

# Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

**Sykepleien**



**Kan livsglede for eldre løse  
utfordringer i eldreomsorgen?** Side 14–35



**GERIATRISK SYKEPLEIE** blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

**ANSVARLIG REDAKTØR**

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

**REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. Liv Halvorsrud, førsteamanuensis Høgskolen i Oslo og Akershus, HF – Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole. Gørill Haugan, PhD, førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

**ABONNEMENT**

Send bestilling til:  
Wivi-Ann Tingvoll  
wivi-ann.tingvoll@uit.no  
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

**ANNONSER**

Liv Inger Korsnes Nilsen  
Tlf. 90 06 71 42  
linilse@online.no

**HJEMMESIDE**

www.sykepleierforbundet.no/  
faggrupper/geriatri-og-demens

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

Barth Tholens  
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

**DESKJOURNALISTER**

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal  
Tlf. 90 60 87 79

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
Nina E. H. Hauge  
Sissel Hagen Vetter  
Monica Hilsen

**TRYKK:** Sörmlands Grafiska

**FORSIDEFOTO:** Mostphotos

**NESTE UTGAVE:** 12. februar 2018

**ANNONSERING**

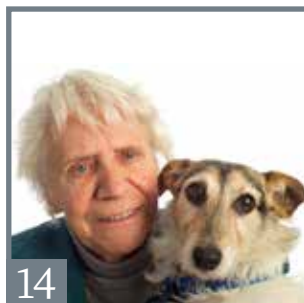
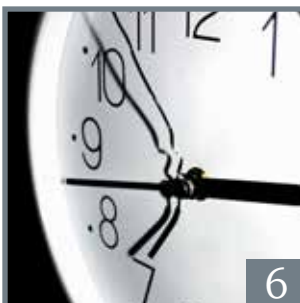
Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no

# Innhold



# 03 - 2017

- 3 Leder: Tor Engevik
- 4 Landsstyret
- 5 Gjesteredaktør:  
Gørill Haugan
- 6 Turnusens betydning  
for arbeidssituasjon  
og livskvalitet
- 14 Livsglede og  
self-transcendence
- 22 Er livsglede hjem  
noe for oss?
- 25 Ledelse i livsglede-  
hjemprosessen
- 30 Bedre  
arbeidsmetoder  
og holdninger
- 36 Program lands-  
konferansen





## FAKTA

**Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

## Trygghet og ro uten medisiner

**V**åren 2017 publiserte tidsskriftet BMC Geriatrics en forskningsartikkel som viste et urovekkende høyt forbruk av psykofarmaka ved norske sykehjem. Studien viste også at beboerne ble stående på disse medisinene lenge etter at symptom bildet hadde endret seg. Dette er alvorlig når vi vet at potensielle bivirkninger av denne medikamentgruppen blant annet er økt falltendens, kognitiv svikt, raskere progresjon av demenssykdom, økt risiko for slag og i ytterste konsekvens raskere død. Feil bruk av psykofarmaka resulterer i at den enkelte beboer påføres unødvendige helsebelastninger som i neste omgang gjør at det kreves mer ressurser til behandling, pleie og omsorg av dem. Sykepleier og postdoktor på Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU – Anne-Sofie Helvik – var med i forskerteamet som kartla vedvarende bruk av psykofarmaka ved norske sykehjem. Hun er førsteforfatter av artikkelen det henvises til ovenfor. Hun er helt klar på at det er behov for økt oppmerksomhet rundt legemiddelbruk for eldre. På spørsmål om årsaken til det høye bruket av psykofarmaka, sier hun at den er kompleks. Hun nevner både holdninger til eldre, kompetanse og kontinuitet, manglende systematisk kartlegging og observasjon av symptomer. Men Helvik fremhever lav bemanning, og tidsbegrensingen det i seg selv gir, som en vesentlig faktor.

**Gode tiltak**

Heldigvis finnes det også gode tiltak der legemidler ikke konsekvent er førstevalget for å dempe angst og uro, bedre søvn og behandle depresjon. Haugsåsen sykehjem i Skien

har gjennom målrettet arbeid klart å redusere legemiddelbruken til et minimum. Og det hele startet med visjonen «Hva om man kunne skape en avdeling hvor man levde i øyeblikket? Hvor rammene rundt hverdagen, både de fysiske og psykiske, ligger godt til rette for å skape gode øyeblikk, samfølelse og mestring». I bresjen sto fagsykepleier Caroline Boda Sakariassen og hennes sykepleierkollega Lina Kikut Welfer. Lina hadde klokkeetro på at en gjennom systematisk miljøterapi ville finne porten inn til den gamles identitet slik at hun eller han ville finne trygghet og ro uten medisiner. Faglig begrunnede miljøtiltak med individuell tilpasning ble iverksatt og de gode øyeblikkene ble fanget. På et år ble bruken av benzodiazepiner hos 20 beboere ved bokollektivet på Haugsåsen redusert til null. Lina Kilut Wefler er nå kåret til årets sykepleier i fagområdet geriatri og demens. Vi gratulerer en verdig prisvinner og flott representant for faget vårt. Vi anbefaler artikkelen «Bruk meg som en Sobril» av Lina Kikuy Wefler og Caroline Sakariassen som du finner i Geriatrisk sykepleie nummer 3/2016.

Vi minner også om faggruppens neste landskonferanse i Bergen den 19. og 20. april 2018. Det er en glede å kunne avsløre at Paal Njaalsunds foredrag om polyfarmasi er et av de mange gode innleggene du kan se frem til. Se lenke til programmet på våre hjemmesider: <https://www.nsf.no/Content/3543341/cache=20171609114128/Endelig%20Program%202018.pdf> eller scann QR-koden til høyre.



Vi håper å se nettopp deg på konferansen og ønsker deg en fin høst. ■



# Landsstyret NSF FGD 2017

### LANDSSTYRET

**Leder:**

Tor Engevik  
Mobil: 90 54 62 28  
e-post: tor.engevik@hotmail.no

**Nestleder:**

Hilde Fryberg Eilertsen  
Mobil: 90 10 43 23  
e-post: hildefryeil@hotmail.com

**Sekretær og styremedlem:**

Katrine Linnom Pedersen  
Mobil: 93 01 40 58  
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

**Styremedlem,**

**landskonferanseansvarlig:**  
Liv-Berit L. Jordal  
Mobil: 41 69 30 56  
e-post: livberitjordal@msn.com

**Styremedlem/redaktør:**

Wivi-Ann Tingvoll  
Mobil: 97 53 95 55  
e-post: wivi-ann.tingvoll@hin.no/vat@hin.no

**Styremedlem/kasserer:**

Elin Grønsvæen  
Mobil: 41 26 28 84  
e-post: elingroni@hotmail.com

**1. vara:**

Siren Anderassen  
Mobil: 97 83 42 88  
e-post: sirenandreassen@yahoo.no

**2. vara:**

Frank Eide  
Mobil: 99 32 15 76  
e-post: eidefrank@hotmail.com

**Nettsideansvarlig/****medlemskontakt:**

Gunhild Grythe  
Mobil: 92 08 56 91  
e-post: gunhil-g@online.no

**Facebookansvarlig:**

Ranveig Lie  
Mobil: 41 49 97 11  
e-post: ranveig6@online.no

### LOKALGRUPPELEDERE

**Hordaland:**

Terje Årsvoll Olsen  
Mobil: 97 69 26 20  
e-post: tao@broadpark.no

**Troms:**

Hilde Fryberg Eilertsen  
Mobil: 90 10 43 23  
e-post: hildefryeil@hotmail.com

**Vestfold:**

Katrine Linnom Pedersen  
Mobil: 93 01 40 58  
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

**Oppland:**

Kari-Ågot K Taralrud  
Mobil: 91 64 69 61  
e-post: k.taralrud@hotmail.com

**Buskerud:**

Heidi Hobbestad  
Mobil: 99 70 49 51  
e-post: heho7412@hotmail.com

**Østfold:**

Håkon Johansen  
Mobil: 90 85 06 70  
e-post: haaj4@online.no

**Oslo/Akershus:**

Christine Jærv Erkheim  
Mobil: 95 80 10 93  
e-post: christineeerheim@hotmail.com

**Trøndelag:**

Linda Vinje  
Mobil: 930 26 793  
e-post: lindavinje@hotmail.com

### KONTAKTPERSONER

**Agder:**

Kari Benneche Neteland  
e-post: karianne.benneche.neteland@sshf.no

**Rogaland:**

Ragnhild Kalstveit  
Mobil: 90 92 72 00  
e-post: r\_karstveit@hotmail.com

**Telemark:**

Sylvi Pedersen  
Mobil: 92 08 18 42  
e-post: sy-ped@online.no

**Nordland:**

Ann Iren Nikolaisen  
Mobil: 91108478  
e-post: ann.iren.nikolaisen@narvik.kommune.no

**Møre og Romsdal:**

Anne Merete Hage  
annmeha61@gmail.com

**Finnmark:**

Solfrid Nilsen Lund  
Mobil: 99 64 64 78  
e-post: so-ni-lu@online.no

**Hedmark:**

Renate Andersen  
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes  
i Sogn og Fjordane

**Vitenskapelig tidsskrift**

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: [www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens](http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens)



FAKTA

**Gørill Haugan**

Sykepleier, PhD,  
professor, Institutt  
for samfunnsmedisin  
og sykepleie, NTNU

# Livsgledesertifisering – kvalitet og endring i sykehjem

**A**rtikkelen «Turnusens betydning for sykepleieres arbeidssituasjon og livskvalitet i sykehjem» er basert i en kvalitativ studie i sykehjem med fokus på turnusens betydning for sykepleieres generelle livskvalitet. Vakter med utstrakt bruk av ufaglærte vikarer hvor sykepleieren derfor har mye ansvar alene, samt følelsen av å være «dobbeltarbeidende», påvirker sykepleierenes livskvalitet. Tilretteleggelse av turnus kan utgjøre en klok strategi med tanke på fremtidig rekruttering av sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmene.

Sykehjemmene skal sørge for pasientenes kroppslige, mentale, sosiale, emosjonelle og åndelige velvære. Vår regjeringens innovasjonsstrategi for mer helhetlig omsorg i sykehjemmene inkluderer blant annet sertifiseringsordningen «livsgledesykehjem». Hensikten er å styrke den aktive omsorgen og øke fokus på sykehjempasienters sosiale og kulturelle behov og velvære.

Men – ingen evidens eller teori om livsglede i denne populasjonen foreligger. Den andre vitenskapelige artikkelen fokuserer på livsglede, og er basert i 29 dybdeintervju med 29 sykehjempasienter. Tidligere forskning har dokumentert at self-transcendence og velvære er høyt korrelert hos sykehjempasienter. Dermed spør denne studien: «Livsglede og self-transcendence hos sykehjempasienten – to sider av samme sak?». Artikkelen bidrar med kunnskap om hva livsglede for eldre i sykehjem er, og presenterer kunnskap om livsglede og «self-transcendence» i lys av hverandre som nært relaterte fenomen hos eldre i sykehjem. Funnene indikerer at livsglede kan være uttrykk for «self-transcendens».

Sykehjem over hele landet anvender mye ressurser og gjør en stor innsats for å bli sertifisert som livsgledesykehjem. To fagartikler med fokus på livsgledesertifisering er inkludert i denne utgaven av Geriatrisk sykepleie. «Er dette noe for oss?» spør virksomhetsleder ved Mørkved sykehjem i Bodø, mens avdelingsleder ved Hamborgstrøm bo- og servicesenter fokuserer på «Ledelse i livsgledehjemprosessen». Lederrollen i sykehjem representerer unike muligheter for videreutvikling av sykehjemsomsorgen. Livsgledesertifiseringen bidrar til å forsterke oppmerksomhet og innsikt med tanke på å skape et meningsfylt innhold i dagen, evaluering og dokumentasjon.

Livsgledesertifiseringens struktur systematikk er viktig og oppfattes som et konstruktivt og meningsfylt styringsredskap for selve implementeringen og fremdriften. Denne satsingen gir mulighet for å sette individet og dets behov i fokus, og derved øke kvaliteten på omsorgen i sykehjemmet. Økt kvalitet gir økt arbeidsglede.

Sykehjemmene Mørkved og Hamborgstrøm viser til positive erfaringer med livsgledesertifiseringen; men «medfører livsgledesertifisering bedre arbeidsmetoder og holdninger i sykehjem?» Dette er tittelen på den tredje vitenskapelige artikkelen som viser at implementeringsprosessen av livsglede påvirker personalets arbeidsmetoder og holdninger. Sertifiseringsprosessen bidrar til å endre arbeidsrutiner og personalets holdninger. Betydningen av livsgledearbeidet utvikler seg over tid; jo lengre et sykehjem har vært sertifisert, jo mer nytte har sykehjemmet av livsgledekonseptets systematikk og arbeidsmetoder. ■



# Hva betyr turnus for arbeidssituasjon og livskvalitet?

Flere studier har kartlagt negative påvirkninger på ansattes liv som følge av turnusarbeid, men det har vært lite oppmerksomhet rundt variabelen livskvalitet. Denne studiens resultater demonstrerer hvordan svakheter i turnusplanlegging i sykehjem påvirker sykepleierens livskvalitet negativt.

## FAKTA

Av Stine Hauvik, Høgskolelektor, bachelorsgradutdanning i sykepleie, Høgskolen i Molde

Gørill Haugan, Ph.d./professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Norge er det forventet at antallet personer over 80 år vil øke til omlag 500 000 i 2050 (1-2), i tillegg vil forventet levealder øke til cirka 87 år i 2016. Behovet for helsehjelp vil øke betraktelig fra fylte 80 år (3). Samtidig øker terskelen for å få tildelt sykehjemsplass. I sum medfører dette at pasienter vil være sykere enn tidligere ved innleggelse i sykehjem (4). Morgendagens sykehjemspasient vil generelt ha mer komplekse sykdomstilstander som krever høy sykepleiefaglig kompetanse.

Kvaliteten i sykehjemsomsorgen avhenger blant annet av at sykehjemmene rekrutterer og beholder sykepleiefaglig kompetanse, arbeidsmiljø og mestringsevne for ansatte i sykehjem (5). En sykepleier som opplever livskvalitet på jobb vil utføre høy kvalitet i arbeidet og vil kunne ivareta helsefremmende pleier-pasient-interaksjon bedre (6).

Flere norske kommuner strever med å rekruttere

på sykepleierne (4,7-8). Som konsekvens av økt arbeidspress og lav bemanning (9), oppleves sykepleieryrket i sykehjem fysisk og psykisk belastende (10-12). Kunnskap om sykepleieres opplevelse av arbeidshverdagen og turnusarbeidet er viktig når man ønsker å rekruttere og beholde sykepleiekompetanse i sykehjemmene (13). Denne studien retter søkelyset mot hvordan sykepleiere i sykehjem opplever turnusarbeidets innvirkning på deres livskvalitet.

## Turnus i sykehjem

Turnus innebærer ofte lange og uregelmessige vaktordninger med ubekvem arbeidstid. Sykepleiere arbeider kveldstid, helger og i høytider (13-14), noe som innebærer at sykepleieren må tilpasse sitt øvrige liv til arbeidslivet (15). Studier viser at sykepleieres turnusarbeid påvirker deres livskvalitet (16-20). Faktorer som arbeidsmiljø, arbeidsbelastning, vaktansvar og ubekvem arbeidstid har betydning for sykepleieres arbeidstilfredshet og generelle livskvalitet (15, 18, 20-26). Samtidig er arbeidsmiljøvernlovens formål blant annet «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon» (27).

Livskvalitet som begrep er basert på individuelle opplevelser og erfaringer mennesker gjør gjennom livet (28-29), på menneskers personlige opplevelse av livet som godt samt å kunne føle glede (30-31). Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som både et subjektivt og flerdimensjonalt begrep;

«(...) livskvalitet er enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kulturen

## «Studier som omhandler turnusarbeid blant sykepleiere er for det meste utført i sykehus.»

og beholde sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmene. En årsak kan være belastninger relatert til sykepleierens turnusarbeid i sykehjem: Mer ufaglært personell benyttes ved mangel på faglært personell, slik økes det faglige ansvaret og belastningen





### Sammendrag

**Bakgrunn:** Tidligere forskning viser at turnusarbeid påvirker sykepleieres livskvalitet. Videre er ansattes opplevelse av sin arbeidssituasjon viktig for trivsel, fungering og dermed for kvaliteten på helsetilbudet som gis. Kvalitet er også avhengig av kompetanse. Generelt arbeider få sykepleiere i norske sykehjem, og man strever med å beholde den sykepleiekompetansen man har i sykehjemmene.

**Hensikt:** Denne studiens fokus er turnusens betydning for sykepleieres generelle livskvalitet, hvor norske sykehjem er kontekst.

**Metode:** Studien står i en fenomenologisk forskningstradisjon; data er samlet inn ved semistrukturerte intervju med 8 av 11 sykepleiere som fylte inklusjonskriteriene. Informantene representerer tre av fire sykehjem i en norsk kommune. Data ble analysert ved bruk av Amadeo Giorgis fenomenologiske analysemetode.

**Resultat:** Resultatene viser at vakter med utstrakt bruk av ufaglærte vikarer, hvor sykepleieren derfor har mye ansvar alene, samt følelsen av å være «dobbelarbeidende», påvirker sykepleierens livskvalitet. Videre ga en forutsigbar turnus mindre negativ påvirkning på sykepleierens livskvalitet enn ufrivillig deltid.

**Konklusjon:** Tilretteleggelse av turnus slik at den i mindre grad påvirker sykepleieres livskvalitet negativt kan utgjøre en klok strategi med tanke på fremtidig rekruttering. Mindre bruk av ufaglærte på ubekvemme vakter vil bidra til bedre arbeidslivskvalitet for sykepleiere.

**Nøkkelord:** Turnusarbeid, livskvalitet, sykepleiere, sykehjem, kvalitativ

### Summary

**Nursing-Home Nurses' Quality of Life and Work Situation Are Influenced by "turnus"**

**Background:** Shift-work is shown to affect employees' quality of life. An individual's experiences of his/her work situation are an important aspect of quality of life, and will affect the quality of the care nurses provide. Quality of care are dependent of nurses expertise. There are already too few nurses working in Norwegian nursing home today.

**Aim:** This article provides knowledge about how nurses employed in nursing homes experience that working shifts affect their quality of life.

**Method:** This phenomenological study was based in semi-structured interview data from 8 out of 11 nurses who fulfilled the inclusion criteria. The informants represent three out of four NHs in a municipality in Mid-Norway. The data were analyzed using Amadeo Giorgi's phenomenological method of analysis.

**Results:** Disagreeable shifts signifying a high level of nurse responsibilities, overuse of unskilled staff, and the feeling of "working double-shifts" negatively influenced on nurses' quality-of-life.

**Conclusion:** A predictable rotation schedule gave less negative impact on nurses' quality of life than involuntary part-time work. Less use of unskilled staff on disagreeable shifts will increase nurses work related quality of life.

**Keywords:** Shift-work, quality of life, nurses, nursing home, qualitative

### LIVSKVALITET:

Hensikten med studien er å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere ansatt i sykehjem opplever at deres arbeidssituasjon i turnus påvirker deres livskvalitet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos





og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker at livet skal være og hva de er opptatt av» (32).

Den enkeltes livskvalitet påvirkes av dimensjoner eller livsområder som dominerer i den enkeltes hverdag (28). Voksne tilbringer mange av døgnets timer på jobb. Følgelig er arbeidslivet et sentralt livsområde som påvirker hvordan mennesker opplever livet og sin livskvalitet (14).

Studier som omhandler turnusarbeid blant sykepleiere er for det meste utført i sykehus (26, 33–36). Få studier med fokus på sykepleiere i sykehjem samt hvordan turnusarbeid påvirker deres livskvalitet finnes. Vi har kun funnet noen få studier med fokus på livskvalitet i sammenheng med turnusarbeid i sykehjem (7, 37). Det eksisterer med andre ord et kunnskapsgap. Selv om funn fra sykehus kan ha noe overføringsverdi til sykehjem, finnes klare forskjeller relatert til turnusordninger, ansvarsområder, grunnbemanning og fysisk belastning. Ansvarsnivået er ofte langt høyere i sykehjem enn i sykehus, mens bemanningsfaktoren er langt lavere.

Mot denne bakgrunnen er denne studiens hen-

## «Begge forskerne er sykepleiere med erfaring fra turnusarbeid i sykehjem.»

sikt å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere ansatt i sykehjem opplever at deres arbeidssituasjon i turnus påvirker deres livskvalitet.

### Metode

Data er samlet inn ved kvalitative semistrukturerte intervju og analysert ved hjelp av Giorgis deskriptive analysemetode (38–40). Studien stiller seg i en fenomenologisk forskningstradisjon. Her er man ute etter å trenge bak faglig etablerte utlegninger, og gjennom analyse danne et bilde av fenomenet: Sykepleierens spontane og nære hverdagsopplevelser, og hvordan turnusarbeid påvirker deres generelle livskvalitet.

### Utvalg og rekruttering

Tre av fire sykehjem i en kommune på Nord-Vestlandet deltok. Kommunalsjef for helse og omsorg samt sykehjemmenes ledelse ga tillatelse til å gjennomføre studien, som ble vurdert som ikke-fremleggspliktig av

**TABELL 1:** Inklusjonskriterier for deltakelse

▪ Deltakere i studien må være utdannet sykepleier.
▪ Deltakere i studien må arbeide ved sykehjem, i en avdeling beregnet for langtidspasienter.
▪ Deltakere i studien må arbeide i tredelt-, todelt- eller nattevakts turnus.
▪ Deltakere i studien må være gift, samboende eller aleneboende med barn.

REK. NSD ga konsesjon for oppbevaring av persondata (prosjektnr. 33001). Skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet ble gitt til ledelsen på hvert sykehjem. Enhetsleder ga skriftlig informasjon med forespørsel om å delta til alle sykepleiere ved sitt sykehjem. Inklusjonskriteriene (tabell 1) samt informantenes rettigheter var presisert i informasjonsskrivet. Informanten tok selv kontakt med forsker, og sendte signert samtykkeskjema i frankert svarkonvolutt. Deretter tok forsker kontakt med informantene. Åtte sykepleierne ble inkludert i studien; fire sykepleiere over 45 år, og fire sykepleiere under 45 år. Informantene representerte alle de tre sykehjemmene.

### Datainnsamling og analyse

Førsteforfatter gjennomførte vinteren 2013 åtte semistrukturerte intervju som varte mellom 1,5–2 timer. Intervjuguide ble anvendt. Data ble registrert på lyd-bånd, ordrett transkribert og oppbevart utilgjengelig for andre enn forfatterne. Data ble anonymisert og den enkelte deltakers integritet ble ivarettatt. Tabell 2 viser et eksempel på stegene i analyseprosessen. Informantenes subjektive opplevelser av turnus relatert til egen arbeidssituasjon og livskvalitet ble systematisk strukturert til meningsbærende fortetninger av tekst (38–40).

Begge forskerne er sykepleiere med erfaring fra turnusarbeid i sykehjem. Deres forforståelse innebar blant annet at turnusarbeid delvis påvirker sykepleierens livskvalitet negativt. Forforståelsen ble bevisst satt i parentes under innsamling og analyse av data. Informantenes livsverden ble presentert uten at forskeren introduserte sin tolkning som fasit (38–44).

### Resultat

#### Sykepleierens turnusarbeid – kilde til negativt stress

Turnusarbeid er en utbredt arbeidsordning i vårt



**TABELL 2:** Eksempel på trinnene i analyseprosessen

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Å skaffe seg en helhetsforståelse	Å identifisere meningsbærende enheter	Å transformere meningsbærende enheter	Å sammenfatte transformerte meningsbærende enheter
Turnus gir fleksibilitet	«Jeg gikk frivillig ned i 50 prosent stilling fordi jeg ville min minste skulle få et roligere år før skolen, og vi hadde jo råd til det. Tok litt ekstra seinvakter da.»	Frivillig deltid Økonomisk stabilitet	Forutsigbarhet vs. ufrivillig deltid

samfunn. Studien viser store individuelle forskjeller på hvordan mennesker lar seg påvirke av denne måten å arbeide på. Hvordan en har det på arbeid vil ha stor innvirkning på hvordan den enkelte opplever og vurderer sin generelle livskvalitet.

#### Alene om ansvaret – en kilde til uro og utmattelse

Å være eneste sykepleier på en sykehjemsavdeling ble opplevd som kilde til stress, usikkerhet, psykisk og fysisk utmattelse. Fire av sykepleierne fortalte at de ofte opplevde å være alene om det faglige ansvaret på sin avdeling, i tillegg til ansvar på andre avdelinger. Ansvaret ble opplevd som negativt, og kunne tidvis oppleves som nesten uoverkommelig:

«Jeg har sagt fra at jeg ikke vil være alene som sykepleier på huset lenger, jeg føler meg ikke i stand til det lenger rett og slett (...). Jeg ser jo det når jeg arbeider 50 prosent får jeg ikke pleiekontinuiteten på samme måte».

Ubekvemme vakter på kvelder, i helger og høytider hadde ofte få sykepleiere på vakt og et overtall av ufaglært personell på jobb. Den faglige forsvarligheten ble derfor en utfordring, og påvirket informantenes livskvalitet mens de var på jobb. Det faglige ansvaret for sykehjemmet lå ofte på den ene sykepleieren som hadde vakt. Engstelsen kom gjerne flere dager før man skulle arbeide faglig utfordrende vakter. Følelsen av usikkerhet og uro påvirket den generelle livskvaliteten til sykepleieren, også utover de timene sykepleieren fysisk var på arbeid:

«Jeg følte ansvaret som veldig stort (...) Det tok lang tid før jeg greide å legge fra meg jobben når jeg var ferdig på en vakt da ... og stole på at andre skulle ta over ansvaret for mine pasienter ... at de greide å gjøre alt det de skulle gjøre. Det er når man legger seg etter vakta at disse tankene kommer». Flere av sykepleierne snakket om å være «dobbelarbeidende»:

«Jeg tror tradisjonen med at sykepleieren gjør alt som hjelpepleieren gjør i tillegg til alt som sykepleieren må gjøre, har fått litt grobunn i Norge. Sånn at når hjelpepleierne er ferdig og sitter og drikker kaffe, springer sykepleieren rundt og gjør sykepleieroppgaver. Det blir som en dobbelt arbeidsdag det».

Informantene uttrykte bekymring for fremtidig rekruttering til sykepleieryrket, når turnus er en kilde til engstelse, belastning og negativ påvirkning på deres og familiens livskvalitet:

«Når man var nyutdannet, og den stolthetsfølelsen man har da ... den har faktisk blitt litt visket bort etter hvert ... det synes jeg er litt skummelt ... Det skremmer meg litt faktisk ... for at ... litt på grunn av det der jaget om at du skal gjøre så og så mye på så kort tid ... tidsklemma ... og du står ofte så alene ... Man har ansvaret for så mye».

#### Ubekvem arbeidstid i høytider – kilde til engstelse og mistriksel

Å arbeide på helligdager ble beskrevet som spesielt belastende for informantene. Denne studien avdek-

## «Informantene uttrykte bekymring for fremtidig rekruttering til sykepleieryrket.»

ket at måten helligdagsturnusene var lagt opp på varierte mye mellom de tre sykehjemmene. Noen av sykehjemsavdelingene hadde ikke en spesiell helligdagsturnus, og ansatte kunne ende opp med seinvakt på julaften hvert år. En kollega hadde arbeidet seinvakt på julaften sju år på rad. Andre sykehjemsavdelinger hadde en form for helligdagsrotasjoner, for å sikre at ikke samme person måtte gå eksem-



pelvis seinvakt på julaften hvert år. To informanter fortalte at det kun var seinvakt på julaften og nyttårsaftnen som var unntakene i deres helligdagsturnus, og at det kun var de to vaktene som ble rotert på. Flere fremhevet at det var umulig å ta ut ferie i helligdagsperiodene.

«Angående jul og påske og slik burde kanskje turnus vært delt opp slik at hvis man jobbet første halvdel og omvendt til neste år da ... En egen helligdagsturnus sånn som man gjør med sein- og tidlig sommerferie ... For vi kan jo ikke reise noen steder når det er slik som det er i dag.»

### Turnus gir forutsigbarhet

Til tross for beskrivelser av hvordan ubekvemme arbeidstider påvirker ansatte, fortalte flertallet av informantene at forutsigbarheten med en fast turnus

mange da man hele tiden må være på «tilbuds-siden», som en informant uttrykte det. Den økonomiske uforutsigbarheten ved «vaktshoppings-turnus», hvor man ikke vet hva man tjener hver måned, hadde negativ innvirkning på den generelle livskvaliteten. Det er «greit å vite hva man har å rutte med hver måned»:

«Best å ha en fast turnus, ja. Det er så greit å ha noe å forholde seg til ... Når du går og tar tilfeldige vakter har du jo ingen fast inntekt ... ingen forutsigbarhet.»

«Når ungene var små var det trangere økonomisk ... det er jo slik det er ofte det ... Man skal etablere seg og har større lån og slike ting ... Jeg arbeidet ikke fast da ... Jeg jobbet når jeg kunne liksom ... Alt blir mye mer usikkert når man ikke vet om man har i inntekt hver måned.»

Informantene var opptatt av problemet med ufrivillig deltid versus frivillig deltid innenfor helsevesenet. Alle bekreftet at de hadde startet i svært små stillingsbrøker og arbeidet seg opp til et ønsket nivå. På intervjudispunktet var alle informantene ansatt i stillinger mellom 80–100 prosent. Imidlertid var det kun én ansatt med 100 prosent stilling som gikk i sin stillingsbrøk. Fem informanter hadde permisjon fra deler av sin stilling grunnet helse eller familiære anliggende, mens to informanter ansatt i stillingsprosenter mellom 80–90 prosent gikk i hele sin stillingsbrøk. To informanter som hadde permisjon fra deler av sin stilling, var eldre enn 45 år. Flere beskrev perioder hvor de hadde valgt å tre ut av sykepleieryrket på grunn av vansker med å opprettholde en akseptabel hverdag og god livskvalitet for seg og familien samtidig som de arbeidet som sykepleier i sykehjemmet. Arbeidsdagen ble rett og slett for krevende i kombinasjon med livet for øvrig, i tillegg til usikkerheten og uroen rundt ansvarsoppgaver.

Denne studiens resultater demonstrerer hvordan svakheter i turnusplanlegging i sykehjem negativt påvirker sykepleiernes livskvalitet. Figur 1 skisserer et oversiktsbilde av studiens hovedfunn; ubekvemme vakter (kveld, helg, helligdager) medførte at sykepleierne oftest jobbet sammen med ufaglærte og vikarer, og dermed var alene med det faglige ansvaret. De erfarte stor usikkerhet og belastning som følge av dette, og redusert livskvalitet og trivsel på jobb.

### Diskusjon

Faglig ansvar for flere avdelinger i tillegg til for lav grunnbemanning ved egen avdeling, var kilde til negativ påvirkning på sykepleieres generelle livskvalitet i denne studien. Flere av informantene fortalte

---

## «Arbeidsdagen ble rett og slett for krevende i kombinasjon med livet for øvrig.»

---

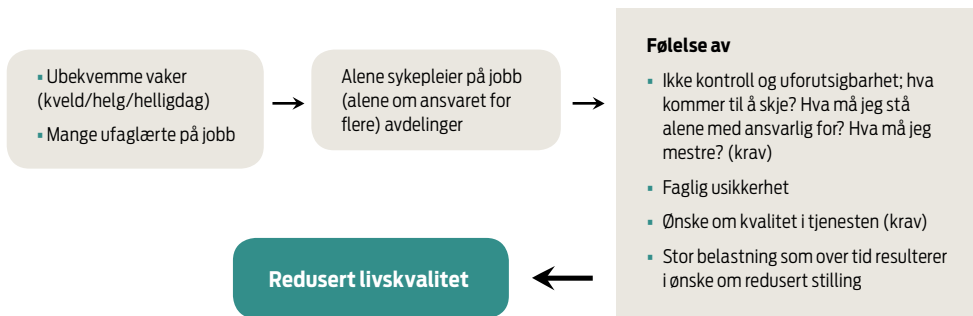
tross alt var bedre enn usikkerheten med å kun jobbe som vikar. Turnus representerer oversikt slik at man i god tid forut vet når man skal jobbe, når man har fri, samt muligheten for å skaffe seg fri ved behov. En fast 6-ukers turnus i rotasjon gir ansatte noe å forholde seg til. Både å skaffe barnevakt og bytte vakter er lettere jo lengre tid man har til å planlegge. Spesielt komplisert var det når begge foreldrene hadde turnusarbeid. Dette gjaldt flere informanter:

«For mitt vedkommende påvirker turnus livskvaliteten ... jeg har en samboer som også arbeider i turnus, vi har barn ... og av og til er det ganske vanskelig å få endene til å møtes. Man må bytte vakter og slik ... barna hit og dit. Turnus har på en måte stor innvirkning på livene våre.»

«Alt må planlegges i god tid. En gang skulle vi i bryllup, begge hadde arbeidshelg. Selv om vi visste det måneders i forveien ble det masse styr å få byttet helg for begge to.»

### «Vaktshopping» – ufrivillig deltid skaper uro via uforutsigbarhet/ved å øke «alenehet»

Flere informanter fortalte at uten fast turnus, eller en for lav stillingsbrøk å forholde seg til, er mange avhengig av «vaktshopping». Dette oppleves stressende for



**FIGUR 1:** Hvordan svakheter i turnusplanlegg kan påvirke sykepleieres livskvalitet.

at det var negativt å ha et stort faglig ansvar alene. Flere av de eldste sykepleierne (over 45 år) fortalte at de opplevde en større faglig usikkerhet enn yngre sykepleiere. Dette resulterte i at de var urolig før de vaktene de visste de hadde fullt fagansvar for. Å grue seg forut for jobb sammen med følelsen av ikke-mestring, reduserte livskvaliteten betraktelig. Helsepersonellovens §4 (45) beskriver ansvaret hver enkelt fagutøver har i forhold til faglig forsvarlighet og hva som er leders ansvar. Blant annet skal leder respektere arbeidstakerens meninger om egne faglige begrensninger, og sørge for tilstrekkelig personell på vakt med rett kompetanse. Arbeidsgivers plikt omfatter også tilbud om videreutdanning eller opplæring hvis arbeidstakere føler seg usikker på oppgaver de i sin stilling kan forvente å måtte påta seg (46).

Forskning med fokus på arbeidsstress viser at for stort ansvar, uklare roller, følelsen av å være overarbeidet eller mangel på kompetanse kan føre til indre konflikt hos ansatte og dårlig arbeidsmiljø (8, 47–48). Prosjektet «morgendagens sykehjem» viste at ansatte følte høyere grad av arbeidsrelatert livskvalitet etter at de ulike «arbeids- og ansvarsrollene» ved hver vakt var spesifisert og utdypet. En sykepleier i prosjektet uttalte: «Jeg har fått definert tid og ansvar for å gjøre det jeg skal gjøre. Jeg vet bedre mitt ansvar som sykepleier. Det er en god følelse» (49). Flere utdypet også at de hadde fått en ny forståelse for hvilke ansvarsområder hver faggruppe hadde, og at det i den forbindelse var lettere å samarbeide; dette ga et bedre arbeidsmiljø. Lederne som deltok i prosjektet så behovet for å ha vaktansvarlig sykepleier på de ubekvemme vaktene «frikjøpt» fra pleiansvar, for å skape en bedre ansvarsfordeling

(49). Dette kan bidra til å lette sykepleieres følelse av å være «overarbeidet».

Arbeid på helg og helligdager ble beskrevet som spesielt belastende for informantenes livskvalitet. Følelsen av å måtte dra på jobb når «alle andre» hadde fri og kunne nyte familiekos var negativt for sykepleierne generelle opplevelse av livskvalitet. Forskning viser at sykepleiere som arbeider i roterende turnus opplever mindre grad av tilfredshet enn dem som arbeider en tradisjonell arbeidsuke (25). Samtidig vil antall frihelger per måned ha stor innflytelse på opplevd livskvalitet hos sykepleiere (18).

Mangel på gode helligdagsturnuser og manglende mulighet til å ta ut feriedager i høytider ga sykepleierne en følelse av avmakt og lite kontroll. Dette er i tråd med tidligere forskning (20, 22, 50). Studiens funn finner støtte i forskning som indikerer at arbeidstakere som opplever lav grad av beslutningsrett, høye arbeidskrav samt lite sosial støtte fra leder, har økt risiko for dårlig helse og lavere livskvalitet (8, 24).

Flere sykepleiere velger å gå ned i stillingsprosent eller trå ut av turnuslivet for å skape en mer stabil og normert hverdag for seg og sin familie, og samtidig øke sin egen og familiens livskvalitet. Forskning indikerer at en relativt stor andel av yngre sykepleiere ønsker å forlate sykepleieryrket, og at en av årsakene er mangel på kontroll over egen arbeidstid og sosial støtte fra leder (26). Norge har konstant mangel på sykepleiere, og statistikk forteller oss at mangelen vil øke med årene. Fra 1. juli 2015 ble arbeidsmiljøloven endret. Det åpnes for lengre vakter, mer overtid og helligdagsarbeid, midlertidige ansettelses uten vilkår,

og mindre makt til tillitsvalgte (51). Regjeringens hensikt er å skape toveis fleksibilitet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og å fjerne uønsket deltid (52). Arbeidsgiverorganisasjonenes ønske om å gå tilbake til arbeid annenhver helg i turnus for å løse problemet med mangel på sykepleiere, vil ifølge informantene i denne studien skape ytterligere flukt fra yrket og skade fremtidig rekruttering, gjennom å ytterligere redusere sykepleierens livskvalitet.

Norsk sykepleierforbunds (NSF) arbeidstidspolitikk har «Heltid en rettighet – deltid en mulighet» som en kampsak, og arbeider for at sykepleierstillinger i utgangspunktet bør utlyses som hele stillinger, men at deltidarbeid må være et reelt valg. NSF anerkjenner dermed at sykepleiere kan ha helse- eller sosiale forhold som i perioder kan gjøre 100 prosent turnus vanskelig (53). Dette finner støtte i tidligere forskning (7, 21, 37, 54). Statistikk viser at 11 prosent av sykepleierne arbeider deltid fordi jobben oppleves for

lig før de skal på de ubekvemme vaktene, og føler større trygghet og mestring i situasjonen, noe som vil fremme deres livskvalitet. Arbeidsgiver får samtidig tryggere og mer fornøyde ansatte som trives og opplever høyere grad av livskvalitet. Resultatet blir dermed høyere grad av faglig forsvarlig praksis.

Flere studier har tatt sikte på å kartlegge negative påvirkninger på ansattes liv som følge av turnusarbeid, men variabelen livskvalitet er i liten grad inkludert i studier med fokus på turnusarbeid blant sykepleiere. Flere temaspesifikke forskningsstudier som omfatter turnus og dens påvirkning på sykepleierens livskvalitet er derfor nødvendig. Sykepleiere ansatt i sykehjem er i tillegg underrepresentert i forskning. ■

## Referanser

1. St.meld. 47/2008-2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
2. St.meld. 29/2012-2013. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman N. (2016). Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3:25-36.
4. Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. Rapport 12/2011. Oslo: Fafo.
5. André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T. & Ringdal, G. I. (2013). The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 28(3):449-457.
6. Haugan, G. (2014) Helsefremmende interaksjon. I Haugan G & Rannestad T (2014) Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Cappelen Damm Akademisk, Oslo
7. Ingstad, K. & Kvande, E. (2011). Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? Søkelys på arbeidslivet 28(1-2):42-55.
8. Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport 6/2016. Oslo: NOVA.
9. Moland, L. E. (2009). Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstakere, arbeidsgiver og tjenestetilbud. Fafo-rapport 15. Oslo: Fafo.
10. Abrahamsen, B. (2000). Deltid – en tilpasning til belastningene i yrket. *Sykepleien* 88(9):52-56.
11. Abrahamsen, B. (2002). Heltid eller deltid? Kvinners arbeidstid i kvinnehjem og mennsdominerte yrker. Rapport 6/2002. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
12. Halvorsen, A., Lysgård, H. K. & Olsen T. (2002). Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problem. Om tidlig avgang fra arbeidslivet. FoU-rapport 4/2002. Kristiansand: Agderforskning.
13. Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P & Lavie P. (2006). Shift Work in Nursing: Is it really a risk factor for Nurses' Health and Patients' Safety? *Nurses' Economics* 26(4):250-257.
14. Flo, E., Magerøy, N., Moen, B. E., Pallelsen, S. & Bjorvatn, B. (2011). Nattarbeid gir helseproblemer. *Sykepleien* 99(13):70-72
15. Kleiven, M. (2006). Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
16. Bratås, O. (2001). Jobbtillfredshet på intensivavdeling – en kvalitativ studie av jobbtillfredshet blant intensivsykepleiere og sykepleiere i intensivavdelinger. Hovedfagsoppgave. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, Trondheim.
17. Cimete, G., Gencalp, N.S. Keskin, G. (2003). Quality of Life and Job Satis-

## «Hvordan turnus planlegges har stor betydning for om ansatte greier å arbeide 100 prosent.»

krevene, mens 9 prosent allerede arbeider deltid på grunn av egen sykdom/nedsett helse (55). Siden arbeidstakere ikke er en homogen gruppe, må livssituasjon tas i betraktning (56). Forskere foreslår mer delaktighet og selvbestemmelse fra arbeidstakeren med muligheter for individuell tilretteleggelse og ønsketurnus (7, 15, 24, 57). Deltidsansatte «legger seg ut av en del ting», som kan gi økt belastning for faste ansatte ved avdelingene; pasienttiltak kan bli glemt, og viktig informasjon som man kun får tilgang til ved kontinuerlig observasjon, kan bli oversett (58).

### Konklusjon

Hvordan turnus planlegges har stor betydning for om ansatte greier å arbeide i 100 prosent stilling eller ikke. Et problem vedrørende turnus som i stor grad påvirket informantenes livskvalitet var seinvakter og helg-/helligdagsvakter med få sykepleiere og mange ufaglærte vikarer på jobb. Den lave sykepleierdekningen på ubekvemme vakter opplevdes av noen som uforsvarlig for driften. Et bedre turnussystem synes derfor hensiktsmessig for alle parter. De ansatte slipper å være engste-

- faction of Nurses. *Journal of Nurses Care Quality* 18(2):151-158.
18. Ruggiero, J. S. (2005). Health, Work Variables, and Job Satisfaction Among Nurses. *Journal of Nursing Administration* 35(5):254-263.
  19. Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y., Cheng, Y. & Suzuki, M. (2006). Factors Associated with Work Satisfaction of Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 38(1):71-79.
  20. Sveinsdóttir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20:229-237.
  21. Bondevik, K., Haukenes, I. & Moen, B. E. (2006). Er helsemessige og sosiale konsekvenser av helkontinuerlig skiftarbeid og turnusarbeid forskjellig? Rapport 1/2006. Universitetet i Bergen: Seksjon for arbeidsmedisin.
  22. Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J. & Muntaner, C. (2006). How Long, and How Much are Nurses Now Working. *American Journal of Nursing* 106(4):60-71.
  23. Argentero, P., Miglioretti, M. & Angilletta, C. (2007). Quality of Work Life in a Cohort of Italian Health Workers. *Giornale Italiana di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 29(1):A50-A54.
  24. Lau, B. (2011). Arbeid. I: Næss, S., Mørum, T. & Eriksen, J. *Livskvalitet – Forskning om det gode liv*. (red.) s.214-225. Bergen: Fagbokforlaget.
  25. Hoffmann, A. J., Scott, L. D. (2003). Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *Journal of Nursing Administration* 33(6):337-342.
  26. Unruh, L. & Zhang, N. J. (2013). The role of work environment in keeping newly licensed RNs in nursing: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 50:1678-1688.
  27. Arbeidsmiljøloven (§1-1a). Hentet 23.10.16 fra: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL\\_1](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1)
  28. Rustøen, T. (2001). Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren? Oslo: Gyldendal Akademiske.
  29. Næss, S., Mastekaasa, A., Mørum, T. & Sørensen, T. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. Rapport 3/2001. Oslo: NOVA.
  30. Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of Happiness*. Martinus Nijhoff, The Hague.
  31. Rannestad, T. (2014). Livskvalitet. I: Haugan, G. og Rannestad, T. (red). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. s. 52–62. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
  32. Verdens helseorganisasjon (WHO). (1997). WHOQOL – Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. World health organization. Hentet 22.09.16 fra: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
  33. Shao, M., Chou, Y., Yeh, M. & Tzeng, W. (2010). Sleep Quality and Quality of Life in female Shift-working Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(7):1565-1572.
  34. Hasson, D. & Gustavsson, P. (2010). Declining Sleep Quality Among Nurses: A population-based four-year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life. *PLoS ONE* 5(12):1-6.
  35. Zencirci, A.D. & S. (2011). Morning-Evening type and Burn-out Level as Factors influencing Sleep Quality of Shift Nurses: A Questionnaire Study. *Croatian Medicine Journal* 52:527-532.
  36. Clendon, J. & Walker, L. (2013). Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work. *Journal of Nurses Management* 21:903-913.
  37. Ingstad, K. & Kvande, E. (2010). Må sykepleieryrket være et deltidsyrke? *Nordisk sygeplejeforskning* 1(3):206-218.
  38. Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red.) *Phenomenology and Psychological Research*. s.8-22. Pittsburgh: Duquesne University Press.
  39. Giorgi A. (1985). The Phenomenological Psychology of Learning and the Verbal Learning Tradition. I: A. Giorgi (red.) *Phenomenology and Psychological Research*. s. 23-85. Pittsburgh: Duquesne University Press.
  40. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3 utg. Universitetsforlaget, Oslo.
  41. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publishing.
  42. Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
  43. Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.
  44. Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
  45. Helsepersonelloven (§4). Lastet ned 25.09.16 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
  46. Norsk Sykepleierforbund (NSF). (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. 3. utg. Oslo: NSF
  47. Schabracq, M. J., Cooper, C. L. & Winnubst, J. A. (2003). Introduction. I: Schabracq MJ, Winnubst JA, Cooper CL. (red). *The Handbook of Work and Health Psychology*. 2. Utg. s. 1-6. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
  48. Hetherington, A. (2009). *Psychological Health in the Workplace*. I: Matthewman L, Rose A, & Hetherington A. (red). *Work Psychology. An Introduction to Human Behaviour in the Workplace*. s.300-325. New York: Oxford University Press.
  49. Eines, T., Måløy, E., Helland, S. (2016). *Morgendagens sykehjem – fra pilot til implementering? Rapportserie 5/2016*. Senter for omsorgsforskning – Midt.
  50. Berger, A.M. Hobbs, B. B. (2006). Impact of Shift Work on the Health and Safety of Nurses and Patients. *Clinical Journal of Oncological Nursing* 10(4):465-471.
  51. Arbeidsmiljøloven (AML) (kap.10). Hentet 03.10.16 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL\\_10#KAPITTEL\\_10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_10#KAPITTEL_10)
  52. Norsk Sykepleierforbund. (2014). *Synes du din tid er viktig? Da er din tid NÅ*. Hentet 23.09.16 på: <https://www.nsf.no/vis-nyhet/2066281/Synes-du-din-tid-er-viktig-Da-er-d...>
  53. Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Sykepleiere ønsker heltid*. Hentet 27.09.16 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/119194/1212784/Sykepleiere-onsker-heltid>
  54. Jamieson, L. N., Williams, L. M., Lauder, W. og Dwyer, T. (2008). The "realities" of part-time nursing: A grounded theory study. *Journal of Nursing Management* 16:883-892.
  55. Køber, T. & Vigran, A. (2011). *Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid*. Samfunnspeilet nr. 2. Hentet 22.05.16 fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/201102/>
  56. Thrana, S. A. (2011). *Turnusplanlegging – arbeidstid, ferie og lovverk*. Utgitt av Svein Arne Thrana.
  57. Havlovic, S. J., Lau, D. C. & Pinfield, L. T. (2002). Repercussions of Work Schedule Congruence Among Full-Time, Part-Time, and Contingent Nurses. *Health Care Management Review* 27(4):30-41.
  58. Harter, J. K & Blacksmith, N. (2010). *Employee Engagement and the Psychology of Joining, Staying in, and Leaving Organizations*. I: Linley, P.A., Harrington, S. & Garcea, N. (red). *Oxford Handbook of Positive Psychology and Work*. S. 121–130. New York: Oxford University Press.





# Livsglede og self-transcendence

## – to sider av samme sak?

Denne studien bidrar med kunnskap om livsglede og self-transcendence i lys av hverandre. Studiens funn antyder at livsglede kan være uttrykk for self-transcendence. Eldre som skårer høyt her forventes dermed også å skåre høyt på livsglede.

### FAKTA

**Av Gørill Haugan,**  
Sykepleier og professor,  
NTNU

**Jorunn Drageseth,**  
Sykepleier og professor,  
Høgskulen på Vestlandet  
og Universitetet i Bergen

**Eva Rinnan,**  
Sykepleier, ph.d.-kandi-  
dat og -stipendiat, NTNU  
og Trondheim kommune

**Beate André,**  
Sykepleier og første-  
amanuensis, NTNU

de neste 30 årene vil antall personer fra 65 år og eldre nesten fordobles til 1,3 milliarder (1). Andelen som øker mest er eldre over 80 år. Mange vil bli både 90 og 100 år. I dag er gjennomsnittsalder i norske sykehjem 85 år, og årlig mortalitet er ca. 35 prosent (2). Generelt preges sykehjemspopulasjonen av kronisk sykdom og funksjonstap, med mange samtidige diagnoser som krever ulike typer palliativ behandling og omsorg (3–5). Smerte, dyspne, inkontinens, fatigue, og behov for hjelp til personlig hygiene er de mest vanlige fysiske symptomene i sykehjem, mens depresjon, angst og ensomhet er de vanligste emosjonelle plagene (6–8). I sykehjem føler man seg trygg, men ensom (9, 10).

I tillegg til omsorg for pasientenes kroppslige behov skal sykehjemmene også sørge for pasientenes mentale, sosiale, emosjonelle og åndelige velvære. Sykehjemmets dagligliv innebærer reduserte muligheter for meningsfulle relasjoner og aktiviteter (11). Ensomhet, tap av sosiale relasjoner, lav selvfølelse og lav selv-verdi følger ofte avhengighet av hjelp til personlig hygiene og å spise. Opplevelse av håpløshet, hjelpeløshet og depresjon er vesentlig høyere i sykehjem; depresjon forekommer 3–4 ganger oftere enn hos hjemmeboende eldre (12). Dette illustrerer behovet for en tilnærming til pasienten som kropp-sjel-ånd.

Den norske regjeringens innovasjonsstrategi for mer holistisk omsorg i sykehjemmene inkluderer blant annet sertifiseringsordningen «Livsglede-sykehjem» (13). Hensikten er å styrke den aktive omsorgen og øke fokus på pasienters sosiale og kulturelle behov og velvære.

### Livsglede-sykehjem

Stiftelsen «Livsglede for Eldre» (LFE) eier sertifiseringsordningen. Sykehjem sertifiseres som livsglede-sykehjem på grunnlag av at virksomheten innfrir alle lovpålagte kvalitetskrav, og har en fungerende primærkontaktordning. Å bli et sertifisert livsglede-sykehjem innebærer arbeid med ni livsgledekriterier (Figur 1) utarbeidet av LFE, som har to hensikter: 1) å skape mer livsglede for beboere ved sykehjemmet og 2) finne frem til rutiner og system som dokumenterer at kriteriene er oppfylt.

Kriteriene fokuserer på pasientenes sosiale, kulturelle og åndelige individuelle behov, og danner utgangspunkt for meningsfulle aktiviteter som kan

#### De ni livsgledekriteriene er:

- (1) Alle ansatte på sykehjemmet skal vite om hva sertifiseringsordningen er og hva den innebærer.
- (2) Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
- (3) Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
- (4) Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft en gang pr uke.
- (5) Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
- (6) Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
- (7) Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
- (8) Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
- (9) Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdags.

**FIGUR 1.** De ni livsgledekriteriene utviklet av LFE.



**SUBJEKTIVT VELVÆRE:** Livsglede handler om opplevelse av glede, mål og mening, tilknytning og meningsfulle relasjoner. Foto: Mostphotos

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Omsorg for sykehjemsbeboere omfatter kroppslig, mentalt, sosialt, emosjonelt og åndelig velvære. Den norske regjeringens innovasjonsstrategi inkluderer sertifiseringsordningen «Livsgledesykehjem»: Hensikten er å styrke den aktive omsorgen og øke fokus på pasienters sosiale og kulturelle behov og velvære.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å frembringe dypere kunnskap om livsglede for eldre i sykehjem og «self-transcendence».

**Metode:** Deltakere var 11 menn og 18 kvinner (67–99 år) fra to by-kommuner våren 2016. Data ble analysert ved hjelp av Gadamer's hermeneutiske metode.

**Resultat:** Sykehjempasientene beskriver i stor grad livsglede nært til hvordan etablert teori beskriver («self-transcendence»); både livsglede (studiens empiriske data) og «self-transcendence» (etablert teori og evidens) beskrives i to hovedkategorier og involverer følgende dimensjoner: 1. Livsglede – Intra-personlig self-transcendence (akseptere seg selv; tilpasse seg situasjonen og ens fysiske forutsetninger; mening (her-og-nå og i tidligere livserfaringer); finne styrke i sin åndelige tro; aksept for døden) og 2. Livsglede – Inter-personlig self-transcendence (engasjere seg i andre; kontakt med omgivelsene; å hjelpe andre; å ta imot hjelp; hobbyer-interesser; lære noe og dele sin visdom med andre).

**Konklusjon:** Studien bidrar med kunnskap om livsglede og «self-transcendence» i lys av hverandre som nært relaterte fenomener. Inter-personlig og intra-personlig «self-transcendence» fremstår som fundamentalt for livsglede i sykehjem. Funnene indikerer at livsglede kan være uttrykk for «self-transcendence».

**Nøkkelord:** Livsglede for eldre, «self-transcendence», livsgledesertifisering, sykehjem.

### Summary

**Background:** Care for nursing home patients involving physical, mental, social, emotional and spiritual well-being. The Norwegian Government's innovation strategy includes the certification scheme "Livsgledesykehjem", which intends to strengthen active care and to increase focus on patients' social and cultural needs and well-being.

**Purpose:** The aim of the study is to provide deeper knowledge of life happiness for elderly in nursing homes and self-transcendence.

**Method:** Participants were 11 men and 18 women (67-99 years) from two city municipalities, during spring 2016. Data were analyzed using Gadamer's hermeneutical method.

**Results:** Largely, joy-of-life was described close to the theoretical clarification of self-transcendence. Joy-of-life (the present empirical data) and self-transcendence (established theory and evidence) can be described by two main categories: 1. Joy-of-life – Intra-personal self-transcendence (accept oneself; adaption to one's health and situation; meaning-in-life (present and past life experiences); finding strength in one's spiritual beliefs; acceptance of death as part of life); and 2. Joy-of-life – Interpersonal self-transcendence (involving, caring and helping others; contact with the environment; receiving help; hobbies/ interests; learning something and sharing one's wisdom).

**Conclusion:** This study provides knowledge of joy-of-life and self-transcendence as closely related phenomena shedding light on each other's. Interpersonal and intra-personal self-transcendence are fundamental to joy-of-life in NHs. The present findings indicate that joy-of-life might signify an expression of self-transcendence.

**Key words:** Joy-of-life, self-transcendence, joy-of-life-certification scheme, nursing home.

skape arenaer hvor frivillige, pårørende og venner kan bidra til gode opplevelser i hverdagen. Grunnlaget for arbeidet er en individuell kartlegging av den enkelte sykehjemsbeoer, med fokus på den enkeltes livshistorie.

Hva er livsglede for mennesker på 80–100 år som lever i sykehjem? Ingen evidens eller teori om livsglede i denne populasjonen foreligger. Etablert kunnskap fremhever følgende aspekt sentralt for subjektivt velvære; opplevelse av glede, mål og

et utvidet perspektiv på livet, og en orientering mot et større univers (17). «Self-transcendence» uttrykkes via ulike atferder og perspektiver som å hjelpe eller å dele sin visdom med andre, akseptere seg selv etter som en blir eldre og åpenhet for fortsatt å lære noe. Det uttrykkes også ved å involvere seg med andre samt i hobbyer eller interesser, integrere og tilpasse seg fysiske endringer relatert til sykdom og aldring, aksept av døden og søken etter mening og styrke i sin åndelige overbevisning. Mennesker som skårer høyt på «self-transcendence» søker ikke absolutte svar på livets spørsmål, men søker å skape mening i møte med livets ulike hendelser.

Sykepleie-teorien om «self-transcendence» er basert på tre sentrale begreper og relasjonene mellom dem: A. sårbarhet, B. «self-transcendence» og C. velvære. Figur 2 demonstrerer hvordan disse tre begrepene relaterer seg til hverandre. De sorte heltrukne pilene utgjør direkte sammenhenger mellom fenomenene angitt i teorien, mens den røde stiplede linjen illustrerer en mulig mediert (indirekte effekt) sammenheng. Livsglede-aktiviteter kan forstås som «mulige intervensjoner» for å fremme «self-transcendence», og derigjennom øke pasienters velvære.

Forskning viser at «self-transcendence» er signifikant positivt relatert til velvære blant langtids-pasienter i sykehjem (19-22) og hjemmeboende eldre (23). Positive sammenhenger mellom «self-transcendence» og utfordringer knyttet til aldring er dokumentert (24), samt signifikant sammenheng mellom sykehjempasienters opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen og self-transcendence (25). Eksisterende evidens støtter Reeds teori om at «self-transcendence» og velvære eksisterer i et lineært forhold til hverandre. Nyere forskning foreslår at «self-transcendence» består av to underbegrep, nemlig 1.inter-personlig og 2.intra-personlig «self-transcendence» (26). Menneskers velvære kan fremmes ved å fremme deres «self-transcendence» (20). Dersom velvære og livsglede er nært relatert, er det sannsynlig at også livsglede og «self-transcendence» er nært relaterte fenomen.

### Studiens hensikt

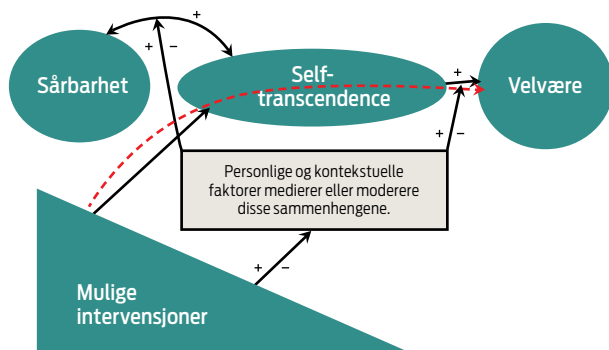
Studiens hensikt er å frembringe dypere kunnskap om livsglede for eldre i sykehjem og «self-transcendence». Vårt forskningsspørsmål er: Er «self-transcendence» og livsglede to sider av samme fenomen?

## «Ingen evidens eller teori om livsglede i denne populasjonen foreligger.»

mening, tilknytning, meningsfulle relasjoner samt å engasjere seg i andre og i samfunnet, selvtilit, autonomi og å mestre sine omgivelser (14–16). Ergo; det gode livet er hyggelig, engasjert, meningsfylt og basert i tilknytning til andre og omgivelsene – også i sykehjemmet. Dermed er det rimelig å anta at fenomenet livsglede handler om subjektivt velvære. Sykepleieteorien «self-transcendence» (17) belyser nettopp velvære hos særlig sårbare populasjoner, så som eldre, alvorlig syke og døende.

### Self-transcendence

Fenomenet «self-transcendence» representerer en universell psykososial menneskelig kvalitet som leder til utvikling av personlig modenhet og visdom, økt oppmerksomhet og interesse for ens omgivelser,



FIGUR 2. Relasjonen mellom de tre sentrale begrepene i teorien om «self-transcendence» (18). Fra Reed (17). Gjengitt etter tillatelse.

## Metode

Denne studien er del av en større studie som inkluderer både kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative delen av studien stiller seg i en hermeneutisk-fenomenologisk forskningstradisjon. Fordi fenomenet livsglede ikke tidligere er studert, ble en kvalitativt eksplorerende tilnærming anvendt. Data er samlet inn ved kvalitative dybdeintervju, støttet av en semi-strukturert intervjuguide. Fokus var fenomenet livsglede i sykehjem. Deltakere var 29 pasienter (11 menn, 18 kvinner, i aldersgruppen 67–99 år) som bodde i sykehjem vinteren/våren 2016 i by-kommunene A (18 informanter fra 7 sykehjem) og B (11 informanter fra tre sykehjem). Inklusjonskriteriene var; (1) bodd i sykehjem i A eller B i minimum 3 måneder på intervju tidspunktet, (2) i stand til å gjennomføre et intervju, og (3) samtykkekompetanse vurdert av ansvarlig lege og sykepleier som kjente pasienten godt. To av forfatterne gjennomførte intervjuene i hver sin kommune ved bruk av samme intervjuguide og prosedyre; intervjuene varte gjennomsnittlig 45–60 minutter, foregikk på pasientens værelse, ble tapet og ordrett transkribert.

Studien er godkjent i REK Midt-Norge (ref.nr 2014/2000/REK-midt). Inklusjon av sykehjem foregikk tilfeldig; sykehjemets leder mottok e-post med informasjon og forespørsel om å delta. De som svarte positivt ble inkludert fortløpende. Ledelsen ved hvert enkelt sykehjem etablerte en kontaktperson (en sykepleier) for prosjektet som ga skriftlig og muntlig informasjon til deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene, og innhentet frivillig informert skriftlig samtykke.

## Analyse av data

Data ble analysert ved hjelp av Gadamer's (27) hermeneutiske metode; her understrekes betydningen av at forskerne reflekterer over og gjør sin forforståelse eksplisitt (28). Ved utvikling av ny og dypere forståelse av et fenomen må forskerne overskride sin forforståelse for å oppdage nye og andre aspekt ved et fenomen enn det de forventer. I denne studien var alle forskere sykepleiere med klinisk erfaring og ledelseserfaring i sykehjem, samt erfaring med undervisning av sykepleiestudenter og forskning innen feltet. Vi forventet at livsglede var et individuelt og subjektivt fenomen nært relatert til subjektivt velvære og opplevelse av mening. Samtidig antok vi at fenomenet livsglede inkluderer generelle aspekt av mer universell karakter (typiske aspekt som er vanlig for de fleste mennesker, som for eksempel kontakt med familie og venner). Gjennom de

første gjennomlesningene av det empiriske materialet trådte fenomenet self-transcendence tydelig frem fra data, sammen med mening og relasjoner til familie, venner og pleiepersonalet. Det komplette bildet av livsglede basert i disse dataene presenteres i en artikkel som er under publisering. I denne studien var målet å frembringe dypere kunnskap om «self-transcendence» som sentralt aspekt ved livsglede for eldre i sykehjem.

Først ble de 29 intervjuene (tekstene) lest for å få oversikt over hver tekst og teksten som helhet. Første- og tredjeforfatter skrev et notat som uttrykk for sitt førsteinntrykk av hver tekst som deretter ble lest flere ganger; utsagn og nøkkelord ble kontinuerlig notert i margin. Spørsmålet «Hvordan beskrives self-transcendence som sentralt for livsglede?» guidet analysen. Essensen i det enkelte utsagn ble identifisert og undersøkt; slik ble temaer og sub-tema utviklet. Til slutt ble materialet studert som et hele; dette økte vår forståelse av substansen i hvert intervju og fenomenene livsglede-self-transcendence i lys av hverandre. Reed's sykepleieteori om «self-transcendence» (17) gav økt forståelse for fenomenene «self-transcendence» – livsglede.

## Resultat

Våre kvalitative data om livsglede beskriver i stor grad livsglede i samme termer som Reed beskriver «self-transcendence» i sin teori. Figur 3 viser studiens funn som demonstrerer at livsglede og «self-transcendence» beskrives ved de samme dimensjonene.

«Interconnectedness» er essensen i «self-transcendence», som inkluderer intra-personlige, interpersonlige, transpersonlige og temporale aspekt (17).

1. Livsglede - Intra-personlig «self-transcendence»
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Akseptere seg selv</li><li>▪ Tilpasse seg situasjonen og ens fysiske forutsetninger</li><li>▪ Mening (her-og-nå og i tidligere livserfaringer)</li><li>▪ Å finne styrke i sin åndelige tro/overbevisning</li><li>▪ Aksept av døden som del av livet</li></ul>
2. Livsglede - Inter-personlig «self-transcendence»
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Engasjere seg i andre</li><li>▪ Kontakt med omgivelsene</li><li>▪ Å hjelpe andre</li><li>▪ Å ta imot hjelp</li><li>▪ Hobbyer-interesser,</li><li>▪ Lære noe og dele sin visdom med andre</li></ul>

FIGUR 3. Livsglede og «self-transcendence» – nært relaterte fenomen.

Nyere forskning viser at «self-transcendence» kan forstås som en indre prosess (intra-personlig; som inkluderer det transpersonlige og det temporale), og en utadgående prosess (inter-personlig) (18, 26).

### 1. Intra-personlig self-transcendence

Det intra-personlige aspektet ved «self-transcendence» involverer indre prosesser som selv-aksept, tilpasning til funksjonstap, aksept av døden som en del av livet, finne mening i tidligere livserfaringer og styrke i ens åndelige

## «Essensen i det enkelte utsagn ble identifisert og undersøkt.»

overbevisning. Ergo representerer denne dimensjonen kontakt med seg selv, ens tanker, følelser, opplevelser, erfaringer og verdier. Kontakt innover med seg selv fordrer tid alene i ro og stillhet – det vil si å kunne trekke seg tilbake på rommet sitt:

«Jeg sitter på stua en god del, men det er godt å trekke seg tilbake også.» (K2)

«Jeg har rommet mitt hvor jeg kan trekke meg tilbake. Kan låse døra til og med.» (M2)

Å trekke seg tilbake kan mistolkes som at pasienten isolerer seg for seg selv, mens dette egentlig er et sunt valg som fremmer intra-personlig «self-transcendens» og dermed velvære.

### Akseptere seg selv

«Livsglede? Det er å være fornøyd. Ta det som du har det.» (K5)

«Jeg har det som jeg har det. Jeg kan ikke forlange noe mer. Jeg hadde ikke kunnet bo hjemme alene.» (K12)

«Livsglede? Nei da, vi må ta det som det er. Jeg er heldig som har levet så lenge. Og har det som jeg har det.» (K15)

Et sentralt aspekt ved «self-transcendence» er å akseptere seg selv og sin livssituasjon. Data viser at aksept også er essensielt i livsglede. Sykehjempasientene fremhever at livsglede er å være fornøyd – «å ta det som du har det, å ha det som jeg har det».

### Tilpasse seg situasjonen

«Når man først må være borte så...foretrekker jeg å tro at jeg ikke kan ha det bedre.» (K4)

«Før gledet jeg meg til alt. Men jeg får ikke til det nå. Det er ikke det at jeg vil...sååå (stillhet). Ingenting er som før. Jeg har vent meg til det, men greier ikke helt å venne meg til det. Men det går ikke an å ha det bedre

når man først må være på et slikt sted.» (K5)

«Det går ikke an å være negativ, nei. Du må være positiv når du kommer på en sånn plass. En må være innstilt på det, ikke sant.» (K7)

På spørsmål om hva som er livsglede fremhever sykehjempasientene at «en må innstille seg på det», og bevisst velge å tro at «jeg kan ikke ha det bedre» enn dette i den livssituasjonen jeg er i nå. Dette tolkes som at sykehjempasienten går inn for å tilpasse seg situasjonen.

### Mening (her-og-nå og i tidligere livserfaringer)

«Vi sitter i timevis kona og jeg og mimrer. Vi har vært gift i nesten 80 år, så vi har litt å mimre om. Det er gode stunder som gir glede.» (M5)

«Jeg skriver en bok om ting man treffer på når man kommer på sykehjem. Jeg har notert ned forskjellige ting. Meningsfylt å få ferdig den boka – jeg begynte på den med det samme jeg kom inn her.» (M5)

«Det var artig, ja – før. Jeg har opplevd mye, og det er jeg veldig fornøyd med altså.» (M8)

Å finne mening er et sentralt aspekt ved «self-transcendence». Våre data viser at mening, både her-og-nå og i tidligere livserfaringer, er sentralt for livsglede for eldre i sykehjem.

### Døden som en del av livet

«Vi er alle hjelpetrengende her – vi er i samme bås. Neste gang er det min tur å bli sengeliggende. Jeg tar det som det kommer. Hver dag. Jeg er 96 år, så jeg har ikke så lenge igjen.» (K12)

«Jeg venter på døden vet du. Jeg er jo et gammelt menneske.» (K9)

Aksept av døden som en del av livet er sentralt i «self-transcendence». Studiens data som belyser fenomenet livsglede fremhever også aksept av døden relatert til livsglede.

### Å finne styrke i sin åndelige tro

«Livsglede er å ha en god tro. Å tro på det gode. Tror jeg.» (K13)

«...det er egentlig forbausende at jeg er så fornøyd som jeg er. Men, jeg vet ikke. Jeg har en god tro. Jeg vet ikke, også får en la det stå til.» (K13)

«Gud? Det betyr at jeg føler selv at jeg gjør det som jeg mener er riktig. At du ikke føler at du er slem. Det må jo være grusomt. At du gjør det du kan for at livet skal gå sin vante gang.» (K12)

«Jeg blir glad når jeg leser i bibelen. Det gjør meg glad.» (M9)



I intervjuene om livsglede forteller sykehjemspasientene at å ha en god tro, å tro på det gode, er avgjørende. Dette forstås som at en god tro – å tro på det gode - representerer styrke til å mestre hverdagen.

## 2. Inter-personlig self-transcendence

Den inter-personlige dimensjonen handler om å overskride selvet og komme frem og involvere seg i noe eller noen utenfor en selv. Det kan være hobbyer, interesser, andre mennesker, naturen, omgivelsene, eller å dele sin visdom og å lære noe; altså en mer utadgående bevegelse.

### Engasjere seg i andre

«Livsglede er at jeg er i stand til å snakke med folk, diskutere og lese. Glede kan jo være forskjellig fra dag til dag.» (K16)

«Familien og betjeningen gir meg livsglede. Jeg har nå barn, barnebarn og oldebarn som gir livsglede jeg. [...] Og personalet betyr mye. At de er snille.» (K10)

«Livsglede? Det er når det kommer noen inn og besøker deg og sier «Hallo, er du her. Fint å se deg.» Da kvikner du til, da blir du liksom litt opplivet. Også prøver jeg å følge med.» (K14)

«Jeg føler meg glad og lykkelig når jeg er på dagsenteret – der trives jeg. I dag var vi en stor gjeng som fungerer veldig oppegående. Det var kjempefint.» (M3)

«Jeg prøver å delta i det som foregår i stua. Det er positivt – da får en tankene en annen vei. Det har litt å si det også.» (K6)

«Jeg opplever glede når disse ungene kommer, jeg synes det er artig når de kommer inn dørene her i de gule skjortene sine. De er så nette. Da trives jeg.» (K2)

Å involvere seg i andre mennesker og samfunnet er sentralt i «self-transcendence». Våre data viser at dette også er essensielt i livsglede.

### Kontakt med omgivelsene

«Når jeg kommer meg ut på tur, da trives jeg (gråter).» (K4)

«Det hender at vi tar en tur ut – bestiller uføretransport og tar en tur. Det synes jeg er artig. Komme på restaurant og spise middag.» (K2)

«Jeg liker veldig godt å få komme ut. Det er veldig godt. Jeg blir trillet ut – ikke hver dag, i gjennomsnitt annenhver dag tenker jeg. Det er deilig, å få frisk luft, som vi sier.» (K6)

«Barna i barnehagen ved siden av her leker av og til på tomta hos oss; det synes jeg er veldig koselig. De er så artig skjønner du (ler). [...] Jeg tenker ikke over noe

spesielt da, de er så artige. Det blir litt mer normalt når de er her.» (K5)

Pasientene understreker at å komme ut i frisk luft, kontakt med naturen og omgivelsene er viktig for livsglede. På samme vis fremhever teorien om «self-transcendence» kontakt med omgivelsene og naturen som essensielt.

### Å hjelpe andre

«Livsglede? Å ha det godt og være snille med hverandre. Hjelp hverandre det vi kan.» (K13)

«Meningsfull aktivitet er å hjelpe andre som trenger hjelp.» (K14)

«Da jeg holdt på med den der ballen og skulle sparke til han som satt nederst – jeg så hvor sur han var. Så tenkte jeg at dette går ikke an, her må jeg gjøre noe for å hjelpe ham. Og jeg fikk ham blid. Han ble i godt humør, og sparket ballen også. Det ble jeg glad for. Det gjorde meg godt også (gråter)» (M8)

«[...] Så tar du dem i hånda og trøster dem. For de sier de vil hjem, vet du. Ja, men det er et hjem det her også sier jeg.» (K7)

Å hjelpe andre fremheves som viktig for livsglede blant eldre i sykehjem; denne dimensjonen er også et sentralt aspekt ved «self-transcendence».

### Å ta imot hjelp

«Når man ikke kan bo hjemme er det greit å bo i sykehjem; her får vi stell og vask – i dag har jeg dusjet. En føler seg mer vel da – det er godt å bli stelt, å bli tatt vare på når en ikke greier det selv.» (K1)

«Omverdenen sier at de «må ha med seg meg»... Det er litt fornedrende – det betyr at jeg ikke klarer det selv [...] Det gjør at jeg blir veldig tander på å bli til byrde.» (M7)

«Jeg er alltid den som blir oppvartet av andre... jeg får ikke gjort noe selv, det er veldig tøft... jeg føler meg overflødig... sitter med mange rare tanker og spør meg selv om hva jeg har å leve for... [...] Men – nå er jeg vant til det. Jeg sitter mye for meg selv. Man venner seg til alt.» (M7)

Å ta imot hjelp kan anses som en særlig kompetanse; å alltid være den som «blir oppvartet av andre» krever personlig styrke, å anerkjenne sin selvverdi og situasjonen slik den er. Reed (17) karakteriserer evnen til å motta hjelp når en trenger det som et sentralt aspekt ved «self-transcendence». Våre data viser at dette også er vesentlig for livsglede.

### Hobbyer-interesser

«Når det blir for kjedelig finner jeg et kryssord. Det holder jeg på med mye.» (K3)



«Jeg leser avisen og følger med det som interesserer meg; det går på salg av biler og sånne ting. Idrett. Jeg har drevet med idrett i hele mitt liv.» (M8)

«Jeg vil helst være litt aktiv – jeg liker å bruke hodet litt. På dagsenteret har vi mye quiz og det er bra – det er for lite aktivitet på avdelingen.» (M3)

«Vi spiller bridge for eksempel – så studerer vi kortstokken» (K15)

Livsglede handler også om å engasjere seg i noe utenfor seg selv, kryssord, biler, idrett, quiz eller andre interesser/hobbyer. Både «self-transcendence» og livsglede involverer å aktivisere seg med noe en interesserer seg for.

### Å lære noe og dele sin visdom

«Jeg leser og studerer bibelen for å få en forståelse for det. [...] jeg er sugen på å lære nye ting.» (M3)

«Det var to elever som kom og ville intervju meg og mannen min. De skulle skrive om verdenskrigen. [...] Det synes jeg var artig – jeg fortalte dem mye skjønnere du.» (K2)

«... barna ringer og spør om råd, det gjør barnebarna og oldebarnet også. De liker å høre hva jeg tenker» (K7)

«Det er avgjørende for min livsglede at jeg er med. [...] Mange som ringer og spør meg om ting. Jeg liker at de spør meg, og at de tror på det jeg sier, for jeg har god hukommelse» (M9)

## «Livsglede handler også om å engasjere seg i noe utenfor seg selv, kryssord, biler, idrett, quiz eller andre interesser/hobbyer.»

«Jeg forsøker å komme med noen visdomsord selv om jeg ikke har så mange å fare med lenger» (K16)

Informantene fremhever å være «sugen på å lære nye ting» samt å dele sin visdom med andre som viktig for livsglede i sykehjem. Disse dimensjonene er også vesentlige aspekt ved «self-transcendence».

### Diskusjon

Studiens hensikt var å fremskaffe kunnskap om livsglede for eldre i sykehjem og self-transcendence: Representerer de to sider av samme fenomen? Data var kvalitative dybdeintervju med 29 sykehjemspa-

sienter. Fokus var informantenes forståelse av livsglede i denne livssituasjonen.

Intra-personlig «self-transcendence» innebærer tid alene i stillhet med seg selv; en atferd som lett kan mistolkes som tegn på isolasjon, depresjon, mistriivsel eller ensomhet. Tid alene i stillhet ivaretar pasientens indre kontakt med seg selv og er like betydningsfull for livsglede som å involvere seg i andre. Forskning viser at det intra-personlige aspektet ved «self-transcendence», sammen med pleier-pasient-interaksjonen og opplevd mening, har en unik posisjon ved å forklare mest variasjon i velvære blant sykehjemspasienter (29). Samtidig demonstrerer våre data at engasjement i, omsorg for og kontakt med andre mennesker er fundamentalt for livsglede som involverer både intra-personlig og inter-personlig «self-transcendence».

Teorien om «self-transcendence» er basert i begrepene sårbarhet, «self-transcendence» og velvære, samt relasjonene mellom dem (17). Eldre i sykehjem er en sårbar populasjon; det er sårbart å være avhengig av hjelp fra andre for å utføre personlige dagligdags gjøremål som å komme på toalettet, spise og stelle seg. Det er logisk at personalets måte å samhandle med sine pasienter påvirker pasientens opplevelse av livsglede. Våre data fremhever pleierpersonalets betydning for livsglede; at de er snille, steller og hjelper med det som trengs. Dette er i tråd med nyere forskning som viser at sykehjemspasienters opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen har signifikant betydning for pasientens angst, depresjon, håp, mening og «self-transcendence» (25, 29, 30); pleier-pasient-interaksjonen representerer et felt som bør videreutvikles og forbedres (30, 33).

Teori og evidens indikerer at «self-transcendence» er sterkt relatert til velvære blant eldre generelt og eldre i sykehjem (17, 20–23). Basert i velværeteori (15, 16, 31, 32) er det sannsynlig at fenomenet livsglede relaterer seg til subjektivt velvære. Følgelig synes det plausibelt at livsglede og «self-transcendence» er nært assosiert med hverandre, og utgjør sentrale aspekt ved ett og samme fenomen. Studiens resultat antyder at livsglede kan være uttrykk for «self-transcendence»; følgelig kan man forvente at eldre som skårer høyt på «self-transcendence» også skårer høyt på livsglede. Dette spørsmålet gjenstår å belyse. Mulig er livsglede som fenomen bredere og inkluderer mer enn fenomenet «self-transcendence». Helhetsbildet av livsglede i dette utvalget er per dags dato under publisering.

Gjennom analysearbeidet trådte «self-transcendence» stadig frem fra data. Derfor søkte vi å utforske livsglede i lys av foreliggende kunnskap om «self-transcendence». Studien anla en hypotese-testende tilnærming i analysen, som var teoretisk. Resultatene må forstås i lys av dette. Studiens datamengde er en styrke; 29 informanter sikrer et bredt og nyansert bilde av fenomenet som studeres.

## Konklusjon

Studien bidrar med kunnskap om livsglede og «self-transcendence» i lys av hverandre, som nært relaterte fenomen. Inter-personlig «self-transcendence» uttrykt ved engasjement i, omsorg for og kontakt med andre mennesker og omgivelsene er fundamentalt for livsglede. Samtidig er intra-personlig «self-transcendence» – den indre kontakten med egne tanker og følelser, aksept av seg selv og livssituasjonen, samt tilpasningsevne, avgjørende for livsglede. Studiens funn antyder at livsglede kan være uttrykk for «self-transcendence». Eldre som skårer høyt på «self-transcendence» forventes dermed også å skåre høyt på livsglede. Dette gjenstår å undersøke. ■

## Referanser

- Kinsella K, He W. An Aging World: 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Institute on Aging U.S. Department of Commerce Economics and Statistics; 2009. Contract No.: Report No.: P95/O9-1.
- Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle ("The NH's responsibilities and the doctor's role"). *Tidsskr Nor Lægeforen (Norwegian Journal of Medicine)*. 2005;125(8):1009-10.
- Andre B. Den gode død. *Geriatrisk Sykepleie*. 2014(3):18-25.
- Andre B. Omsorg i sykepleien med en helsefremmende tilnærming. *Klinisk Sykepleie*. 2017;31(1):60-72.
- Andre B, Ringdal GI. Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg. *Klinisk Sykepleie*. 2015;29(2):62-73.
- Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(7):1030-43.
- Drageset J, Eide G, Kirkevold M, Ranhoff A. 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*. 2013;Jan;22 (1-2):106-14.
- Drageset J. Health-related quality of life among nursing home residents. Bergen: University of Bergen; 2009.
- Slettebø Å, Kirkevold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, et al. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scand Journal of Caring Science*. 2010;24:533-40.
- Slettebø Å. Safe, but lonely: Living in a nursing home *Nordic Journal of Nursing Research*. 2008;28 (1):22-5.
- Haugland BØ. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(1):42-9.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluitert H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83(2-3):135-42.
- Ministry of Health Care Services. Morgendagens omsorg [Tomorrows' Care]. In: Services MoHC, editor. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no); Fagbokforlaget, Bergen, Norway; 2012-2013. p. 141.
- Forgeard MJC, Eranda Jayawickreme F, Kern ML, Seligman MEP. Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International Journal of Wellbeing*. 2011;1(1):79-106.
- Seligman MPE. *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York – London – Toronto – Sydney – New Delhi: Free Press. North Sydney, N.S.W.: Random House Australia, 2011.
- Keyes CLM. *Happiness, Flourishing, and Life Satisfaction*. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
- Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 105-129.
- Haugan G. Self-transcendence - en ressurs for velvære. I: Haugan G, Rannestad, T., editor. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag; 2014.
- Haugan G, Innstrand S. The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*. 2012;Vol.2012 (Article ID 301325):10.
- Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. Self-transcendence in nursing home patients - a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1147-60.
- Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*. 2014;9:65-78.
- Hoshi M. *Self-transcendence, vulnerability, and well-being in hospitalized Japanese elders*. Tucson: University of Arizona; 2008.
- McCarthy VL, Ling J, Bowland S, Hall LA, Connelly J. Promoting self-transcendence and well-being in community-dwelling older adults: A pilot study of a psychoeducational intervention. *Geriatric Nursing*. 2015;36(6):431-7.
- Dalby P. Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Ageing & Mental Health* 2006;10(1):4-12.
- Haugan G, Hanssen B, Rannestad T, Espnes GA. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:3429-41.
- Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes G. The Self-Transcendence Scale - An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(3):147-59.
- Gadamer HG. *Sannhet og Metode*. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. [Truth and Method. Original title: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer Philosophischen Hermeneutik, 1960]. Oslo: Pax Forlag A/S; 2010.
- Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*. 2003(10):113-20.
- Haugan G, Moksnes UK, Løhre A. 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* 2016;4(30):790-801.
- Haugan G. Life satisfaction in cognitively intact long-term nursing-home patients: symptom distress, well-being and nurse-patient interaction. In: Sarracino F, Mikucka M, editors. *Beyond money – the social roots of health and well-being*. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2014. p. 165-211.
- Seligman MPE. *Authentic Happiness*. New York: Free Press; 2002.
- Peterson C, Park N, Seligman MPE. Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*. 2005;6:25-41.
- Haugan G. Helsefremmende interaksjon. I: Haugan, G & Rannestad, T., editor. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag 2014.



# Livsgledesykehjem – noe for oss?

Da vi startet arbeidet mot å bli sertifisert som et livsgledesykehjem var vi usikre på om dette var noe for oss; «What's in it for us?».

## FAKTA

Av Elsa Fagervik  
Kommedahl,  
virksomhetsleder,  
Mørkved sykehjem

**M**ørkved sykehjem har vært opptatt av å skape en meningsfylt hverdag for beboerne. Vi har lagt vekt på at beboerne skal mestre mest mulig selv av dagliglivets aktiviteter (1). For oss har det vært viktig å være oppdatert på nye arbeidsmetoder (2). Vi har gjennom alle år framhevet livsglede og innhold i beboernes hverdag. Da vi hørte om livsgledesykehjemkonseptet stilte vi oss derfor følgende spørsmålet: «What's in it for us?» At sykehjemmene i Bodø kommune skulle gå i gang var et politisk vedtak i Bodø kommune. Vi ble forespurt – sammen med et annet sykehjem – å være først ut. Vi var skeptiske, men svarte ja.

Arbeidet med livsgledesertifiseringen har vist at den systematikken og strukturen den representerer er også noe vi drar god nytte av i arbeidet med å tilby omsorg av god kvalitet (3). Den 23. mai 2017 ble vi sertifisert som livsgledehjem.

### Mørkved sykehjem

Mørkved sykehjem er for personer med demens og har vært i drift siden 2003. 50 pasienter bor på sykehjemmet, og 100 ansatte jobber her. Vi rekrutterer godt og har dekket alle fagstillinger. Sykehjemmet har en klar visjon og målsetting som er ledende for

vi fått til svært mye siden oppstarten i 2003. Blant annet har sykehjemmet en egen retrokafé, spa-avdeling, kino og dansekvelder og en skoleklasse knyttet til oss; alt satt i et fast system gjennom året. Retrokafeen «Liv og Røre» er drevet av niende klasse ved en lokal ungdomsskole. Tanken er å kople sykehjem og nærmiljø, å skape et møtested mellom unge og eldre, samt å skape en mer åpen institusjon.

Oppmerksomheten rettes mot muligheter og ikke mot begrensninger. Personalet får utvikle de ulike prosjektene og det er de ansatte som leder sine prosjekter, og ser til at de blir implementert i hverdagen. De ansatte gir uttrykk for at dette er meningsfylt. Sykehjemmet har også en egen sommerfestival over fire dager, hvert år i august. Til sammen bidrar dette til et stort engasjement blant de ansatte. Tilbakemeldinger fra pårørende er svært positive og de utviser tilfredshet over å ha sine ved Mørkved sykehjem. Vi har også lav «turnover» blant personalet.

### Hva endret seg?

Da vi startet arbeidet mot å bli sertifisert som et livsgledesykehjem var vi usikre på om dette var noe for oss; «What's in it for us?». På tross av denne usikkerheten besluttet vi å starte opp arbeidet og forsto at det å sette sammen en gruppe ansatte, som virkelig ønsket å jobbe med konseptet, ville være avgjørende. Livsgledegruppen ble satt sammen og har stødig drevet arbeidet fremover. Hovedlivsgledeansvarlig ble forespurt ut fra engasjement og erfaring fra ulike prosjekter, og har gjort en svært grundig og god jobb for å få alle ansatte med i prosessen (6).

Gjennom arbeidet med de ni livsgledekriteriene har personalets fokus på innholdet i dagen blitt utvidet og videreutviklet (7). Gjennom en nøye gjennomgang av pasientens livshistorie og ved å ha fokus på den røde tråden gjennom det levde liv, skaper vi nå en mer individrettet omsorg. Dette bidrar til at den ansatte er

## «De ansatte gir uttrykk for at dette er meningsfylt.»

alt arbeid i sykehjemmet (4–5). Vår visjon er å være et aktivt sykehjem i stadig utvikling med engasjement, medbestemmelse og livsglede. Målet er å være et ledende sykehjem innen demensomsorg, og vårt slagord er; «Sammen er vi best.»

Innholdet i sykehjemshverdagen er noe som er viktig for oss. Gjennom mange ulike prosjekter har





**MER KREATIV:** Livsgledesertifiseringen har bidratt til mer kreativitet blant de ansatte, noe som har kommet beboerne til gode. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

mer nysgjerrig på pasientens levde liv, og viser større interesse for at innholdet i hverdagen er tilpasset akkurat ham eller henne. I motsetning til før arbeidet med livsgledesertifiseringen, hvor dette var mer tilfeldig, lages det nå en aktivitetsplan for alle pasientene.

Primærteamarbeidet har også fått et løft. Teamet består av en sykepleier og en hjelpepleier som vekselvis fungerer som primær- eller sekundærkontakt avhengig av hvem som er på vakt. I noen tilfeller har det tidligere vært opp til den enkelte ansatte om den planlagte aktiviteten i hverdagen har blitt gjennomført, det vil si at innholdet i pasientens hverdag av og til var avhengig av hvem som var på vakt. Ansvarliggjøringen som ligger i livsgledearbeidet er svært positivt, og bidrar til at den enkelte ikke kan frasi seg sitt primærteamansvar.

### Kreativitet får blomstre

Videre ser vi at arbeidet med livsgledesertifiseringen bidrar til tiltak som sikrer omsorg til pasienter med

sammensatte behov på en enda bedre måte enn før. Vi er mer bevisst på tiltak som kan være positive for pasienten. Dette kan for eksempel være i situasjoner der vi må bruke tvang, når pasienten er motvillig til nødvendig stell, og der pasienten har lite språk. «Anna» har svært redusert forståelse for ord; dette medfører at personalets samhandling med henne er utfordrende. «Anna» sin tiltaksplan og individuelle plan beskriver nå at personalet skal bruke «omsorgssang» i møte med henne (8). Omsorgssang brukes her som tillitsskapende tiltak og reduserer ubehaget bruk av tvang kan medføre for henne. Vi har også benyttet sang og andre terapeutiske tiltak tidligere, men nå er personalet blitt mere bevisst egen tilnærming.

Personalet ved Mørkved sykehjem er faglig dyktig og engasjert, og utviser kreativitet i det meste. Likevel ser vi at arbeidet med livsgledesertifiseringen har bidratt til at kreativiteten i enda større grad har fått blomstre. Eksempelvis er utearealene tatt i bruk på nye måter. Flere av våre pasienter kvier seg for å gå ut en vinterdag.





Da har altanene blitt et godt alternativ, med et pledd og en varm kopp kakao har pasientene fått snuse inn vinterlufta og fått kjenne på «livet utendørs».

I løpet av vår korte tid som livsgledehjem har Mørkved fått en rikskjendis, nemlig hunden Buddy. Han gjør en uvurderlig jobb i sykehjemmet. Gir trøst på tunge dager. Glede og smil bringes frem så snart Buddy er på

av en vakt. Dette betyr at tiltaksplanene til enhver tid må være oppdatert. Her er også den individuelle livsgledekalenderen. Ved Mørkved sykehjem erfarer vi dette som en god struktur for å sikre fokus på livsgledearbeidet.

Hva skal til for å lykkes? Den politiske forankringen er viktig. Den har «tyngde» og sykehjemmet må «levere». Ledelse, og spesielt avdelingslederrollen, er svært viktig i sertifiseringsprosessen. Sammensetningen i livsgledegruppen er av stor betydning for fremdrift. Valg av hovedlivsgledeansvarlig må være basert i entydige kriterier og ikke minst et engasjement. Livsglede må daglig være på agendaen for å lykkes med implementeringen, og det må være regelmessige møter hvor en deler positive og negative erfaringer.

## «Livsgledesertifiseringens struktur for evaluering er et svært nyttig redskap for oss.»

plass. En nyoperert pasient kom tilbake fra sykehuset, og idet hun så Buddy uttrykte hun; «Nei er du her, da trenger jeg ikke medisin for smertene mine». Basert i livsgledekriteriet om kontakt med dyr er han fast ansatt, sammen med sin matmor som er sykepleier ved Mørkved sykehjem. Buddy har sin egen Facebook-side.

### Mer bevisst

Forpliktelse til å jobbe med innholdet i pasientens hverdag og med livsglede har fått et nytt perspektiv gjennom livsgledekriteriene. Denne forpliktelsen må «sitte under huden» på den enkelte ansatte. Det nytter ikke å skrive prosedyrer og planer dersom vi ikke klarer å få dette ut i fingerspissene. Så ligger jo også resertifiseringen der og lurer – den kan virke som en motivasjonsfaktor til å holde fokus og engasjement oppe. Men vi skal også huske på at en hverdag i sykehjemmet påvirkes av mange ulike faktorer gjennom dagen og dermed vil også gjennomføring av planlagt aktivitet kunne påvirkes på ulike måter.

Livsgledesertifiseringens struktur for evaluering er et svært nyttig redskap for oss. Ved regelmessig å repetere de ni livsgledekriteriene blir vi mer bevisste. Denne systematikken er noe vi ikke har brukt tidligere. Nå evaluerer vi grundig pasientens behov og omsorgstilbud hver 6. uke. Primærtemaet har en sentral rolle i evalueringen.

Gjennom livsgledesertifiseringen har dokumentasjon fått fornyet fokus og innhold. Nå dokumenteres også pasientens opplevelser og ikke bare gjennomføring av aktivitet slik dokumentasjonssystemet fungerte tidligere.

Våren 2017 tok vi i bruk verktøyet E-rom. Alle ansatte bærer nå med seg et nettbrett i avdelingen. Nettbrettet viser alle tiltak som skal utføres i løpet

### Konklusjon

«Er dette noe for oss?» Var livsgledesertifiseringen nyttig for Mørkved sykehjem som allerede anså innhold i sykehjemets hverdag som viktig? Vår erfaring er at noen sentrale punkter i livsgledesertifiseringen bidrar til ytterligere oppmerksomhet og innsikt relatert til å skape et meningsfylt innhold i hverdagen. Vi mener det er viktig med dokumentasjon. Systematikken som ligger i livsgledesertifiseringen er viktig for selve implementeringen og fremdrift. Vi har fått konkrete kriterier som nyttige redskap i arbeidet med å skape livsglede hos den enkelte pasient. Disse kriteriene er fulgt opp av sentrale punkter til hjelp i evalueringen.

Uten en tydelig og tilstedevarende ledelse er det usikkert om vi hadde kommet dit vi er i dag. Å holde fokus på innhold i dagen er en klar og målrettet visjon for Mørkved sykehjem. Vi er en kry livsgledegjeng på Mørkved sykehjem og er stolt over å være sertifisert som byens første livsgledehjem. ■

### Referanser

1. Meld. St. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
2. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
3. Moun S. Beskrivelse av sertifiseringsordningen livsgledesykehjem. <http://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/08/Beskrivelse-av-se...>
4. Demensplan 2020. Et merdemensvennlig samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Smebye KL; Rokstad AMM (red.). Personer med demens: møte og samhandling. Oslo. Akribe Forlag; 2008.
6. Lundemo CS, Hildrum B og Hopsø T. Veileder – Livsgledesykehjem. Stiftelsen Livsglede og Eldre; 2015.
7. Høyem F. Ledelse i Livgledehjemprosessen. Geriatrisk sykepleie 2017:3.
8. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorg 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.

# Ledelse i livsglede- hjemprosessen

Slik jeg ser det, representerer avdelingslederrollen en unik mulighet til å påvirke utviklingen i eldreomsorgen. I så måte anser jeg livsgledekonseptet som et viktig redskap.

sommer møtte jeg ei flott oppgående dame på over 80 år som gruet seg til fremtiden dersom hun skulle komme i den situasjon at hun ville trenge hjelp i et sykehjem. Som avdelingsleder i sykehjem gjorde dette inntrykk. Samtidig ga det motivasjon til å spre kunnskap om vårt arbeid med livsgledehjem.

Mitt utgangspunkt for å skrive om ledelse i livsgledehjemprosessen er at jeg har ledet Hamborgstrøm bo- og servicesenter i Drammen frem til å bli sertifisert (2016) og resertifisert (2017) som livsgledehjem. Dette ble gjort i tett samarbeid med livsgledegruppa ved vår institusjon. Livsgledekonsulenten i Drammen kommune har veiledet oss på veien frem til målet (1). Drammen kommune har ni sykehjem som alle skulle sertifiseres. Ni institusjoner startet sertifiseringsprosessen puljevis. I vår gruppe var vi tre sykehjem, og vi bestemte oss for å samarbeide på tvers av våre tre virksomheter. Samarbeidet foregikk blant annet ved felles møter i tillegg til oppsatt plan for møter i livsgledegruppa. Dette var nyttig for oss tre lederne. Denne artikkelen formidler erfaringer og refleksjoner knyttet til implementeringen av livsgledekonseptet i sykehjem, sett i et ledelsesperspektiv. Artikkelen bidrar med hvordan ledelsen kan styre prosessen samt livsglede-implementeringens forankring i organisasjonen. Lederrollen i sykehjem representerer unike muligheter for å videreutvikle sykehjemsomsorgen. Livsglede-konseptets struktur og systematikk representerer et konstruktivt og meningsfylt styringsredskap.

## Lederens styringsverktøy

Styringsverktøy er et verktøy, eller et system, som hjelper ledelsen med å lede virksomheten slik at lover og

forskrifter overholdes (2–3). Sertifiseringsordningen livsgledehjem er et styringsverktøy for ivaretagelse av psykososiale behov for beboere ved sykehjem og andre virksomheter heldøgns eldreomsorg. Dette styringsverktøyet er basert på ni Livsgledekriterier (4):

- Alle ansatte på sykehjemmet skal kjenne til sertifiseringsordningen, og hva den innebærer.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
- Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft minst en gang per uke.
- Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
- Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
- Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
- Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
- Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

## FAKTA

Av Frøydis Høyem, avdelingsleder, Hamborgstrøm bo- og servicesenter/veileder/sertifisør, Stiftelsen Livsglede for eldre

## «Hvert år kreves resertifisering for å forbli et livsgledehjem.»

Disse ni livsgledekriteriene hjelper avdelingene til å ivareta mennesket i fremtidens eldreomsorg. Det skal etableres og iverksettes individuelle tiltak for å møte den enkelte brukers psykososiale behov på en





**GRUNDIG GJEN-  
NOMGANG:** Det er viktig å finne medarbeidere som egner seg best som livsgledekontakt, skriver artikkel-forfatteren. Most-photos

systematisk måte, uavhengig av hvem som er på jobb.

### Forankring

Livsglede for eldre er en folkehelseorganisasjon som er religiøs og politisk uavhengig (<http://livsgledeforeldre.no/>). Organisasjonen arbeider for at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag gjennom god praksis. Livsglede for eldre har fokus på pasientsikkerhet og brukermedvirkning, og livsgledekonseptet er personfokuser; individet og dets behov skal være styrende i omsorgen.

Før oppstart ble det inngått en samarbeidsavtale mellom helse og omsorgsdirektøren i Drammen og stiftelsen «Livsglede for eldre». Avtalen ble gjort gjeldende i kommunale handlingsplaner som videre forpliktet virksomhetslederne til å ivareta arbeidet på sitt nivå. Dermed var livsgledekonseptet forankret i den øverste ledelse noe som innebar aksept av og krav om at livsgledekonseptet skulle gjennomføres etter gjeldende regler (5). Forankringen var helt avgjørende for at vi kunne lykkes med implementeringen av livsgledesertifiseringen.

Ved oppstart manglet en tydelig organisering av det konkrete omsorgsarbeidet på vårt sykehjem. Etter å ha deltatt på oppstartseminar i regi av stiftelsen Livsglede

for eldre, var jeg overbevist. Sertifiseringsordningens tilnærming til kvalitet i omsorgen trodde jeg på. Her så jeg muligheten for å organisere og drive avdelingen på en målrettet, strukturert og kvalitativt faglig god måte. Dermed var dette å bli sertifisert som livsgledehjem et motiverende mål å jobbe mot. Samtidig visste vi at dette målet kun var et delmål. Hvert år kreves resertifisering for å forbli et livsgledehjem. Året etter og de påfølgende år skulle vi jobbe etter samme mal for å bli resertifisert. Dette er en stor inspirasjon for oss i praksis, da det innebærer at vi hele tiden må jobbe for å nå målene. Slik reduseres faren for å falle tilbake til gamle vaner. Det er bra å «bli sett i kortene». Det er bra at det vises interesse for jobben vi gjør; det motiverer til innsats og kvalitet, og bidrar dermed til god pleie og omsorg uavhengig av hvem som er på jobb.

### En leders erfaringer

For å lede implementeringen av livsgledekonseptet måtte jeg som leder først tenke gjennom hvilke krav og forventninger jeg stiller til meg selv som leder; jeg forventer av meg selv at jeg er en tilstedeværende leder. I praksis betyr dette at jeg hver ukedag møter klokken 07.15 for å snakke med nattevaktene. Deretter er jeg til stede under planlegging av dagvaktene.

Klokken 15.15 er jeg til stede for å møte aftenvaktene.

Videre må jeg samarbeide tett og godt med avdelingsleder på den andre avdelingen slik at vi er enige i de beslutninger som tas, og er til gjensidig støtte og hjelp for hverandre. Vi må bidra til at systemet er bærekraftig. Dette har vært helt avgjørende for at vi har lyktes med satsingen. Lederen må selv kontinuerlig utvikle seg og være endringsvillig, være bevisst hvordan han/hun vil utøve lederskap og hvilke verdier som styrer ens atferd og prioriteringer. Jeg la vekt på å prøve å være en modig, nærværende, energisk, inspirerende og raus leder.

Jeg benyttet medarbeidersamtalene til å bli kjent med den enkelte medarbeider både profesjonelt og personlig. Som leder har jeg vært opptatt av å hjelpe den enkelte medarbeider til å erkjenne og anerkjenne sterke og svake sider. Som leder skal jeg bidra til at den enkelte medarbeider opplever tillit, trygghet og forutsigbarhet i jobben sin.

#### **Medarbeidernes motivasjon**

Det var avgjørende for medarbeidernes motivasjon at jeg som leder formidlet mitt engasjement. I denne prosessen var det ikke vanskelig å formidle engasjement og motivere de ansatte da jeg var overbevist om at livsgledesatsingen var det beste som hadde skjedd oss. Denne satsingen ga oss mulighet til å sette individet og dets behov i fokus, og dermed mulighet til å øke kvaliteten på den jobben vi gjør hver dag. Økt kvalitet gir økt arbeidsglede; medarbeiderne ga uttrykk for økt trivsel. Dette ble bekreftet i medarbeidersamtaler og på personalmøter. Flere sa at de gledet seg til å gå på jobb, at de følte seg verdifulle og sett på en annen måte enn tidligere. De presiserte at de nå fikk bruke faget sitt. Personalet ble også bedre enn tidligere i stand til å evaluere tiltak de gjennomførte. Nå ble jobben de gjorde etterspurt og evaluert og dette bidro til større arbeidsglede.

Lederens utfordring var å motivere alle medarbeiderne, også dem som ikke ville ha noen endring. Motivasjonsarbeidet har foregått kontinuerlig gjennom hele prosessen. Vi startet med spørsmålet: Ønsker vi virkelig å være med på dette? Egentlig hadde vi ikke noe valg fordi livsgledekonseptet var godt forankret i kommunens øverste ledelse som forventet av oss at vi gjennomførte det som var besluttet. Det var avgjørende at livsgledekonseptet ble forankret i personalgruppa i tillegg til i ledelsen. Et sentralt mål var at alle medarbeiderne skulle utvikle et eierforhold til livsgledekonseptet som vi implementerte.

#### **Opprettelse av livsgledegruppe**

Det skulle opprettes livsgledegruppe. På vårt sykehjem er det to avdelinger og to avdelingsledere. Vi, avdelingslederne, valgte ut hvem som skulle delta i gruppa. Begge avdelingslederne skulle delta fordi med basis i et lederperspektiv (6) mente vi det var viktig at gruppa kunne ta beslutninger direkte i møtene. Likeså var det viktig at avdelingslederne kunne være stedfortredere for hverandre dersom noe uforutsett skulle skje slik at selve implementeringen ble bærekraftig. En sykepleier fra hver avdeling, fagrådgiver, to helsefagarbeidere som fungerte som livsgledekontakter deltok i livsgledegruppen. Fagrådgiver jobber tett opp mot lederne, lager møteinnkallinger og skriver alle referater.

Som ledere bestemte vi oss for at livsgledekontaktene skulle bruke en dag hver uke fra klokka 10.30–15.30 til livsgledearbeid. De utarbeidet en plan for hva disse dagene skulle inneholde slik at arbeidet og prosessen ble dokumentert. Beslutningen om at livsgledekontaktene fikk frigitt tid til å jobbe med livsgledearbeid har vært en suksessfaktor. Vi måtte bruke av eksisterende ressurser, da livsgledeimplementeringen ikke inneholder økte ressurser. Dette medførte noe uro blant noen ansatte. Det var her den første store endringen kom. I personalmøter og i samtaler med den enkelte livsgledekontakten evaluerte vi tiltaket å gi livsgledekontaktene tid til å jobbe med livsgledearbeidet. Alle ansatte på avdelingen var enige om

---

## «Lederens utfordring var å motivere alle medarbeiderne.»

---

at dette fungerte godt, og ønsket at vi fortsatte på samme måte. Vi har til og med en plan om at vi etter hvert skal utvide rammene for livsgledekontaktens ansvarsområde.

Som ledere hadde vi en grundig gjennomgang av hvem som ville passe i jobben som livsgledekontakt. Det var viktig at disse medarbeiderne var egnet for oppgaven. Vi valgte medarbeidere som vi visste var utadvendte, endringsvillige og nøyaktige. Det var viktig for implementeringen at livsgledekontaktene tok ansvar og sluttførte oppgaver. De måtte være gode til å inkludere kolleger i oppgaver, og å overføre oppgaver til kollegene. Livsgledekontaktene skulle ha fokus på hele livsgledeprosessen; derfor måtte de aktivt



følge opp og kontrollere at alle kolleger fulgte opp sine pasienter og pårørende i henhold til individuelle planer, praktiske gjøremål og dokumentasjon. Ved vårt sykehjem har livsgledekontaktene utviklet seg både faglig og personlig gjennom dette ansvaret. De uttrykker stor tilfredshet med denne funksjonen og håper at de får fortsette som livsgledekontakter.

### Organiseringen

Vi jobbet med forskjellige faggrupper som hadde ulik utdannelse. Det første vi gjorde var å klargjøre hva som sto i stillingsbeskrivelsen til enkelte medarbeider. Stillingsbeskrivelsene var allerede klargjort i det eksisterende kvalitetssystemet. Vi gjennomgikk disse på nytt i fellesskap. Alle medarbeiderne måtte ha et klart forhold til sin profesjon, og den må synliggjøres i avdelingene. Vi jobbet hardt for å skape myndiggjorte medarbeidere (7).

### Sykepleierfunksjonen

Vi valgte å fokusere på sykepleierollen i særdeleshet. Ikke fordi de andre helsearbeidere ikke var viktige, men vi ble oppmerksomme på at sykepleierne ikke fikk bruke faget og sin kompetanse slik de ønsket. Dette vet vi har stor betydning for sykepleierens trivsel, engasjement og opplevelse av kvalitet i sykehjemssorgen (6). Livsgledekonseptet krever fokus på kvalitet i tjenesten. Dermed ble faget sykepleie

over hele avdelingen og tar seg tid til å reflektere over egen praksis.

Da vi startet endringsprosessen relatert til sykepleiefunksjonen, valgte leder å være tilstede under planlegging av arbeidsdagen for å veilede og støtte sykepleierne i de sykepleiefaglige valgene de gjorde. Vi erfarte dette som et viktig bidrag i endringsprosessen. På et personalmøte uttrykte en helsefagarbeider at hun likte endringene i sykepleiefunksjonen. For henne betydde det at sykepleierne var lettere tilgjengelig når hun trengte bistand til en vurdering. Denne endringen medførte større trygghet for helsefagarbeiderne.

### Avdelingsleders rolle

Avdelingsleder møter presis og er til stede under planlegging av dagen. Hans/hennes rolle er å inspirere og motivere til en god dag for alle. En av sykepleierne på hver vakt har ansvar for hele avdelingen, og administrerer helsefag – og pleiemedarbeiderne. I planleggingen av arbeidsdagen fokuserer vi på livsgledearbeidet og hva som skal gjøres i dag, hvorfor skal vi gjøre det, og hvem som skal gjennomføre hva. Deretter skal vi dokumentere pasientens opplevelse av den aktuelle aktiviteten. Hver sykepleier har oppfølgingsansvar for 3–4 helsefagarbeidere som de veileder i stell ut fra pasientens diagnose. Sykepleierne går også gjennom helsefag- og pleiemedarbeidernes dokumentasjon.

### Dokumentasjon

Videokanon koples opp på vaktrommet før hvert vaktskift og sykepleier går igjennom den elektroniske dokumentasjonen fra dagen før ([www.tieto.no/.../gerica-pleie-og-omsorgssystem](http://www.tieto.no/.../gerica-pleie-og-omsorgssystem)). I rapportmøtet mellom vaktskiftene kommenterer avdelingsleder og sykepleier dokumentasjonen; fokus er både språkbruk og innhold. Her etterspørres for eksempel pasientens opplevelse av en aktivitet samt effekten av ulike tiltak som koples opp mot pasientenes livshistorie. I begynnelsen mislikte flere ansatte at vi synliggjorde dokumentasjonen på denne måten. Men, det viste seg likevel å være riktig for oss. Vi hadde klargjort de ulike rollene vi har på jobb i starten av sertifiseringsprosessen (8), og dermed ble det synlig også gjennom dokumentasjon at vi ikke kunne stille samme krav til alle faggrupper. Ved denne arbeidsmetoden ble det raskt tydelig hvem som trengte bedre og mere opplæring i dokumentasjon. Ved hjelp av fagrådgiver ble opplæringsbehovet imøtekommet og organisert både individuelt og i grupper. Samtidig ble det rettet oppmerksomheten mot dokumentasjonssplikten. Dette kom som et ledd i sertifiseringsprosessen hvor

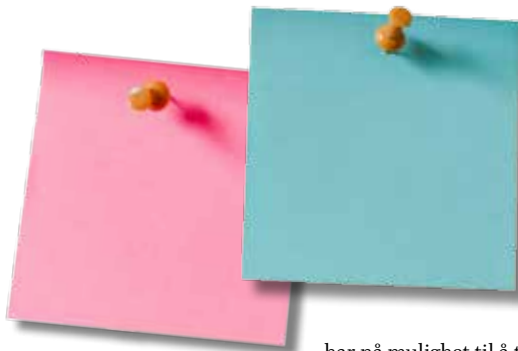
## «Endringene har bestått i at sykepleierne steller færre pasienter.»

diskutert og gjennomgått på felles personalmøter. Vi ble enige om hvordan sykepleierne skulle fungere. Vi brukte arbeidsinstruksen som ligger i vårt kvalitetssystem som utgangspunkt for endring av rollen. Vi hadde mange runder om dette. I dag er de fleste medarbeiderne fornøyd med endringen. Sykepleierne er glade for å bruke kompetansen sin, og uttrykker nå større tilfredshet med jobben. Dette har også vært viktig for å beholde god kompetanse på sykehjemmet.

Endringene har bestått i at sykepleierne steller færre pasienter enn helsefagarbeiderne om morgenen. Sykepleierne foretar en faglig vurdering med hensyn til hvilke pasienter de skal velge å bruke sin kompetanse på. Altså benytter de sin vurderingskompetanse i større grad enn tidligere; de prioriterer å få oversikt



dokumentasjon var og er et viktig element. Dokumentasjon er et kvalitetssikringssystem. Etter hvert som vi ble bedre på å dokumentere, ble det også mere interessant å jobbe med dokumentasjon. Vi ble flinkere til å gi hverandre ros og ris på en konstruktiv måte. Slik sett gjorde det også noe med arbeidsmiljøet vårt. Vi løftet faget og leverte bedre enn før vi kom inn i sertifiseringsordningen.



### Individualisering av sykepleien

Hver pasient har sin primær- og sekundærkontakt. Sykepleieren fordeler hvem som skal ha ansvar for hvilke pasienter ut fra pasientens behov og medarbeiderens kompetanse. Det kan medføre at enkelte dager får andre enn primærkontakten ansvar for den aktuelle pasienten fordi pasienten trenger akkurat denne kompetansen denne dagen. Sykepleier spesifiserer hvilke pasienter hun/han skal ha særlig ansvar for og begrunner dette. Avdelingsleder etterspør den faglige begrunnelsen for fordelingen, samt de ulike pasientenes diagnoser; dette fordi ulike diagnoser krever ulik kompetanse i stell og pleie.

Alle faglærte har fått tildelt sitt ansvarsområde som de spesialisere seg i. For eksempel smerte, ernæring og sår. Dette synliggjøres skriftlig på ei tavle på vaktrommet, og er styrende for hvilke kompetansehevede tiltak den enkelte medarbeider deltar på.

### Måltidsrutinene

Etter at sykehjemmet startet arbeidet med livsgledekonseptet erfarte vi at måltidsrutinene burde endres. Pasientsikkerhetsprogrammet (9) har blant annet fokus på forebygging av underernæring. Mange sykehjemspasienter er særlig utsatt for underernæring (10). Personalet er derfor bekymret for pasientenes ernæringstilstand. Ett, blant flere, tiltak var å flytte middagen fra klokka 13 til klokka 16. Vi diskuterte dette på et personalmøte. Noen få ansatte uttrykte motstand. Avdelingsledere ble enige om å ikke diskutere dette ytterligere i personalgruppen da denne endringen var basert i etablert kunnskap og faglige vurderinger. Tidspunktet for middagen ble flyttet, samtidig ble to dagvakter forlenget med en time. Ellers gjorde vi ingen endringer. Etter ett år ble tiltaket evaluert. I dag hersker det bred enighet i personalgruppa om at denne endringen er vellykket. Nå

er tidsintervallet mellom frokost og middag lengre. Det betyr at vi klarer å gjennomføre individuelle aktiviteter i samsvar med pasientens livshistorie og felles aktiviteter. Vi

har nå mulighet til å ta med pasientene ut for å spise lunsj, eller de kan ha med matpakke på tur. Slik får vi kombinert frisk luft, tur og mat, og en dagsrytme som i større grad likner den de hadde før de kom til sykehjemmet.

### Konklusjon

I sommer da jeg traff den flotte 80 år gamle dama var det godt for meg å kunne fortelle om livsgledesatsningen som gjennomføres i mange kommuner i Norge. Som respons på min utlegning om hva som skjer i sykehjemssomsorgen uttrykte hun stor begeistring: «Nå er det håp for bedre eldreomsorg»

Slik jeg ser det, representerer avdelingslederrollen en unik mulighet til å påvirke utviklingen i eldreomsorgen. I så måte anser jeg livsgledekonseptet som et viktig redskap. Maja, en helsefagarbeider som kom tilbake etter lang sykemelding uttrykte følgende: «Nå er det rett og slett spennende å gå på jobb.» Slike utsagn er motiverende for en leder, positivt for arbeidsmiljøet og kvaliteten i den aktiviteten som foregår i sykehjemmet. ■

### Referanser

1. Kristin Elise Indal og Linda Aune. Kokebok for livsgledekonulerter, januar 2017
2. Meld.St.29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
3. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund. 2001, rev. vår 2014.
4. Lundemo CS, Hildrum B og Hopsø T. Veileder – Livsgledepsykehjem. Stiftelsen Livsglede og Eldre; 2015.
5. Moe A, Brataas H. Veien mot å bli livsgledepsykehjem. En følgestudie. Senter for om-sorgsforskning; 2014:10.
6. Barbogen B. Hjelp! Jeg er blitt leder – en praktisk guide for førstegangsledere. Oslo: Hegnar Media; 2016.
7. Sollund MS, Trygstad S, Johansen B. Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg – hvorfor og hvordan? Nordlandsforskning. 2014:11.
8. Moum S. Beskrivelse av sertifiseringsordningen livsgledepsykehjem. <http://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/08/Beskrivelse-av-se...>
9. Pasientsikkerhetsprogrammet i Trygge hender 2014–2018. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetspro...>
10. Dogan EIK, Sørbye LW. En menneskerettighetsbasert tilnærming til matomsorg ved sykehjem. Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin 2016; Volum 33.(4) s. 44–49.



# Bedre arbeidsmetoder og holdninger?

## Implementering av livsglede for eldre

Resultatene i denne studien tyder på at implementering mot å bli et livsglede-sykehjem har ført til et større faglig fokus i sykehjemmene. Respondentene beskriver at sertifiseringsprosessen har gitt dem en bedre arbeidshverdag.

### FAKTA

**Av Beate André,** PhD, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, NTNU

**Frode F. Jacobsen,** PhD/professor, Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen/ Fakultet for helsefag Høgskulen Vestlandet/ VID vitenskapelige høyskole

**Endre Sjøvold,** PhD/professor, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, fakultetet for økonomi, NTNU

**Gørill Haugan,** PhD/professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, NTNU

**T**otalt har omsorgstjenesten i Norge mer enn 200 000 brukere. Det bor 42 129 personer over 67 år i sykehjem, og disse er fordelt på 1000 institusjoner (1). Det antas at antall eldre over 80 år innen år 2030 fordobles og vil nå nesten 350 000. Innen 2050 forventes antallet å være rundt 500 000 (2). Gjennomsnittspasienten ved norske sykehjem er over 84 år og har fire aktive diagnoser. Høy alder og komorbiditet (flere samtidige sykdommer) medfører at pasientene trenger tett oppfølging fra helsepersonell (1). Av alle beboere på sykehjem er over 70 prosent aldersdemente (3, 4). Personer med denne sykdommen krever spesialisert kompetanse med særlige kunnskaper om kroniske og sammensatte lidelser, demens, en fredfull død og psykiske problemer (2, 4–6).

Mange studier omhandler arbeidsbyrder, stress og jobbtilfredsstillelse blant ansatte som arbeider i sykehjem (7–9) samt betydningen av kontroll over eget arbeid (10, 11). Flere har sett på sammenhengen mellom ansattes arbeidssituasjon og dens betydning for pasientene (12, 13) og hvilke erfaringer helsepersonell har gjort seg ved norske sykehjem (14, 15).

Sykehjem i Norge har de siste tiårene vært gjenstand for flere reformer, med blant annet endringer i rolle og funksjon (5). Som følge av Samhandlingsreformen (2) er tidlig utskrivning fra sykehus normen i dag. Dette medfører at syke eldre sendes tidlig fra sykehus til sykehjem, ofte med flere komplekse sykdommer og komorbiditet. Samtidig er det et mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig. Derfor er de som får langtidsplass i sykehjem, sykere og mer

pleietrengende enn før (5). Nye spesialfunksjoner som rehabilitering, korttidsopphold og avlastningsopphold er kommet til, samtidig vektlegges det at sykehjemmene skal fungere og oppleves som et hjem, noe som innebærer krav om særskilt kompetanse i miljøarbeid for å ivareta pasientens sosiale og kulturelle behov (2). Samlet sett medfører dette store kompetansekrav til de ansatte og ledelsen ved sykehjemmene (5).

Rekruttering av godt kvalifiserte ansatte er derfor viktig. Men en ny undersøkelse som Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gjennomført blant avgangsstudenter viser at tre av fire sykepleiestudenter vil jobbe på sykehus og nesten ingen vil jobbe på sykehjem (16). Praksis utgjør halve sykepleierutdanningen og i undersøkelsen svarer ni av ti studenter at erfaringer fra praksis påvirker hvor de ønsker å jobbe som ferdig utdannede sykepleiere. Sykepleierstudentenes første praksis er ofte i sykehjem. Mange opplever sykehjemmet som en arbeidsplass med få sykepleiere med mye ene-ansvar for mange og svært alvorlig syke pasienter. Oftest har de få sykepleierkollegaer å søke faglig støtte hos, og de kan føle seg alene om å ta avgjørelser og å skape et godt faglig miljø (14, 15). Dette bidrar ikke til rekruttering. Det handler ikke om at sykepleiestudenter ikke ønsker å jobbe med syke eldre som ferdig utdannede, men at gode praksisplasser virker inspirerende og motiverende og dermed bidrar til rekruttering, mens dårlige erfaringer fra praksis kan ha motsatt effekt (16).

Jakobsen (2015) studerte betydningen av de sosiale relasjonene som sykepleierstudenter introduseres

for gjennom sine praksisstudier. Flere av sykepleiestudentene som deltok i undersøkelsen opplevde å bli inkludert i praksisfellesskapet i avdelingene og ivaretatt av praksisveileder. De følte det var et godt samarbeid mellom faggruppene og erfarte gode holdninger blant pleierne i møte med pasientene. De rapporterte at de opplevde praksisplassen som meget god. Andre studenter erfarte at de som blir ivaretatt og inkludert har bedre opplevelser enn dem som oppfatter seg som gratis arbeidskraft (17). Noen sykepleiestudenter erfarte lite oppfølging fra praksisveileder, baksnakking innad i personalgruppen og respektløse pleiere overfor pasientene. Sykepleiestudenter med gode opplevelser fra praksis ønsker ikke nødvendigvis å arbeide i sykehjem som nyutdannet, mens de med negative opplevelser kategorisk utelukker sykehjem som fremtidig arbeidsplass. Negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn

positive. Av den grunn blir forbedringsarbeid knyttet til arbeidsmiljø, samt å drive holdningsskapende arbeid innad i sykehjemmene, et viktig steg mot å heve kvaliteten på sykepleierstudenters praksisstudier i sykehjem og dermed også mot å øke rekrutteringen (17).

Livsglede for eldre ble dannet i 2005 som følge av et tydelig behov for nye løsninger i eldreomsorgen (18). Livsglede sykehjem er en nasjonal satsning med en sertifiseringsordning utviklet og eid av Livsglede for Eldre (LFE). Ideen om livsglede sykehjem oppsto blant sykepleierstudenter i praktiske studier i sykehjem i Agder. Beboernes sosiale og kulturelle behov ble sjelden ivaretatt gjennom den travle arbeidsdagen. LFE startet et pilotprosjekt med målsetting om å utarbeide et system som satte hovedfokus på livsglede i sykehjemmens hverdag, på lik linje med system for medisinerings. Utrullingsplanen for

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Både rekruttering og det å holde på ansatte er et stort problem i sykehjem. Det er generelt lite fokus på de ansatte ved sykehjemmene, også ved implementering av livsglede for eldre. Samtidig forutsetter livsgledearbeidet at leder er en aktiv pådriver, at de ansatte oppfordres til å oppdatere seg faglig, har medbestemmelse og god tilgang på informasjon, samt at arbeidsmiljøet styrkes.

**Hensikt:** Utvikle kunnskap om hvordan selve implementeringsprosessen av livsglede sertifiseringen påvirker personalets arbeidsmetoder og holdninger til å fremme livsglede blant beboerne.

**Metode:** Alle ansatte i Trondheim kommune ved sykehjem, helsehus og velferds- og rehabiliteringssenter fikk tilsendt spørreskjema på sin kommunale e-post. Selve spørreskjemaet besto av 26 spørsmål, hvorav to fokuserer direkte på selve implementeringsprosessen som er fokus i denne studien. Respondentene har svart på de samme spørsmålene ved to forskjellige tidspunkt, slik kan en si noe om eventuelle endringer over tid.

**Resultat:** Resultatene viser; 1) muligheten til å anvende sertifiseringsprosessen til å endre arbeidsrutiner eller metoder påvirkes over tid slik at når sykehjemmene har kommet lenger i sertifiseringsprosessen er muligheten større og kanskje også kunnskapsnivået utviklet nok til å se anledninger for endringer og forbedringer. 2) Sertifiseringsprosessen har betydning for personalets holdninger til hvordan en som er ansatt kan arbeide med å fremme livsglede hos beboerne.

**Konklusjon:** Resultatene indikerer at betydningen av sertifiseringsprosessen øker over tid; det ser ut til at livsgledearbeidet utvikler seg over tid og jo lenger et sykehjem har vært sertifisert jo større er nytten av selve arbeidsprosessen.

**Nøkkelord:** Livsglede for eldre, arbeidsmiljø, implementering av endringer

### Summary

#### The impact of certification of the "Joy of Life" in Nursing homes on the improvement of working methods and attitudes among staff in Nursing Homes

**Background:** Both recruitment and retention of health professionals are a major problem in nursing homes. Implementation of "Joy of Life" assumes that the leader of the nursing home is an active part, encouraging employees to update themselves professionally, has co-determination and good access to information, and that the working environment is more focused.

**Purpose:** Gain knowledge of how the implementation process of the "Joy of Life" certification affects the staff's working methods and attitudes to promote happiness for the elderly residents.

**Method:** All employees in Trondheim municipality at nursing homes, community care hospitals and welfare and rehabilitation centers were sent a questionnaire to their municipal e-mail. The questionnaire itself consisted of 26 questions, two of which focus directly on the implementation process that is the focus of this study. Respondents answered the same questions at two different points of time, indicating any changes over time.

**Result:** The findings show two factors of interest; 1) The ability to apply the "Joy of life" certification process to change work routines or methods is affected over time so that when the nurses have gone further in the certification process they find it more useful to use the implementation to change work methods and routines. 2) The certification process has an impact on the staff's attitudes towards how an employee can work to promote "Joy of Life" for the residents.

**Conclusions:** The findings indicate that the importance of the certification process increases over time. Moreover, it appears that that when working in a nursing home where "Joy of Life" is implemented and the longer a nursing home has been certified, the more useful the actual work process seems to be.

**Keywords:** "Joy of Life" for the elderly, working environment, implementation of changes



livsgledesykehjem går over seks år, og er forankret hos Helse- og omsorgsdepartementet gjennom stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» som anbefaler at dette innføres i alle norske kommuner (19).

Livsgledesykehjem fokuserer på tiltak slik at pasienten skal ha det bra innenfor for den personalrammen sykehjemmet har. Å tenke tverrsektorielt og bruke ressurser på tvers av enheter i kommunen er derfor avgjørende for å lykkes (4). Bemanningen ved norske sykehjem er stort sett lav, og eldreomsorgens utfordringer er mange (4). LFE har utviklet konstruktive løsninger for å gjøre hverdagen enklere; hovedfokus er å bidra til

---

## «De har få sykepleierkollegaer å søke faglig støtte hos.»

---

et meningsfylt innhold i hverdagen for dem som bor på sykehjem (20). Det har imidlertid vært lite fokus på de ansatte ved sykehjemmene. Samtidig forutsetter livsgledearbeidet at leder er en aktiv pådriver, at de ansatte oppfordres til å oppdatere seg faglig innenfor temaer, at ansatte har medbestemmelse og god tilgang på informasjon, samt at arbeidsmiljøet styrkes (18).

Det er ingen tvil om at fokus på kvalitet og rekruttering av sykepleiefaglig kompetanse i sykehjem er nødvendig og viktig (4, 5, 14, 15) for å bidra til et godt sted å være både for beboere og pasienter (21, 22). Et faglig utviklende arbeidsmiljø bidrar til rekruttering og mindre turnover (7). Det er derfor interessant å undersøke om forhold rundt implementering av livsgledesertifisering som har fokus på både lederskap, faglig utvikling, medbestemmelse og et styrket arbeidsmiljø for å se om denne implementeringen kan bidra til en endret praksis og holdning blant ansatte i sykehjem.

Studien retter søkelyset på de ansatte i livsgledesykehjem og om implementeringen av livsgledesertifiseringen har påvirket deres arbeidsmetoder og holdninger til hvordan en skal arbeide for å fremme livsglede for beboere. Studien bidrar med kunnskap om implementering av livsgledesertifiseringen gjennom følgende forskningsspørsmål;

Kan implementeringen av LFE påvirke ansattes arbeidsmetoder/prosedyrer? Endres ansattes holdninger til hvordan de kan fremme livsglede hos beboerne gjennom implementering av LFE?

### Metode

Dette er en kvantitativ deskriptiv studie med to målinger. Alle ansatte ved sykehjem, helsehus og velferds- og rehabiliteringssentre i Trondheim kommune ble vinteren 2015/2016 (T1) og vinteren 2016/2017 (T2) invitert til å delta i en spørreundersøkelse. Undersøkelsen tok for seg arbeidsmiljø, sykefravær og implementeringsprosessen for livsgledesertifisering. Selve spørreskjemaet besto av 26 spørsmål, hvorav to fokuserer direkte på selve implementeringsprosessen, som er temaet i denne studien. Selve spørreskjemapakken er delvis validert (work-soc) for norske forhold og for denne populasjonen (23).

### Deltakere

Alle ansatte ved sykehjem, helsehus og velferds- og rehabiliteringssentre i Trondheim kommune fikk tilsendt spørreskjema gjennom sin kommunale e-post to ganger med ett års mellomrom. Det var de forskjellige tjenestestedene som formidlet undersøkelsen videre til sine ansatte på sin e-post liste. To purringer ble gjennomført ved hver utsendelse. Purringene gikk til tjenestestedet som formidlet den videre til alle respondenter. Den eksakte svarprosenten er derfor vanskelig å estimere, men den ligger på minimum 20 prosent for begge målingene (T1 og T2) (23).

Spørsmålene til de ansatte var formulert som påstander, og ble bare besvart av ansatte som hadde deltatt i sertifiseringsprosessen. Første påstand var: «Gjennom sertifiseringsprosessen fikk vi mulighet til å rette opp i noen dårlige arbeidsmetoder/prosedyrer vi hadde tilegnet oss». Den andre påstanden var: «Etter sertifiseringsprosessen har jeg endret min holdning til hvordan vi skal arbeide med å fremme livsglede for beboerne».

Disse påstandene ble bare besvart av de av respondentene som hadde deltatt i en sertifiseringsprosess.

### Analyse

Deskriptive analyser av data er gjort ved hjelp av Statistisk pakke for samfunnsvitenskap (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) versjon 21.0 for Windows.

### Etikk

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Datatilsynet (ref.nr. 238331). Alle svar er anonymisert og

**TABELL 1:** Gjennom sertifiseringsprosessen fikk vi mulighet til å rette opp i noen dårlige arbeidsmetoder/prosedyrer vi hadde tilegnet oss.

	Antall T1 (N/%)	Antall T2 (N/%)
Svært uenig/uenig	49/19	27/10
Verken eller	97/37,6	115/42,8
Svært enig/enig	112/43,4	127/47,2
<b>Total</b>	<b>258/100</b>	<b>269/100</b>
Ikke besvart	312	258
<b>Total</b>	<b>570</b>	<b>527</b>

**TABELL 2:** Gjennom sertifiseringsprosessen fikk vi mulighet til å rette opp i noen dårlige arbeidsmetoder/prosedyrer vi hadde tilegnet oss.

	Antall T1 (N/%)	Antall T2 (N/%)
Svært uenig/uenig	33/20,7	26/9,5
Verken eller	83/32,4	94/34,3
Svært enig/enig	120/46,8	124/56,4
<b>Total</b>	<b>256/100</b>	<b>274/100</b>
Ikke besvart	314	253
<b>Total</b>	<b>570</b>	<b>527</b>

det er ikke mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. All deltagelse er frivillig. Både kommunaldirektøren for helse- og velferd i Trondheim kommune og enhetslederne ved hver enkelt institusjon har godkjent studien.

### Resultat

Resultatet baserer seg på to adskilte målinger i populasjonen ansatte ved sykehjem, helsehus og velferds- og rehabiliteringssenter i en stor norsk by-kommune.

### Beskrivelse av utvalget

De demografiske dataene for utvalget viser at flertallet av respondentene er kvinner (T1 88 prosent og T2 89 prosent over 40 år; hvorav 39 prosent (T1) og 40 prosent (T2) har mindre enn tre års utdanning etter videregående, mens 31 prosent (T1) og 33 prosent (T2) hadde tre års bachelorutdanning. Antall som har mer enn 3 år bachelorutdanning

er synkende – fra 23 prosent (T1) og til 19 prosent (T2). De fleste har utdanning enten som sykepleiere 31 prosent (T1 og T2) og/eller hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere 36 prosent (T1) og 39 prosent (T2). Andelen assistenter uten utdanning er gått ned fra 11 prosent (T1) til 8 prosent (T2). Andre yrkesgrupper som vernepleiere, fysioterapeuter og leger har økt fra 20 prosent (T1) til 25 prosent (T2). Flesteparten har mellom 0 år og 20 års erfaring fra arbeidsstedet sitt.

Tabell 1 viser responsen på spørsmål man har målt ved T1 og T2. Funnene viser at 43 prosent (T1) og 47 prosent (T2) av respondentene er enig i at deltakelse i sertifiseringsprosessen gir muligheter for å endre på dårlige arbeidsmetoder/prosedyrer, men også at en stor del stiller seg nøytral (verken eller) til dette: 38 prosent (T1) og 43 prosent (T2).

Tabell 2 viser respondentenes tilbakemelding i forhold til spørsmål to målt ved T1 og T2. Funnene viser at en stor prosent (47 prosent ved T1 og 56 prosent ved T2) mener at de gjennom sertifiseringsprosessen har endret holdning i forhold til hvordan en skal arbeide med å fremme livsglede hos beboerne. Her er det en større andel som svarer «vet ikke» (32 prosent ved T1 og 34 prosent ved T2). Videre viser dataene at 47 prosent av respondentene mener at livsgledearbeidet har bidratt til endret holdning overfor hvordan fremme livsglede blant sykehjemspasientene (T1), mens 21 prosent rapporterer at livsgledearbeidet ikke har påvirket deres holdning til livsgledearbeid. Ved T2 svarer 56 prosent at de har endret holdning, mens 9 prosent ikke har endret holdning.

## «Det er viktig at sykehjemmene blir en attraktiv arbeidsplass for de ansatte.»

### Diskusjon

Denne studien fokuserer på de ansatte i livsgledesykehjem og om implementeringen av livsgledesertifiseringen har påvirket deres arbeidsmetoder og holdninger til hvordan en skal arbeide for å fremme livsglede for beboere i sykehjem. Ved endring og implementering er det viktig å se på hvordan dette påvirker dem som er involvert i endringen, i dette tilfellet de ansatte.





Har implementering av livsgledesertifisering påvirket ansattes arbeidsmetoder/prosedyrer? Funn fra studien (Tabell 1) viser at respondentene opplever at implementering av livsgledesertifisering har påvirket deres arbeidsmetoder. Ved T2 var det flere som var enig eller svært enig i at dette var noe som ble påvirket av livsgledesertifiseringen enn ved T1. Det samme viste seg – uenig eller svært uenig – relatert til om dette har påvirket deres arbeidsmetoder, som også økte fra T1 til T2. Dette viser to ting. For det første at arbeidsmetodene påvirkes over tid slik at når sykehjemmene har kommet lenger i sertifiseringsprosessen, er muligheten større og kanskje har også kunnskapnivået økt nok til å se mulige endringer og forbedringer. For det andre gir livsgledesertifiseringen mulighet til endringer og forbedringer med hensyn til arbeidsmetoder og prosedyrer. I takt med sykepleiefagets utvikling og samfunnets behov må både arbeidsmetoder og prosedyrer videreutvikles (5, 8, 14). Det er viktig at sykehjemmene blir en attraktiv arbeidsplass for de ansatte, men enda viktigere er det å kunne tilby beboerne best mulig behandling og omsorg (3, 9, 11–13). En vesentlig motivasjonsfaktor for ansatte er at de ansatte får

## «Det er viktig å etterspørre og å lytte til de ansatte.»

anledning til å utvikle seg faglig og at de tilbyr god kvalitet på pleien (7, 11, 12).

Har livsgledesertifisering endret ansattes holdninger til hvordan de skal arbeide med å fremme livsglede for beboerne?

Funnene viser at sertifiseringsprosessen har bidratt til endret holdning til hvordan de ansatte skal arbeide med å fremme livsglede for beboerne (Tabell 2). Ved T2 svarte over 50 prosent at de var enig eller svært enig i at sertifiseringsprosessen har bidratt til å endre holdninger. Dette er en økning fra T1. Det samme var tilfellet for spørsmålet om de var uenig eller svært uenig i at dette har vært med å endre deres holdninger. Erkjennelse av endrete holdninger økte betraktelig fra T1 til T2. Dette viser at sertifiseringsprosessen har betydning for holdninger til hvordan ansatte kan arbeide med å fremme livsglede hos beboerne. Her ser vi også at de ansatte har blitt påvirket av sertifiseringsprosessen,

og at erkjennelsen av dette har økt fra 47 prosent ved T1 til 56 prosent ved T2. Samtidig synker andelen som er uenig fra 21 prosent ved T1 til 9 prosent ved T2. Kan det tenkes at årsaken til det er å se tiltak rettet mot at pasienten får det bedre og at en som ansatt lærer nye ting, inspirerer til at flere tilegner seg kunnskap og endrer holdninger?

Tidligere studier demonstrerer at arbeidskultur og arbeidsmiljø er avgjørende for personalets kommunikasjon, også med pasientene (24, 25). For å kunne være i stand til å tiltrekke seg kvalifisert personale, og holde på dem, er det viktig at forholdene for de som jobber i sykehjem forbedres. I en rapport fra NSF vises det til at få nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe på sykehjem eller i eldreomsorg (16). Dette er utfordrende. Andelen eldre som har behov for hjelp vil øke i tiden fremover. Studien til Jakobsen (17) konkluderer at negative opplevelser fra praksis veier tyngre enn positive for sykepleiestudenter, samt at arbeidsmiljø og holdningsskapende arbeid innad i sykehjemmene kan være et viktig steg mot å heve kvaliteten på sykepleierstudenters praksisperiode i sykehjem (15, 17).

Studier beskriver arbeidsmiljøet og utfordringer relatert til dette i sykehjem (4, 7, 11, 12, 14). Sykepleieleidelsen må ta hensyn til at arbeidskultur er avgjørende for å forbedre kvaliteten i sykehjemsomsorgen (7, 25, 26). Endringer er nødvendige for å øke helsepersonellens trivsel, medbestemmelse, autonomi og innflytelse i sykehjem. Innflytelse over sin egen arbeidssituasjon kan være med å øke personalets engasjement og involvering i å oppnå best mulig omsorg for beboerne (7–9, 12). Helsepersonell som jobber i sykehjem opplever engasjement og positiv energi relatert til kvaliteten på pasientomsorgen (7). Dette kan brukes til å skape et positivt arbeidsmiljø, slik at helsepersonell som arbeider på sykehjem kan oppnå personlig og faglig tilfredsstillelse i sitt arbeid. Bruk av humor og annen liknende adferd kan bidra til å «lette på trykket» relatert til det negative bildet i samfunnet av sykehjemsomsorg (7). Helsepersonell som individer har både positive holdninger og måter å uttrykke dette på i arbeidskulturen, som for eksempel humor og positiv tenkning. Å bidra til en positiv arbeidskultur er derfor viktig (27). Det kan se ut som at sertifiseringsprosessen mot å bli et livsgledesykehjem har greid å sette fokus på dette, og bidrar til at helsepersonell i sykehjem får mer faglig substans relatert til hvordan de kan skape

livsglede for beboerne samt til endring av arbeidsrutiner. Dette kan i seg selv være motiverende og bidra til økt trivsel.

En svakhet ved denne studien er den lave svarprosenten. Den er imidlertid ikke lavere enn andre sammenlignende studier, og styrken er at den har to målinger og en høy N. I denne artikkelen presenterer vi svar på to konkrete spørsmål om hvordan ansatte ved livsgledesykehjem selv opplever at denne sertifiseringen har påvirket dem. For å kunne legge til rette for et bedre arbeidsmiljø ved sykehjem i fremtiden er det viktig både å etterspørre og å lytte til de ansattes opplevelser og erfaringer.

### Konklusjon

Resultatene i denne studien tyder på at implementering mot å bli livsgledesykehjem har ført til et større faglig fokus i sykehjemmene. Respondentene beskriver at de gjennom sertifiseringsprosessen fikk mulighet til å rette opp arbeidsmetoder/prosedyrer og andelen som var enig i dette var økende fra T1 til T2. Det kan være en indikator på at jo lenger de ansatte har jobbet med livsglede-implementeringen, jo større mulighet har de hatt til å jobbe med å forbedre arbeidsmetodene. Å delta i implementering av livsglede kan også bidra til at ansatte i større grad får jobbe med faglige spørsmål og få en opplevelse av at de kan være med å påvirke sitt eget arbeidsmiljø. Helsepersonell i livsgledesykehjemmene opplever at de har endret holdning til hvordan de skal arbeide med å fremme livsglede for beboerne. Dette er også viktig med tanke på arbeidsmiljøet i sykehjem. Ansatte ved sykehjem er under sterkt press for å gi god omsorg til beboerne. De opplever at det er vanskelig å rekruttere og holde på kvalifisert arbeidskraft, noe som i seg selv er utfordrende for arbeidsmiljøet. Endring i beboernes behov har også bidratt til å øke dette presset. Fokus på faglig utvikling og holdninger i arbeidet er derfor av stor betydning for at sykehjem skal framstå som en attraktiv arbeidsplass for helsepersonell. ■

### Referanser

1. Statistisk Sentralbyrå S. Omsorgstenester. 2009.
2. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47 (2008-2009). 2009.
3. Bakke HK. Aktuelt i foreningen –Nye tanker om bemanning i sykehjem. Tidsskriftet den Norske Legeforening. 2004;124(21):2807-.
4. Fottland AS. Kunnskapsutveksling i det daglige arbeidet-er det rom for dette i norske sykehjem? : Universitetet i Tromsø; 2011.
5. Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S. Kompetanseutvikling i sykehjem: ansattes perspektiv. 2011.
6. André B. Hva er den "gode død"? Geriatriisk sykepleie. 2014;6(3):18-25.
7. Andre B, Ringdal G, Skjong RJ, Rannestad T, Sjøvold E. Exploring experiences of fostering positive work environment in Norwegian nursing homes: A multi method study. *Clinical Nursing Studies*. 2016;4(4):p9.
8. Morgan DG, Semchuk KM, Stewart NJ, D'arcy C. Job strain among staff of rural nursing homes: A comparison of nurses, aides, and activity workers. *J Nurs Adm*. 2002;32(3):152-61.
9. Hasson H, Arnetz JE. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home based care and nursing homes. *J Clin Nurs*. 2008;17(4):468-81.
10. André B, Sjøvold E, Rannestad T, Holmøen M, Ringdal GI. Work culture among healthcare personnel in a palliative medicine unit. *Palliative and Supportive Care*. 2013;11(02):135-40.
11. Karsh B, Booske BC, Sainfort F. Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*. 2005;48(10):1260-81.
12. André B, Sjøvold E, Rannestad T, Ringdal GI. The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study. *Scand J Caring Sci*. 2013;n/a-n/a.
13. Hannan S, Norman JJ, Redfern SJ. Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in clinical Gerontology*. 2001;11(2):189-203.
14. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem—idealer og realiteter. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2010;30(2):14-7.
15. Johannessen A. Rekruttering av sykepleiere til sykehjem—Sykepleieres tanker og erfaringer. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2004;24(4):45-7.
16. Østby BA. Vil ikke jobbe på sykehjem. *Sykepleien*. 2017;105(04):2.
17. Jakobsen E. Sykepleierstudenter i sykehjem: En kvalitativ studie om sykepleierstudenters opplevelser fra sykehjemspraksis 2015.
18. Livsglede for eldre. Livsglede for eldre, rydde i huset 2016 [Available from: (<http://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/03/Rydd-i-huset.pdf>)].
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2012–2013.
20. Moum S. Livsglede for eldre. *Sykepl Fag*. 2016;104(8).
21. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self transcendence in nursing home patients. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(1):74-88.
22. Haugan G. Meaning in life in nursing home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *J Clin Nurs*. 2014;23(7-8):1030-43.
23. Grødal K, Innstrand ST, Bauer GF, Haugan G, Rannestad T, André B. Validation of the Norwegian version of the work-related sense of coherence scale. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;403494817725466.
24. André B, Frigstad, S.A., Nøst, T.H., Sjøvold, E. Differences in communication within the nursing group and with other professions at a hospital unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; Accepted article.
25. André B, Frigstad SA, Nøst TH, Sjøvold E. Exploring nursing staffs communication in stressful and non-stressful situations. *J Nurs Manag*. 2015;n/a-n/a.
26. André B, Nøst TH, Frigstad SA, Sjøvold E. Differences in communication within the nursing group and with members of other professions at a hospital unit. *J Clin Nurs*. 2016.
27. André B, Nøst TH, Frigstad SA, Sjøvold E. Differences in communication within the nursing group and with members of other professions at a hospital unit. *J Clin Nurs*. 2017;26(7-8):956-63.



NORSK  
SYKEPLEIER-  
FORBUND



NSF's FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

# NSF FGDs landskonferanse 2018

«Livets siste faser  
– god sykepleie – verdighet – medbestemmelse»



**19.–20. APRIL – RADISSON BLU HOTEL PÅ BRYGGEN I BERGEN**

Bindende påmelding, som gjøres elektronisk på følgende lenke:  
Early bird t.o.m 20.02.18 <http://www.trippus.net/fgd2018/deltakertidlig>  
Fra 21.02.18 <http://www.trippus.net/fgd2018/deltaker>