



# Gjøvik University College

HiGIA

Gjøvik University College Institutional Archive

*Storlien, M. H. S. & Sørli, V. (2015) Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem. In: Geriatrisk sykepleie, 7(1), p. 17-23.*

*Internet address:*

*<https://sykepleien.no/2015/04/geriatrisk-sykepleie-nr-1-2015>*

*Please notice:*

This is the publisher's pdf version.

© Reprinted with permission of  
«Geriatrisk Sykepleie»

# Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem

## Introduksjon

I norske sykehjem er ca. 80 % av pasientene personer med demenssykdom (1). Sentrale aktører i miljøbehandling beskriver flere utfordringer når denne pasientgruppen skal sikres en kvalitativ god omsorg (2). De siste tiår er det både i Norge og internasjonalt satt søkelys på endring av praksis ved sykehjem og i hjemmetjenesten for å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleg-

gende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (3-11). Dette innebærer endring av pleiekultur fra en oppgaveorientert til en personorientert kultur (12).

Demens medfører redusert evne til å utføre daglige gjøremål og fører ofte til endring i sosial atferd. Personer som rammes av demenssykdom har ulik livshistorie, personlighet og forskjellig evne til mestring. De har behov for behandling som er tilpasset deres individu-



Av **Marit Sund Storlien**, RN, MNsc, Høgskolelektor, Høgskolen i Gjøvik, Seksjon for Sykepleie

**Venke Sørli**, RNT, MNsc, PhD, Professor, Lovisenberg diakonale høgskole, Senter for klinisk sykepleieforskning

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Forskning på kvalitet i norske sykehjem viser at tross kompetansehevede tiltak gjennom flere år, møter endringsprosesser i sykehjem motstand. Det etterlyses systematiske utviklingsprogram for å bedre personalets ferdigheter. «Innføring av strukturert miljøbehandling i demensomsorgen», er et eksempel på dette. Utviklingsprosjektet er en del av et større utviklingsprogram i regi av Demensplan 2015 og ble gjennomført ved to sykehjem i Øst-Norge. Holdninger hos personalet er sentrale. Det blir satt fokus på *hvordan* helsepersonell arbeider sammen med pasientene.

**Hensikt:** Hensikten var å utvikle og innføre en metode for strukturert og individuelt tilpasset miljøbehandling.

**Metode:** Data om personalets erfaringer ble samlet ved fokusgruppeintervju med personalet som deltok i utviklingsprosjektet og analysert etter fenomenologisk hermeneutisk metode.

**Funn:** Ledelsens deltakelse, personalets reelle medvirkning og arena for refleksjon var sentrale komponenter for å lykkes med innføring av miljøbehandling i sykehjem.

**Konklusjon:** Forhold som påvirker personalets engasjement er av stor betydning for om endringsprosesser i sykehjem lykkes.

**Nøkkelord:** Helsefagarbeidere, sykehjem, endring av praksis, miljøbehandling, erfaringer

## Abstract

Changing Practice in Nursing Homes, the Experience of the Health Care Providers

**Background:** Changing practice in long-term care seems to be difficult. Studies about quality of care in nursing homes conclude that there is a need of systematic programs to develop health care providers skills in environmental treatment. «Structural environmental treatment by dementia» is such a systematic program. Attitudes of the personnel are essential and the model's focus is not just what to do, but emphasize how the health workers work together with the patients.

**Aim:** The aim of this study was to illuminate factors that encourage or restrain implementation of environmental treatment in nursing homes.

**Method:** The data was collected through focus group interviews with health care providers in two Norwegian nursing homes and analyzed by a phenomenological hermeneutic method.

**Findings:** Management support and interpersonal processes are of particular importance for implementation of «Structural environmental treatment by dementia» in nursing homes. Conditions that facilitate commitment in the staff are essential. An essential factor that encourage a changing practice is that the leaders pay a careful and explicit attention to the implementation process.

**Conclusion:** Conditions that facilitate work engagement affect introduction of new practice in nursing homes.

**Key words:** Health care providers, nursing homes, changing practice, nursing environment, experiences



**OPPFØLGING:** Ved endringsarbeid i organisasjonen er det viktig at ledere engasjerer seg og følger opp de ansatte, og forklarer hva som er hensikten med å innføre ny praksis. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

elle behov. Personsentrert omsorg er et verdigrunnlag som er særlig anbefalt innen demensomsorgen (12-17).

Miljøbehandling legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i miljøet pasienten befinner seg i. Det er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (23). Fokus legges på samhandling mellom personale og pasienter og målet er at det er demenssykdommen som setter begrensningene for mestring og ikke omgivelsene.

Videreutvikling og endring av praksis for bedre ivaretagelse av pasienter i sykehjem er viktig. Samspillet i miljøet er vesentlig for å få til gode endringsprosesser (7, 10, 13, 14, 19, 24-26, 36). Hvordan personalet deltar i endringsprosesser påvirker resultatet (4, 6, 27, 36). Bellot (19) etterlyser forskning med fokus på den formelle evalueringen ved omfattende pleiekulturendringer i sykehjem. Studier viser at personale som blir pålagt å utføre endringer ofte blir stemplet som barrierer i endringsprosesser uten at dette blir undersøkt nærmere (19,36). Tross økt kunnskapsnivå og bevissthet om hva som kan forbedre helsetjenester for eldre i sykehjem, møter innføring av ny praksis ofte motstand (17, 18).

Med utgangspunkt i Helse- og Omsorgsdepartementets Demensplan 2015 (14) er et nasjonalt miljøbehandlingsprogram gjennomført for å utvikle og formidle kunnskap om hvordan trivsel og livskvali-

tet hos personer med demens kan bedres (2). Som en del av dette programmet har et alderspsykiatrisk forskningscenter utviklet en metode for personsentrert omsorg. Strukturert og individuelt tilrettelagt miljøbehandling ble innført på pasient-, personal- og organisasjonsnivå i sykehjem, personorientert omsorg. Begrepene trygghet, støtte, engasjement, bekreftelse og struktur dannet grunnlag for utvikling av denne metoden. Den legger vekt på positive prosesser som mobiliseres og iverksettes i det miljø pasienten befinner seg. Helsepersonell ved det enkelte sykehjem er sentrale i miljøbehandling (19-23).

Flere forfattere etterlyser forskning på suksesskriterier og faktorer som hemmer innføring av ny praksis (14, 15, 24, 25). Etter innføring av miljøbehandling i to sykehjem i Norge, er det viktig å undersøke personalets erfaringer med dette.

### Hensikt

Hensikten med studien er å belyse helsepersonells erfaringer ved innføring av strukturert og individuelt tilrettelagt miljøbehandling i sykehjem.

### Forsknings spørsmål

Hvilke faktorer hemmer og fremmer innføring av miljøbehandling i sykehjem?

### Metode

Kvalitativ tilnærming i forskning gir muligheter for

utvikling av detaljert og nyansert kunnskap om spesielle mønstre som beskriver et fenomen (28, 29) og er en anerkjent tilnæringsmåte når livserfaring skal forstås. Ved studie av erfaringer med innføring av nye måter å arbeide på, er helsepersonells erfaringer med å gjennomføre endringsprosesser vesentlig. Personalet ved et sykehjem er ei sammensatt gruppe og erfaringene er ulike og nyanser i erfaringene er vesentlig å få frem. I denne sammenheng handler det om å bidra til dybdeforståelse av erfaringer fra innføring av ny praksis i sykehjem. Kvalitativt forskningsdesign gir mulighet for å studere fenomener i hverdagslige omgivelser og søke forståelse ut fra det innholdet som informantene gir dem (29, 30).

### Utvalg

Utvalget ble rekruttert fra to sykehjem i Øst-Norge ut fra hensiktsmessighet framfor representativitet, og kan dermed betraktes som et strategisk utvalg (29). Ut fra yrkesbakgrunn, alder, arbeidsoppgaver og faglig interessefelt defineres deltakerne som et homogent utvalg med like roller, noe som påvirker trykgheten i gruppen (32). Utvalget besto av 10 helsefagarbeidere fordelt på 2 fokusgrupper med henholdsvis 4 og 6 kvinner i alderen 24–53 år. I gjennomsnitt hadde informantene mer enn 15 års arbeidserfaring ved sykehjemmet de nå arbeidet ved. Fem hadde videreutdanning i aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

### Datainnsamling

For å få kunnskap om ansattes erfaringer ble fokusgruppeintervju valgt som datainnsamlingsmetode (31). Fokusgruppeintervju egner seg spesielt godt når en vil få fram bredde og kompleksitet i erfaringer fra miljø der mange mennesker samhandler (31). Førsteforfatter hadde ansvar for at intervjuene ble gjennomført og transkribert. Intervjuer kjente ikke personalet som ble intervjuet. Intervjuene som varte i 65/ 75 minutter, ble gjennomført i 2012 i lokaler utenom informantenes arbeidsplass. Intervjuene ble tapet og transkribert som fulltekst. De transkriberte intervjuetekstene ses på som *en* tekst ifølge Ricoeur (32), og Lindseth og Norberg (33). Ifølge Mishlers metode om intervjuing som datainnsamling fikk informantene kun ett åpent spørsmål om deres erfaringer (30). Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å oppmuntre informantene til å utdype og fortelle mer om temaene de var opptatt av (30). Informantene og intervjuer brukte sitt hverdagspråk, noe som styrker intern validitet (29).

### Dataanalysen

Intervjueteksten ble analysert med fenomenologisk hermeneutisk metode som er beskrevet av Lindseth og Norberg (33). Denne metoden er inspirert av Ricoeurs teori om fortolkning av tekster (32,33), og anvendt i flere studier (34,35, 36). Ifølge Ricoeur har denne metoden følgende tre faser: *naiv lesing, strukturanalyse og helhetsforståelse* (32,33). I første fase ble intervjuene gjennomlest flere ganger for å få et inntrykk av hva teksten handler om. Denne fasen, *Naiv lesing*, er første fortolkning av intervjueteksten. I fase to ble det gjennomført en *strukturanalyse* hvor setning for setning og avsnitt for avsnitt i teksten ble grundig gjennomlest og delt inn i meningsenheter, dvs. tekstenheter med likt eller beslektet meningsinnhold. Vesentlige og gjennomgående meningsenheter med sentrale tema ble formulert etter diskusjon mellom forfatterne. Tredje fase i analysen er kalt *helhetsforståelsen*. I denne siste fasen gjøres en kritisk lesing der intervjueteksten, resultatene av den naive lesingen og strukturanalysen ble vurdert ut fra forfatternes forforståelse, relevante teorier og annen forskning (32,33).

### Gyldighet

Gyldighet ble tilstrebet ved at begge forfatterne deltok i analysen av data og kom i samarbeid frem

## «Ny praksis kan føre til positivt arbeidsmiljø.»

til hvilke tema som framkom ved fortolkning av intervjuetekstene (33). Ifølge Ricoeur (32) kan en tekst fortolkes på flere måter, men det forutsettes at fortolkningen er tekstnær og følger de tre trinnene i fortolkningsprosessen. Vår fortolkning er derfor en av flere mulige måter å forstå pleierens erfaringer med endring av praksis i sykehjem. Resultatene i denne studien kan ikke generaliseres, men undersøkelsens gyldighet kan betraktes som høy dersom personell ved sykehjem kan kjenne seg igjen i beskrivelsen og resultatene bekrefte av tilsvarende undersøkelser (32,37). Studier med få informanter kan ha høy overføringsverdi dersom de muliggjør en dypere innsikt i fenomenene som studeres (32, 37).

### Etiske betraktninger

Informantene ble informert muntlig og skriftlig om intervjuet og ga skriftlig samtykke til deltakelse. Informasjonen understreket at deltakelsen var frivillig, samt

at opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Anerkjente retningslinjer for forskningsetikk ble fulgt (38).

**Funn**

I analysen framkom to tema og fem undertema som er presentert i Tabell 1, og i teksten under. Direkte sitater fra intervjuene er inkludert for å illustrere funnene. (Se tabell 1.)

**Faktorer som fremmer innføring av miljøbehandling**

**Engasjement**

*Motiverte ledere*

Informantene erfarte at det var betydningsfullt for å få til endringer at ledere viste interesse for arbeidet med endring av praksis. «Viktig at ledere har vært med i hele prosessen og viser engasjement, ellers faller ansattes interesse for endring av den etablerte praksis». Informantene mente det var en forutsetning for innføring av ny praksis at ledere ga dem anerkjennelse, positiv støtte og viste interesse for den enkelte. Dette ga dem trygghet og tro på at de var viktige aktører i endringsarbeidet.

Informantene understreket betydningen av at ledere delegerte ansvaret for både utvikling og gjennomføring av innføringen til dem. De opplevde dermed at deres kompetanse ble verdsatt, noe som førte til positivitet og motivasjon i hele miljøet. «Det er jo bra

erfarte at fleksibilitet og flere åpne felt i planene oppmuntret og motiverte til refleksjon og medbestemmelse om viktige valg av aktiviteter. «Når vi kan være med å påvirke og prioritere hvilke aktiviteter som er viktige for den enkelte pasient, blir innføring av miljøbehandling meningsfull». Informantene erfarte større engasjement med fleksibilitet i miljøarbeidet og mulighetene til medbestemmelse var for dem viktig.

*Arena for refleksjon*

Informantene erfarte at ulike samhandlingsformer var betydningsfulle og påvirket endringsarbeidet positivt. De opplevde at innføringen av miljøbehandling fungerte best når de arbeidet i et fellesskap der åpen dialog og refleksjon fikk rom. Det var vesentlig for innføringen at alle pleierne følte seg trygge på hverandre, og at de kunne diskutere alternativer uten frykt for medarbeideres reaksjoner. «Under denne prosessen er det ikke enighet om alle forslag, men ved å høre andres beskrivelser og argumenter, kan vi finne felles løsninger og forståelse». Informantene sa de var åpne og nysgjerrige på ulike utfordringer og forslag på løsninger for å utvikle de beste ideer som fremmet innføringen av miljøbehandling. I samhandlingsprosessen var det etablert ulike arenaer både for planlegging og utveksling av hverandres erfaringer. «I morgenmøte planlegger vi dagen og tar opp eventuelle utfordringer og diskuterer hvordan vi skal løse disse». Informantene mente at åpenhet i miljøet, utveksling av ulike erfaringer og gjensidig respekt var vesentlig for deres engasjement i endringsarbeidet. «Vi har lært mye av hverandre».

**Faktorer som hemmer innføring av miljøbehandling**

**Manglende engasjement**

*Utydelige ledere*

Informantene erfarte at ledere viste lite engasjement i innføringsarbeidet. «Lederen på en av avdelingene har ikke gitt oss noen støtte eller hjelp i endringsarbeidet. Hun var usikker og vegret seg for å fronte arbeidet». Når leder ikke engasjerte seg, ble dette oppfattet som hemmende for innføringsprosessen. «Tror egentlig at lederne vil at det skal arbeides etter denne modellen på alle avdelinger, men det er vi som må finne muligheten til å gjøre det. Jeg mener slike prosesser ikke skjer uten tilrettelegging og styring fra ledernivå». Personalet opplevde at støtten fra ledelsen var til stede på et formelt nivå, men at det ikke kom til uttrykk i konkret tilrettelegging eller deltakelse. Forventninger opplevdes som større enn det informantene så seg i stand til å gjennomføre og resultatet ble motløshet og oppgitthet.

**«Samspillet er vesentlig for å få til gode endringsprosesser.»**

*at vi helsefagarbeidere får delta aktivt i viktige endringsprosesser og dermed får vise at vi er kompetente til nye oppgaver. Vi får ytterligere erfaring, og mest av alt, vi blir tatt på alvor og det i seg selv er motiverende».*

*Medbestemmelse*

Informantene mente at for detaljerte planer knyttet til miljøbehandlingsmodellen kunne være hemmende for viktige initiativ i mange pasient-situasjoner. De

Tema	Undertema
Tema	Undertema
Engasjement	Motiverte ledere
	Medbestemmelse
	Arena for refleksjon
Manglende engasjement	Utydelige ledere
	Motstand mot endring

**TABELL 1:** Oversikt over tema og undertema som framkom i strukturanalysen.

### Motstand mot endring

At kolleger var likeglade og passive, opplevdes frustrerende og demotiverende: «De møter jo ikke opp på informasjonsmøtene og de innhenter ikke opplysninger heller». Tross omfattende informasjon, grundig opplæring og muligheter for å delta i utforming av miljøbehandlingsprogrammet, opplevde man ikke at alle arbeidet mot samme mål: «Alle skulle vært med! De syter og klager når noe er bestemt, men kan ikke si hva de ønsker eller ikke ønsker selv om de inviteres med». Når noen ikke viste interesse for den nye måten å arbeide på ga dette informantene opplevelse av usikkerhet og utrygghet som hemmet deres engasjement. «Mange mener at det er ikke tid til å gjøre noe, og det mener de før de starter dagen». Engasjementet ble også redusert når manglende initiativ og deltakelse stadig førte til skjev arbeidsfordeling: «I endringsprosessen er det noen som engasjerer seg og utfører derfor flere oppgaver enn andre. Og det er greit noen ganger, men det er ikke greit når det tas som en selvfølge».

Informantene understreket betydningen av at alle ansatte deltok i arbeidet med endring av praksis. De sa at legens rolle og ansvar også har betydning i innføringen av miljøbehandling i sykehjemmet. «Jeg reagerer på at legen vår ikke deltar i miljøbehandlingsprogrammet».

Motstand mot endring kom til uttrykk på flere måter: «Dette har vi gjort i alle år, hvorfor skal vi bruke mye tid på å dokumentere dette?». Informantene beskrev avmaktfølelse når motvilje fra kollegaer stadig ble gjentatt. Arbeidet for å endre praksis opplevdes derfor tungt og vanskelig.

### Diskusjon

Vår studie viser at lederes interesse og anerkjennelse er viktig for å opprettholde engasjement for miljøbehandlingsarbeidet. Dette gjelder både interesse for det konkrete arbeidet som utføres og anerkjennelse av at den enkelte medarbeider er betydningsfull i arbeidet. Forskning både fra helsesektoren og i andre organisasjoner understøtter at det er en sammenheng mellom støtte fra ledere, motivasjon for arbeidet og kvalitet på arbeidsutførelse (8, 24, 25, 27, 39). Studiet viste at opplevd støtte fra ledere gir personalet trygghet og tro på at arbeidet de gjør er viktig, i tillegg til gjensidig respekt og positivitet i relasjonen.

Spurkeland (40) understreker at ved å vise vennlighet viser partene at de verdsetter hverandre og opplever en sosial og relasjonell gevinst. Når en medarbeider utfører nye rutiner med stor iver og leder anerkjenner dette, opplever også leder en tilfredshet ved at arbeidet er vellykket og kjenner seg dyktig. Medarbeideren får



motivasjon av relasjonen og yter mer. Lederen kjenner sin påvirkning av medarbeideren og begge yter mer. Når informantene beskriver at «de ble inspirert av å bli invitert til å ha ansvar i miljøbehandlingsprogrammet» og at «det gjorde noe med deres selvfølelse og iver når de opplevde at deres kompetanse ble verdsatt», er det nærliggende å se dette som en lignende synergieffekt. Kuvås og Dysvik (39) beskriver i sin forskning at lederes evne til å opptre støttende ved å ta arbeidstakeres meninger på alvor og bry seg om medarbeideres verdier og mål, er avgjørende for at andre personaltiltak skal ha positiv effekt, mens Kaufmann og Kaufmann (41) trekker fram relasjonsorientering som den lederdimensjonen arbeidstakere verdsetter høyest når denne blir målt opp mot oppgaveorientering og endringsorientering.

Studiet viser at informantene ble inspirert og motivert når de fikk ansvar og ble vist tillit i arbeidet med endring av praksis. Begrepet empowerment brukes for å beskrive at den enkelte har makt og bestemmer over egen situasjon (27). Flere studier trekker fram medbestemmelse som betydningsfullt for jobbenngasjement (25, 27). Yeatts, Cready og Noelker (27) har gjennomført omfattende studier om «Empowered Work Teams in long-term care» der Empowered Work Teams er arbeidslag bestående av arbeidstakere på linje med norske helsefagarbeidere. Studiene viser økt interesse og iver i helsefagarbeidergruppa når de selv fikk ansvar for organisering av arbeid, utarbeidelse av prosedyrer og andre avgjørelser som angikk arbeidet den enkelte utførte for eller sammen med pasienter. Samtidig understrekes betydningen av at forslag og vurderinger som kommer fra denne gruppa må tas på alvor og følges opp av ledere for at denne formen for organisering skal fungere og ha positiv effekt for pasienter og personale. Scott og Caress (25) beskriver at en slik form for ledelse

**KOMMUNIKASJON:** For å lykkes med endringsarbeid, er det en forutsetning at ledere engasjerer seg og kommuniserer tydelig med sine medarbeidere. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

gjør at personalet føler seg verdsett og deres potensial kan utvikles ved å utnytte deres ferdigheter og ekspertise. En norsk studie (42) som ikke er direkte knyttet til helsevesenet viser sammenheng mellom engasjement, selvbestemmelse og støtte. I en studie blant mer enn 600 norske arbeidstakere fra tilfeldige yrker beskriver Torp (42) at arbeidstakere det stilles høye forventninger til er mer engasjerte i jobben enn arbeidstakere det stilles lave forventninger til, forutsatt at de selv kan bestemme mye i jobben og at kollegaer og ledelse er støttende. Våre funn viser liknende erfaringer når informantene opplevde at det å bli vist tillit og delegert ansvar, økte deres engasjement og innsats i innføringsprosessen.

I det tidligere omtalte studiet til Yeatt m.fl. (27) understrekes betydningen av systematisk dialog mellom arbeidslagene og ledere. Regelmessige møter ble prioritert og det ble vektlagt at arbeidslagenes forslag ble tatt til etterretning og prøvd ut. Berkhout og kollegaers studier (24) beskriver kunnskapsoverføring gjennom veiledning i personalgruppa som en betydningsfull strategi ved endring av arbeidsrutiner. Dette understøtter informantenes erfaringer med gode arenaer for refleksjon. Når det fantes mulighet for å dele både positive erfaringer og uenighet opplevde de økt forståelse for hverandres valg og kunne samarbeide om vei fram til felles mål. Freire (43) understreker at kunnskap utvikles gjennom dialog preget av jevnbyr-

er veiledningsmodellen Tverrfaglig Intervensjon ved Demens kalt TID-modellen (44, 45). Sykehjemslegen blir der presentert utfordringer slik personalet erfarer dem, samtidig som personalet oppfatter at deres erfaringer er av betydning for hele personalgruppa inkludert legen.

Informantene i vår studie etterlyser i noen situasjoner støtte fra ledelse. Manglende plan og tilrettelegging for arbeidet som endringsprosessen krever, gir dem en følelse av motløshet og de opplever at de har fått større oppgaver og ansvar enn de mestrer å gjennomføre. For å lykkes med endringsarbeid, er det en forutsetning at ledere engasjerer seg og kommuniserer tydelig med sine medarbeidere.

Bellot (19) beskriver at ulik forståelse av hensikten med et utviklingsprogram hos ledere og andre ansatte forårsaker forvirring og konflikter som hemmer innføringen av ny praksis. Hun konkluderer med at i utviklingsprogram som fordrer endring av pleiekultur, bør ledere støtte personellens engasjement. De bør sørge for å involvere hele personalgruppen og tydeliggjøre hensikten med endringen (19). Informantene i vår studie understreker viktigheten av at alle ansatte burde delta i endringsarbeidet. Tydelige og engasjerte ledere har påvirkningskraft og også mulighet til å tilrettelegge slik at alle deltar i felles møter, noe som vil medføre bedre kommunikasjon og engasjement i større del av personalgruppa, og også fordre deltakelse fra personalet som oppfattes som motstandere mot endring ved at de ikke deltar.

Både Rahman (9) og Yeatts m.fl. (27) beskriver at endring av praksis kun er mulig dersom personalets meninger blir tatt på alvor og fulgt opp. Den største utfordringen for å kunne endre en etablert praksis er når både ledere og ansatte viser lite engasjement og overlater ansvaret til kollegaer som ønsker endringer. Det er rimelig å anta at usynlige, passive og uengasjerte ledere har manglende mot og er redd for å bli upopulær blant motstanderne av innføring av ny praksis og hemmer derfor innføring av ny praksis.

### Konklusjon

Studien viser at ved endringsarbeid i organisasjoner er det en forutsetning at ledere er tydelige om hensikten med innføring av ny praksis, at de engasjerer seg og følger opp de ansatte. Det er en forutsetning at ledere viser respekt og anerkjennelse for ansattes meninger og forslag som framkommer i endringsprosessen. Personalets engasjement er sentralt for å lykkes i endringsarbeid. Ved å legge til rette for gode arenaer for refleksjon kan hemmende prosesser møtes på en konstruktiv måte.

## «Støtte fra ledere gir personalet trygghet.»

dighet og at mennesket selv har ansvar for sin egen læring og skal ikke være passive mottakere av informasjon. Læring skjer best i et subjekt-subjektforhold og kan bare skje gjennom kommunikasjon. Systematisk refleksjon i fellesskap vil derfor kunne fremme utviklingsprosesser. I vår studie ble legen oppfattet som ikke-deltakende i endringsarbeidet. Et eksempel på en arena for refleksjon der sykehjemslegen deltar,

### ■ Takk

Takk til informantene som deltok i studien. Takk til tidligere kolleger leder Birger Lillesveen og koordinator Irene Røen ved Alderspsykiatrisk Forskningscenter ved Sykehuset Innlandet som har vært viktige sparringspartnere i arbeidet. En spesiell takk til forskningsmedarbeider Elin Johnsen Lillehovde som utførte og transkriberte det ene fokusgruppeintervjuet.

Ledere har et viktig ansvar for å ivareta og vedlikeholde engasjement hos sine medarbeidere. Dette har stor betydning for en varig endring av praksis. Det at alle ansatte involveres ved innføring av ny praksis kan føre til positivt arbeidsmiljø og opplevelse av gjensidig respekt yrkesgruppene imellom. ■

## Referanser:

- Selbæk G. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes: prevalence, course and association with psychotropic drug use. Oslo; University of Oslo; 2008.
- Rokstad AMM, red. Bedre hverdag for personer med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse; 2012.
- Garsjø O. Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevoll M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 219–36.
- Kirkevoll M. Individuell sykepleie. I: Kirkevoll M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 100–12.
- Rondeau KV, Wagar TH. Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management*. 2006;14(3):244–50.
- Lindeman MA, Black K, Smith R, Gough J, Bryce A, Gilsenan B, et al. Changing practice in residential aged care using participatory methods. *Education for Health: Change in Learning & Practice* (Taylor & Francis Ltd). 2003;16(1):22–31.
- Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Saliba D, Mittman BS, Czarnowski E, et al. Quality improvement implementation in the nursing home. *Health services research*. 2003;38(1p1):65–83.
- Rahman AN, Schnelle JF. The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*. 2008;48(2):142–8.
- Kvalitetsforskriften. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
- Verdighetsgarantien. Forskrift om en verdig eldreomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
- Rokstad AMM, Smebye KL. Personer med demens: møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008.
- Stortingsmelding nr 25. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005–2006.
- Demensplan 2015. «Den gode dagen». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
- Edvardsson D, Winblad B, Sandman P. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*. 2008;7(4):362–7.
- Bergland Å, Kirkevoll M, Edvardsson D. Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(4):820–8.
- Kitwood T, Johnsen N. En revidering af demens: personen kommer i første række. Høeg D, red. Frederikshavn: Dafolo; 1999.
- Sandvoll A, Kristoffersen K, Hauge S. New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2012;11(1):7.
- Bellot J. Nursing Home Culture Change: What Does It Mean to Nurses? *Research in gerontological nursing*. 2012; 5(4): 264–73.
- Stiftelsen Psykiatrisk opplysning. Miljøterapi-en modell for tenkning, handling og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: PAFFUMA; 2001.
- Gunderson JG. Defining the therapeutic process in psychiatric milieu. *Psychiatry*. 1978;41:327–35.
- Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J. Dementia care creating a therapeutic milieu. *J Gerontol Nurs*. 1993;19(10):30–9.
- Vatne S. Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
- Berkhout AJM, Boumans NPG, Mur I, Nijhuis FJN. Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):298–308.
- Scott L, Caress AL. Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. *Journal of Nursing Management*. 2005;13(1):4–12.
- Rokstad AMM. Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre. 2. utgave. Tønsberg: Forl. aldring og helse; 2005.
- Yeatts DE, Cready CM, Noelker LS. Empowered work teams in long-term care: strategies for improving out-comes for residents & staff. Baltimore: Health Professions Press; 2008.
- Johannessen A, Tuft PA, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- Mishler EG. Research interviewing: context and narrative. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1986.
- Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*. 2012;60(6):411–6.
- Ricoeur P. Interpretation Theory: Discourse and surplus of meaning. Fort Worth: Texas University Press; 1976.
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):145–53.
- Nordam A, Torjuul K, Sørli V. Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(10):1248–56.
- Tan, H., Wilson, A. & Olver, I. (2009). Ricoeur's Theory of Interpretation: an instrument for data interpretation in Hermeneutic Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(4): 1–15.
- Jakobsen, R., Sørli, V., Guttormsen, T. & Finstad, H. H. (2010). Å stå utenfor endringsprosesser på egen arbeidsplass. *Vård i Norden*, 30(3): 9–13.
- Morse JM. Qualitative generalizability. *Qualitative Health Research*. 1999;9(1):5–6.
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- Kuvaas B, Dysvik A. Exploring alternative relationships between perceived investment in employee development, perceived supervisor support and employee outcomes. *Human Resource Management Journal*. 2010;20(2):138–56.
- Spurkeland J. Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Kaufmann G, Kaufmann A. Psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
- Torp S, Grimsø A, Hagen S, Duran A, Gudbergsson S. Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*. 2012; June 11:1–10.
- Freire P, Berkaak OA. De undertryktes pedagogikk. Oslo: De norske Bokklubbene; 2003.
- Lichtwark B, Røen IM, Selbæk G. Multidisciplinary Intervention for challenging behavior in Nursing home patients with Dementia (MID). *International Psychogeriatrics*. 2011;23(5):921–38.
- Lichtwark B, Tverå A-M, Røen I. Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens: Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet; 2012.
- Morgendagens omsorg. Melding til Stortinget nr 29. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
- Suominen T, Härkönen E, Kukkurainen M-L. Perceived organizational change and its connection to the work-related empowerment. *Vård i Norden*. 2011;31(1): 4–9