiske problemer som går utover den daglige fungeringsevnen (FHI, 2018; Reneflot et al., 2018). Funn fra den siste HUNT-undersøkelsen viser at andelen som rapporterer symptomer på depresjon og angst, har økt hos både gutter og jenter, fra henholdsvis 10,1 % / 20,9 % i 1995–97 til 16,5 % / 44,5 % i 2017–19 (Rangul & Kvaløy, 2020). Rapporten *Psykisk helse i Norge* fra Folkehelseinstituttet (Reneflot et al., 2018) viser at rundt sju prosent av barn og ungdom har så alvorlige problemer at det tilfredsstiller kriteriene til en psykisk lidelse. Forekomsten av psykiske vansker er generelt lav før puberteten, med små kjønnsforskjeller. I ungdomstiden øker omfanget av psykiske plager, spesielt blant jenter (Sletten & Bakken, 2016; Reneflot et al., 2018). Blant jenter i alderen 15–17 år har andelen som får diagnoser i BUP, steget i femårsperioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent per år. De vanligste lidelsene er depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser (Reneflot et al., 2018). Årsaken til den økende forekomsten er ukjent, og det er behov for flere longitudinelle studier på området som kan undersøke endringer over tid.

Generelt er det stor enighet om at ungdoms psykiske helse formes og utvikles i sammenheng med faktorer relatert til oppvekstforhold og hendelser i barndommen og med omfanget av risiko- og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene og hos individet selv (Skogen et al., 2018). I den forbindelse er det også viktig med kunnskap om personlige mestringsressurser som er potensielt helsefremmende og beskyttende for ungdoms psykiske helse og velvære, og også hvordan disse kan styrkes på sentrale arenaer i ungdoms hverdagsliv. Begrepet «opplevelse av sammenheng» («sense of coherence») er et sentralt konsept i den salutogene helseteorien og et eksempel på en mestringsressurs for psykisk helse og velvære som reflekterer individets evne til å identifisere og anvende tilgjengelige ressurser for å mestre de stressorer man møter i hverdagen. Dette vil bli tema for de kommende delene av dette kapittelet.

PSYKISK HELSE OG TILFREDSHET MED LIVET

Psykisk helse er en integrert del av menneskers helse og velvære og innbefatter en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter hele spekteret fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser (WHO, 2005).

Psykisk velvære inngår som en viktig komponent i psykisk helse og kan graderes på et kontinuum som varierer fra høyt til lavt velvære. Den subjektive opplevelsen av psykisk velvære tar utgangspunkt i at det er menneskets erfaringer og evalueringer som ligger til grunn, og flere definisjoner eksisterer på feltet (Carlquist, 2015). Innen positiv psykologi forstås subjektivt velvære å innbefatte opplevelsen av emosjonelt velvære (høy grad av positiv affekt, lav grad av negativ affekt) og tilfredshet med livet, som er den kognitive komponenten av subjektivt velvære (Pavot & Diener, 2008; Proctor, Linley & Maltby, 2009a). Proctor et al. (2009a) definerer tilfredshet med livet som «individets kognitive vurdering av livet som helhet» (s. 129). Vurdering av tilfredshet med livet forstås ofte synonymt med vurdering av livskvalitet og baseres på en komparativ prosess der individet vurderer sin livssituasjon ut fra selvdefinerte internaliserte standarder. Forskning på ungdomspopulasjonen viser at de fleste skårer høyt på tilfredshet med livet; imidlertid ser det ut til å være en negativ utvikling i rapportering av tilfredshet med livet utover ungdomstiden (Proctor et al., 2009a). Demografiske variabler som kjønn, alder og sosioøkonomisk status er vist å være svakt relatert til livstilfredshet, imidlertid ser det ut til at gutter rapporterer høyere skårer sammenlignet med jenter. Tilfredshet med livet viser seg å være sterkere relatert til en rekke psykiske, atferdsmessige, personlige og sosiale faktorer (Oberle, Schonert-Reichl & Zumbo, 2011; Proctor et al., 2009b; Proctor, Linley & Maltby, 2010) og kan derfor være en indikator på ungdoms opplevelse av å mestre ulike utfordringer i hverdagen og opplevelse av livskvalitet. Imidlertid er mye av forskningen utført i voksenpopulasjonen, og mindre forskning har vært gjort på barn og ungdom, selv om omfanget har økt de siste tiårene (Proctor et al., 2009b; Proctor et al., 2010).

SALUTOGENESE, OPLEVELSE AV SAMMENHENG OG PSYKISK HELSE HOS UNGDOM

Et helhetlig syn på helse innebærer en forståelse av helse som noe mer enn fravær av sykdom. Spørsmålet «What creates health?» introduserte et vendepunkt i forskning og forståelse av helse da Aron Antonovsky introduserte den salutogene helse-teorien på slutten av 1970-tallet. Antonovsky definerte helse som et kontinuum mellom «ease» og «dis-ease» (helse og uhelse), der fokuset var hvilke faktorer som fremmer individets bevegelse mot helseenden av ease/disease-kontinuumet (Antonovsky, 1987). Den salutogene teorien vektlegger at stressende og vanskelige hendelser er et uunngåelig aspekt i alle menneskers liv (Eriksson, 2017). Imidlertid trenger ikke stressorer utelukkende å være negative og sykdomsfremkallende (patogene), men potensielt salutogene (helsefremmende), avhengig av stressorens karakter og individets evne til å mestre og løse opp stressoren på en

tilfredsstillende måte. Antonovsky mente at en sentral mestringsressurs for god helse var individets opplevelse av sammenheng i livet, der komponentene *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* inngår (Mittelmark & Bauer, 2017).

Opplevelse av sammenheng (OAS) defineres som:

en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig men dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 1987, s. 19)

Begripelighet uttrykker i hvilken grad individet opplever at stimuli man utsettes for, enten de har kilde i en selv eller i miljøet man er del av, oppfattes som forståelige, sammenhengende og strukturerte. Antonovsky mente at mennesker som har høy «begripelighet», har en større tiltro og forventning til at det som skjer i fremtiden, er forutsigbart, logisk og forståelig, i stedet for kaotisk eller tilfeldig. Hendelser kan være vanskelige og overraskende, men de vil likevel kunne forklares og settes i en sammenheng (Antonovsky, 1987).

Håndterbarhet beskriver i hvilken grad individet opplever at det har ressurser tilgjengelig for å kunne håndtere og mestre utfordringer og stressende stimuli som man til enhver tid møter i livet. Med «tilgjengelig» menes alle ressurser som individet har til rådighet i seg selv, i en gruppe eller i miljøet man er en del av. Hvis man har sterk grad av håndterbarhet, er det større sjanse for at man ser på hendelser som en utfordring i stedet for som en trussel, og at man opplever at man er handlingsdyktig når livet går i motbakke (Antonovsky, 1987).

Meningsfullhet beskriver motivasjonskomponenten i OAS og omfatter i hvilken grad individet opplever motivasjon og mening med det man fyller av innhold og aktiviteter i livet. Meningsfullhet omfatter også en opplevelse av at livet er forståelig rent følelsesmessig, ikke bare kognitivt, og at det er verdt å engasjere seg og bruke tid på det som skjer i ens eget liv. Dette betyr ikke at alt som skjer i livet, tolkes positivt. Men når vanskelige ting skjer, er man bedre i stand til å ta utfordringen og finne mening og engasjement i situasjonen, i tro på at man vil komme seg igjennom det på en god måte (Antonovsky, 1987).

Antonovsky mente at en sterk OAS er en mestringsressurs og en livsorientering (ikke et personlighetstrekk eller en konkret mestringsstrategi) som setter individet i bedre stand til å se på livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt. Å ha en sterk OAS gir tiltro og motivasjonskraft til å identifisere ressurser i seg selv og i omgivelsene, samt evne til å anvende ressursene på en helsefremmende måte. Som

en livsorientering representerer OAS en måte å tenke, være og handle på som menneske i samhandling med omgivelsene man er en del av, noe som er en livslang læringsprosess (Antonovsky, 1987; Eriksson, 2017). Studier viser at OAS ser ut til å være stabil over tid, samt å bli sterkere gjennom livsløpet (for oppsummering, se Braun-Lewensohn et al., 2016; Eriksson & Mittelmark, 2017). Ungdomstiden er en fase der OAS kan variere mer på grunn av mange endringer og utfordringer som skjer i denne perioden (Braun-Lewensohn et al., 2017; Garcia-Moya, Rivera & Moreno, 2013). En studie av Honkinen et al. (2008) viste imidlertid lite variasjoner i OAS over tid, mens andre studier (Rivera, Garcia-Moya, Moreno & Ramos, 2012) viste at ungdom som har utviklet en sterkere OAS, har mindre variasjoner over tid sammenlignet med unge som i utgangspunktet har svakere OAS. Når det gjelder kjønnsforskjeller, ser det ut til at gutter rapporterer sterkere OAS enn jenter (Myrin & Lagerström, 2008; Rivera et al., 2012), og graden av kjønnsforskjell varierer noe med alder (Moksnes, Espnes & Lillefjell, 2012; Rivera et al., 2012).

Sammenhengen mellom OAS og helse hos ungdom ser ut til å være det samme som i voksenpopulasjonen. Unge som rapporterer sterkere OAS, rapporterer bedre selvurdert helse og færre helseproblemer (Blom, Serlachius, Larsson, Theorell & Ingvar, 2010; Braun-Lewensohn et al., 2017; Länsimies, Pietilä, Hietasola-Husu & Kangasniemi, 2017). Sterkere OAS relateres spesielt til bedre psykisk helse og livskvalitet (Braun-Lewensohn et al., 2017; Honkinen et al., 2009; Länsimies et al., 2017; Neuner et al., 2011) og lavere grad av symptomer på angst og depresjon hos ungdom; denne sammenhengen er spesielt sterk hos jenter (Blom et al., 2010; Länsimies et al., 2017; Moksnes et al., 2012; Myrin & Lagerström, 2008; Ristkari et al., 2009). Å ha en sterkt utviklet OAS fremstår som en viktig mestringsressurs i møte med stress. Studier gjort på voksne og ungdom viser at OAS fungerer som en stressbuffer relatert til selvurdert helse, selv om sammenhengene ikke er sterke (Nielsen & Hansson, 2007; Richardson & Ratner, 2005). Det er vanskelig å si hva som er årsak og virkning mellom OAS og helseplager i en del av disse studiene, men funnene viser at ungdoms opplevelse av livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt (OAS) har mye å si for hvordan de opplever sin helse. Tidligere studier har i stor grad undersøkt relasjonen mellom OAS og psykisk helse i voksenpopulasjonen, og mindre forskning har blitt gjort på sammenhengen mellom OAS, psykisk helse og velvære blant ungdom i Norge. Målet med denne studien er derfor å sammenholde og vise trendene når det gjelder sammenhengen mellom stress, OAS og psykisk helse og velvære hos ungdom basert på seks empiriske delstudier av norske ungdommer i alderen 13–18 år. Målet er også å diskutere resultatenes implikasjoner for folkehelsearbeid blant ungdom.

METODE

Deltakere fra datamateriale 2008

Deltakere i den skolebaserte tverrsnittsstudien fra 2008 inkluderte elever i ungdomsskole og videregående skole i sørlige områder av Trøndelag. Av totalt 25 forespurte skoler var det seks som ønsket å delta i undersøkelsen (tre fra urbane områder og tre fra rurale områder). Totalt ble 1229 elever spurt om å delta i spørreskjemaundersøkelsen, og 1209 elever besvarte (svarrespons 98 %). Elevene som ble inkludert i studien, var i alderen 13–18 år, og analyser ble derfor gjennomført på $n = 1183$; 617 (51 %) var jenter, og 586 (48,5 %) var gutter (kjønn ble ikke rapportert av seks deltakere). Gjennomsnittsalder var 15,6 (SD = 1,8).

Deltakere fra datamateriale 2011

Deltakere i den skolebaserte tverrsnittsstudien fra 2011 inkluderte elever i ungdomsskole og videregående skole fra fem kommuner i sørlige rurale områder av Trøndelag. Totalt ble 1924 elever fra til sammen 12 ungdomsskoler og videregående skoler spurt om å delta, og 1289 elever besvarte spørreskjemaet (svarrespons 67 %). Elevene som ble inkludert i studien, var i alderen 13–18 år, og $n = 1239$ elever ble inkludert i analysene; 634 (51,2 %) var jenter, og 603 (48,7 %) var gutter. Gjennomsnittsalder for utvalget var 15,00 (SD = 1,62).

Deltakere fra datamateriale 2016

Deltakere i den skolebaserte tverrsnittsstudien fra 2016 inkluderte elever i ungdomsskole og videregående skole fra fem kommuner i sørlige rurale områder av Trøndelag. Totalt ble 1906 elever fra til sammen fem ungdomsskoler og videregående skoler spurt om å delta, og 1282 elever besvarte spørreskjemaet (svarrespons 67 %). Elevene som ble inkludert i studien, var i alderen 13–18 år, og $n = 1233$ elever ble inkludert i analysene; 580 (47 %) var jenter, og 644 (52,2 %) var gutter; (0,7 % missing). Gjennomsnittsalder for utvalget var 16,00 (SD = 1,61).

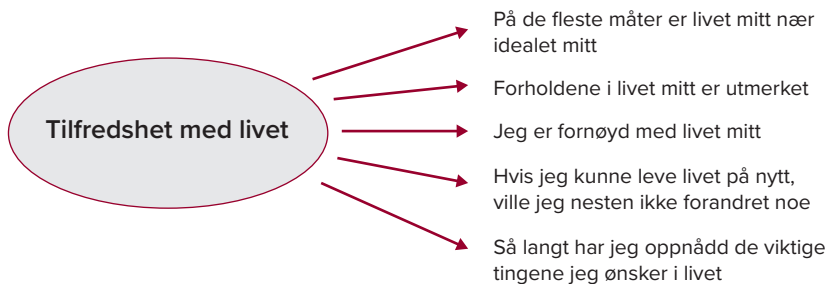
Prosedyre

Datasamlingene ble godkjent av regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og NSD. Tillatelse til å gjennomføre datainnsamlingen ble på forhånd gitt av rektor ved hver av skolene, og lærerne ble spurt om å administrere spørreskjemaene i sine klasser. Alle elever og foresatte mottok et informasjons-

skriv om studiens hensikt og gjennomføring, som forklarte at deltakelse var frivillig og anonymt, og at svarene ble behandlet konfidensielt. For ungdom som deltok i studien fra 2008, ble samtykke til å delta gitt gjennom at ungdommene besvarte spørreskjemaet. I studien fra 2011 og 2016 ble samme prosedyre utført, men ungdom som var yngre enn 16 år, måtte ha skriftlig samtykke fra sine foresatte for å delta. Undersøkelsen ble gjennomført klassevis i løpet av en skoletime, og elever som ikke ønsket å delta, kunne gjøre skolearbeid.

Måleinstrumenter

Tilfredshet med livet: The Satisfaction With Life Scale ble brukt for å måle individets opplevelse av global tilfredshet med livet. Skalaen har blitt validert både i voksenpopulasjonen og i ungdomspopulasjonen med støtte for at instrumentet måler én dimensjon (Pavot & Diener, 2008; Proctor et al., 2009a). Skalaen består av fem utsagn rangert på en sju-punkts Likert-skala, fra 1 – *sterkt uenig* til 7 – *sterkt enig* (se figur 11.1), der høyere skår indikerer høyere nivå av tilfredshet med livet. Skalaen er validert for bruk på norske ungdommer, med støtte for én-faktorstruktur og Cronbachs $\alpha \geq .80$ (Moksnes & Haugan, 2015; Moksnes Løhre, Byrne & Haugan, 2014b; Moksnes, Løhre & Espnes, 2013).



Figur 11.1. Itemer inkludert i skalaen «Satisfaction with Life Scale».

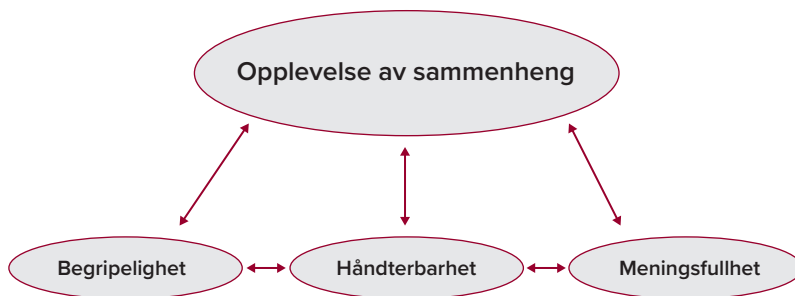
Mentalt velvære: Mentalt velvære ble målt med 14-item-versjonen av Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007). Skalaen inneholder sju positive og sju negative utsagn om hvordan man har følt seg i løpet av de to siste ukene, rangert på en fem-punkts Likert-skala; fra 1 – *ikke i det hele tatt* til 5 – *hele tiden*, hvor høyere sumskår indikerer høyere nivå av mentalt velvære. WEMWBS er validert i den norske ungdomspopulasjonen (Ringdal et al., 2018).

Symptomer på depresjon: Skalaen som måler symptomer på depresjon, består av 15 utsagn som måler respondentens opplevelse av ikke-kliniske depressive symp-

tomter i løpet av siste uke (Byrne et al., 2007). Utsagnene er rangert på en fem-punkts Likert-skala; fra 0 – *aldri* til 4 – *alltid*, der høyere skår indikerer høyere symptomnivå. Eksempel på utsagn er: «Jeg har følt meg trist eller ulykkelig», «Jeg har følt meg på gråten» og «Jeg har hatt konsentrasjonsvansker». Indre konsistens på skalaen er vist å være tilfredsstillende, med Cronbachs α .92 (Moksnes, Espnes & Haugan, 2014a; Moksnes et al., 2012).

Symptomer på angst: Respondentenes skåre på angst ble målt med bruk av Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) (Spielberger, 1983). Skalaen består av 20 utsagn der respondent skal besvare ut fra hvordan opplevelsen er «akkurat nå / i dette øyeblikket» rangert på en fire-punkts skala, fra 1 – *ikke i det hele tatt* til 5 – *hele tiden*; høyere skår indikerer høyere symptomnivå. Eksempel på utsagn er «Jeg føler meg rolig», «Jeg er anspent» og «Jeg føler meg skremt». Indre konsistens på skalaen er vist å være tilfredsstillende, med Cronbachs α .91 (Moksnes et al., 2014a; Moksnes et al., 2012).

Opplevelse av sammenheng (OAS): Orientation to Life Questionnaire ble benyttet for å måle OAS (Moksnes & Haugan, 2014). Skalaen består av 13 spørsmål rangert på en sju-punkts skala, hvor høyere skåre indikerer sterkere OAS. Eksempel på spørsmål er: «Opplever du at du ikke bryr deg om det som skjer i omgivelsene», «Har du veldig motstridende tanker og følelser?», «Hvor ofte føler du at de tingene du gjør i hverdagen er meningsløse?». Instrumentet vurderes overordnet som valid og reliabelt (Eriksson & Mittelmark, 2017). Selv om instrumentet i langt mindre grad er utprøvd blant barn og unge, har instrumentet vist seg å fungere for måling av OAS i ungdomspopulasjonen (Braun-Lewensohn et al., 2017; Eriksson & Mittelmark, 2017; Moksnes & Haugan, 2014).



Figur 11.2. Struktur på «opplevelse av sammenheng», med de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Stress: Ungdoms opplevelse av stress ble målt med «The Adolescent Stress Questionnaire (ASQ)» (Byrne, Davenport & Mazanov, 2007; Moksnes & Espnes, 2011).

Den norske versjonen av instrumentet består av 30 utsagn og måler normative stressorer i ungdoms hverdagsliv. Utsagnene er rangert på en fem-punkts Likert-skala, fra 1 – *ikke stressende eller ikke relevant for meg* til 5 – *veldig stressende*, der høyere skår indikerer høyere stressnivå. Skalaen brukes som en totalskår og kan også deles inn i stressdimensjoner relatert til «samhandling med lærer/voksne», «press fra jevnaldrende», «hjemmetilværelsen», «kjæresteforhold», «skole-/fritidskonflikt», «tilstedeværelse på skolen» og «skoleprestasjoner». Skalaen er vist å være et valid og reliabelt mål på stress hos norske ungdommer (Moksnes & Espnes, 2011).

Statistiske analyser utført i de empiriske delstudiene

Innledende deskriptive analyser som inkluderte frekvensfordeling og gjennomsnittsskårer, ble utført på de inkluderte variablene. Bivariate analyser med Pearsons korrelasjonsanalyse ble utført for å undersøke samvarians mellom alle kontinuerlige variabler som stress, OAS, symptomer på depresjon/angst, tilfredshet med livet og mentalt velvære. T-test ble utført for å undersøke gjennomsnittsforskjeller for kjønn på alle kontinuerlige variabler. Multipel lineær regresjonsanalyse ble utført for å undersøke sammenhengen mellom kjønn, alder, stress, OAS og helse (symptomer på depresjon/angst, tilfredshet med livet, mentalt velvære). Signifikansnivå ble satt til $p \leq .05$.

RESULTATER

Resultatene som presenteres fra de seks empiriske artiklene, har som hensikt å sammenholde og vise trendene når det gjelder sammenhengen mellom stress, OAS og helse hos ungdom. Når det gjelder de deskriptive funnene, viste resultatene at jenter jevnt over rapporterte signifikant høyere stressnivå på alle stressdimensjonene, spesielt dimensjonene press fra jevnaldrende og lærere og også høyere grad av symptomer på depresjon og angst (Moksnes et al., 2012; Moksnes et al., 2014a; Moksnes & Espnes, 2020); gutter rapporterte høyere nivå av tilfredshet med livet, mentalt velvære og OAS (Moksnes & Haugan, 2015; Moksnes et al., 2013; Moksnes & Espnes, 2017; Moksnes et al., 2012; Moksnes & Espnes, 2020). Resultatene viste også at høyere stressnivå var signifikant relatert til høyere skår på depresjon (Moksnes et al., 2014a; Moksnes & Espnes, 2020), mer negativ vurdering av egen helse (Moksnes & Espnes, 2017) og lavere nivå av tilfredshet med livet (Moksnes & Haugan, 2015). Når det gjelder betydningen av OAS, viste studiene at når man kontrollerer for kjønn, alder og stress, er sterkere OAS signifikant relatert

til høyere nivå av tilfredshet med livet (Moksnes et al., 2013; Moksnes & Haugan, 2015) og mentalt velvære (Moksnes & Espnes, 2020). Sterkere OAS var også relatert til mer positiv vurdering av egen helse (Moksnes & Espnes, 2017) og lavere nivå av symptomer på depresjon og angst, spesielt hos jenter (Moksnes et al., 2012; Moksnes et al., 2014a). Studiene viste overordnet nokså svak støtte for OAS som en signifikant buffer/moderator på sammenhengen mellom stress og helse; imidlertid viste funnene at OAS modererte sammenhengen mellom stress og symptomer på depresjon (Moksnes et al., 2014a; Moksnes & Espnes, 2020) og tilfredshet med livet (Moksnes & Haugan, 2015). Samlet viser studiene tydelige kjønnsforskjeller på OAS og psykisk helse og at OAS er en positiv ressurs for ungdoms psykiske helse og velvære, til tross for opplevelser av stress i hverdagslivet.

DISKUSJON

De deskriptive funnene fra de empiriske studiene viste tydelige kjønnsforskjeller på OAS, der jenter hadde signifikant lavere nivå sammenlignet med gutter, noe som sammenfaller med tidligere studier (Braun-Lewensohn et al., 2017; Rivera et al., 2012). Jenter hadde også signifikant høyere stressnivå og høyere nivå av symptomer på depresjon og angst, samt lavere nivå av mentalt velvære og tilfredshet med livet. Imidlertid viste resultatene også at ungdommene samlet i utvalgene rapporterte høyt nivå av tilfredshet med livet, noe som sammenfaller med andre funn (Myrin & Lagerström, 2008; Reneflot et al., 2018). Funnene som omhandler kjønnsforskjeller på symptomer på depresjon og angst, samsvarer med både nasjonale og internasjonale studier som viser en klar kjønnsforskjell i rapportering av symptomer, spesielt relatert til depresjon (Bouma, Ormel, Verhulst & Oldehinkel, 2008; Graber & Sontag, 2009; Bakken, 2019; Reneflot et al., 2018). Som vi så tidligere viste den siste undersøkelsen fra Ung-HUNT viser også at det har vært en økning i rapporterte symptomer på depresjon og angst både blant gutter og jenter, fra henholdsvis 10 % og 21 % i 1995–97 til 16,5 % og 44,5 % i 2017–19 (Rangul & Kvaløy, 2020). Årsakene til de økende kjønnsforskjellene i psykiske problemer som oppstår i overgangen fra tidlig pubertet til midten av ungdomsårene, er komplekse og vanskelig å gi en enkel forklaring på. Den siste folkehelse rapporten henviser også til det paradoksale i at psykiske problemer blir vanligere når det store flertallet av unge rapporterer god livskvalitet og trivsel (Bakken, 2019). Rapporten til Sletten & Bakken (2016) viser til at det i den internasjonale forskningslitteraturen særlig er to debatter som pågår. Den ene debatten omhandler hvorvidt det har skjedd en reell forverring av ungdoms psykiske helse eller ikke. Det diskuteres om en eventuell økning i psykiske plager først og fremst er uttrykk for mer oppmerksam-

het og større åpenhet om plager, heller enn en faktisk forverring i ungdoms psykiske helse. Den andre debatten har som utgangspunkt at det har vært en økning i omfanget av psykiske plager blant ungdom, og handler om hvilke årsaker som kan forklare økningen. Ingen av studiene kan imidlertid gi et fullgodt svar på hva som er årsakene til den økende rapporteringen av psykiske helseplager (Sletten & Bakken, 2016). Rapporten fra Folkehelseinstituttet konkluderer med at det trengs mer kunnskap om årsaker til den økende forekomsten av psykiske problemer blant ungdom, der longitudinelle studier med bruk av ulike metoder er viktig for å gi mer kunnskap (Skogen et al., 2018).

Når det gjelder sammenhengen mellom stressopplevelse og psykisk helse og velvære, ga resultatene støtte for at høyere stressnivå korrelerer med høyere symptomnivå på depresjon og angst og lavere tilfredshet med livet hos ungdom; sammenhengen mellom stress og depresjon og angst var sterkest for jenter. Ungdomstiden er en periode i livet som i seg selv består av mange endringer og utfordringer. Selv om stress er en naturlig del av ungdomstida, utgjør opplevelsen av samtidige og intensive stressorer, spesielt i mellommenneskelig kontekst, en potensiell risiko for symptomer på depresjon og angst. Selv om dette er relevant for både jenter og gutter, ser sammenhengen ut til å være sterkere for jenter enn for gutter; dette kan relateres til at jenter ser ut til å internalisere årsakene til stress og reagere annerledes på stress, noe som kan lede til mer emosjonelle symptomer (Bouma et al., 2008; Charbonneau, Mezulis & Hyde, 2009; Shih, Eberhart, Hammen & Brennan, 2006; Proctor et al., 2009b; Wiklund, Malmgren-Olsson & Öhman, 2012). Det diskuteres også at jentene opplever og gir uttrykk for et særlig dobbeltpress (Eriksen, Sletten, Bakken & von Soest, 2017). De skal både være skoleflinke, sosiale, attraktive og prestere på flere områder (Sletten & Bakken, 2016). Ulikheter i vurdering av betydningen av stressoren, samt evaluering av muligheter for å mestre situasjonen, er fundamentalt for individets vurdering av stressoren som enten truende/krevende eller håndterbar, noe som igjen har innvirkning på psykisk helse og velvære. Dette henger også sammen med forventninger til egen prestasjon og tilgjengelige mestringsressurser.

Funnene fra de ulike studiene viste støtte for at sterkere OAS relateres til lavere symptomnivå av depresjon og angst og høyere tilfredshet med livet og mentalt velvære, kontrollert for kjønn, alder og stress. Funnene viser også at OAS er en viktig mestringsressurs for psykisk helse og velvære til tross for opplevelse av stress i hverdagen. Sett i sammenheng med Antonovskys (1987) teori støtter funnene at OAS er en mestringsressurs og livsorientering som reflekterer individets evne til å identifisere og anvende tilgjengelige ressurser for å mestre de stressorer man møter (Braun-Lewensohn et al., 2017; Mittelmark & Bauer, 2017).

IMPLIKASJONER FRA FUNNENE I STUDIENE

Psykisk helse blant unge har de senere årene fått økt oppmerksomhet som en viktig folkehelseutfordring i Norge (Bakken, 2019). WHO påpeker at arbeidet med å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske problemer skal være ressursorientert, med mål om å fremme engasjement og mestring hos den enkelte (WHO, 2005). Det er bred enighet om at helse først og fremst skapes i folks hverdagsliv, og at «helse i alt vi gjør» («health in all policies») er kjernen i folkehelsearbeidet (Leppo, Olilla, Pena, Wismar & Cook, 2013). Det er derfor viktig at alle samfunnssektorer inkluderer helse i sine prioriteringer. Kommuner og fylkeskommuner har gjennom folkehelseloven (HOD, 2012) ansvar for å fremme helse i befolkningen gjennom å jobbe kunnskapsbasert med implementering av tiltak basert på kunnskap om helsetilstanden i befolkningen. Helsetjenesten har også en viktig rolle i å understøtte helsefremmende prosesser i befolkningen. Økt kontroll og muligheter skapes gjennom at folk involveres og får muligheten til å påvirke de faktorene som fremmer helse i sine liv (WHO, 1986).

Når det gjelder barn og unge, må helsefremmende og forebyggende arbeid skje på ulike arenaer der barn og unge befinner seg i hverdagslivet, som i lokalsamfunnet, familien, fritidsarenaer, skole og barnehage (HOD, 2018–2019; Rampazzo et al., 2015; Skogen et al., 2018). Skolen er en av de mest sentrale hverdagslivsarenaene for ungdom der man har god mulighet til å jobbe med folkehelsearbeid. Skolens mandat er å gi barn og unge økt kompetanse og utdanning, noe som er et viktig grunnlag for videre utdanning, arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen skal også ha et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og inkludering, og som støtter opp om elevenes sosiale læring. Den nye læreplanen vektlegger folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen, med mål om å gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg (O'Reilly, Svirydzienka, Adams & Dogra, 2018; HOD, 2018–2019; Kunnskapsdepartementet, 2015–2016). Dette kan ses i sammenheng med WHO's definisjon av en «helsefremmende skole» som en arena der helse er en integrert del av skolens verdigrunnlag, miljø og pedagogiske plan; det vil si at helse integreres i hele skolemiljøet og i undervisningen (Weare & Nind, 2011).

Skolehelsetjenesten er en viktig og lovpålagt del av den kommunale helsetjenesten for ungdom; det er en lavterskel helsetjeneste bemannet av blant annet helsekyepleier, som gjennom sin utdanning har særlig kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2017). I nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2017) vektlegges det at skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen for å bidra til å sikre elevene et godt fysisk og psykososialt miljø i tråd med opplæ-

ringsloven, paragraf 9a (KD, 1998), og implementere tiltak på universelt, gruppe- og individnivå. Det er viktig for skolehelsetjenesten å ha et systematisk samarbeid med skolen for å bidra til å sikre koordinerte tiltak som fremmer et godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever. Psykisk helse er et tema som kan implementeres i skolehverdagen på ulike måter; det er imidlertid viktig å systematisk innlemme psykisk helse som en del av skolehverdagen og i undervisningen, noe som kan bidra til å gi elevene ferdigheter i å mestre utfordringer knyttet til identitet, selvbilde og samhandling med andre, samt sette søkelys på viktigheten av psykisk helse. Funnene fra de seks delstudiene underbygger at det stadig ser ut til å være aktuelt å støtte opp om unges mestringsressurser i møte med ulike potensielle stressorer i hverdagen. En salutogen tilnærming innebærer at ulike hendelser i livet gir mulighet for vekst og læring, forutsatt at personen opplever å ha ressurser til å takle hendelsene, og har den forventningen til seg selv at en skal klare å takle dem (Antonovsky, 1987). Gjennom oppveksten kan en person utvikle og erverve mestringsressurser forutsatt et støttende oppvekstmiljø med tilpassede utfordringer. Poenget er altså ikke bare å skjerme barn og unge fra utfordringer i livet, men å lære dem å takle dem og få tiltro til at utfordringer og vanskeligheter kan takles (Antonovsky, 1987). Det salutogene perspektivet og betydningen av OAS som en ressurs for psykisk helse og velvære er derfor sentralt for hvordan skolen og skolehelsetjenesten forstår og intervensjonerer når det gjelder psykisk helse og velvære hos ungdom.

Når det gjelder implementering av psykisk helsefremmende tiltak i skolen, anbefaler oppsummeringsstudier (O'Connor, Dyson, Cowdell & Watson, 2018; O'Mara & Lind, 2013; Weare og Nind, 2011) tiltak som fokuserer på psykisk helse og trivsel, sosial og emosjonell læring og mestring hos elevene med et solid helsefremmende perspektiv. Oppsummeringsstudier viser også til betydningen av god balanse mellom universelle og individrettede tiltak med en varighet og kontinuitet over tid, hvis implementeringen fungerer godt (Weare & Nind, 2011; O'Connor et al., 2018; O'Reilly et al., 2018; WHO, 2013). Dette prinsippet innebærer ikke at alle nødvendigvis skal få det samme tilbudet (tilbudslighet), men at resultatet skal bli størst mulig likhet (resultatlikhet) (Skogen et al., 2018). Viktige faktorer for god implementering er også at tiltak fundamenteres godt i ledelsen, integreres i undervisningen ved bruk av aktive læringsaktiviteter for elevene og at tiltak(et) blir solid iverksatt i hele skolen. Videre anbefales det at man har kontinuitet i implementering av tiltak tidlig i klassetrinn på grunnskolen og fortsetter oppover i klassetrinnene. Her har skolehelsetjenesten en viktig rolle i å implementere tiltak, ettersom tjenesten har spesialkompetanse på helsefremmende og forebyggende arbeid blant unge (O'Connor et al., 2018; O'Mara & Lind, 2013; O'Reilly et al., 2018; Skogen et

al., 2018; WHO, 2013). En utfordring med intervensjoner som ofte gjøres i skolekonteksten, er at avstanden i tid mellom tiltak(ene) og den eventuelle effekten ofte er stor, en eventuell effekt kan ikke forventes å være veldig sterk, og årsakskjeden mellom tiltaket og en eventuell effekt er sammensatt og kan forklares av mellomliggende faktorer (Victora, Habicht & Bryce, 2004; Skogen et al., 2018). Flere har derfor argumentert for at folkehelseiltak må forstås som komplekse intervensjoner, hvor man må avgjøre effektspørsmålet gjennom bruk av andre forskningsdesign enn tradisjonelle effektdesign som randomiserte kontrollerte studier (Victora et al., 2004; Connelly, 2007; Skogen et al., 2018). I tillegg argumenteres det for at man eksplisitt må ta hensyn til kontekstuelle faktorer som kan påvirke resultatene. Det trengs mer kunnskap om hvilke tiltak som har effekt, og hvordan tiltak skal implementeres best mulig, samt betydningen av skolehelsetjenestens rolle i psykisk helsefremmende arbeid i skolen. Oppsummert er viktige faktorer for å lykkes med implementeringen av psykisk helsefremmende arbeid i skolen å integrere aktuelle temaområder i skolens undervisning, fremme godt tverrsektorielt og tverrprofesjonelt arbeid og god brukerinvolvering gjennom kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

KONKLUSJON

Å fremme psykisk helse i barne- og ungdomspopulasjonen er viktig for opplevelsen av helse og livskvalitet i hele livsløpet og er av stor samfunnsøkonomisk betydning. Årsakene og faktorene som påvirker ungdoms psykiske helse, er komplekse og krever forståelse av ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer, samt beskyttende faktorer og ressurser. Funn fra studiene som er presentert, viser at OAS er en sentral personlig mestringsressurs for ungdoms psykiske helse og velvære til tross for opplevelser av stress. Funnene viser også at jenter rapporterer høyere nivå av psykiske problemer og stress enn gutter, mens gutter rapporterer sterkere OAS, tilfredshet med livet og mentalt velvære. Skolen er en viktig arena for å fremme psykisk helse hos ungdom med mulighet for universell og individuell innsats. Skolehelsetjenesten er en viktig del av den kommunale helsetjenesten for ungdom med et klart folkehelsemandat når det gjelder styrking av ungdoms mestringsressurser og psykisk helse og med god mulighet for tverrsektorielt samarbeid. Imidlertid trengs mer kunnskap om implementering og evaluering av psykisk helsefremmende tiltak i skolen, samt betydningen av skolehelsetjenestens rolle og funksjon i dette arbeidet. For å lykkes er det viktig med «samskaping» gjennom godt tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid, brukerinvolvering og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

REFERANSER

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019 Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 9/19.
- Blom, E.C.H., Serlachius, E., Larsson, J.O., Theorell, T. & Ingvar, M. (2010). Low sense of coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescent girls—a cross-sectional study of a clinical and a non-clinical cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 58.
- Bouma, E.M., Ormel, J., Verhulst, F.C. & Oldehinkel, A.J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders*, 105, 185–193.
- Braun-Lewensohn O., Idan O., Lindström B., Margalit M. (2017). Salutogenesis: Sense of Coherence in Adolescence. In: Mittelmark M. et al. (red.). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, Cham.
- Byrne, D.G., Davenport, S.C. & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30, 393–416.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Rapport Helsedirektoratet 06/2015.
- Charbonneau, A.M., Mezulis, A.H. & Hyde, J.S. (2009). Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1050–1058.
- Connelly J.B. (2007). Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 935–941.
- Eriksson M. (2017). *The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health*. In: Mittelmark M. et al. (rd.). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, Cham.
- Eriksson M. & Mittelmark M.B. (2017). *The Sense of Coherence and Its Measurement*. In: Mittelmark M. et al. (red.). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, Cham.
- Eriksen, I.M., Sletten, M.A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom: Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager*. NOVA Rapport 6/17. Oslo: NOVA.
- Folkehelseinstituttet. *Helsetilstanden i Norge 2018*. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
- García-Moya, I., Rivera, F. & Moreno, C. (2013). School context and health in adolescence: The role of sense of coherence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 243–249.
- Graber, J.A. & Sontag, L. M. (2009). *Internalizing problems during adolescence*. In R.M. Lerner & L. Steinberg (red.). *Handbook of adolescent psychology* (3 utg., s. 642–682). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (Folkehelseloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018–2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Stortingsmelding 19 (2018–2019).
- Helsedirektoratet (2017). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Honkinen, P.L., Suominen, S., Helenius, H., Aromaa, M., Rautava, P., Sourander, A., et al. (2008). Stability of the sense of coherence in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20, 85–91.
- Honkinen, P.L., Aromaa, M., Suominen, S., Rautava, P., Sourander, A., Helenius, H., et al. (2009). Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents a 15-year follow-up study. *Journal of Health Psychology*, 14, 587–600.
- Kunnskapsdepartementet (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa* (Opplæringsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Kunnskapsdepartementet (2015–2016). *Fag – Fordypning – Forståelse — En fornyelse av Kunnskapsløftet*. Stortingsmelding 28 (2015–2016).
- Länsimies, H., Pietilä, A.M. Hietasola-Husu, S. & Kangasniemi, M. (2017). A systematic review of adolescents' sense of coherence and health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 651–661.
- Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M. & Cook, S. (2013). *Health in all policies*. Ministry of Social Affairs and Health. Finland
- Mittelmark M.B., Bauer G.F. (2017). *The Meanings of Salutogenesis*. In: Mittelmark M. et al. (red.). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, Cham.
- Moksnes, U.K. & Espnes, G.A. (2020). Sense of coherence in association with stress experience and health in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3003; doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093003>
- Moksnes, U.K. & Espnes, G.A. (2017). Stress, sense of coherence and subjective health in adolescents aged 13–18 years. *Scandinavian Journal of Public Health* 45, 397–403.
- Moksnes, U.K. & Espnes, G.A. (2011). Evaluation of the Norwegian version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N): Factorial validity across samples. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 601–608.
- Moksnes, U.K., Espnes, G.A. & Haugan, G. (2014a). Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents, *Psychology & Health*, 29, 32–49.
- Moksnes, U.K., Espnes, G.A. & Lillefjell, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 433–441.
- Moksnes, U.K. & Haugan, G. (2014). Validation of the Orientation to Life Questionnaire in Norwegian Adolescents. Construct Validity Across Samples. *Social Indicators Research*, 119, 1105–1120.
- Moksnes, U.K. & Haugan, G. (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: the positive role of sense of coherence. *Quality of Life Research*, 24, 2473.
- Moksnes, U.K., Løhre, A. Byrne, D.G. & Haugan, G. (2014b). Satisfaction with life in adolescents: Evaluation of the factor structure in a Norwegian sample. *Social Indicators Research*, 118, 657–671.
- Moksnes, U.K., Løhre, A. & Espnes, G.A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research*, 22, 1331–1338.
- Myrin, B. & Lagerström, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Paediatrica*, 97, 805–811.
- Neuner, B., Busch, M.A., Singer, S., Moons, P., Wellmann, J., Bauer, U. et al. (2011). Sense of coherence as a predictor of quality of life in adolescents with congenital heart defects: A register-based 1-year follow-up study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32, 316–327.

- Nielsen, A.M. & Hansson, K. (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 331–341.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, A. & Zumbo, B.D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighbourhood, school, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 889–901.
- O'Connor, C.A., Dyson, J., Cowdell, F. & Watson, R. (2018). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional well-being of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3–4.
- O'Mara, L. & Lind, C. (2013). What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Advances in School mental Health Promotion*, 6, 203–224.
- O'Reilly, M., Svirydenka, N., Adams, S. & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 647–662.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The Satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.
- Proctor, C.L., Linley, P.A. & Maltby, J. (2009a). Youth life satisfaction measures: A review. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137–152.
- Proctor, C.L., Linley, P.A. & Maltby, J. (2009b). Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–630.
- Proctor, C., Linley, P. & Maltby, J. (2010). Very happy youths: Benefits of very high life satisfaction among adolescents. *Social Indicators Research*, 98, 519–532.
- Rampazzo, L., Mirandola, M., Davis, R.J., Carbone, S., Mocanu, A., Champion, J. et al. (2015). *Joint action on mental health and well-being. Mental health and schools. Situation analysis and recommendations for action*. Report EU.
- Rangul, V. & Kvaløy, K. (2020). Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017–19. Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4.
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet, Rapport.
- Richardson, C.G. & Ratner, P.A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 979–984.
- Ringdal, R., Eilertsen, M.E.B., Bjørnsen, H.N., Espnes, G.A. & Moksnes, U.K. (2018). Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46, 718–725.
- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J.A., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T. et al. (2009). Childhood psychopathology and sense of coherence at age 18: findings from the Finnish from a boy to a man study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 1097–1105.
- Rivera, F., Garcia-Moya, I., Moreno, C. & Ramos, P. (2012). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 18, 800 – 812.
- Samdal, O., Mathisen, F.K.S., Torsheim, T., Diseth, Å, Fismen, A.S., Larsen, T., Wold, B., Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. HEMIL-Rapport 1/2016. Bergen: Universitetet i Bergen, HEMIL-senteret.
- Shih, J.H., Eberhart, N.K., Hammen, C.L. & Brennan, P.A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 103–115.

- Skogen, J.C., Smith, O.R.F., Aarø, L.E., Siqveland, J., Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. Rapport, Folkehelseinstituttet.
- Sletten, M.A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. NOVA Notat 4/2016.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.
- Victora C.G., Habicht J.P., Bryce J. (2004). Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *American Journal of Public Health*, 94, 400–405.
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26, 29–69.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.B., Öhman, A., et al. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993–1006.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève, Sveits: WHO. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO. Hentet fra: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- WHO (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO. Hentet fra: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/



12. Formidling og anvendelse av forskning i kommunale helsetjenester

Vibeke Berg Forås og Aud Moe

Sammendrag Hensikten med kapitlet er å beskrive hvordan forskning blir formidlet og anvendt, og hvilke faktorer som påvirker anvendelsen av ny evidensbasert kunnskap i klinisk praksis for å forbedre kvaliteten i tjenestene til pasienter og brukere. Viktige spørsmål i den sammenheng er: Hvorfor og hvordan formidles ny kunnskap? Hva påvirker anvendelsen? Hva betyr det å arbeide kunnskapsbasert? Hvordan skape gode fagmiljø som anerkjenner og anvender kunnskap fra forsknings- og utviklingsarbeid?

Nøkkelord forbedring | forskningsformidling | kompetanse | kunnskapsbasert praksis

Abstract The purpose of the chapter is to describe how research is disseminated and applied as well as factors that influence the application of new evidence-based knowledge in clinical practice to improve the quality of services to patients and users. Important questions in this context are: Why communicate knowledge and how is new knowledge disseminated? What affects whether knowledge is implemented and what does it mean to work knowledge-based? How to create a good professional municipal environment?

Keywords

BAKGRUNN

Kommunale helse- og omsorgstjenester har som oppgave å tilby sine innbyggere forebyggende og helsefremmende helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunene må ivareta stadig sykere pasienter, noe som medfører mer komplekse oppgaver for ansatte i tjenestene som organisasjon. Flere studier viser at det, spesielt i hjemmebaserte tjenester, er et stort økonomisk press og mangel på nødvendig kompetanse (Grimsmo, Løhre, Røstad, Gjerde, Heiberg & Steinsbekk, 2016; Glavin & Gjevjon, 2016). Etter innføringen av samhandlingsreformen ser man en forskyvning av arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, hvor ansatte i kommunene må ivareta pasienter med økt kompleksitet og koordineringsbehov, samt ha tilgang til oppdaterte kunnskapsbaserte prosedyrer. Kommunene er pliktige til å jobbe med kvalitet og pasientsikkerhet. Dette innebærer blant annet å ha oversikt over uønskede hendelser, oppdatere prosedyrer og ha god dokumentasjonspraksis. I januar 2017 kom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som tydeliggjør lederes ansvar og plikt til å ha oversikt over uønskede hendelser og jobbe systematisk med kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

For å ivareta innbyggerens behov for behandling, pleie og omsorg kreves kompetente ansatte og ledere som er oppdatert på ny avansert kunnskap, og som har mulighet til å omsette dette til praksis (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016). Forskning viser at det kan ta mellom 9 og 17 år før ny forskning blir en del av daglig praksis (Batalden & Davidoff, 2006). Det er derfor behov for kunnskap om hvordan ny kunnskap implementeres, eksempelvis forbedringskunnskap, i tillegg til profesjonskunnskap. Det finnes forskning på implementering, og ulike modeller for implementering av ny praksis, men kunnskapen er fortsatt forholdsvis ny (Flottorp & Aakhus, 2013). I dette kapitlet brukes begrepene forbedringskunnskap/forbedringsmetodikk og kvalitetsforbedring. Dette er en veldokumentert metodikk som har sammenheng med pasientsikkerhet, og som er anbefalt av norske helsemyndigheter. Forbedringskunnskap handler om system og prosesser og hvordan man i praksis kan arbeide kunnskapsbasert for å sikre pasienter og brukere bedre behandling (Batalden & Davidoff, 2006).

For å ha tilgang til ny og oppdatert kunnskap må forskningen først og fremst bli formidlet ut til kommunene. Formidling vil i dette kapitlet si spredning og deling av forskningskunnskap. Det pekes på faktorer som kan hemme og fremme anvendelse av kunnskap i praksis, og hvordan Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Senter for omsorgsforskning (SOF) kan medvirke og stimulere til kunnskapsbasert praksis ute i kommunene.

Hensikten med kapitlet er å peke på faktorer som innvirker på formidling av kunnskap, og hvilke faktorer som påvirker anvendelse av denne kunnskapen i kli-

nisk praksis. Viktige spørsmål i den sammenheng er: Hvorfor formidle kunnskap til kommunene? Hvordan formidles ny kunnskap? Hva påvirker om kunnskap blir anvendt i kommunale helse- og omsorgstjenester? Hva betyr det å arbeide kunnskapsbasert? Hvordan skape gode fagmiljø som anerkjenner kunnskap fra FoU-arbeid? For å belyse hensikten gjennom å besvare disse spørsmålene diskuteres formidling av kunnskap til ansatte i kommunale helse- og omsorgstjeneste og anvendelse av kunnskapen ut fra myndighetens forventninger om kvalitet i tjenesten, kunnskap basert på FoU-arbeid og erfaringskunnskap.

HVORFOR FORMIDLE KUNNSKAP TIL KOMMUNENE?

Formålet med formidling av ny evidensbasert kunnskap er å stimulere til en kontinuerlig forbedring av praksis. For å kunne omsette evidensbasert kunnskap til praksis kreves det ledere og ansatte med både erfaring og kunnskap på forskning og utviklingsarbeid. Kirkevold knytter kunnskap til kompetanse og benytter begrepet personlig kompetanse, som omfatter teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap. Disse kunnskapsformene integreres og innvirker på praktiske handlinger, og foregår gjennom en prosess som omfatter erfaring, refleksjon og intuisjon (Kirkevold, 1996).

Offentlige føringer knytter kunnskap til praksis og fremhever kunnskapsbasert praksis (KBP) som utgangspunkt for utøvelse av helsehjelp (Helsebiblioteket, 2020). KBP innebærer at fagutøvere tar i bruk ulike kunnskapskilder som kan begrunne fagutøvelse. KBP er viktig for å styrke kvaliteten på helsehjelpen (Donald, Martin-Misener, Carter, Donald, Kaasalainen & Wickson-Griffith, 2013), for å fremme kritisk tenkning (Wangensteen, Johansson, Björkström & Nordström, 2011; Kemp & Baker, 2013) og for refleksjon rundt utøvd praksis. Tilgang til forskning og støtte til å finne den er av betydning for overføring av forskning til praksis, avhengig av organisatoriske forhold (Estabrooks, Scott, Squires, Stevens, O'Brien-Pallas & Watt-Watson, 2008), arbeidskultur (Estabrooks et al., 2008; Stavor, Zedreck-Gonzalez & Hoffmann, 2017) og tid (Johansson, Fogelberg-Dahm & Wadensten, 2010; Stavor et al., 2017). Andre faktorer av betydning er kunnskap om selve bruken av forskning i praktiske situasjoner (Grant, Stuhlmacher & Bonte-Eley, 2012; Friesen-Storms, Moser, Loo, Beurskens & Bours, 2015; Stavor et al., 2017; DuGan, 2019). Modellen KBP omhandler også pasientens/brukerens erfaringskunnskap, og ivaretar brukermedvirkning og brukererfaringer som vesentlig og nødvendig i utøvelse av helsehjelp (Helsebiblioteket, 2020). Forskningsbasert kunnskap kan være vanskelig å overføre direkte til praktiske handlinger, men må tilpasses den konkrete situasjonen som den skal brukes i (McCormack, Manley &

Titchen, 2013). KBP kan følges opp med forbedringsmetodikk som på en systematisk måte kan bidra til å omsette kunnskap til god klinisk praksis for pasient og bruker (Flottorp & Aakhus, 2013).

HVORDAN FORMIDLES NY KUNNSKAP?

Forskning formidles på mange måter, og det finnes ulike databaser hvor forskning aktivt kan søkes opp. Ofte er store internasjonale databaser krevende å søke i, og det kan oppleves utfordrende å finne eksakt det man er ute etter. I tillegg kreves det kunnskap og ferdigheter for å lese forskningsartikler. Det som kan fungere som bedre formidling, er for eksempel *Tidsskrift for omsorgsforskning* og ulike fagtidsskrift som for eksempel tidsskriftet *Sykepleien*, *Tidsskrift for den norske legeforening* og lignende. Der refereres det ofte til forskningsartikler som nylig er publisert, med et mer «folkelig språk». De har også aktive profiler i sosiale medier og når raskt og effektivt ut til mange.

For å styrke spredning av ny kunnskap til ansatte i den kommunale helse og omsorgstjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnt Senter for omsorgsforskning (SOF) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) som medvirkere til spredning av kunnskap. USHT (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020) har direktekontakt med kommunene og Fylkesmannen i sitt fylke. Det er totalt cirka 20 utviklingssentre i landet. Én til to kommuner i hvert fylke er vertskommune for utviklingssentrene. Sentrene skal bidra til å spre ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren i sitt fylke. SOF sitt mandat er å samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid (Senter for omsorgsforskning, 2021). Senter for omsorgsforskning samarbeider med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, både i prosjektsammenheng og med kunnskapsspredning med ledere, politikere og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som målgruppe. Samarbeidet mellom USHT og SOF er beskrevet som «ulikt» landet over når det gjelder innovasjonsarbeid, i og med at oppbygging, organisering, antall ansatte og kompetanse varierer mellom de ulike USHT-ene (Magnusson & Isaksen, 2019).

En stor mulighet USHT og SOF har, er å starte prosjekter og prosesser på tvers og sammen med flere kommuner for å skape fagnettverk med mulighet for kunnskapsspredning. Mange kommuner er innovative og ønsker å delta, mens noen er «mindre på». En studie viser at noen USHT-er opplever det som utfordrende å jobbe med innovasjon ut til kommunene på grunn av manglende interesse, noe som videre kan henge sammen med ressursknapphet og manglende tid til å tenke

på fag og utvikling i kommunene (Magnusson & Isaksen, 2019). Fylkesmennene (FM) er også aktører for formidling, enten alene eller sammen med USHT med konferanser, fagdager, kurs og læringsnettverk. Det å delta på et læringsnettverk er en anerkjent pedagogisk metode for å jobbe med forbedring over tid, da det legges opp til tre–fire samlinger over en periode på cirka ni måneder. Det ligger i utviklingssentrene oppdrag å tilby kommuner å delta på læringsnettverk. Det er også mulig for kommunene å søke om kompetanse- og innovasjonstilskudd hos FM. FM, SOF og USHT har altså et felles formidlingsoppdrag.

Et eksempel på kvalitetsforbedringsprosjekt som involverer SOF, USHT, Fylkesmannen, KS og alle landets kommuner, er «Leve hele livet», en kvalitetsreform for eldre. Reformarbeidet startet i januar 2019. Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har av kunnskap (vitenskapelig kunnskap og erfaringskunnskap) om kvalitetsarbeid i praksis. Hva er det som kan løfte kvalitet, og hva er det hele kommunen kan gjøre for å bidra til en trygg og verdig alderdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)? Reformen består av fem hovedområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Regjeringen har etablert et støtteapparat for gjennomføring av reformen for perioden 2019–2023. Støtteapparatet skal i første omgang oppsummere kunnskap, formidle, informere og inspirere kommunene til å sette reformens innhold på dagsordenen og utvikle verktøy og materiell for gjennomføring lokalt. I dette arbeidet er både USHT og SOF aktive. SOF deltar i nasjonal støttegruppe sammen med Helsedirektoratet og KS. Regionalt deltar de i samarbeid med USHT-ene som er aktive i de regionale arbeidet og opp mot den enkelte kommune sammen med Fylkesmannen og KS. Sammen skal aktørene bidra til å sette «Leve hele livet»-reformen på dagsordenen i kommuner og fylkeskommuner, helseforetak og i allmennheten.

Gjennom «Leve hele livet»-reformen foregår et stort arbeid på overordnet nivå, men like viktig er det å trekke forbedringsområdene ned til den praktiske hverdag hos de ansatte i praksisfeltet. Dette gjelder all type forskningsaktivitet og forbedringsarbeid. Det som er viktig ute i praksisfeltet, er at forskningen oppleves nyttig, anvendbar og er lett tilgjengelig. Erfaringen er at klinikere er opptatt av hva dette betyr i deres praktiske hverdag i møte med pasient og bruker, og ny kunnskap formidles best til målgruppen ved at de får høre suksesshistorier fra andre klinikere, altså erfaringskunnskaper eller fagutviklingskunnskaper. Det er fortsatt en utfordring å knytte forskningsbasert kunnskap til daglig praksis.

HVA PÅVIRKER OM KUNNSKAP BLIR ANVENDT I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER?

Det publiseres mye god forskning, men utfordringen er at forskningen ikke tas i bruk, og at gapet mellom teori og praksis fortsatt er stort. Ledere og ansatte mangler ofte kunnskap om hvordan de skal implementere ny kunnskap, og det varierer i hvor stor grad det arbeides målrettet med kvalitetsforbedring.

Hindringer som påvirker anvendelse av forskning, kan være i organisasjonenes strukturer og kulturer, men kan utfordringen også ligge i forskningen selv? Kunnskapen som utvikles – er den relevant for utfordringene helsearbeidere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor, det vil si – er dette kunnskap de har bruk for? Hva er de gode spørsmålene som burde vært besvart gjennom forskningsstudier? For eksempel gjøres det mye forskning knyttet til bestemte diagnoser. I forskning knyttet til samhandling ved overføringer av pasienter fra sykehus til hjemkommune er det dokumentert at kommunene i den sammenheng står overfor andre utfordringer enn sykehusene. I kommunene trengs i større grad et diagnoseuavhengig tilbud (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013). Det skulle tilsi at forskning også må innrette seg mot det, både når det gjelder avsatte midler til forskning og interesse for å gjøre denne forskningen.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er under stadig endring med nye oppgaver og ansvarsområder. Spesielt har samhandlingsreformen satt sitt preg på de kommunale helse- og omsorgstjenestene med nye utfordringer i form av kortere liggetid i sykehus, mer poliklinisk behandling og mer kompleksitet i helsehjelpen som kommunene har fått ansvar for (Grimsmo et al., 2016). En kommune er en kompleks organisasjon med egen selvråderett. Den skal ivareta mange områder, ikke bare helsetjenester. Variasjonene kommunene imellom er også store. Tiltak som passer én kommune, trenger ikke nødvendigvis passe en annen kommune. Dette vil i seg selv gjøre det krevende å arbeide med kvalitetsforbedring. Kommunene har ansvar for institusjonstilbud og hjemmebaserte tjenester (Glavin & Gjevjon, 2016), og står fritt i hvordan de organiserer tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Glavin & Gjevjon, 2016), så lenge de oppfyller de lovpålagte oppgavene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette kan for eksempel by på utfordringer når det gjelder å ta i bruk formidlet kunnskap i organisasjonene. Mange kommuner tilbyr tjenester via forvaltningskontor, preget av New Public Management-tenkning, som skal styrke kontroll og effektivitet. Denne organisasjonsformen kan være begrensende i muligheten til å oppdatere kunnskapen for å bedre praksis. Flere kommuner har gått bort fra denne organisasjonsformen og innført ny organisering av tjenesten ut fra ideen i tillitsreformen, som har mindre

rigide vedtak og større mulighet til å utøve helsehjelp basert på faglig skjønn (Gla-
vin & Gjevjon, 2016, s. 42).

Tilgjengelig tid ser ut til å være det største hinderet for kunnskapsinnhenting og forberedelse til å eventuelt anvende denne kunnskapen (Thompson, O'Leary, Jen-
sen, Scott-Findlay, O'Brien-Pallas & Estabrooks, 2008; Grant et al., 2012; Stavor et
al., 2017). Kampen mot klokka er dokumentert også i Norge (Moe, Enmarker &
Hellzen, 2012). Hverdagen i tjenestene er preget av travle dager med de følgene det
har. Mangel på tid trekkes frem som et hinder for at forskningen skal nå helsear-
beidere i praksisfeltet. Forbedret kvalitet på tjenestene avhenger også av systema-
tisk forbedringsarbeid og ledelse av arbeidet. utfordringer for forbedringsarbeidet
kan være begrensede ressurser i form av økonomiske rammer. Økonomiske krefter
driver helsetjenestene i retning av en konstant effektiviseringsprosess, og kan opp-
leves som en motpol til det å jobbe med fag og kvalitet i tjenestene til pasienter og
brukere. Endringsprosessene blir ofte styrt fra administrasjonen uten at avdelings-
ledere og ansatte føler eierskap til endringene som skal skje, og som for en stor del
er økonomisk motivert (Kattouw & Wiig, 2018). Dette kan bidra til en
endringstrøtthet og maktesløshet blant ledere og ansatte som jobber nærmest bru-
ker og pasient, og som er opptatt av å tilby tjenester av god kvalitet. Det er de som
kjenner best hvor skoen trykker, som bør involveres i endringsprosessene. Når det
er sagt, så er også den store andelen ansatte med deltidsstillinger en hemsko for
kontinuerlig forbedringsarbeid. Deltidsstillinger kan gjøre det vanskelig å nå ut
med informasjon og å greie å involvere alle ansatte i en forbedringsprosess.

Å ha tilgang til forskningslitteratur på arbeidsplassene kan være en faktor for å
lykkes med å anvende kunnskap i praksis (Meijers, Janssen, Cummings, Wallin,
Estabrooks & Halfens, 2006). Ofte begrenses tilgangen på grunn av organiseringen
av arbeidsdagen, og av om det er aksept i kollegiet for å bruke hardt tiltrengt tid til
slike tidkrevende oppgaver. Tilgangen kan også påvirkes av tilgang til PC og data-
baser for å søke litteratur. I tillegg er kunnskap og ferdigheter i å søke forskning
fraværende på mange arbeidsplasser, og tilbudet om opplæring mangelfullt
(Gustafsson, Mattsson, Dubbelman & Snöljung, 2014). Videre er det en utfordring,
selv om kunnskapen er tilgjengelig, å ha ferdigheter til å anvende forskning i daglig
praksis (Friesen-Storms et al., 2015). Etter hvert har de fleste ledere og ansatte til-
gang på ulike typer databaser som finnes for å anvende forskning og annen kunn-
skap. Selv med god tilgang til PC/nettbrett og lignende kan det være en barriere å
ta i bruk og kjenne til «hvordan søke» i anerkjente databaser på en tematikk/pro-
blemstilling/case. Opplæring kombinert med brukervennlig teknologi og en nys-
gjerrig holdning til bruk av ulike kilder er viktig. Bruk av e-læring øker i kommu-
nene og er en ny og mer effektiv måte å drive kunnskapsbasert opplæring på. Det

må også jobbes for å bedre fagmiljøene på arbeidsplassene, og ansatte må lære mer på egen arbeidsplass slik at de kan prøve ut og anvende ny kunnskap der de er. For at forskning skal anvendes i praksis, er det viktig at den formidles og operasjonaliseres til ansatte i de aktuelle tjenestene slik at de ser det i sammenheng med egen praksis.

Anvendelse av relevant forskning og ny kunnskap i praksis ser ut til å møte ulike hindringer for en vellykket implementering (Kajermo, Undén, Gardulf, Eriksson, Orton, Arnetz & Nordström, 2008). Utfordringen kan være knyttet til formidlingen, enten at kunnskapen presenteres på en måte som gjør den lite leservennlig for praktikere, eller at kunnskapen formidles i kanaler som for mange praktikere ikke er kjent, eller som de ikke har tilgang til. Hva er hensikten med å formidle forskning? Er hensikten å nå forskerfellesskapet slik at kunnskapen kan anvendes i videre forskning, og/eller er hensikten å bidra til forbedret kvalitet på tjenestene, i dette tilfellet kommunale helse- og omsorgstjenester?

HVA BETYR DET Å ARBEIDE KUNNSKAPSBASERT?

Kunnskapsbasert praksis omfatter refleksjon over egen praksis, formulering av spørsmål det ønskes svar på, litteratursøk for å finne forskningsbasert kunnskap og kritisk vurdering av foreliggende forskning. Videre omfatter det anvendelse av forskningsbasert kunnskap sammen med helsearbeiderens erfaringskunnskap, og pasientens (og ev. pårørendes) erfaringer, ønsker og behov. Disse kunnskapsformene tilpasses den aktuelle situasjon, og evalueres etter en tid. Hensikten med å formidle forskning i denne sammenhengen er at den skal anvendes sammen med andre kunnskapsformer i en aktuell situasjon. Handlingsplan HelseOmsorg21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) understreker at tilgjengelig kunnskap må utnyttes bedre i alle deler av helsetjenesten. Tiltak som beskrives, er opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis. En australsk studie av DuGan (2019) kom frem til at effekten av et online opplæringsprogram om å lese og forstå vitenskapelige artikler ga positiv effekt (DuGan, 2019). Det kunne vært prøvd ut i Norge også.

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen skal etterleves (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Johansson, Fogelberg-Dahm og Wadensten (2010) viser at utdanning og lederskap er av betydning for kunnskapsbasert praksis. I forskriften er derfor lederrollen mer ansvarliggjort, og det fremholdes at alle ledere bør få opplæring i forbedringsmetodikk for å

kunne lykkes med kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis. Det står sentralt i forskriften at organisasjoner/virksomheter må velge en felles metodikk for systematisk forbedringsarbeid.

Ved å innføre forbedringskunnskap som et verktøy for kvalitetsarbeid og implementering av ny kunnskap vil man raskere kunne tette dette gapet. Forbedringskunnskap innebærer å forstå og analysere hva som skal til for at forbedringer kan skje, og er et viktig supplement til profesjonskunnskap. Forbedringskunnskap handler om å forstå system og prosesser, variasjon, om endringspsykologi og småskalatesting ved bruk av Plan-Do-Study-Act (PDSA) (Deming, 2018).

I praksis betyr dette å skape levende fagmiljø på arbeidsplassene og gi rom for faglig refleksjon og utvikling av erfaringskunnskap. Det ligger et stort ansvar hos helselederne rundt det å være oppdatert på kompetansekrav, hvilken kompetanse de har tilgjengelig til enhver tid, og hvordan de skal anvende kompetansen måltrettet (Lai, 2013). Det er avgjørende for et fagmiljø at ledere sammen med ansatte reflekterer over egen arbeidshverdag og hvorfor de gjør som de gjør. Kan det finnes andre/nye måter å gjøre ting på? Hvordan kan vi få til en forbedring? Deming lanserte kunnskapssirkelen PDSA, som viser at når man bruker alle trinnene i PDSA-sirkelen, vil man kunne skape et fagmiljø. Ved å bruke PDSA-sirkelen vil det utvikles vitenskapelig tenkning ved at man har lest noe i teorien som man videre planlegger, tester/evaluerer og korrigerer. Det viser seg at oppgavefokus og det «å gjøre» preger helse- og omsorgstjenester i stor grad. Er det en fare for at vi har blitt for opptatt av å bare gjøre oppgavene, altså «Do», og dermed glemmer å reflektere over hva vi faktisk gjør, og om det har effekt? (Deming, 2018)

Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2020) har vært en viktig fremmer for å arbeide mer kunnskapsbasert og har rettet søkelyset mer mot forbedringsmetodikk. Programmet var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og pågikk i tiden mellom 2014 og 2018. Hovedmålene var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Programmet er nå avsluttet, men konseptet «I trygge hender» består og drives av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2020).

Pasientsikkerhetsprogrammet utviklet konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten med tilhørende tiltakspakker. Her har den norske helsetjenesten fått en gavepakke hvor litteratursøk allerede er utført og tiltak er definert. Mange av innsatsområdene er gjennomført som læringsnettverk til både kommuner og sykehus, og har fokusert på forbedringsmetodikk i tillegg til det faglige fokuset. Mange av innsatsområdene er grunnleggende sykepleie som for eksempel hvordan forebygge trykksår, fall og underernæring og hvordan jobbe

mer systematisk, strukturert og proaktivt i tjenestene (Helsedirektoratet, 2020). Etter at pasientsikkerhetsprogrammet ble avviklet, har Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester fått i oppdrag å fortsette jobben med å spre tiltakene og benytte læringsnettverk som metode for tjenesteutvikling og pasientsikkerhet.

HVORDAN SKAPE GODE FAGMILJØ SOM ANERKJENNER OG ANVENDER KUNNSKAP FRA FOU-ARBEID?

Strukturer i organisasjonen vil påvirke hvorvidt ny kunnskap blir anerkjent og tatt i bruk. For å kunne påvirke og øke kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester må man kunne forstå og endre både system og kulturer i organisasjonene. Dette innebærer å undersøke hvordan systemene henger sammen, er avhengige av hverandre og påvirker hverandre (Deming, 2018, s. 63–78).

Holdninger, spesielt blant ledere, men også ansatte er sentralt for å fatte interesse for kunnskap og anerkjenne kunnskap. Holdninger synliggjøres gjennom handling. En annen påvirkningsfaktor er arbeidskulturer. Å etablere kunnskapsøkende og kunnskapsfremmende kulturer på en arbeidsplass krever langsiktighet og utholdenhet (McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen & Seers, 2002; Meijers et al., 2006; Estabrooks et al., 2008). Etter hvert kan arbeidsplassen oppleves som attraktiv og få et godt omdømme både hos pasienter og ansatte. Rekruttering av helsepersonell som ønsker å jobbe i slike kunnskaps- og erfaringsrike arbeidsmiljø, kan også bli enklere. Fokus på kvalitetsarbeid, kunnskapsbasert praksis og kompetanseutvikling hos ledere i alle ledd er viktig for en lærende organisasjon/kommune. Dette forutsetter at kommunene arbeider med kompetansestrategier og handlingsplaner for kompetanseutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Kompetanse kan være formalkompetanse innen fagområdet, men også kompetanse til å finne, vurdere og anvende foreliggende kunnskap. Ledere som ansetter nyutdannede helsearbeidere med minimum bachelorgrad, må kunne forvente at den nyansatte har denne kompetansen. Kirkevold (1996) omtaler to typer kompetanse: vurderingskompetanse, som omfatter å lese og forstå vitenskapelige teorier og forskningsrapporter, kritisk vurdere kunnskapen og gjøre en holdbarhetsvurdering av kunnskapen. Den andre typen er anvendelseskompetanse, som omfatter å velge relevant kunnskap for den aktuelle situasjonen, tolke situasjonen opp mot teorien og utforme handlinger (eller tilnæringsmåte) med utgangspunkt i vitenskapelig kunnskap (Kirkevold, 1996, s. 38). Denne forståelsen peker på sentrale momenter når kunnskapen som skal vurderes og anvendes, er innhentet.

Forskning viser at behovet for kompetanse i kommunene ikke blir tilfredsstillt (Bing-Jonsson et al., 2016). Mangelfull kompetanse betyr blant annet manglende

kunnskap i form av teoretisk kunnskap / forskningsbasert kunnskap. Etter innføringen av samhandlingsreformen har kommunene stadig flere kompetansekrevene multisyke pasienter med komplekse og sammensatte behov. Graden av kompleksitet hos pasientene øker uten at kompetansen til ansatte øker tilsvarende (Bing-Jonsson et al., 2016). Det er for det første betenkelig at kompetansenivået hos ansatte ikke svarer til brukernes behov. En annen betenkelighet er hvorvidt kommunene tar tak i denne kunnskapen og bygger den nødvendige kompetansen.

Kompetanse kan bli sett på som en økonomisk byrde heller enn en investering. Måten helsetjenestene helt overordnet styres på i form av New Public Management, er en hemmer for kvalitetsforbedring ved at alt måles i form av kroner og øre og begrenser helsepersonellens handlingsrom (Holvik, Bøge & Petersen, 2017). Kvalitet i tjenestene blir med andre ord ikke etterspurt av ledelsen og kan oppleves som en motsetning til det å jobbe kunnskapsbasert. Det er behov for kunnskap om hvordan ny kunnskap kan anvendes og forankres, slik at det utvikles en kultur for læring og strukturerte måter å jobbe på i kommunene. Kommunene som organisasjon må arbeide mer planlagt og systematisk med kompetanseutvikling. Utviklingssamtaler med hver enkelt ansatt kan sikre basiskunnskap og utvikling på individnivå. Lederne må også kjenne sin bruker-/pasientgruppes behov og videre se dette i sammenheng med ansattes kompetanse. Kompetanse må anvendes målrettet, og det må foreligge planer for hva ansatte med ny kunnskap skal benyttes til etter endt utdanning. Videre må dette henge sammen med kommunens mål og strategi samt brukerbehov. Kommunene gis nå mulighet til å søke midler til grunn-, videre- og etterutdanning for sine ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I tillegg gjennomfører mange kommuner, ofte i samarbeid med forskningsinstitusjoner, FoU-prosjekter for å utvikle aktuell ny kunnskap.

I tillegg til rekruttering av kompetente ansatte er det å beholde kompetente ansatte like viktig. Tall fra SSB viser at én av fem sykepleiere slutter i yrket innen ti år (Skjøstad, Hjemås & Beyer, 2017). En årsak kan være deltidsarbeid (Ingstad & Hedlund, 2017). Mange deltidsstillinger påvirker kontinuiteten i helsehjelpen (Glavin & Gjevjon, 2016). Gode fagmiljø, opplevelse av å gjøre en jobb av god kvalitet og mulighet for innvirkning på arbeidshverdagen kan styrke muligheten til både å rekruttere og beholde ansatte. Med ulike holdninger til forskning samt hindringer som blant annet tidsfaktoren er det viktig at kunnskapen formidles på en slik måte at den er lett å finne og lese, for eksempel som oppsummert kunnskap utarbeidet av forskere (Omsorgsbiblioteket, 2021).

Samarbeid med praksis, forskning og utdanning er viktig for utdanning av helsearbeidere. Fremtidige helsearbeidere skal tilegne seg forskningsbasert kunnskap og annen kunnskap for å oppnå en sluttkompetanse der de besitter nødvendig og

relevant kunnskap for praksisen de skal utøve. Samarbeidet er sentralt for å utdanne helsearbeidere til kunnskap som etterspørres. Likeledes er kjennskap til forskning viktig for å medvirke til å formulere og stille de riktige forskningsspørsmålene som praksis etterspør, for utvikling av ny kunnskap, det vil si problemstillinger de trenger kunnskap om (Stavor et al., 2017). Ny forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfag (Kunnskapsdepartementet, 2017) har blant annet under læringsutbytter, pkt. 10, at studenten:

Kan tilegne seg ny kunnskap og foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis. Kandidaten skal også kunne dokumentere og formidle sin faglige kunnskap. Internasjonalt krav om: Kunnskaper, ferdigheter, generell kompetanse. (Kunnskapsdepartementet 2017)

For de fleste studenter innen helsefagene foregår læring både i campus og i praksisstudier. Det nødvendiggjør et samarbeid om kompetanseheving både for student og veiledere i praksis.

Kunnskapstriangelet (Kunnskapsdepartementet, 2017) er en betegnelse for å beskrive samspillet mellom forskning, høyere utdanning og innovasjon. Anvendelse av kunnskap krever samspill mellom fagmiljøene, mellom ansatte, studenter og deres kontaktpunkter i arbeids- og samfunnsliv. Styrking av samspillet mellom de tre elementene er viktig for at samfunnet skal få nytte av den kunnskapen som skapes, og som kan påvirke tema for forskning og styrking av kvaliteten på kunnskapsutviklingen. Forskning og utdanning kan få relevans gjennom systematisk kontakt med aktuelt arbeidsliv, gjennom praksisstudier, gjensidig hospitering, forsknings- og studentprosjekter, etter- og videreutdanning og så videre. Kontakten kan gi arbeidslivet verdifull og oppdatert kompetanse. Nyutdannede universitets- og høyskolekandidater er en svært viktig kanal for å tilføre ny viten fra forskning til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange nyutdannede helsearbeidere har kunnskaper og ferdigheter i å finne og lese forskning, men blir dessverre ofte møtt med negative holdninger og «slik gjør vi det her». I stedet kan nyutdannede gis mulighet til å anvende sin kompetanse i å ta i bruk forskning og bringe kunnskapen videre til sine kolleger (Moe, Ingstad & Evensen, 2019).

Nye muligheter for kunnskapsspredning til kommunene inngår i for eksempel den nasjonale eldreformen «Leve hele livet». Reformen involverer kommuner gjennom implementeringsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Reformen skal bidra til flere gode leveår, at eldre gis mulighet til å beholde god helse lenger, oppleve at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv. Samtidig skal de få den helsehjelpen de trenger, når de har behov for den.

KONKLUSJON

For at kommunene skal kunne anvende ny kunnskap mer effektivt, kreves det at kommunene jobber med utvikling av strukturer og kulturer i hele kommuneorganisasjonen for at ny kunnskap og kompetanse skal kunne innhentes og utvikles i takt med pasienter og brukeres behov. Det er vist til flere faktorer som innvirker på dette, blant annet organisering av tjenester, ledelse, tid, holdninger til forskning, arbeidskulturer og tilgang til forskning. Forskrift for ledelse og kvalitet bør implementeres på rådmannsnivå, og prosessarbeid må skje nedenifra og opp («bottom-up») for å sørge for involvering og eierskap til forbedringsprosesser. Fagfolk må få tid og rom til refleksjon; på den måten kan de «ta tilbake» faget, bli mer motiverte og unngå at hele arbeidsdagen drukner i praktiske oppgaver. Det er imidlertid behov for mer forskning om hvordan kommunene anvender ny kunnskap, og i hvilken grad de lykkes med å implementere den.

REFERANSER

- Batalden, P.B. & Davidoff, F. (2006). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *BMJ Quality & Safety*. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.022046> (24.01.20).
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5), 11 sider.
- Deming, E.W. (2018). *The News economics – For industry, government, education*. Third edition. Massachusetts Institute of Technology.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N. & Donald, E.E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A. et al. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148–2161.
- DuGan, J.E. (2019). The effect of an online nursing journal club on evidence-based knowledge among rural registered nurses. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* april 2019.
- Estabrooks, C., Scott, S., Squires, J., Stevens, B., O’Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J., et al. (2008). Patterns of research utilization on patient care units. *Implement Science*, 3(31), 1–16.
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2), 187–196. DOI: <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring og om henvisningen til Det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring. (2019). Forskrift om NKR og EQF (FOR-2017-11-08-1846) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-11-08-1846>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). (FOR-2016-10-28-1250) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (24.01.20).
- Friesen-Storms, J.H., Moser, A., Loo, S., Beurskens, A.J. & Bours, GJ. (2015). Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 57–68.

- Glavin, K. & Gjevjon, E.R. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grant, H.S., Stuhlmacher, A. & Bonte-Eley, S. (2012). Overcoming barriers to research utilization and evidence-based practice among staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, (28)4, 163–165.
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlig pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2)2.
- Gustafsson, L.K., Mattsson, K., Dubbelman, K. & Snöljung, Å. (2014). Aspects of nursing with evidence-base when nursing frail older adults: a phenomenographic analysis of interviews with nurses in municipal care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 793–801.
- Helsebiblioteket. (2020). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2020). Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24/7. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld.St. 15 (2017–2018)). Hentet fra [Meld. St. 15 \(2017–2018\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Rapport 2014 HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Norsk forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Holvik, M.G., Boge, J. & Petersen, K.A. (2017). Helsevesenet detaljstyres utenfra. *Sykepleien*, 105, DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63826>. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-63826.pdf>
- Ingstad, K. & Hedlund, M. (2017). Part-time or Full-time Employment: Choices and Constraints. *Nordic journal of working life studies*, 7(4). Hentet fra <https://tidsskrift.dk/njwls/article/view/102358/151414>
- Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M. & Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 70–77.
- Kajermo, K.N., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson, L.E., Orton, M-L., Arnetz, B.B. & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16, 305–314.
- Kattouw, C.E. & Wiig, S. (2018). Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien.no* 2018/12. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.74391](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391) Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/12/organiseringen-av-hjemmesykepleien-kan-ga-ut-over-sikkerhet-og-kvalitet>.
- Kemp, S.J. & Baker, M. (2013). Continuing Professional Development – Reflections from nursing and education. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 541–545.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning Oslo: Kunnskapsdepartementet

- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*, (3. utg.). Oslo, Fagbokforlaget.
- Magnussen, S. & Isaksen, J. Utviklingsstrene for sykehjem og hjemmetjenester i Norge. (2019). *Tidsskrift for omsorgsforskning* 01 /2019 (Volum 5). https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2019/01/utviklingsstrene_for_sykehjem_og_hjemmetjenester_i_norge (24.01.20).
- McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A., (2013). *Practice development in nursing and healthcare*. London: Willey-Blackwell.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of “context”. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94–104.
- Meijers, J.M.M., Janssen, M.A.P., Cummings, G.G., Wallin, L., Estabrooks, C.A. & Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622–635.
- Moe, A., Ingstad, K. & Evensen, A.E. Kunnskapsbasert sykepleiepedagogisk praksis. I Brataas, H.V., Evensen, A.E. & Ingstad, K. (red. 2019). *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Moe, A., Enmarker, I. & Hellzén, O. (2012). “Daily Life for Chronically Ill Oldest Old Persons”. *Nursing Reports*. Volum 2:e8.
- Omsorgsbiblioteket. (2021). <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket>
- Røstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(121). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Senter for omsorgsforskning. (2021). Hentet fra <https://omsorgsforskning.no/>
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyer, S. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. SSB: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdannasykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Stavor, D.C., Zedreck-Gonzalez, J. & Hoffman, R.L. (2017). Improving the use of evidence-based practice and research utilization through the identification of barriers to implementation in critical access hospital. *The Journal of Nursing Administration*, 47(1), 56–61.
- Thompson, D.S. & O’ Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O’ Brien-Pallas, L. & Estabrooks, C.A. (2008). The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–48.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2021). Hentet fra <https://www.utviklings-senter.no/>
- Wangenstein, S., Johansson, IS., Björkström, M.E., Nordström, G. (2011). Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: predictors for research use. A quantitative crosssectional study. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2436–2447. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03629.x>



Forfatteromtaler

Gørill Haugan er utdannet sykepleier og ph.d. i helsevitenskap fra NTNU. Hun er ansatt som professor ved Nord universitet og NTNU. Hun har publisert mer enn 120 vitenskapelige artikler og er bl.a. hovedredaktør for tre vitenskapelige antologier med søkelys på helsefremming i helsetjenesten.

Marianne Hedlund har ph.d. i medisinsk sosiologi fra Lund universitet i Sverige. Hun er ansatt som professor ved Nord universitet og NTNU. Hun har publisert i ulike felt av helsevitenskapen og har bl.a. vært hovedredaktør i ett internasjonalt tidsskrift for Francis & Taylor.

Kari Ingstad er professor i sosiologi ved Nord universitet. Hun er utdannet sykepleier, har hovedfag i sosiologi og doktorgrad fra NTNU. Hennes forskning omfatter blant annet temaer knyttet til arbeidstidsorganisering, innovasjon og samhandling.

Lisbeth Uhrenfeldt, professor i sykepleie ved Nord universitet, har hovedfag i helsevitenskap og sidefag i idehistorie fra Aarhus universitet. Forskningen omfatter kunnskapsutvikling og omsorg for kreftpasienter og pårørende.

Unni Karin Moksnes er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, Trondheim. Hun er utdannet sykepleier og har ph.d. i helsevitenskap fra NTNU. Forskningsområdet er hovedsakelig psykisk helse og livskvalitet blant ungdom, med fokus på helsefremmende ressurser.

Aud Moe er utdannet geriatrisk sykepleier med hovedfag og doktorgrad i helsevitenskap. Hun arbeider som førsteamanuensis ved Nord universitet. Hennes forskning omfatter blant annet temaene kronisk syke eldre, eldreomsorg, etikk og rehabilitering.

Betty-Ann Solvoll er sykepleier og førsteamanuensis, med arbeidserfaringer fra sykepleierutdanningen, sist ved Nord universitet, Namsos. Hun har publisert om temaer som sykepleierutdanning, etisk kompetanse og omsorg for pårørende.

Bodil Aarmo Brenne er doktorgradsstipendiat i studier av profesjonspraksis ved Nord universitet, og hennes forskning knyttes til hjemmesykepleiepraksis med særlig fokus på sykepleiernes rolle, organisatoriske funksjoner og usynlig arbeid.

Jorunn Bjerkan er sykepleier og førsteamanuensis ved Nord universitet. Hun har mastergrad og ph.d. innen helseinformatikk. Forskningsfeltet er elektronisk dokumentasjon, samhandling og pasientsikkerhet, med fokus både på systembruk og -utvikling.

Vibeke Berg Forås jobber som rådgiver i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Trøndelag, med pasientsikkerhetsarbeid og forbedringsmetodikk som hovedarbeidsområde. Hun er utdannet sykepleier med master i klinisk helsevitenskap fra NTNU.

Daniela Lillekroken er ansatt som førsteamanuensis ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hun er utdannet sykepleier og har ph.d. i helsevitenskap fra Universitetet i Agder. Hennes kliniske erfaring er fra kommunehelsetjenester, og hun har demensomsorgen som forskningsfokus.

Hanne Cecilie Johnsen er utdannet sykepleier og er universitetslektor ved NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Hun har master i helsevitenskap fra NTNU og Master of Advanced Practice fra Griffith University. Har erfaring med undervisning og veiledning i sykepleie.

Aud Emelie Evensen er sykepleier og dosent i fagområdene helsevitenskap, helse- og omsorgspedagogikk. Hun jobber ved sykepleierutdanningen i Levanger, og har lang erfaring fra undervisning og veiledning innen helsefag, sykepleie og yrkespedagogikk.

Hildfrid Vikkelsmo Brataas er utdannet sykepleier og har doktorgrad i pedagogikk. Fra 2013 til alderspensjon p.t. har hun vært professor i helsevitenskap ved Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, med sykepleie- og helsepedagogikk som spesialfelt.

Siri Andreassen Devik er førsteamanuensis med ph.d. i sykepleie ved Nord universitet og Senter for omsorgsforskning, midt. Hennes forskning omfatter blant annet eldreomsorg, pasientsikkerhet, palliasjon og etikk i helse- og omsorgstjenesten.

Johanne Alteren er professor ved Høgskolen i Molde med ph.d. i studier av profesjonspraksis. Forskningsinteressene er profesjonsutøverens læringsprosesser, legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet, og individuell sykepleie i helsetjeneste og behandling.

Rose Mari Olsen er førsteamanuensis med ph.d. i helsevitenskap ved Nord universitet og Senter for omsorgsforskning, midt. Hun forsker blant annet på dokumentasjon og informasjonsutveksling, legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet i helsetjenesten.