

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykehjem og høyskole samarbeidet om å innføre personsentrerte tiltak

Helsepersonell fikk oppfølging i innovasjonsgrupper da personsentrerte tiltak ble innført i to sykehjem.

[Guri Rosseland Rummelhoff](#)

Førstelektor

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Camilla Anker-Hansen](#)

Førsteamanuensis

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Håkon Johansen](#)

Førstelektor

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold)

[Vigdis Abrahamsen Grøndahl](#)

Professor

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Carina Bååth](#)

Professor

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Liv Torill Halvorsrud](#)

Professor

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Ann Karin Helgesen](#)

Professor

Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag, Høgskolen i Østfold og Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

[Liv Berit Fagerli](#)

Førstelektor

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

[Personsentrert praksis](#)

[Innovasjonsgrupper](#)

[Erfaringsdeling](#)

[Sykehjem](#)

Hovedbudskap

To sykehjem benyttet innovasjonsgrupper, som er en form for veiledningsgrupper, for å støtte personalets innføring av personsentrerte tiltak. Artikkelen bygger på fasilitatorenes erfaringer med gjennomføring av innovasjonsgrupper. Erfaringene tyder på at innovasjonsgrupper gir mulighet for erfaringsdeling blant helsepersonell ved innføring av nye tiltak i sykehjem.

Hensikten med denne artikkelen er å bidra til kunnskapsutvikling om innovasjonsgrupper ved innføring av personsentrerte tiltak i sykehjem. Artikkelen tar utgangspunkt i et samarbeidsprosjekt mellom to sykehjem i Viken og Høgskolen i Østfold (HiØ). Sykehjem A var tilrettelagt for personer med demens, og alle avdelingene deltok. Ved sykehjem B deltok en skjermet avdeling for personer med demens.

Målet med prosjektet var å bidra til et godt hverdagsliv for beboere, pårørende, ansatte og studenter i sykehjemmene gjennom å innføre personsentrert praksis. Grunnprinsipper for personsentrert praksis er å behandle alle personer som individer, respektere deres rettigheter som personer, bygge gjensidig tillit og forståelse – og utvikle terapeutiske relasjoner (1).

Fem personsentrerte tiltak ble beskrevet før oppstart

For å kunne utøve personsentrert praksis må helsepersonellet ha forutsetninger og arbeidsvilkår som legger til rette for det (1). Ved oppstart av prosjektet ble det gjennomført en workshop for helsepersonell og ledere om personsentrert praksis og tiltakene som skulle innføres.

Gjennom prosjektperioden fikk helsepersonellet oppfølging i innovasjonsgrupper. Innovasjon betyr fornyelse og forandring gjennom verdiskapende aktiviteter (2). Hensikten med innovasjonsgruppene var erfaringsdeling og å støtte helsepersonell i deres nye verdiskapende tiltak, med mål om økt personsentrert praksis.

Innovasjonsgrupper har likhetstrekk med veiledningsgrupper, som innebærer at deltakerne deler erfaringer og opplevelser og reflekterer sammen (3). Ledelsen ved sykehjemmene støttet oppstart av innovasjonsgruppene. Hver avdeling fikk en perm med beskrivelse av tiltakene (se tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over personsentrerte tiltak

Tiltak	
En-til-en-kontakt	Samvær mellom beboer og ansatt i 30 minutter to ganger per uke.
Livshistoriesamtale	Primærkontakt har en livshistoriesamtale med sine primærpasienter, fyller inn og oppdaterer personopplysningskjemaet «Min livshistorie» fra Aldring og helse.
Forhåndssamtale	Primærkontakt og lege har en forhåndssamtale med pasient og pårørende om hvordan pasienten opplever å bo på sykehjemmet, tanker om fremtiden og om livets slutfase. Behandlingsavklaring er en del av denne samtalen.
Hud- og sårvurdering	Individuell systematisk risikovurdering av hud- og sårutvikling med søkelys på trykksår.
Trygghetsskapende teknologi	Trygghets- og mestringsskapende teknologi som vandrealarm, døralarm, smarttelefon, Gerica, Ipad, elektroniske administrasjonsverktøy og reminisensrom innføres og anvendes.

«Å arbeide personsentrert og i team kan gi trivsel i arbeidet og ha positiv betydning for arbeidsmiljøet.»

Fire prosjektmedarbeidere fra henholdsvis høyskole, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester var fasilitatorer i innovasjonsgruppene. En fasilitator er en person som tilrettelegger og hjelper til med å definere og nå mål (4). Fasilitatorene ledet samtalene.

FAKTA

Utviklingscenter for sykehjem

Én kommune i hvert fylke er vertskommune for et utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Sentrene skal bidra til utvikling innenfor nasjonale satsingsområder, med utgangspunkt i lokale behov.

Kilde: utviklingscenter.no

Alle fasilitatorene hadde erfaring som sykepleiere samt med gruppeveiledning og prosjektarbeid. En fasilitator skal utfordre og støtte personer i klargjøring av deres verdier og visjoner, refleksjon over arbeidet og utvikling av ferdigheter og kunnskaper (5).

Innsatsen fra fasilitatoren kan hjelpe helsepersonellet til å utvikle selvstendighet og kompetanse i personsentrert arbeid (6). Å arbeide personsentrert og i team kan gi trivsel i arbeidet og ha positiv betydning for arbeidsmiljøet (7).

Slik ble innovasjonsgruppene gjennomført

Artikkelen bygger på fasilitatorenes erfaringer med gjennomføring av innovasjonsgrupper. Det ble utarbeidet en mal for gjennomføring av innovasjonsgruppene (se tabell 2).

Tabell 2. Mal for gjennomføring av innovasjonsgruppe

Trinn	Fokusområde
1	Hver enkelt deltaker deler sine erfaringer. De forteller om en positiv erfaring og en erfaring som sier noe om forbedringspotensial – eller en hindring.
2	Deltakerne oppfordres til å trekke frem én konkret ting som deltakerne og avdelingen kan jobbe videre med.
3	Hvordan lykkes deltakerne med å trekke arbeidet på institusjonen i retning av å arbeide personsentrert?
4	Deltakernes opplevelse av å delta i refleksjonen.
5	Fasilitators erfaringer og tanker om refleksjonen i gruppen.

Fasilitatorene skrev logg etter malen for innovasjonsgruppemøtene, totalt 23 logger, og oppsummerte erfaringene muntlig i et møte.

Deltakerne i innovasjonsgruppene var sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Hvem som deltok i innovasjonsgruppen, var avhengig av hvem som var på jobb. Ved sykehjem A var gruppene satt sammen av helsepersonell på tvers av avdelingene. Arbeidet i innovasjonsgruppene foregikk uforstyrret på rom utenfor avdelingene.

Innovasjonsgruppene jobbet i elleve måneder

Innovasjonsgruppene startet opp i januar 2020 og ble avsluttet i desember 2020, med opphold i perioden mars til august på grunn av koronapandemien. Det var planlagt to innovasjonsgruppemøter på én time hver 14. dag.

Før møtene sendte avdelingslederne en oversikt til fasilitatorene over helsepersonell som skulle delta. Helsepersonellet fikk delta i innovasjonsgruppene uavhengig av stilling og stillingsstørrelse.

På sykehjem A ble det gjennomført 19 av 21 planlagte gruppemøter. Tre møter ble avlyst, da ingen møtte. På sykehjem B ble det gjennomført tre innovasjonsgruppemøter, og tre ble avlyst ettersom ingen møtte. Ved begge sykehjemmene var sykefravær og andre aktiviteter årsaker til at ingen møtte ved enkelte innovasjonsgruppemøter.

«Første- og sisteforfatter gjennomgikk fasilitatorenes logger og notater.»

Første- og sisteforfatter gjennomgikk fasilitatorenes logger og notater fra møtet der erfaringer ble delt muntlig. Gjennomgangen var inspirert av Giorgis analysemetode (8) og munnet ut i to hovedtemaer: 1) Motivasjon og støtte kontra containerfunksjonen – en mulighet for erfaringsdeling. 2) Ledernes betydning for gjennomføring av innovasjonsgruppene.

FAKTA

Containerfunksjonen

Containerfunksjonen handler om å møte følelsesmessige reaksjoner med respekt, empati og hjelpe til med å bearbeide emosjonelt belastende erfaringer.

Kilde: Pettersen RC, Løkke JA (12).

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Deltakelse i innovasjonsgruppene var frivillig. Deltakerne ble informert om at fasilitatorene skrev logger uten å nevne navn på enkeltpersoner.

Deltakerne fikk videre beskjed om at loggene skulle brukes som datamateriale i prosjektet, og at eventuelle utfordringer som kom frem under innovasjonsgruppene, ville bli meldt til prosjektgruppen.

Motivasjon og støtte kontra containerfunksjonen – en mulighet for erfaringsdeling

Fasilitatorene ledet gruppesamtalen, motiverte til gjennomføring av tiltakene og hadde en containerfunksjon. Samtlige fasilitatorer erfarte at det var utfordrende å balansere de ulike rollene. Helsepersonellet ga uttrykk for at det var godt å dele erfaringer.

De fortalte om det de lyktes med, og om utfordringer i gjennomføringen av tiltakene. Enkelte var spesielt positive til tiltakene og inspirerte deltakerne som var mer kritiske. Helsepersonellet fokuserte spesielt på tre av tiltakene, mest på en-til-en-kontakt og noe på livshistorier og forhåndssamtaler. Fasilitatorene opplevde å ikke lykkes med å lede samtalen inn på hud- og sårvurdering og trygghetsskapende teknologi.

Malen for innovasjonsgruppemøtene var et godt redskap for å lede samtalen og ha søkelys på å støtte personalet i innføringen av tiltakene. Frustrasjoner hos helsepersonellet fikk imidlertid stor oppmerksomhet. Frustrasjonene handlet om lav bemanning, manglende tid og for lite støtte fra leder til å gjennomføre tiltakene.

Helsepersonell ønsket å lufte frustrasjon

Helsepersonellet hadde tilsynelatende stort behov for å sette ord på generelle utfordringer i jobben, og de ønsket at noen lyttet til frustrasjonene deres. Fasilitatorene ønsket å støtte det som fungerte bra – og reflektere rundt det som var utfordrende – for å kunne arbeide personsentrert.

Fasilitatorene opplevde det derfor som utfordrende at deres rolle i stor grad ble dreid mot containerfunksjonen. De anså også containerfunksjonen som viktig, men mente den dreide oppmerksomheten vekk fra hensikten med innovasjonsgruppene.

Fasilitatorene erfarte det som en styrke at de hadde erfaring som veiledere, og at de således kunne bruke veiledningsmetodikk. De så på innovasjonsgruppene som en form for veiledningsgrupper, hvor innføring av nye tiltak sto i sentrum.

«Innovasjonsgruppene ga helsepersonell med ulik kompetanse en mulighet til å dele erfaringer på tvers av avdelingene.»

Fasilitatorene mente det hadde betydning for deltakerne i innovasjonsgruppene at fasilitatorene ikke var tilknyttet sykehjemmene. Deltakerne var friere til å snakke om frustrasjoner, blant annet relatert til ledelsen.

Innovasjonsgruppene ga helsepersonell med ulik kompetanse en mulighet til å dele erfaringer på tvers av avdelingene. Det samsvarer med at de fleste som jobber i sykehjem, ønsker å dele erfaringer med hverandre og få konstruktive tilbakemeldinger på egen praksis (9). Det er viktig med ulik kompetanse og velfungerende personalrelasjoner (10). En lærende kultur fremmer aktiv læring, refleksjon og lærende veiledning (5).

Fasilitatorene fikk en dobbeltfunksjon

Fasilitatorene fikk en støttefunksjon og en containerfunksjon i innovasjonsgruppene. Studier viser at helsepersonell trenger støtte for å arbeide personsentrert (6). Et eksempel er studien til Aasmul og medarbeidere (11) om forhåndssamtaler. Studien viste at det kreves tett oppfølging og støtte til personalet for å videreføre tiltak.

Når helsepersonell reflekterer sammen over utfordringer i jobben, kan det bidra til økt kunnskap og kvalitet på arbeidet (3). Fasilitatorene erfarte at helsepersonellens frustrasjon over rammefaktorer som bemanning, tid og ledelse gikk på bekostning av de faglige samtalene rundt innføring av tiltakene.

Ledernes betydning for gjennomføring av innovasjonsgruppene

Skal helsepersonell få mulighet til å utveksle erfaringer i innovasjonsgrupper ved innføring av nye tiltak, må ledere legge til rette for at de kan delta. Lederne viste stor velvilje i oppstarten av innovasjonsgruppene. De utarbeidet oversikter over ansatte som skulle møte til innovasjonsgruppemøtene, noe som gjorde arbeidet forutsigbart.

Lederne var av stor betydning for gjennomføringen, men den enkelte ansatte møtte ikke de samme kollegaene og fasilitatorene hver gang. Manglende kontinuitet i gruppesammensetningen var utfordrende med hensyn til trygghet i gruppen og åpenhet blant deltakerne.

Fasilitatorene mente lederne ikke var tilgjengelige nok

Tveiten (3) peker på betydningen av personkontinuitet for å skape trygghet i veiledningsgrupper. Det var lite personkontinuitet i innovasjonsgruppene, noe som kan ha påvirket om helsepersonell opplevde støtte ved innføringen av de personsentrerte tiltakene.

Fasilitatorene opplevde utfordringer i kommunikasjonen med lederne utover i prosjektperioden. Lederne var ikke like tilgjengelige for fasilitatorenes henvendelser. Det hendte dessuten at lederne ikke ga beskjed om hvem som skulle delta i innovasjonsgruppene. Likedan ved avlysning av innovasjonsgruppemøter. Det medførte frustrasjon og unødvendig tidsbruk for fasilitatorene.

Innovasjonsgruppemøter for ledere ble heller ikke gjennomført slik det var planlagt, da lederne enten ikke svarte på henvendelser eller ikke fant tid til å være med. Fasilitatorene mente at lederne burde vært «mer på banen» for å få til en best mulig gjennomføring av innovasjonsgruppene.

«Ledernes engasjement dalte utover i prosjektperioden.»

Samarbeid med lederne er av betydning i gjennomføringen av innovasjonsgrupper. Ledernes engasjement i samarbeidet om innovasjonsgruppene dalte utover i prosjektperioden. Det bryter med kunnskap om at støttende organisatoriske systemer (10) og støtte fra leder er viktig når personsentrert praksis skal innføres (9, 13–15).

Ifølge Rokstad (9) er det avgjørende at lederne setter opp en plan for prosessen som inkluderer opplæring og veiledning for å få en personsentrert pleiekultur. Fasilitatorene opplevde bare delvis å få slik støtte fra lederne ved de to sykehjemmene.

Helsepersonell mener de særlig lyktes med ett tiltak

I innovasjonsgruppene snakket helsepersonellet mest om det personsentrerte tiltaket en-til-en-kontakt og kun litt om livshistorier og forhåndssamtaler. Innovasjonsgruppene kan ha bidratt til mer personsentrert praksis, i og med at disse tiltakene vektlegger at helsepersonell møter pasienter som individer med egne ønsker og rettigheter (1).

Helsepersonell som var positive til innføring av tiltakene, inspirerte andre gruppedeltakere til å bidra til personsentrert praksis. Helsepersonell fortalte at de lyktes spesielt godt med en-til-en-kontakt.

Fasilitatorene erfarte at de kun delvis greide å lede samtalen slik at hovedmålet om å motivere og støtte helsepersonellet i gjennomføringen av tiltakene ble nådd. Det er derfor usikkert om innovasjonsgruppene bidro til økt personsentrert praksis i sykehjemmene. Samtidig kan det å snakke om tiltakene i seg selv øke helsepersonellens bevissthet rundt egen yrkesutøvelse.

«Det bør være faste deltakere og fasilitatorer i hver gruppe for å skape trygghet.»

Erfaringene til fasilitatorene tyder på at innovasjonsgrupper gir mulighet for erfaringsdeling blant helsepersonell ved innføring av nye tiltak i sykehjem. Å dele frustrasjon synes å være det største behovet. Fasilitatorenes containerfunksjon blir derfor viktig. Det bør være faste deltakere og fasilitatorer i hver gruppe for å skape trygghet.

Ledelsen bør legge til rette for deltakelse i innovasjonsgruppene og kommunisere med fasilitatorer for å lykkes med den praktiske gjennomføringen. Fasilitatorene bør ha

veiledningskompetanse, da innovasjonsgrupper i stor grad likner på veiledningsgrupper. Det er behov for mer utforskning av hvordan innovasjonsgrupper kan bidra i prosjekter der nye tiltak innføres.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



GRUNNPRINSIPPER: Personsentrert praksis er å behandle alle personer som individer, respektere deres rettigheter som personer og bygge gjensidig tillit og forståelse. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. McCormack B, McCance T. Person-centred nursing: theory and practice. Hoboken: John Wiley & Sons; 2010.
2. Ørstavik F. Innovasjon. Store Norske Leksikon. Universitetet i Agder; 2022. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/innovasjon> (nedlastet 12.12.2022).
3. Tveiten S. Veiledning. Mer enn ord. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
4. Det norske akademis ordbok. Fasilitator. Oslo: Det norske akademi for språk og litteratur; 2022. Tilgjengelig fra: <https://naob.no/ordbok/fasilitator> (nedlastet 12.12.2022).
5. Dewing J, McCormack B, Titchen A. Practice development workbook for nursing, health and social care teams. Chichester: Wiley Blackwell; 2014.
6. Leksell J, Lepp M. Sjuksköterskans kärnkompetenser. 2.utg. Stockholm: Liber; 2020.
7. Rummelhoff GKR, Heiberg T. Hvilken betydning har introduksjon av VIPS praksismodell for personsentrert omsorg og for arbeidsmiljø? Geriatrikisk sykepleie. 2021;(1):6–15. Tilgjengelig fra: <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmloi/handle/11250/2772154> (nedlastet 12.12.2022).

8. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
9. Rokstad AMM (red). Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2012. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-bedre-hverdag-2012-2021_web.pdf (nedlastet 12.12.2022).
10. McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. J Clin Nurs. 2004;13(3a):31–8. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x)
11. Aasmul I, Husebo BS, Sampson EL, Flo E. Advance care planning in nursing homes – improving the communication among patient, family, and staff: Results from a cluster randomized controlled trial (COSMOS). Front Psychol. 2018;9:2284. DOI: [10.3389/fpsyg.2018.02284](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02284)
12. Pettersen RC, Løkke JA. Veiledning i praksis – grunnleggende ferdigheter. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
13. Lynch BM, McCormack B, McCance T. Development of a model of situational leadership in residential care for older people. J Nurs Manag. 2011;19(8):105–69. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2011.01275.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01275.x)
14. Mjørud M. Utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. I: Rokstad AMM, red. Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015 Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2012. S. 85–107. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-bedre-hverdag-2012-2021_web.pdf (nedlastet 12.12.2022).
15. McCormack B, Manley K, Titchen A, red. Practice development in nursing and healthcare. 2. utg. Chichester: Wiley Blackwell; 2013.