

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Omsorg – verdier og praksis Side 26





GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier
Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen

Ingrid Rachle Strand, Lektor,
Oslo met. Mobil: +47 980 22 054
Kontor: +47 672 36 020

ingridrachel.strand@oslomet.no
Gørill Haugan, Sykepleier og professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Bente Egge Søvde, Førsteamanuensis, Høgskolen på Vestlandet, Tel: +47 57 67 76 05, bente.egge.sovde@hvl.no

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Pris: i Norge kr. 400,
internasjonalt kr. 500.
Institusjonsabonnement
i Norge/biblioteker: kr. 1 000

ANNONSER

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Mediehuset Andvord AS

FORSIDEFOTO: iStockphoto

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.

Innhold

02 - 2025

8 Hverdagslige lyders innflytelse på miljøet i en sykehjemssavdeling

16 Brukermedvirkning i somatiske sykehjemssavdelinger: Helsepersonells erfaringer

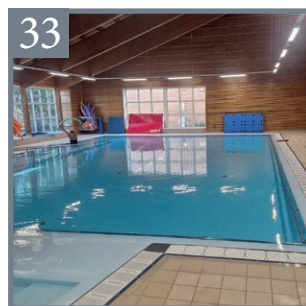
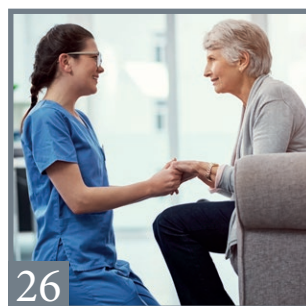
24 Forskning viser vei: Fra kontroll til kultur i kvalitetsarbeidet

26 Hva er verdighet for deg?

29 Strømmehaven

32 Et innblikk på Gjestad

35 Grimstad demensskole





**Anne-Marte
Stubhaug Klem**

Utviklingssenter for syke-
hjem og hjemmetjenester,
USHT Agder vest, fag-
koordinator i demens



**Tor
Engevik**

Leder Geriatri og demens-
sykepleiere NSF



**Hanne M.
Nøding**

Fylkeseldreombud
i Agder

Du kan bare glemme å få en demensdiagnose

Over 60 prosent av personer med demens i Norge mangler en diagnose – og dermed også tilgang til nødvendig hjelp og støtte. Hvorfor er det slik, og hva må til for å sikre at flere får den avklaringen de trenger?

Allerede i 2030 vil det være flere eldre over 65 år enn barn og unge i Norge. Det er positivt at flere lever lenger, men med økt alder følger også flere tilfeller av demens. I dag lever nær 120 000 mennesker med demens, men bare én av tre har fått en diagnose. Det betyr at over 60 % ikke har fått en formell bekreftelse på sykdommen – og dermed heller ikke tilgang på den hjelpen og støtten de har krav på. Pårørende står også uten nødvendig informasjon og oppfølging. Hvorfor er det slik?

En diagnose som gir mer enn et navn

En demensdiagnose handler ikke bare om å sette en merkelapp. En tidlig diagnose gir mulighet til å bremse sykdomsutviklingen og tilpasse hverdagen. Den forklarer symptomer som glemsomhet, orienteringsvansker og språklige utfordringer. Den kan redusere forvirring, skam og stigma – og legge grunnlaget for åpenhet og forståelse, både for den som er rammet og for

pårørende. Likevel er det mange som aldri får denne viktige avklaringen.

Hvorfor får ikke 2 av 3 en demensdiagnose?

En viktig årsak til underdiagnostisering er barrierer i helsevesenet. Fastleger mangler ofte tid og ressurser til å gjennomføre grundige demensutredninger, som ofte krever flere konsultasjoner og samarbeid med kommunale hukommelses-team. I tillegg kan det være usikkerhet knyttet til diagnostiske kriterier og frykt for å påføre pasienten en belastende merkelapp. Dette kan føre til at symptomer bagatelliseres eller tilskrives normal aldring.

Hjemmetjenesten og pårørende er ofte de første som merker endringer hos en person med begynnende demens. Men dersom ansatte i tjenestene har manglende språk- og fagkompetanse, kan det være vanskelig å oppdage subtile tegn som endringer i språk, atferd og hukommelse. Dette kan forsinke nødvendig varsling til



ansvarlig sykepleier eller fastlege, og dermed utsette viktig utredning og oppfølging.

Demensplan 2025 understreker behovet for økt kompetanse og bedre samhandling i tjenestene. I mange små kommuner er demenskoordinatorer ansatt i deltidsstillinger, noe som gjør systematisk oppfølging vanskelig. Selv i større byer er ressursene presset. Når vi vet at antallet personer med demens vil øke kraftig de neste årene, er det åpenbart at dagens kapasitet ikke strekker til. Vi står foran en stor samfunnsutfordring – og vi er ikke godt nok rustet.

En studie fra Aldring og helse viser at bevissthet om egen diagnose kan føre til økt bekymring for framtiden – både for personen selv og for pårørende. Derfor er det avgjørende at diagnosen stilles til rett tid, slik at de som er rammet får støtte og tilpassede tiltak.

Å få en demensdiagnose handler derfor om mer enn å sette navn på en sykdom – det handler om å gi mennesker mulighet til å forstå sin egen situasjon, planlegge for framtiden og få den hjelpen de har krav på. Når så mange lever uten diagnose, må vi som samfunn må gjøre mer. Vi trenger et helsevesen med tid, kompetanse og verktøy – og et samfunn – ikke som en dom, men som en døråpner til støtte og verdighet.

Hva kan vi gjøre?

Vi må styrke kapasiteten i helsevesenet. Det må investeres i flere stillinger, særlig i distriktene, hvor demenskoordinatorer i deltidsstillinger ikke har mulighet til å følge opp pasienter og pårørende på en forsvarlig måte. Vi trenger tverrfaglige team både i første- og andrelinjetjenesten som kan sikre tidlig utredning og helhetlig oppfølging – uavhengig av postnummer.

Fastleger få bedre støtte og opplæring. Mange er usikre på hvordan de skal gå frem ved demenssymptomer. Med riktig kompetanse kan fastlegen bli en nøkkelperson i tidlig oppdagelse og støtte.

Men det handler ikke bare om helsepersonell. Hele samfunnet trenger et kunnskapsløft. Når vi vet at de som har hatt demens i familien oftere får en diagnose selv, sier det noe om hvor viktig informasjon er. Vi må snakke mer om demens – i media, på arbeidsplasser, i skolen og i eldreomsorgen. Bare slik kan vi bryte ned stigmaet og gjøre det lettere å søke hjelp.

Et samfunnsansvar

Demens er en av de største helseutfordringene vi står overfor. Med en aldrende befolkning vil antallet som rammes øke betydelig. Vi har ikke råd til å la to av tre gå uten diagnose. Tidlig innsats kan gjøre en stor forskjell – for livskvalitet, for pårørende og for samfunnet som helhet. Vi må sammen skape et mer demensvennlig samfunn, der noen fanger opp diagnosen – ellers kan du bare glemme å få demens. Det er på høy tid at vi tar demens på alvor, for kun da kan vi bidra til at den demenssyke og de pårørende kan leve fullverdige og gode liv. ■



Ann Karin Helgesen

Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap
Professor

Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet

Høgskolen i Østfold, Fakultet for helse, velferd og organisasjon

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, med andre ord at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert (1).

Jeg har to spørsmål til deg:
*Jobber du kunnskapsbasert?
Og legger arbeidsplassen din
til rette for en kunnskapsbasert praksis?*

Jeg håper at du svarer ja på begge spørsmålene, men samtidig så vet jeg at det er en del hindringer i veien.

Ifølge Helsebibliotekets nettside (2) er kunnskapsbasert praksis å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Ved å hente kunnskap fra ulike kilder kan man både få bredde og dybde i kunnskapen, men samtidig kan kildene ha sine styrker og svakheter. En kunnskapsbasert praksis kan hjelpe til med å øke bevisstheten om og reflektere over hvilke kunnskapskilder du baserer dine handlinger på. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov kan du bidra til å øke kvaliteten på tjenestene.

Kunnskapsbasert praksis presenteres gjerne som en prosess i seks trinn.

1. Refleksjon over egen praksis
2. Formulere spørsmål (spørsmålsformulering)

3. Finne forskningsbasert kunnskap (litteratursøk)
4. Kritisk vurdere forskningen
5. Anvende forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov
6. Evaluere egen praksis

Å jobbe kunnskapsbasert er nærmest en forutsetning for å kunne yte god behandling og omsorg til den geriatriske pasienten som ofte har et komplekst helseproblem. Samtidig møter sykepleiere som jobber innen eldreomsorg, flere utfordringer når det gjelder å iverksette kunnskapsbasert praksis. Mange forteller at de mangler tilstrekkelig tid og ressurser til å holde seg oppdatert på ny forskning, og at det ikke satses på kompetanseheving på arbeidstedet.

Heldigvis er det også kommuner som ser at fagutvikling og kompetanseheving er veien å gå for å yte helsetjenester av høy kvalitet. Denne høsten har jeg hatt undervisning om den geriatriske pasienten for ca 200 sykepleiere og helsefagarbeider ansatt i hjemmesykepleien i Sarpsborg kommune. De tilbyr sine ansatte 2 hele fagdager i året. Jeg har også deltatt i en panelsamtale etter å ha sett filmen Human Forever sammen med 250 andre i Rakkestad kino.



Rakkestad kommune lønnet sine ansatte i hjemme-sykepleie og sykehjem de to timene forestillingen og samtalen varte. I etterkant er det sendt ut etiske refleksjonsspørsmål til de ulike arbeidsplassene.

Samarbeidsprosjekter mellom universitet/høyskole og praksisfeltet viser seg å fremme både forskning og praktisk opplæring, samtidig som de bygger bro mellom teori og praksis.

En annen måte å lære seg kunnskapsbasert praksis på, er å ta mer utdanning. Starten på Malene Pedersen sin masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid, var nettopp en refleksjon over egen praksis om hverdagslige lyders innflytelse på miljøet i en sykehjemsavdeling. Nå har masteroppgaven utviklet seg videre til å bli en vitenskapelig artikkel på trykk i denne utgaven av tidsskriftet Geriatrisk sykepleie. Malene intervjuet syv sykepleiere fra fem ulike sykehjem og tekstmaterialet ble analysert med tematisk analyse. Resultatene viser at lyd kan både erfares som stemningsskaper og som støy. Det er viktig at personalet kontinuerlig arbeider for å bli mer bevisst lydens betydning og ta individuelle hensyn til hver enkelt beboer.

Tidsskriftets andre fagfellevurderte artikkel skrevet av Anette Rønnevik Nesheim og Oscar Tranvåg handler om brukermedvirkning i somatiske sykehjemsavdelinger: Helsepersonells erfaringer. De intervjuet to sykepleiere og fire helsefagarbeidere fra tre ulike sykehjem, og tekstmaterialet ble analysert med fenomenologisk hermeneutisk metode. Resultatene viser at brukermedvirkning fremmes når det skapes rom for pasientens autonomi, og hemmes ved mangel på tid, kompetanse og oppmerksomhet på pasientens perspektiv.

Kanskje nyttårsforsettet ditt for 2026 kan være å arbeide for kunnskapsbasert praksis nettopp der du jobber eller på arbeidstedet du leder?

Vennlig hilsen Ann Karin Helgesen

Kilder

1. NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2025) (<https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>)
2. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis (2021) (<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>)





Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend



Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut seks utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

Tre stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og tre på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre <https://www.nsf.no/fg/geriatri-og-demens/fag-utdanning-og-forskning-0> og sende dette til faggruppas leder på epost tor.engevik@hotmail.no som videreformidler søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.





Hverdagslige lyders innflytelse på miljøet i en sykehjemsavdeling

Sykehjemmets miljø, inkludert lydmiljøets kvalitet, har en betydelig innflytelse på både beboernes og helsepersonellens velvære og trivsel (1). Mens de fleste mennesker vanligvis har delvis kontroll over hvilke lyder de omgir seg med, kan denne kontrollen være begrenset for beboere på sykehjem (2).

FAKTA

Malene Pedersen,
Geriatrisk sykepleier med
mastergrad i aldring og
geriatrisk helsearbeid.
Avdelingsleder ved
Otium bo- og velferdssenter,
Tromsø kommune.
Mal3n390@outlook.com
Tlf: 909 15 339



Ann Karin Helgesen
(kontaktperson),
Geriatrisk sykepleier med
PhD i sykepleievitenskap
Professor
Universitetet i Tromsø,
Institutt for helse- og
omsorgsfag, Det helseviten-
skapelige fakultet
Høgskolen i Østfold,
Fakultet for helse, velferd og
organisasjon
ann.k.helgesen@hiiof.no
Tlf: 416 442 45



Introduksjon

For beboere på sykehjem som ofte er eldre med helseutfordringer som påvirker hørsel, oppfatelse, tolkning og forståelse, kan det være utfordrende å identifisere og forstå sanseinntrykk som er skapt av lyder i omgivelsene (2).

De hverdagslige lydene er en naturlig del av våre omgivelser, og bør få like mye oppmerksomhet som de visuelle inntrykkene i miljøet (2, 3). Nasjonal faglig retningslinje for demens fremhever viktigheten av å tilpasse de fysiske omgivelsene, inkludert å dempe støy fra hverdagslige kilder som eksempelvis TV, radio og oppvaskmaskiner (4). Dewing (5) som har ledet flere forskningsprosjekter innen persontentrert praksis, trekker frem at personalet har et ansvar for å regulere lyder og lydnivå som en del av den daglige omsorgen.

Tidligere forskning viser at eldre med demens ofte responderer positivt på lyder som har vært kjente og viktige i deres tidligere liv (6, 7). Videre viser forskning at menneskelige stemmelyder og menneskeskapte lyder er de mest merkbare og dominerende lydene i miljøet (7, 8). Enkelte studier trekker frem at lydintensiteten i sykehjem ofte overstiger anbefalte nivåer, noe som kan være skadelig for både beboere og ansatte (8). Flere studier peker på at økt bevissthet rundt lydens rolle i miljøet, samt kunnskap om beboernes bakgrunn, livshistorie og interesser, er viktig for å kunne skape helsefremmende og stimulerende lydmiljøer (8-10). Højlund og Dahl (1) har på bakgrunn av en rapport fra sykehjem i Danmark, utarbeidet anbefalinger for å forbedre lydmiljøet i sykehjem. Blant anbefalingene er styrking av personalets kompetanse og bevissthet rundt lydmiljøet. De foreslår å undervise personalet i hvordan lyd kan brukes til

å skape trygghet og kontroll, ettersom lyd er en viktig trygghetsindikator (1). Dårlige lydmiljøer trekkes frem som en betydelig stressfaktor som kan medføre negative konsekvenser som angst, konsentrasjonsvansker og irritabilitet, verbal og motorisk uro, for både beboere og helsepersonell (7, 10, 11). Dette kan igjen påvirke kvaliteten på helsetjenesten da helsepersonell kan overse eller glemme vesentlig informasjon og observasjoner grunnet stress og konsentrasjonsvansker og miljøet kan oppleves som utrygt for beboerne.

Det er kjent at lyd er en ytre stimuli som påvirker følelsene våre og hvordan vi opplever vår livsverden. Men det er begrenset med forskning som tar utgangspunkt i sykepleiers erfaringer på hvordan de hverdagslige lydene påvirker det miljøet de arbeider i og det miljøet beboerne oppholder seg i. Denne studien har derfor som hensikt å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer hverdagslige lyders innflytelse på miljøet i en sykehjemsavdeling.

Metode

Studien er gjort med bakgrunn i det fortolkende paradigmet (12), og intervjudata er analysert med tematisk analyse (13).

Rekrutteringsprosessen og utvalget

Vi startet rekrutteringsprosessen med å kontakte ledere ved syv sykehjem i Troms fylke. Lederne ble informert om studien, og forespurt om de kunne være behjelpelig med å videreformidle informasjonsskriv til aktuelle sykepleiere. Studiens eneste inklusjonskriterium var å være sykepleier som jobbet på sykehjem i fast stilling. Tre sykepleiere

ble inkludert ved denne strategien. Deretter ble to deltakere inkludert ved hjelp av snøballstrategien, ved at en deltaker ble forespurgt om den hadde kollegaer som var interessert i tematikken og eventuell deltakelse i studien. Ytterligere to deltakere ble inkludert ved at førsteforfatter forespurte sykepleiere med den ønskede erfaringen. I følge Polit og Beck (12) velges ofte flere utvalgsstrategier for å rekruttere deltakere.

Studiens utvalg består av syv deltakere, fra fem ulike sykehjem. Alle deltakerne er kvinner i alderen 26- 66 år, med 1-40 års erfaring som sykepleier.

Datainnsamling

Vi utformet en semistrukturert intervjuguide bestående av bakgrunnsinformasjon (kjønn, alder, hvor lang arbeidserfaring som sykepleier) og fire spørsmål med alternative oppfølgingsspørsmål som var relevant for å besvare problemstillingen. Hensikten med intervjuguiden var å skape en struktur på intervjuene og sikre innsamling av relevant data, samtidig som det var mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål i forhold til det deltakerne fortalte. Før intervjuene ble gjennomført, utførte førsteforfatter et prøveintervju. Intervjuguiden ble

noe revidert etter prøveintervjuet og ytterligere forbedret etter første intervju. Forbedringene besto i å fjerne spørsmål som nesten spurte om det samme og tilføye spørsmål om nytt tema som dukket opp.

Intervjuene foregikk på egnede rom på deltakerens arbeidsplass høsten 2024. Lydopptak ble gjort ved hjelp av nettskjemas diktafonapp og hadde en varighet på mellom 25-60 minutter, med ett gjennomsnitt på 35 minutter. Nettskjema foretar automatisk grovtranskripsjon av lydopptaket ved hjelp av KI (14). Førsteforfatter gikk gjennom lydopptakene samtidig som transkripsjonene til nettskjema ble lest. Underveis i denne prosessen ble det skapt struktur basert på hvem som snakket, samt korrigert ord som var transkribert feil.

Analyse

Vi benyttet Braun og Clarke (13) sin tematiske analyse av datamaterialet. Innledningsvis i analysen hadde vi en induktiv tilnærming hvor data la føringer for prosessen med koding og tematisering. Førsteforfatter startet med å gå gjennom hvert intervju og plukket ut avsnitt som hadde relevans opp mot problemstillingen «Hvilke erfaringer har sykepleiere om hverdagslige lyders innflytelse på

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Lydmiljøet i sykehjem påvirker både beboere og ansatte. Hverdagslige lyder er en naturlig del av omgivelsene, og bør vies like mye oppmerksomhet som visuelle inntrykk. Studiens hensikt var å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer hverdagslige lyders innflytelse på miljøet i en sykehjemsavdeling.

Metode: Studien bygger på det fortolkende paradigme. Det ble gjennomført syv semistrukturerte intervjuer, og datamaterialet ble analysert med tematisk analyse. En induktiv-deduktiv tilnærming ble benyttet. Studien er tilrådd av Sikt.

Resultat: Studien viser at lyden påvirker menneskene i miljøet. Lyden kunne oppleves som stemningssskapende, med assosiasjoner til trygghet og glede, eller som støy, med opplevelser av stress, uro, forvirring og konsentrasjonsvansker. Personalets bevissthet og hensyn til beboernes individuelle behov var sentralt i arbeidet med å skape gode lydmiljøer.

Konklusjon: Lydmiljøet i sykehjem har en betydelig påvirkning på menneskene i miljøet. Personalets bevissthet om hvordan hverdagslige lyder påvirker miljøet, samt deres kunnskap om beboernes bakgrunn og livshistorie, kan bidra til å redusere støy og skape et bedre lydmiljø.

Nøkkelord: Personalets bevissthet, hverdagslige lyder, sykehjem.

Abstract

Background and purpose: The sound environment in nursing homes affects both residents and staff. Everyday sounds are a natural part of the surroundings and should receive as much attention as visual impressions. The purpose of this study was to gain increased knowledge about how nurses experience the influence of everyday sounds on the environment in a nursing home ward.

Method: The study is based on an interpretive paradigm. Seven semi-structured interviews were conducted, and the data were analyzed using thematic analysis. An inductive-deductive approach was applied. The study is approved by Sikt.

Result: The study shows that sound affects people in the environment. Sound was experienced either as mood-setting, associated with feelings of safety and happiness, or as noise, associated with stress, unrest, confusion, and difficulty concentrating. Staff awareness and attention to individual resident needs were central to creating good sound environments.

Conclusion: The sound environment in nursing homes significantly affects people. Staff awareness and knowledge of residents' background and life history can help reduce noise and create a better sound environment.

Keywords: Staff awareness, everyday sounds, nursing homes.





miljøet i en sykehjemsavdeling?». Etter inspirasjon fra Braun og Clarke (13) laget førsteforfatter en tabell hvor hvert avsnitt ble plassert i egne rader, før de så ble kodet. Kodene besto av korte, analytisk meningsfulle setninger. Etter dataene var kodet, startet prosessen med å identifisere temaer. Prosessen startet med å se etter foreløpige temaer gjennom å samle ulike koder som hadde felles mening

eller som delte et konsept. I siste del av prosessen med å identifisere temaer og undertemaer gikk vi over til en mer deduktiv tilnærming, hvor tolkning og vurdering av dataene bar preg av tilegnet kunnskap om lyd, lydmiljøer og lydkilder. For å øke troverdigheten av analysen og resultatene er arbeidet gjort i tett samarbeid mellom forfatterne.

TABELL 1: Prosessen fra rådata til undertema og tema

Data avsnitt	Kode	Foreløpig undertema	Foreløpig Tema	Undertema	Tema
jeg har erfart at det var en pasient som våknet alltid veldig ... engstelig og redd, og der pleide vi å sette på rolig musikk ... inne hos pasienten. Å våkne til den rolige musikken, og det så vi hadde positiv effekt. Pasienten var mindre engstelig. Pasienten kunne våkne med rop, såpass redd eller engstelig, og det avtok jo litt med tiden	positive reaksjoner på lyd i miljøet/ Beroligende effekt av lyd stimuli	positive reaksjoner	lydens påvirkning av personene i miljøet	lyd som stemnings-skaper	lyden påvirker menneskene i miljøet
og enkelte lydbilder kan føre til både motorisk og verbal uro hos pasientene. ... Også kan selvfølgelig blir, ansatte blir sliten i hodet av all uroen, og blir irriterabel	negative reaksjoner som kan forekomme av et dårlig lydmiljø	negative reaksjoner	lydens påvirkning av personene i miljøet	når lyd blir støy	lyden påvirker menneskene i miljøet
vi må nok flytte vårt fokus fra hva er det vi synes er greit å ha lyd rundt oss på jobb eller hjemme, til hva skal vi finne ut hva de som bor her ønsker	økt bevissthet og fokus hos personalet kan bidra til ett godt lydmiljø i sykehjem	personalets bevissthet	lydens påvirkning i miljøet	å jobbe med å bli bevisst	å skape et godt miljø, med fokus på lyd
kjenner vi pasienter her på huset, vi kjenner hvem som liker å se på tv, vi kjenner hvem som sitter alene på sitt rom. Noen ganger tenker vi på at det er veldig synd at hun sitter alene på rommet, men av og til må man bare akseptere at folk er forskjellige. ... Man trenger bare et litt stille område	kjennskap til individuelle preferanser	individualitet	lydens betydning	individuelle hensyn	å skape et godt miljø, med fokus på lyd

Etiske vurderinger

Siden studien involverer mennesker, og dataene er bygget på deres erfaringer, har etiske prinsipper og lovverk for å beskytte deltakernes personvern og konfidensialitet vært styrende under hele forskningsprosessen (15-17). Studien har fått tilråding fra Sikt til å behandle nødvendige personopplysninger om deltakerne (18). Personopplysningene ble oppbevart, behandlet og slettet i henholdt til UiT sine retningslinjer (19). Skriftlig informert

samtykke er innhentet i forkant av intervjuene, og deltakerne er informert om studiens formål og muligheten til å trekke seg uten at dette ville gi konsekvenser for dem.

Resultat

Gjennom den tematiske analysen av datamaterialet ble to temaer med hver sine to undertemaer identifisert.

TABELL 2: Resultat

Tema:	Undertemaer:
Lyden påvirker menneskene i miljøet	• Lyd som stemningsskaper • Når lyd blir støy
Å skape et godt miljø, med fokus på lyd	• Å jobbe med å bli bevisst • Individuelle hensyn

Lyden påvirker menneskene i miljøet

Deltakerne beskrev hvordan lyden påvirket både beboerne og helsepersonalet. Lyden kunne erfares som både stemningsskapende og støyende.

Lyd som stemningsskaper

Deltakerne beskrev hvordan lyd kan ha en positiv innvirkning på menneskene i miljøet. Spesielt fremhevet de hvordan lyd kan skape trygghet, fellesskap og glede for beboerne, særlig i forbindelse med sosiale aktiviteter og miljøtiltak. Enkelte fortalte hvordan lyder som latter, samtaler og sang ga dem selv glede og opplevelser av mening i arbeidet. En deltaker reflekterte over hvordan kjente lyder kan bidra til en opplevelse av trygghet: «Jeg tenker at det å åpne en pasientdør og slippe inn lyden av dag, lyden av oss, lyden av oppvaskmaskinene eller kjøleskapsdøren, eller hva det måtte være, tenker jeg kan bidra til en følelse av trygghet.» - Deltaker 7.

Deltakerne fremhevet at gode lydmiljøer og kjente lyder kan ha en beroligende og avslappende effekt på menneskene. De beskrev også hvordan lyder kan redusere frykt og engstelse hos beboere med demens. En deltaker delte følgende erfaring med bruk av musikk for å lindre uro:

«Det var en pasient som alltid våknet veldig engstelig og redd. Der pleide vi å slå på rolig musikk inne hos pasienten. Å våkne til den rolige musikken, så vi hadde positiv effekt, fordi pasienten var mindre engstelig.» - Deltaker 1.

Flere deltakere påpekte at dagsform og sensitivitet har stor betydning for hvordan lyder oppleves og hvor mottakelig menneskene er for lydene i omgivelsene. En deltaker delte følgende: «Når jeg hører god latter og gode samtaler, eller prater med folk, så tror jeg ikke man tenker så mye over lydene. Det er mer når man kanskje er mer sliten, og når det blir sånne skarpe lyder, og folk er sure. (...) Så blir det en dårligere stemning, og da legger du mye mer merke til lyden når det er dårlig stemning enn når det er god stemning. (...) Når folk sitter og ler og er i godt humør, så er du kanskje mer avslappet, mens du er mer anspent når det er dårlig stemning.» – Deltaker 6.

Når lyd blir støy

Deltakerne beskrev hvordan støy i miljøet kunne føre til forvirring, uro og irritabilitet hos beboerne, noe som også påvirket personalet. En deltaker sa: «Enkelte lydbilder kan føre til både motorisk og verbal uro hos pasientene. Også kan selvfølgelig





ansatte bli sliten i hodet av all uroen, og de blir irritable.» - Deltaker 3.

Støy fra personalprat og roping fra beboere ble fremhevet som vanlige kilder til stress og redusert konsentrasjon. Flere deltakere reflekterte over hvordan støy kunne forstyrre deres evne til å utføre arbeidsoppgaver som krevde fokus. En deltaker beskrev dette slik: «For eksempel når jeg skriver rapport, og hører at noen sitter og støyer og prater, det gjør at jeg blir forstyrret. Jeg klarer ikke å konsentrere meg om det jeg selv skal gjøre.» - Deltaker 6.

«Deltakerne understreker viktigheten av å ha kunnskap om beboernes interesser og preferanser for å tilrettelegge gode miljøer med fokus på lyd»

Å skape et godt miljø, med fokus på lyd

Deltakerne beskrev også viktigheten av å skape et godt miljø med fokus på lyd. Det var viktig å jobbe med å bli mer bevisst på lydens betydning og ta individuelle hensyn.

Å jobbe med å bli bevisst

Deltakerne understreket viktigheten av bevissthet for å skape et godt lydmiljø. De beskrev hvordan de i varierende grad var oppmerksomme på lydene i miljøet og hvordan hektiske arbeidsdager med mange oppgaver påvirket oppmerksomheten på lydene i miljøet samt lydene de selv skaper gjennom arbeidsoppgaver. Flere nevnte konkrete eksempler, som måten man åpner og lukker dører. De reflekterte over personalets bevissthet knyttet til bruk av TV og radio i miljøet. Flere påpekte viktigheten av å være oppmerksom på valg av kanal eller program, og stilte spørsmål om hvem disse valgene var til for – personalet eller beboerne? En deltaker fremhevet behovet for å skifte fokus til beboernes ønsker: «Vi må nok flytte vårt fokus fra; hva er det vi synes

er greit å ha av lyd rundt oss på jobb eller hjemme? Til å finne ut av hva de som bor her ønsker? Og det er jo ikke egentlig bare koblet til de tingene vi kan styre, men det er jo også situasjoner der pasienter kan skape støy i lydbildet, med sin adferd. Og hvordan kan vi tilrettelegge sånn at dette blir redusert?» - Deltaker 7.

En annen deltaker understreker viktigheten av å finne en balanse i lydmiljøet gjennom refleksjon og observasjon rundt hvordan personene reagerer på de ulike lydene i miljøet: «Det er viktig å finne en balanse når det gjelder lydmiljøet. Vi må hele tiden være bevisste og oppmerksomme på det vi gjør, samtidig som vi lærer gjennom å observere hvordan de reagerer.» - Deltaker 2.

Individuelle behov

Deltakerne understreker viktigheten av å ha kunnskap om beboernes interesser og preferanser for å tilrettelegge gode miljøer med fokus på lyd. De fremhevet verktøyet «Min historie» som en ressurs for å samle informasjon om beboernes tidligere liv, relasjoner og interesser, og understreket pårørendes rolle i denne prosessen. En deltaker reflekterte over viktigheten av å respektere individuelle behov: «Vi kjenner pasientene her, vi vet hvem som liker å se på tv, hvem som liker å sitte alene på rommet sitt. Noen ganger tenker vi på at det er veldig synd at hun sitter alene på rommet, men av og til må man bare akseptere at folk er forskjellige. Noen trenger bare et stille område.» – Deltaker 4.

Flere deltakere beskrev også utfordringer knyttet til beboere med nedsatt hørsel, som bruker høreapparat eller trenger høyere volum når de ser på TV eller hører på radio. De påpekte hvordan slike behov kan skape konflikter i et felles miljø, noe som illustrerer kompleksiteten i å ivareta individuelle hensyn i et felles miljø.

Diskusjon

Deltakerne i studien beskrev ulike lydmiljøer som fantes i avdelingene, og hvordan disse påvirket menneskene i miljøet. Mens noen opplevde lydmiljøet som stemningsskapende, opplevde andre det som støyende.

Våre resultat viste at kjente og hverdagslige lyder kan ha en beroligende effekt og bidra til å fremme trygghet hos beboerne. Deltakerne beskrev hvordan lyder som var kjente eller assosiert med sosiale aktiviteter, som for eksempel lesestund, andakt og



Foto: shutterstock

sangstund, skapte positive reaksjoner og trygghet, selv hos utrygge beboere. Dette understreker at hverdagslige lyder spiller en viktig rolle i miljøet ved å bryte stillheten, som ellers kan oppleves som ubehagelig og utrygg, da lyder fra både mennesker og apparater bidrar til å skape liv i omgivelsene (1). Talebzadeh et al. (10) og Højlund og Dahl (1) peker på at kjente og forståelige lyder gir kontinuerlig informasjon som hjelper oss med å vurdere om miljøet er trygt eller utrygt. I følge Devos et al. (20) er hørselen vår viktigste sans for å oppdage fare, noe som understreker hvor stor innflytelse lydmiljøet har på trygghetsfølelsen. Å kunne identifisere lydens opprinnelse og forstå at den ikke er farlig, kan være nok til å opprettholde følelsen av trygghet (10). I henhold til kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (21), er helsetjenesten lovpålagt å sikre beboernes trygghet og tilby et rolig miljø.

En annen faktor som påvirker hvordan lyder fungerer som stemningsskapere, er beboernes kulturelle og generasjonelle bakgrunn. Nagahata et al. (6) fant at lyder knyttet til livshistorie og minner påvirker hvordan lydene oppleves, og hvilken rolle de spiller for beboernes trygghetsfølelse. Kjente lyder kan bidra til å skape en struktur og en forventning om hva som skal skje, og slik fremme opplevelse av trygghet fordi de er kjente og forutsigbare (1, 10, 20). Ett eksempel på dette kan være lyder som skapes i forbindelse med måltidsituasjonen. Selv om studien ble gjennomført i Japan, for rundt 20 år siden, i en annen generasjon og kultur, er funnene fremdeles relevante i dagens samfunn i Norge, da funnene underbygger viktigheten av beboernes livshistorie. Gustafsson (22) understreker at erfaringer og minner spiller en sentral rolle i hvordan vi opplever trygghet, noe som fremhever





viktigheten av å tilpasse lydmiljøet til den enkeltes bakgrunn og behov.

Deltakerne beskrev også hvordan støy i miljøet påvirker dem negativt, særlig gjennom stress og konsentrasjonsvansker som gjorde det utfordrende

«Personalets forståelse av sin egen rolle i lydmiljøet er sentral for å fremme opplevelse av trivsel og trygghet for beboerne i sykehjem»

å utføre arbeidsoppgavene. Dette viser hvordan støy kan bli en belastning i arbeidshverdagen og potensielt gå utover beboerne, da ansatte med redusert kapasitet kan overse viktige oppgaver og observasjoner. Stress og konsentrasjonsvansker kan også være helseskadelig for personalet. Våre resultat samsvarer med Kusters et al. (11) som fant at dårlig lydmiljø førte til irritabilitet, angst og konsentrasjonsvansker hos ansatte, og Janus et al. (8) som fant at støyens negative innvirkning ikke bare påvirker personalets helse, men kan også påvirke kvaliteten på omsorgen. Sykehjemmet er både beboernes hjem og personalets arbeidsplass (1) og et harmonisk lydmiljø må balansere disse hensynene. Janus et al. (8) understreker viktigheten av å øke bevisstheten rundt støyens innvirkning og potensialet et godt lydmiljø har for å fremme trivsel og helse for begge grupper.

Resultatene i studien viser at for å skape gode lydmiljøer i sykehjem er det viktig å øke personalets bevissthet om hvordan lyder påvirker miljøet og menneskene som oppholder seg der. Personalets forståelse av sin egen rolle i lydmiljøet er sentral for å fremme opplevelse av trivsel og trygghet for beboerne i sykehjem (1, 8, 9, 11). Samtidig må beboernes individuelle behov, erfaringer og preferanser, som livshistorie, kognitive utfordringer og sykdommer, tas hensyn til. Et godt lydmiljø krever derfor både generell tilrettelegging og individuell tilpasning (1, 7-11).

Studien viser at personalets bevissthet og kompetanse er sentrale faktorer for å skape gode lydmiljøer. Deltakerne fremhevet viktigheten av at personalet er oppmerksomme på lydene de selv skaper og hvordan disse lydene påvirker miljøet. Helse- og omsorgstjenesteloven (23) og kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester (21) stiller krav til å sikre et trygt og rolig miljø som bidrar til en verdig avslutning på livet. Sykehjemmet er beboernes hjem i livets siste fase (1), og miljøet bør derfor fremme trygghet og trivsel uavhengig av hvor lang denne fasen er.

Kvamme (3) viser til Stedjes tre prinsipper for gode lydmiljøer; bevissthet om lydens opprinnelse, forståelse av hvordan lydene oppleves, og et oversiktlig lydmiljø uten for mange elementer. Gjennomføring av disse prinsippene kan være utfordrende på grunn av høyt arbeidspress, men personalets bevissthet om lydens rolle er avgjørende. Personalet spiller en sentral rolle i å vurdere og forbedre lydmiljøet gjennom observasjoner, refleksjon og tiltak (1, 11). Kunnskap om beboernes livshistorie og preferanser er også viktig i arbeidet med å skape gode lydmiljøer (10). Opplevelsen av lyd er individuelt betinget, det som noen opplever som støy og ubehagelige lyder, kan andre oppleve som behagelige lyder eller musikk (1), noe som understreker viktigheten med individuell tilnærming. Højlund og Dahl (1) påpeker at kontroll over eget lydmiljø, eksempelvis gjennom TV eller musikk, kan gi beboeren en følelse av trygghet, og understreker viktigheten av å samle informasjon om beboernes tidligere bruk av medietilbud.

Højlund og Dahl (1) anbefaler undervisning for å øke personalets bevissthet, og understreker at en positiv kultur i personalgruppen, der man støtter og gir hverandre tilbakemeldinger, er avgjørende for å lykkes.

Metodiske overveielser

Studiens begrensninger er at utvalget har relativt få deltagere, men styrken er at intervjuene har god informasjonsstyrke. Gjennom hele arbeidet har forfatterne hatt et tett samarbeid, noe som styrker studiens troverdighet.

Konklusjon og implikasjoner

Lydmiljøet i sykehjem har en betydelig påvirkning på menneskene i miljøet. Studien viser at hverdagslige lyder kan fungere som stemningsskapere som

fremmer trygghet, glede og sosial tilhørighet, spesielt gjennom aktiviteter og miljøltiltak som fremmer trivsel. Samtidig kan de samme lydene oppleves som støy, noe som kan føre til stress, redusert konsentrasjonsevne og frustrasjon for både beboere og ansatte. Dette understreker viktigheten av å arbeide systematisk med lydmiljøet for å fremme en positiv atmosfære og redusere negative effekter.

Personalets rolle er avgjørende, både fordi de er en sentral kilde til lyd og fordi de har ansvar for å tilrettelegge miljøet slik at det ivaretar beboernes behov. Studien fremhever at personalets bevissthet om hvordan hverdagslige lyder påvirker stemningen og opplevelsen i miljøet kan bidra til å redusere støy og skape et bedre miljø. Individuelle hensyn, som beboernes livshistorie, preferanser og behov, trekkes frem som avgjørende for tilpasningene.

For praksis bør det settes fokus på undervisning som gir personalet økt kunnskap om hvordan hverdagslige lyder påvirker miljøet. Videre kan rutiner som reduserer unødvendig støy og tilrettelegger for roligere omgivelser bidra til trygghet og trivsel. Videre forskning bør undersøke beboere på sykehjem sine opplevelser av hverdagslige lyder og effekten av målrettede tiltak for å utvikle helsefremmende lydmiljøer. ■

Referanser

- Højlund M, Dahl MD. Lydmiljø-anbefalinger: En lydmiljø-analyse af fem plejehjem i Aarhus Kommune. 2021.
- Stedje K. Lydmiljø i institusjon Tidsskriftet musikkterapi: Norsk forening for musikkterapi; 2010 [Available from: <https://www.tidsskriftetmusikkterapi.no/ffv/2010/02/lydmiljo-i-institusjon>].
- Kvamme TS. Å finne tonen : om musikk og demens. 1. utgave. ed. Tønsberg: Forlaget aldring og helse; 2020.
- Helsedirektoratet. Demens - Nasjonal faglig retningslinje 2017 [updated 05.12.2023. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>].
- Dewing J. Caring for people with dementia: noise and light. Nursing older people. 2009;21:34-8.
- Nagahata K, Fukushima T, Ishibashi N, Takahashi Y, Moriyama M. A Soundscape Study: What Kinds of Sounds can Elderly People Affected by Dementia Recollect? Noise and Health. 2004;6(24):63-73.
- Aletta F, Vander Mynsbrugge T, Van de Velde D, De Vriendt P, Thomas P, Filipan K, et al. Awareness of 'sound' in nursing homes: A large-scale soundscape survey in Flanders (Belgium). Building acoustics. 2018;25(1):43-59.
- Janus SIM, Kusters J, van den Bosch KA, Andringa TC, Zuidema SU, Luijendijk HJ. Sounds in nursing homes and their effect on health in dementia: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2021;33(6):627-44.
- Aletta F, Botteldooren D, Thomas P, Vander Mynsbrugge T, De Vriendt P, Van de Velde D, et al. Monitoring Sound Levels and Soundscape Quality in the Living Rooms of Nursing Homes: A Case Study in Flanders (Belgium). Applied sciences. 2017;7(9):874.
- Talebzadeh A, Decoutere I, Vander Mynsbrugge T, Botteldooren D, Devos P, Aletta F, et al. The Influence of Everyday Acoustic Environments on the Challenging Behavior in Dementia: A Participatory Observation Study in Nursing Homes. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5).
- Kusters J, Janus SIM, van den Bosch KA, Zuidema S, Luijendijk HJ, Andringa TC. Soundscape Optimization in Nursing Homes Through Raising Awareness in Nursing Staff With MoSART. Frontiers in psychology. 2022;13:871647-.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. Eleventh edition; International edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2021 [2021]; © 2021. XVIII, 839 sider p.
- Braun V, Clarke V. Thematic analysis : a practical guide. Los Angeles, California: SAGE; 2022.
- Universitetet i Oslo. Nettskjema-diktafon mobilapp 2017 [updated 24.01.2024. Available from: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>].
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44), (2009).
- World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants: World Medical Association; 1964 [updated October 2024. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>].
- Haugen HØ, Haugen HØ, Skilbrei M-L. Håndbok i forskningsetikk og databehandling. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
- Sikt. Sjekkliste for utfylling av meldeskjema u.å [Available from: <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger/sjekkliste-utfylling-av-meldeskjema>].
- UiT Norges Arktiske Universitet. Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt ved UiT Noregs arktiske universitet (UiT) 2018 [updated 23.11.2023. Available from: <https://uit.no/Content/834899/cache=1704286556000/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20i%20forskings-%20og%20studentprosjekt%20ved%20UiT%20i%20opdatert%2031123%29.pdf>].
- Devos P, Aletta F, Thomas P, Petrovic M, Vander Mynsbrugge T, Van de Velde D, et al. Designing Supportive Soundscapes for Nursing Home Residents with Dementia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(24):4904.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). (2003).
- Gustafsson SR. Trygghet. In: Kristoffersen NJ, Skaug E-A, Steindal SA, Grimsbø GH, editors. Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov og helse. 4. utgave. ed. Oslo: Gyldendal; 2021. p. 93-109.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30). (2011).



Brukermedvirkning i somatiske sykehjemsavdelinger: Helsepersonells erfaringer

Norske sykehjem har både somatiske avdelinger og avdelinger for personer med demens. Av rundt 40 000 sykehjemsplasser er bare ca. 13 800 tilrettelagt for personer med demens, selv om 80 % av beboerne har en demensdiagnose (1). Mange personer med demens bor derfor på somatiske avdelinger. Sykehjemspasienter er ofte skrøpelige, med flere sykdommer og nedsatt funksjonsevne – med tap av frihet og autonomi, og økt behov for hjelp (2). Demens gir progressiv og irreversibel kognitiv svikt som påvirker hukommelse, kommunikasjon, resonnering og daglig funksjon (3, 4).

nnledning

Kommunen har ansvar for å tilby tjenester i tråd med nasjonale mål og lovverk som sikrer brukermedvirkning (5,6). På individnivå handler dette om pasientens rett til å påvirke eget tjenestetilbud, for eksempel gjennom en meningsfull tiltaksplan (7,8). Brukermedvirkning er både et demokratisk prinsipp (8), og en juridisk rettighet forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (5,6). Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) understreker at et verdig tjenestetilbud til eldre kjennetegnes av «respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett» (9,§3).

Demensplanene fra 2015, 2020 og 2025 har styrket oppmerksomheten rundt pasienter med demens og deres rett til medbestemmelse (1,10,11). Helsepersonell skal bruke både fagkunnskap og brukernes erfaringer i en kunnskapsbasert praksis (12). Forskning viser imidlertid at det er vanskelig å omsette idealet om brukermedvirkning i praksis. Personalets holdninger kan være avgjørende for sykehjemsbeboeres muligheter til å delta i beslutningsprosesser (13). Forskning peker også på at tilstrekkelige personalressurser er en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre personsentrert kartlegging av beboeres minner, preferanser og livshistorie – og for å kunne bruke denne kunnskapen som grunnlag for medvirkning i hverdagen (14).

I sin litteraturstudie fant Strøm og Slettebø (15) at reell brukermedvirkning for sykehjemsbeboere

med demens påvirkes av egenskaper hos beboere, ansatte og pårørende, samt av sykehjemmets organisering, fysiske utforming og bruk av metoder som fremmer medvirkning. Forskerne påpeker at få av de 38 studiene stiller spørsmål ved om disse beboerne faktisk har innflytelse på persontilpassede tjenester, eller om de først og fremst betraktes som pasienter fremfor medborgere.

Verdier og normer på organisasjonsnivå er også sentrale for å muliggjøre brukermedvirkning. Når samvær med beboerne prioriteres, får personalet tid til å bygge relasjoner og følge opp individuelle behov og ønsker. Medvirkning styrkes når personalet ser personen bak demensdiagnosen og bruker oppdaterte, individuelle tiltaksplaner som konkrete metoder og verktøy (16).

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp i helse- og omsorgstjenestene, men er fortsatt lite etablert i tjenester til eldre (17). I sykehjem, hvor beboerne ofte har sammensatte behov, er det behov for mer kunnskap om hva som fremmer eller hemmer medvirkning. Dette er særlig viktig i somatiske avdelinger, der både personer med demens og somatiske helseutfordringer bor, og medvirkning må tilpasses ulike behov og forutsetninger.

Studiens mål og hensikt

Målet med studien var å utforske hvordan helsepersonell beskriver hva som fremmer og hemmer brukermedvirkning på individnivå i norske somatiske sykehjem. Hensikten var å øke kunn-

FAKTA

Annette Rønnevik Nesheim,
Sykepleier, master i
samhandling og folkehelse
Arbeidssted: Bjørgene
sykehjem, Haugesund
kommune
Email: annette_nesheim@
hotmail.com
Telefon: 957 28 383

Oscar Tranvåg
(kontaktperson),
Spesialsykepleier, professor
i omsorgsvitenskap
Arbeidssted: Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap,
Høgskulen på Vestlandet,
og forsker ved Nasjonalt
senter for kvinnehelse-
forskning, Oslo Universitets-
sykehus
email: oscar.tranvag@
hvl.no
Telefon: 922 30 018

skapen om faktorer som påvirker muligheten for medvirkning hos beboere med henholdsvis somatiske helseutfordringer og demens.

Metode

Studien benyttet et kvalitativt forskningsdesign forankret i Lindseth og Norbergs fenomenologisk hermeneutiske metode (18,19). Rapporteringen fulgte retningslinjene i Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (20).

Forforståelse

Forfatter ARN er sykepleier og arbeider ved et aldershjem, men har ingen arbeidserfaring fra sykehjem. Forfatter OT er også sykepleier, med erfaring fra både sykehjem og hjemmesykepleie, samt omfattende erfaring som forsker innen omsorg for eldre. Som forskere hadde vi en forventning om at ulike kontekstuelle og organisatoriske forhold – som lav bemanning og tidspress – kunne påvirke hvorvidt brukermedvirkning ble praktisert. Vi antok også at brukermedvirkning var

mindre utbredt i personalets møte med pasienter med demens. Når det gjaldt hvordan brukermedvirkning faktisk ble praktisert, hadde vi imidlertid ingen fastlagt forforståelse. Denne forforståelsen ble bevisstgjort og kritisk reflektert over gjennom hele datainnsamlingen og analysen.

Teoretisk rammeverk

Sherry R. Arnsteins medvirkningsstige (*A Ladder of Citizen Participation*) (26) er brukt som teoretisk rammeverk i diskusjonen av studiens resultater. Modellen illustrerer ulike nivåer av borgerdeltakelse i beslutningsprosesser som angår dem, for eksempel innen offentlige tjenester. Den er fremstilles som en stige med åtte trinn, der hvert trinn representerer et nivå av makt og innflytelse i beslutningstaking.

De to nederste nivåene – *manipulasjon og terapi* – innebærer fravær av reell medvirkning, og fokuset ligger på å «behandle» borgere snarere enn å gi dem innflytelse. På nivå 3, *informasjon*, mottar borgere informasjon, men har ingen mulig-

Sammendrag

Hensikt: Kunnskapen om brukermedvirkning ved norske sykehjem er begrenset. Formålet med studien var å utforske og beskrive forhold som fremmer og hemmer brukermedvirkning på individnivå ved somatiske sykehjemsavdelinger, slik dette erfarer av helsepersonell som arbeider der.

Metode: Studien har et kvalitativt design og anvendte Lindseth og Norbergs fenomenologisk hermeneutiske metode. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med helsepersonell ved tre ulike sykehjem i en mellomstor norsk kommune.

Resultat: To hovedtemaer ble identifisert: Brukermedvirkning fremmes når det skapes rom for pasientens autonomi, og; Brukermedvirkning hemmes ved mangel på tid, kompetanse og oppmerksomhet på pasientens perspektiv. Omfanget av medvirkning ble påvirket av kontekstuelle forhold og utfordret av pasientenes helsetilstand.

Konklusjon: Individuell brukermedvirkning i somatiske sykehjemsavdelinger fremstår som en kompleks og kontekstavhengig praksis, sterkt påvirket av organisatoriske rammer, ledelsens prioriteringer og helsepersonellens kompetanse. For å sikre pasientenes rett til medvirkning må ledelsen prioritere opplæring, bemanning og utvikling av strategier som ivaretar medvirkning for alle pasienter – inkludert personer med demens. Studien understreker behovet for en helhetlig og systematisk tilnærming til brukermedvirkning i somatiske sykehjemsavdelinger.

Nøkkelord: Brukermedvirkning, pasientautonomi, somatiske sykehjemsavdelinger, demens.

Abstract

Aim: Knowledge about user involvement in Norwegian nursing homes is limited. This study aimed to explore and describe conditions that promote and hinder user involvement at the individual level in somatic nursing home wards, as experienced by healthcare personnel.

Method: A qualitative design was employed using Lindseth and Norberg's phenomenological hermeneutic method. Semi-structured interviews were conducted with healthcare personnel at three nursing homes in a medium-sized Norwegian municipality.

Result: Two main themes were identified: User involvement is promoted when space is created for patient autonomy, and hindered by lack of time, competence, and attention to the patient's perspective. The extent of involvement was influenced by contextual factors and challenged by patients' health conditions.

Conclusion: Individual user involvement in somatic nursing home wards is a complex, context-dependent practice, shaped by organizational frameworks, leadership priorities, and healthcare personnel's competence. To ensure patients' rights to involvement, management must prioritize training, staffing, and strategies that safeguard involvement for all patients—including those with dementia. The study highlights the need for a holistic and systematic approach to user involvement in somatic nursing home care.

Keywords: User involvement, patient autonomy, somatic nursing home wards, dementia





het til å påvirke beslutninger. Nivå 4, *konsultasjon*, innebærer at borgere blir hørt, men uten garanti for at deres innspill får betydning. Nivå 5, ofte omtalt som *symbolsk representasjon* eller *tilfredsstillelse (placation)*, gir borgere en rådgivende rolle, men uten beslutningsmakt.

«Deltakerne vurderte at mange pasienter, på grunn av sykdom og svekkelse, ikke var i stand til å ta egne avgjørelser»

De tre øverste nivåene representerer reell medbestemmelse: På nivå 6, *partnerskap*, deler borgere makt med beslutningstakere. Nivå 7, *delegert makt*, innebærer at borgere har kontroll over beslutninger innen visse områder. Øverst på stigen, nivå 8, *borgerkontroll*, har borgere full beslutningsmyndighet.

Utvalg og rekruttering

Studien benyttet et formålsrettet utvalg (21) med følgende inklusjonskriterier: deltakerne skulle ha utdanning som helsefagarbeider eller sykepleier, minimum ett års praksis fra somatisk sykehjemsavdeling, og være i alderen 21 til 67 år. Informasjon om studien ble formidlet til ledere for helse- og omsorgstjenesten i flere ulike kommuner. Disse lederne videreformidlet deretter informasjonen til personalet ved somatiske sykehjemsavdelinger. I løpet av prosjektperioden samtykket seks kvinnelige helsearbeidere i alderen 25 til 65 år til å delta i studien. Disse var ansatt ved tre ulike somatiske avdelinger ved tre forskjellige sykehjem i en mellomstor norsk kommune. To av deltakerne var sykepleiere, og fire var helsefagarbeidere, med yrkeserfaring som strakte seg fra 6 til 20 år.

Datainnsamling

Individuelle forskningsintervjuer (22) ble gjennomført av forfatter ARN i desember 2023 og januar 2024. Intervjuene ble gjennomført via telefon, i tråd med deltakernes ønsker. Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide, og hvert intervju hadde

en varighet på om lag 45 minutter. Alle intervjuene ble lydopptatt for å sikre nøyaktig transkribering. Transkriberingen ble utført av samme forfatter, og det samlede datamaterialet omfattet 61 sider.

Dataanalyse

Intervjutekstene ble innledningsvis gjennomlest og analysert av forfatter ARN, under veiledning av forfatter OT, som på det tidspunkt var veileder for ARN, som da var masterstudent. Lindseth og Norberg (18, 19) sin fenomenologisk hermeneutiske metode ble anvendt. Analysen startet med en naiv lesning for å danne en første forståelse av deltakernes erfaringer. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert, kondensert og gruppert i temaer og undertemaer. Til slutt ble en helhetlig forståelse utviklet gjennom ny lesning av teksten, med kritisk refleksjon over egen forforståelse og dens betydning for tolkningen. Etter innlevering av masteroppgaven har begge forfatterne deltatt i arbeidet med å videreutvikle og tydeliggjøre artikkelens budskap og struktur. Dette har inkludert en ny gjennomgang av analysen, resultatpresentasjonen og diskusjonen. Se Tabell 1 neste side.

Forskningsetiske overveielser

Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør tilrådte studien (ref. 427651), som ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen (23). Deltakerne mottok skriftlig informasjon om formål, deltakelse og behandling av personopplysninger. De ble informert om frivillighet, retten til å trekke seg når som helst uten begrunnelse, og at ikke-analyserte data da ville bli slettet. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltakere.

Resultater

Gjennom analysen ble følgende to tema identifisert: Brukermedvirkning fremmes når det skapes rom for pasientens autonomi, og; Brukermedvirkning hemmes ved mangel på tid, kompetanse og oppmerksomhet på pasientens perspektiv.

Brukermedvirkningen fremmes når det skapes rom for pasientens autonomi

Deltakerne vurderte at mange pasienter, på grunn av sykdom og svekkelse, ikke var i stand til å ta egne avgjørelser. De så likevel muligheter til å legge til rette for pasientens egne ønsker, når denne var i stand til å uttrykke dem:

TABELL 1: Eksempel på strukturell analyse

Meningsbærende enhet	Kondensering	Sub-tema	Tema
<i>Jeg vet jo det at de får bestemme. For å ta et eksempel nå har de spurt om vaksinen, COVID og influensa, og noen nektet. Og det får de lov til. De får lov å bestemme det selv.</i>	Sykehjemspasienter får selv bestemme om de ønsker vaksining.	Respekt for pasientenes egne valg.	Brukermedvirkning fremmes når det skapes rom for pasientens autonomi.
<i>Vi kjører jo ikke over dem, men vi legger vel ikke så mye til rette heller. Jeg føler det går mye på rutiner, at vi ikke tenker så mye medvirkning i det. Men akkurat som nå føler jeg at de er så dårlige at jeg tror ikke de vil involveres.</i>	Det blir ikke tilrettelagt for brukermedvirkning fordi pleiepersonalet arbeider mye etter rutiner der bevisstheten om brukermedvirkning er sparsom. Pleiepersonalet opplever pasientenes helse-tilstand som svært redusert at pasientene ikke ønsker å medvirke i valg som angår dem.	Faste rutiner har forrang – lite rom og bevissthet knyttet pasientenes egne perspektiv.	Brukermedvirkning hemmes ved mangel på tid, kompetanse og oppmerksomhet på pasientens perspektiv.

Ofte er de jo så syke at de ikke kan ta viktige avgjørelser selv, at de kanskje ikke ser hva som er det beste, men til en viss grad får de jo være med. For eksempel hadde vi en mann som var klar og han var tydelig på hvordan han ville ha det i slutten av livet sitt. Så der også er det veldig individuelt hvordan de er.

De beskrev at de hadde et gjennomgående fokus på å legge til rette for pasienters medvirkning i ulike hverdagssituasjoner, som for eksempel valg av tidspunkt for stell. De la også vekt på å være fleksible for å kunne tilpasse seg pasientenes ønsker og behov:
Men si hvis en dame ikke vil dusje på morgenen, da legger vi til rette for at hun skal dusje på kvelden for det synes hun er best. Så alt sånt prøver vi etter beste evne å gjøre, at det som er det beste for dem det prøver vi jo å imøtekomme.

Deltakerne erfarte at det var betydelig mer utfordrende å sikre brukermedvirkning hos pasienter med demens. Likevel forsøkte de å legge til rette

for at også denne pasientgruppen skulle kunne ta egne valg. I dette arbeidet var samarbeid med pårørende og kjennskap til pasientens livshistorie viktige ressurser:

Brukermedvirkningen er vel ganske laber, vil jeg si. Vi har jo kontakt med pårørende hvor de prøver å hjelpe oss, med hvordan denne personen har vært. Hva liker hen? interesser? mat? Vi prøver å få pårørende mest mulig inn, men det er jo vanskelig, for eksempel hvis pasienten ikke har språk. Vi prøver jo å arbeide mest mulig ut ifra det vi vet om dem.

Noen av deltakerne erfarte at deres ledere var opp-tatt av å integrere brukermedvirkning som en del av omsorgspraksisen, og at en viktig forutsetning for dette var tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse:
Og kompetanse, det har også vært et fokus (for ledelsen). At vi skal ha nok, og rett kompetanse på jobb, og (.....) at hvis de har kompetanse på jobb så kommer den brukermedvirkningen, det er jo et underpunkt i alt vi gjør, for vi skal jo ivareta pasienten på best mulig måte for den enkelte.





De erfarte at lederne hadde forventninger om at de skulle bruke sin kompetanse til å fremme brukermedvirkning i den daglige omsorgen for pasientene.

Brukermedvirkning hemmes ved mangel på tid, kompetanse og oppmerksomhet på pasientens perspektiv

Deltakerne beskrev en arbeidssituasjon preget av lav bemanning og stort tidspress, noe som hadde stor innvirkning på hvordan brukermedvirkningen ble ivarettet:

For mye av det går på tidspress føler jeg. Det er ofte der brukermedvirkningen forsvinner. Men har vi tid og anledning, og vi har folk på jobb til hver enkelt, er det absolutt tilrettelagt for det med brukermedvirkning. De får lov å være med å bestemme. Så mye som vi kan legge til rette for. Og det er da ofte i forhold til tidsbruk.

De erfarte mangel på tid som en stor utfordring, noe som gjorde det vanskelig å prioritere brukermedvirkning. Dette kom blant annet til uttrykk ved at pasientene ikke fikk velge tidspunkt for stell, og at personalet utførte oppgaver som pasientene egentlig kunne ha gjort selv. Slike tidsbesparende tiltak førte til at pasientene ikke fikk brukt egne ressurser til å utføre daglige gjøremål de mestret: *Men jeg tror og håper at vi er flinke til at de får ivareta sine ressurser, men vi vet jo at ting skjer, at det går fort i svingene, at vi overtar for pasientene. Og det er jo ikke bra for noen.*

Deltakerne erfarte at arbeidshverdagen i stor grad var preget av rutiner og praktiske gjøremål. Dette svekket kvaliteten på kontakten med pasientene, og dermed også muligheten til å legge til rette for god brukermedvirkning. I tillegg opplevde flere at de stadig ble pålagt flere praktiske oppgaver, og at ledelsen ved sykehjemmet hadde et for sterkt fokus på effektivisering av den daglige omsorgstjenesten:

Det er den effektiviseringen som de (ledelsen) ofte vil ha hele veien. Det går utover kvaliteten. Så er det mye... det føler jeg er gjennomgående i hele kommunen... det er mye kvantitet over kvalitet. Ting skal være effektivt. Så blir det mer og mer oppgaver nedover, mer oppgaver på helsefagarbeiderne og sykepleierne, og det tar tiden vekk fra pasientene

til slutt. Jeg vet ikke helt om de faktisk forstår hvor travelt det faktisk er i avdelingen.

Noen deltakere erfarte at ledelsen ved sykehjemmet ofte ikke hadde oppmerksomheten rettet mot den daglige omsorgen for pasientene, men heller mot avdelingens drift.

Jeg føler ikke de (ledelsen) har fokus på pasientene egentlig. Hvis det er enkelte pasienter som roper høyt kanskje, som har 'sterke' pårørende, så blir det kanskje litt mer fokus på dem. Men sånn ellers, så føler jeg ikke lederne er innblandet i pasienten, overhodet. Helt ærlig. De har fokus på driften, antall hender, antall hoder.

Deltakerne påpekte også at kompetansen blant personalet varierte. I perioder var det mange vikarer, og de erfarte at dette svekket brukermedvirkningen, ettersom vikarene ofte manglet tilstrekkelig kunnskap om brukermedvirkning og derfor hadde en annen tilnærming til pasientene: *Sånn generelt så tror jeg kanskje det er personavhengig, med den brukermedvirkningen. Noen (vikarer) har kanskje ikke lært det heller, for det er mye ufaglærte også, som ikke tenker på det kanskje, de tenker bare det å få dem rene, få dem opp. At det blir viktigst uten å ta dem med på løpet.*

De hadde ulike erfaringer med å inkludere somatisk syke pasienter i medisinske avgjørelser. Selv om pasientene ble informert om behandlingen legen hadde besluttet, ble de ofte ikke spurt om samtykke. Dermed fikk de heller ikke mulighet til å medvirke i slike viktige valg:

Jeg hører aldri noe spørsmål om har du lyst til det eller er det greit for deg. De får vel i teorien ikke lov å bestemme, men når legen sier det skal gjøres så sier de jo alltid; Ja. Hadde de sagt nei så er det jo noe annet. Jeg tenker de blir jo informert og de godtar det så jeg tenker på en måte det er greit da, men de får jo ikke spørsmål om de vil da, det gjør de ikke.

Deltakerne erfarte at det var enda større barrierer for brukermedvirkning hos pasienter med demens. Kognitiv svikt, med tap av språk og vansker med å forstå informasjon, gjorde det utfordrende å involvere disse pasientene, og forsøk på å fremme brukermedvirkning ble derfor ofte utelatt:

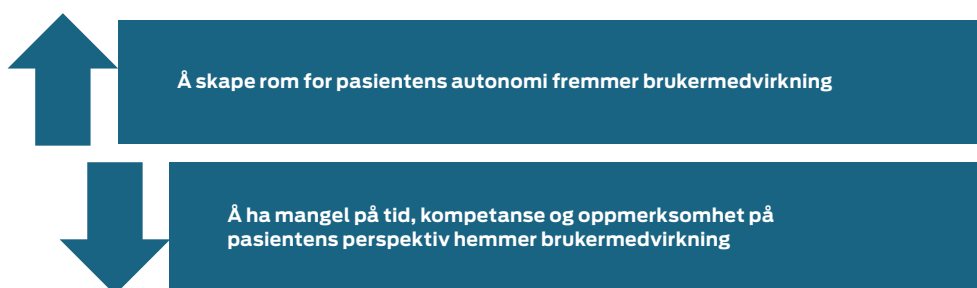
Brukermedvirkningen er vel kanskje enda mindre (hos personer med demens), så det faller kanskje

enda mer ut der. Og mange har jo ikke språk, og jeg føler at der kjører vi kanskje litt over dem.

De påpekte at de i svært liten grad hadde tatt internundervisning om brukermedvirkning. Uten kunnskap om hva brukermedvirkning innebærer, og hvordan den kan fremmes i den daglige omsorgen for pasientene, ble det vanskelig å gjøre brukermedvirkning til en bevisst og integrert del av omsorgspraksisen:

Spesielt for de med demens, så savner jeg undervisning. De forstår jo ikke helt sin egen helsetilstand eller hva som er godt for dem. Så det er vanskelig å hjelpe de i alle situasjoner også, så de som jobber med demens burde absolutt hatt mer informasjon om hvordan de kan få lov til å ha selvbestemmelse. For akkurat nå, slik det er hos oss da, så er det mye at pleierne bestemmer.

FIGUR 1: Forhold som fremmer og hemmer brukermedvirkning



Deltakerne uttrykte et behov for økt fokus på brukermedvirkning ved sykehjemmet, særlig med tanke på hvordan denne kan fremmes i møte med pasienter med demens. Internundervisning om temaet ble erfart som svært viktig for å kunne utvikle en praksis der brukermedvirkning inngår som en naturlig del av den daglige omsorgen.

Diskusjon

Studien gir innsikt i hvordan individuell brukermedvirkning praktiseres og utfordres ved tre somatiske sykehjemsavdelinger, basert på erfaringer fra helsepersonell med daglig omsorgsansvar. Funnene viser at helsepersonellet har intensjoner og en viss kompetanse til å fremme pasientautonomi, men at strukturelle og organisatoriske forhold i stor grad begrenser mulighetene for reell medvirkning.

Brukermedvirkning krever tid, kompetanse og støtte fra organisasjonen. Når dette mangler, svekkes pasientens mulighet til medvirkning. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at tidspress og høy arbeidsbelastning begrenser helsepersonellens handlingsrom (17,24). Deltakerne fortalte at de overtok oppgaver pasientene kunne

gjort selv, noe som kan oppleves som krenkende av beboerne (25). Med Arnsteins medvirkningsstige (26) som teoretisk rammeverk, tyder funnene på at pasientene ofte befinner seg på de laveste nivåene – nivå 1. *Manipulasjon* og nivå 2. *Terapi* – som regnes som 'ikke-deltakelse'. Når helsepersonell tar over beslutninger, kan det oppleves som kontroll heller enn støtte til myndiggjøring.

Studien viser at utfordringer knyttet til demens forsterker manglende brukermedvirkning. Svekket språk og redusert situasjonsforståelse gjør det vanskelig å innhente pasientens ønsker, og tidspress gir lite rom for tilrettelegging. Beslutninger tas derfor ofte på pasientens vegne, uten reell innflytelse – noe som plasserer dem på de laveste nivåene i Arnsteins medvirkningsstige. Personer med demens er fortsatt en stigmatisert gruppe med begrensede muligheter for medvirkning. Her har både pårørende og helsepersonell en nøkkelrolle, og forskning understreker viktigheten av at primærkontakt griper muligheten når pasienten viser vilje til å delta (27, 28).

Et sentralt funn er at noen deltakere opplevde at brukermedvirkning manglet tydelig forankring i ledelsen, noe som svekket oppmerksomheten





og bruken i praksis. Manglende opplæring og mange ufaglærte vikarer forsterket utfordringen. Andersen (29) fant i sin studie at lederes holdninger og prioriteringer er avgjørende for hvordan brukermedvirkning forstås og praktiseres i organisasjonen.

I sin studie av sykehjemkonteksten fant Slettebø og Strøm (16) at en tilstedeværende og støttende leder som legger til rette for opplæring og praktisering av brukermedvirkning, er avgjørende for å fremme medvirkning i hverdagen. Når ledelsen ikke prioriterer dette, overlates ansvaret til den enkelte ansatte – ofte uten nødvendige rammer. Resultatet kan bli en praksis preget av rutiner fremfor bevisst tilrettelegging for medvirkning.

«Deltakerne beskrev at medvirkning var lettere å tilpasse når pasientene var kognitivt klare»

Dersom brukermedvirkning reduseres til et spørsmål om individuell innsats, uten organisatorisk forankring, risikerer man at praksis i beste fall forblir på nivå 3. *Informasjon* eller nivå 4. *Konsultasjon* i Arnsteins medvirkningsstige – nivåer som representerer symbolsk medvirkning (tokenisme). Deltakerne beskrev at medvirkning var lettere å tilpasse når pasientene var kognitivt klare, noe som kan plassere disse på nivå 5. *Symbolsk representasjon / tilfredsstillelse* – hvor innspill tas imot, men uten at pasienten har beslutningsmakt. Selv på dette høyere nivået forblir makten hos helsepersonell og ledelse, og pasientens innspill forplikter ikke (26).

Deltakerne beskrev en grunnleggende holdning om å legge til rette for medvirkning i hverdagen, for eksempel ved å tilpasse tidspunkt for stell. Fleksibilitet og tilpasning ble sett som viktig for å møte beboeres ønsker, noe som kan tilsvare nivå 6. *Partnerskap*, i Arnsteins medvirkningsstige (26). Dette samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven (5), men slike situasjoner fremstår mer som unntak. Studien viser at pasientmedvirkning sjel-

den når de øverste nivåene i Arnsteins stige – nivå 7. *Delegert makt* og nivå 8. *Borgerkontroll* – hvor pasientene har reell beslutningsmyndighet over eget liv og helse.

Samlet viser studien at brukermedvirkning på individnivå i sykehjem er kompleks og avhengig av strukturelle rammer, ledelsens prioriteringer og personalets kompetanse. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta beslutninger basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap og brukermedvirkning (12). For å sikre pasientens rett til medvirkning, slik lovverk og nasjonale strategier krever (1,5,6,7,9), må det etableres organisatoriske rammer som gir helsepersonell tid, kompetanse og støtte til å legge til rette for meningsfull medvirkning. Dette forutsetter at ledelsen tar ansvar for å fremme en kultur for medvirkning og sikrer at alle ansatte har nødvendig kunnskap og forståelse for hva brukermedvirkning innebærer i praksis.

Studiens styrker og begrensninger

Det kvalitative designet, med Lindseth og Norbergs fenomenologisk hermeneutiske metode (18,19), ga dyp innsikt i helsepersonells erfaringer med brukermedvirkning i sykehjem. Selv om et større utvalg kunne gitt rikere data, ga rekruttering fra tre ulike somatiske avdelinger god variasjon, og også små kvalitative utvalg kan gi verdifull innsikt i lite utforskede fenomener (22). Studien belyser kun helsepersonells perspektiver; fremtidig forskning bør også videre utforske beboere og pårørende sine perspektiver for en mer helhetlig forståelse.

Implikasjoner for praksis

Studien gir verdifull innsikt i brukermedvirkning i somatiske sykehjemsavdelinger. Funnene viser at brukermedvirkning krever mer enn individuell innsats av helsepersonellet – det forutsetter organisatorisk tilrettelegging, ledelsesengasjement og tilstrekkelig kompetanse. For å sikre pasientens rett til medvirkning må opplæring, bemanning og en kultur som fremmer autonomi prioriteres – særlig for personer med demens. Uten strukturell støtte risikerer man at medvirkning reduseres til symbolsk deltakelse uten reell innflytelse.

Konklusjon

Studien viser at individuell brukermedvirkning i somatiske sykehjem er kompleks og påvirkes av

strukturelle rammer, ledelse og personalets kompetanse. Til tross for gode intensjoner begrenses reell medvirkning ofte av organisatoriske forhold. For å sikre pasientenes rettigheter, særlig for personer med demens, er det behov for systematisk tilrettelegging, kompetanseheving og en ledelseskultur som fremmer brukermedvirkning. ■

Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: demensplan-2025.pdf
- Ranhoff, AH. Den gamle pasienten. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2020. s. 53-89.
- Verdens helseorganisasjon (WHO). Dementia [internett]. WHO; 31. mars 2025 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Helsedirektoratet. Demens. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017, oppdatert 23. februar 2024 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: Demens - Helsedirektoratet
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata
- Helsedirektoratet. Brukermedvirkning [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017, oppdatert 4. april 2025 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig: Brukermedvirkning - Helsedirektoratet
- Samdal R, Tranvåg O. Brukermedvirkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I: Husebø BS, Flo E, red. Eldreboken – diagnoser og behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 20-29.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2010-11-12-1426. [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015. «Den gode dagen» [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. «Et mer demensvennlig samfunn» [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: Demensplan 2020
- Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis.no [internett]. Oslo: Helsebiblioteket; oppdatert 17. september 2021 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Erlandsson S, Knutsson O, Schön UK. Perceptions of participation. How nursing home staff and managers perceive and strive for participation of older residents. Eur J our of Soc Work. 2022;26(5): 815-827. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2094345>
- Strøm A, Slettebø T. Tid for brukermedvirkning med beboere i sykehjem. En kvalitativ studie. Klin. Sykepleie. 2023;37(2): 88-99. DOI: <https://doi.org/10.18261/ks.37.2.3>
- Strøm A, Slettebø T. Factors affecting user participation for nursing home residents with dementia. A critical interpretive synthesis. Eur J our of Soc Work. 2021;24(5): 828-851. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1964442f>
- Slettebø T, Strøm A. Kjennetegn ved organisasjonskultur og arbeidsmiljø som forutsetninger for beboermedvirkning på sykehjem. I: Aaslund H, Luteberget L, Seim S, Slettebø T, red. Brukermedvirkning for personer i sårbare posisjoner. Oslo: Universitetsforlaget; 2024. s. 168-188.
- Johannessen AKM, Steihaug S. Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre – en kvalitativ studie av to kommunale akutte døgnenheter og samarbeidende kommuner. Tidsskr omsorgsforsk. 2019;5(2): 1-14. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04>
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scand J Car Sci. 2004;18(2): 145-153. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lindseth A, Norberg A. Elucidating the meaning of life world phenomena. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scand J Car Sci. 2022;36(3): 883-890. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.13039>
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014; 89(9): 1245-51. DOI: [10.1097/ACM.0000000000000388](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388)
- Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 10. utg. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2022.
- Brinkmann S, Kvale S. Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing. 3. utg. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.
- World Medical Association. WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects [internett]. World Medical Association; 1964, oppdatert oktober 2024 [hentet 14. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants – WMA – The World Medical Association
- Sogstad MKR, Bergland, A. Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. Tidsskr omsorgsforsk. 2021;7(2): 9-28. DOI: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>
- Song Y, Thorne TE, Norton PG, Poss J, DeGraves B, Estabrooks CA. Rushing Care by Care Aides Associated With Experiences of Responsive Behaviors From Residents in Nursing Homes. JAMDA. 2022; 23(6): 954-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.10.017>
- Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. J. Am. Inst. Plann. 1969;35(4): 216-24. DOI: <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Haugen I, Slettebø T, Ytrehus S. Factors affecting user participation for elderly people with dementia living at home: a critical interpretive synthesis of the literature. Euro J Soc Work. 2018;22(6): 974-86. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441133>
- Bikova M, Christensen K. Samproduksjon i mulighetsrommet for brukermedvirkning i norske helse- og omsorgstjenester. Tidsskr omsorgsforsk. 2022;8(1): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.9>
- Andersen J. Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederens vurderinger. Tidsskr omsorgsforsk. 2019; 5(2): 1-14. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05>



Forskning viser vei:

Fra kontroll til kultur i kvalitetsarbeidet

Hvordan Grimstad kommune bruker forskning og systematikk til å bygge en lærende organisasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Av Wivi-Ann Tingvoll

Kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenestene er ikke lenger et spørsmål om kontroll og rapportering alene. Forskning fra det fireårige MASQ-prosjektet (Måling av kvalitet: Begrensninger og muligheter i kvalitetsstyring av kommunale helse- og omsorgstjenester) viser hvordan arbeidet med kvalitet har utviklet seg fra enkle målstyrings-systemer til mer helhetlige og læringsorienterte praksiser. Resultatene fra prosjektet, som ble avsluttet i 2024, danner et viktig kunnskapsgrunnlag for kommuner som ønsker å gå fra tall til tillit – fra måling til mening.

Fra forskrift til forankring

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger toppledelsen å sikre systematisk planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomheten. Men forskningen viser at forskrift alene ikke skaper kvalitet. For at kvalitetsarbeidet skal fungere i praksis, må medarbeiderne oppleve eierskap, forstå hensikten og se resultater av arbeidet de legger ned.

Grimstad kommune – fra papir til praksis

I Grimstad kommune har man tatt denne erkjennelsen på alvor. Helse- og omsorgssektoren har de siste årene gjennomført et omfattende arbeid for å gjøre kvalitetsarbeidet mer integrert i hverdagen.

Compilo, som i dag brukes av rundt 300 av landets 357 kommuner, fungerer som et helhetlig intern- og kvalitetssystem for avviksregistrering, forbedringsarbeid og rapportering.

Ansatte som aktive problemløsere

Et sentralt prinsipp i Grimstad er at de som melder et avvik, også foreslår løsninger.

– Hensikten med avvik er ikke å «finne feil», men å oppdage dem tidlig og være løsningsorienterte. Det er et delt ansvar mellom ansatte og ledelse, sier Brevik.

Systemet er bygget for ansvar og oppfølging: Dersom et avvik ikke er behandlet innen 14 dager, sendes saken automatisk videre til neste ledernivå – helt opp til kommunalsjefen om nødvendig. På denne måten sikres både fremdrift og læring i prosessen.

Systematikk, læring og åpenhet

Tre ganger i året utarbeider Grimstad kommune tertialrapporter som gir oversikt over registrerte avvik innenfor blant annet legemiddelhåndtering, vold og trusler. Rapportene gjennomgås i ledergrupper, HMS-gruppa og personalmøter.

– Vi jobber systematisk med avvik på alle våre institusjoner – Berge gård, Fevikttun, Frivollttun og Grom. Avvikene brukes aktivt i vårt læringsarbeid, forteller Bjønnum.

Når ansatte ser at forslagene deres faktisk fører til endringer, styrkes engasjementet. Systemet gir også rom for fleksibilitet – for eksempel kan ansatte ferdigstille avviksmeldinger senere dersom arbeidsdagen er travel.

– Rapportene lages ikke bare for statistikkens skyld, men for at vi skal lære. Vi ønsker å vise at arbeidet nytter, understreker Seldal.



Etiske refleksjonsgrupper – rom for verdibasert læring

Et annet viktig tiltak i Grimstad er etableringen av **etiske refleksjonsgrupper**. Her møtes ansatte på tvers av fag og avdelinger for å drøfte reelle situasjoner fra arbeidshverdagen. Diskusjonene dreier seg ofte om etiske dilemmaer – som balansering av pasientens autonomi mot trygghet, eller prioritering når ressursene er knappe.

Selv om bemanningen noen ganger setter grenser for deltakelse, er erfaringene gode. Gruppene gir rom for å løfte blikket fra rutiner og skjema, og reflektere over verdigrunnlaget som ligger til grunn for tjenestene.

– Etiske refleksjoner hjelper oss å se mennesket bak systemet. Det bidrar til trygghet, forståelse og et mer helhetlig kvalitetsarbeid, sier Seldal.

Fra kontroll til kultur

Grimstad kommune viser at kvalitetsarbeid ikke bare handler om målinger og indikatorer, men om kultur, ansvar og holdninger. Ved å forankre kvalitetsarbeidet i praksis, gjennom deltakelse, refleksjon og systematikk, bygges en lærende organisasjon der både ansatte og ledelse tar aktivt eierskap.

– Målet vårt er at kvalitetssikring skal være en naturlig del av arbeidet – ikke et ekstra punkt på to-do-listen, avslutter Brevik. ■

Til venstre: Anita Bjonnum, tjenesteleder,
midten: Katrine Brevik, virksomhetsleder,
til høyre: Leikny Tharaldsen, tillitsvalgt.



Hva er verdighet for deg?

– Et faglig og etisk perspektiv på verdighet i demensomsorgen

Under NSF sin innholdsrike Landskonferanse i Geriatri og demens stilte vi deltakerne spørsmålet: «Hva er verdighet for deg?»

FAKTA

Irene Aasmul,
sykepleier,
phd. Fag- og forsknings-
utvikler
v/ Verdighetsenteret

Elisabeth Odland,
kreftsykepleier,
Rådgiver
v/ Verdighetsenteret

Svarene ble skrevet på hjerteformede lapper og festet rundt utstillingen vår. Utsagnene var mange og ulike, men de hadde noe til felles: De handlet om å bli sett, hørt og respektert.

Blant svarene var:

«Respekt», «Bli tatt på alvor», «Å bli sett og hørt», «Å bli behandlet som en hel person», «Å få være meg selv» «Tålmodighet» «Kjærlighet», «Selvbestemmelse», «Å bli lyttet til» «Omsorg» «Tid».

Disse svarene minner oss om at verdighet ikke er et fjernt ideal – men en konkret og relasjonell erfaring. Samtidig er verdighet et begrep som er vanskelig å definere entydig. Som professor i omsorgsvitenskap Oscar Tranvåg og kolleger (2013) påpeker, har begrepet blitt kritisert for å være vagt og vanskelig å operasjonalisere i praksis. Verdighet lar seg ikke lett plassere under et mikroskop eller fastslå én gang for alle – det betyr ulike ting for ulike mennesker (Chochinov, 2002, sitert i Tranvåg, 2013). Denne eksistensielle og filosofiske kompleksiteten krever en utforskende og åpen tilnærming, snarere enn en forhåndsbestemt definisjon. Det gjør det også nødvendig med etisk bevissthet i møte med hver enkelt pasient.

Et iboende menneskeverd

Verdighet forstås i lys av menneskets iboende verdi – en verdi man har bare i kraft av å være et menneske (FN, 1948). Dette er et grunnprinsipp i menneskerettighetstenkning og profesjonsetikk. Immanuel Kant (1785/2000) beskrev verdighet som noe som ikke kan måles i penger eller vurderes ut fra nytte. Et menneske har verdighet fordi det er et mål i seg selv – ikke et middel som skal brukes for andres behov eller for å gjøre systemet mer effektivt.

Forfatteren Max Frisch har sagt: «Verdighet betyr frihet til å velge.» Men hva skjer når evnen til å velge, uttrykke seg eller gjøre rede for egne ønsker svekkes – slik vi ofte ser hos mennesker med demens?

Når verdigheten trues

Eldre med demens er spesielt sårbare for å få sin verdighet krenket – både direkte og indirekte. Tap av språk, initiativ og kognitiv kontroll kan føre til at andre begynner å bestemme over hodet på dem. De kan bli omtalt i tredjeperson, få hjelp uten å bli spurt, eller få begrenset tilgang til uteområder eller besøk på grunn av praktiske hensyn. Dette kan skje med de beste intensjoner, men resultatet kan likevel være krenkende.

Det er en risiko at personer med demens møtes som diagnoser fremfor mennesker, og vi står vi i fare for å gjøre dem usynlige. Vi risikerer å glemme hvem de har vært – og fortsatt er – med sine livshistorier, relasjoner og drømmer. Da mister vi mer enn bare faglig retning, vi mister det menneskelige blikket.

Verdigheten trues også når helsepersonell mister blikket for det enkelte mennesket i møte med rutiner og effektivitet. Det kan handle om små, men avgjørende ting: Å bruke navnet til pasienten, møte blikket, forklare hva man gjør – selv når man ikke vet om det forstås.

Kjærlighet som del av verdigheten

Blant utsagnene på hjerte-lappene på konferansen var det flere som fremhevet «kjærlighet» som en del av verdighet. Dette er et ord som sjelden nevnes i retningslinjer eller prosedyrer, men som rommer noe dypt menneskelig. Filosofen og sykepleieteoretikeren Kari Martinsen (2005) har påpekt at når alt skal standardiseres og måles, risi-

kerer vi å miste det spontane, sanselige og kjærlige møtet mellom mennesker. I omsorgens relasjoner er det nettopp slike møter som bærer verdighet. Når kjærligheten får rom – i form av varme blikk, holdt hånd eller ekte interesse – skjer det noe mer enn god pleie. Da blir relasjonen bærende, også der ordene svikter.

Verdighetscenterets grunnlegger Stein Husebø, som har viet sitt virke til verdighet i eldreomsorgen, sier det enkelt og sterkt om hva som er en verdig alderdom: «I møte med sårbare gamle og pasienter med demens har jeg ofte tenkt at det viktigste er kjærlighet. Alle trenger å bli sett, respektert og elsket» (Husebø, 2021). Som kommentar til dette sitatet har han også lagt til noe like viktig: Alle trenger noen å elske. Dette minner oss om at kjærlighet ikke bare er en sentimental størrelse, men en etisk fordring. Den krever nærvær, tålmodighet og vilje til å møte den andre som et unikt menneske – også når kognisjon og språk svekkes. Kjærlighet kan ikke vedtas, men den kan leves frem i handlinger som løfter verdigheten til den andre.

Å ivareta verdighet i praksis

Verdighet er ikke en gitt størrelse – den forvaltes i relasjonen mellom pasient og hjelper. For eldre mennesker med demens er dette særlig tydelig: De er ofte avhengige av at andre tolker, representerer og beskytter deres interesser. Derfor må helsepersonell være både faglig og etisk bevisste.

Det innebærer:

- Å gi pasienten muligheter til deltakelse, også når evnen til verbal kommunikasjon er svekket.
- Å forstå betydningen av livshistorie, vaner og preferanser – og bruke denne kunnskapen i pleien.
- Å tilrettelegge for uavhengighet og sosial kontakt, så langt det lar seg gjøre.
- Å stille seg spørsmålet: «Hva betyr dette mennesket for seg selv – og hvordan kan jeg støtte opp om det?»

Slike refleksjoner er ikke luksus, men en del av det kliniske ansvaret.

Verdighet som faglig forankring

Det finnes en tendens i eldreomsorgen til å tenke «oppgave først, menneske etterpå». Dette speiles i tidspress og ressursmangel, men også i språk og holdninger. Hvis vi lar dette bli dominerende, risi-

kerer vi å overse de eksistensielle behovene som eldre har – behov for mening, tilhørighet, trygghet og anerkjennelse.

Når vi i stedet løfter verdighet som et faglig og etisk grunnlag, endres både prioriteringer og praksis. Vi ser personen – ikke bare pasienten.

«Hva betyr verdighet for deg – i møte med pasientene du følger opp i hverdagen?»

For pårørende kan dette gjøre en stor forskjell. Å vite at mor, far eller ektefelle blir møtt med respekt og varme, skaper tillit. Det gir trygghet å vite at personalet ikke bare «gjør jobben», men også bærer et menneskesyn i det de gjør.

Et spørsmål vi aldri bør slutte å stille

Spørsmålet «Hva er verdighet for deg?» bør ikke være forbeholdt konferanser eller kampanjer. Det bør være en faglig og etisk påminnelse i hverdagen. For noen betyr det å få tid til å spise i ro. For andre å kunne gå ut i frisk luft. For de fleste betyr det å bli møtt som et menneske – ikke et prosjekt.

Vi valgte å stille dette spørsmålet på konferansen fordi vi tror det kan forsterke vår etiske bevissthet og styrke refleksjonen i profesjonsrollen. I en travel helsehverdag trenger vi påminnelser om det grunnleggende. Å spørre andre – og seg selv – om hva verdighet betyr, er en måte å hente fram det som virkelig betyr noe i møtet mellom mennesker.

Refleksjonsspørsmål for å styrke verdighetsbevissthet i praksis

Hva betyr verdighet for deg – i møte med pasientene du følger opp i hverdagen? Her er noen spørsmål som kan brukes i fellesskap for å utforske hvordan verdighet faktisk ivaretas – eller trues – i deres praksis:

- Når kjente jeg sist at jeg virkelig møtte et menneske med verdighet – og hva var det jeg gjorde da?
- Har jeg noen gang kjent på at tidspress eller rutiner hindrer meg i å ivareta pasientens verdighet?





Foto: iStockphoto

Hva gjorde jeg – eller hva kunne jeg gjort annerledes?

- Hvilke små handlinger kan jeg bevisst gjøre i morgen for at en pasient skal føle seg sett og respektert?
- Hvordan snakker vi om pasientene når de ikke hører oss – og hva sier det om vår kultur?
- Hva gjør vi når vi ser kollegaer handle på en måte som truer verdighet – og hvordan kan vi støtte hverandre i å minne om det som er viktig?

Slike spørsmål har ikke ett riktig svar – men de åpner for samtaler og refleksjoner som kan forandre både holdninger og handlinger. Verdighetsarbeid begynner ikke med store planer – men med små, bevisste valg vi tar – hver dag. Her bærer hver enkelt av oss et ansvar, for som Løgstrup (1956) sier det: «Den enkelte har aldri med et annet menneske

å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender.» ■

Referanser

1De forente nasjoner. (1948). Verdenserklæringen om menneskerettighetene. <https://fn.no/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Husebø, S. (2022). Sitert i Verdighetsenteret. (2022). Årsrapport 2021 (s. 23). Verdighetsenteret. <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/verdighetsenteret/VS-a%CC%8Aarsrapport-2021-WEB.pdf>

Kant, I. (2018). Groundwork for the metaphysics of morals (A. W. Wood, Trans.). Yale University Press. (Original work published 1785)

Løgstrup, K. E. (2010). Den etiske fordring. Gyldendal. (Originalutgave utgitt 1956).

Martinsen K. (2005) Sårbarheten og omveiene, Løgstrup og sykepleien. I Bøwath, Sørensen, Bugge (red.) Løgstrups mange ansikter. Fredriksberg: Anis forlag

Tranvåg, O., Petersen, K. A., & Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. Nursing Ethics, 20(8), 861-880.



Fylkeskontoret i Agder 25. september

Engasjerende og bevegende fagkveld

Av Tor Engevik

Med god hjelp fra fylkesleder Ragne Quinteros og nestleder Bente Liv Hagen inviterte Geriatri og demenssykepleierne NSF den 25. september inn til fagkveld ved det trivelige fylkeskontoret i Agder.

Ragne og Tor ønsket alle velkommen før 79 år gamle Unni Olsen fortalte sin historie fra hun ble diagnostisert med beinskjørhet til hun som 62 åring begynte å trene styrkeløft for å komme i bedre form. På veien til en bedre helse ble Unni norgesmester i styrkeløft og hun satt en rekke norgesrekorder i styrkeløft.

Så holdt faggrupeleder Tor Engevik foredraget om «aktive eldre - med trening, musikk og reminisens som medisin».

Deretter holdt fylkeseldreombud Hanne Nøding et spennende og bevegende foredrag om hvordan det er å være pårørende til en mor med Alzheimer. Hanne fortalte om alle utfordringene det fører med seg å ha en mor med demenssykdom, men fikk også frem hvor viktig det var å ta vare på alle de gode øyeblikkene.

Wivi-Ann Tingvoll leder en sesjon om ledelse og fortalte om hvordan hun som engasjert sykepleier klarte å snu et kommunalt vedtak om å legge ned kommunale sykehjemskjøkken med gode faglige argumenter. Mottoet er at det nytter å engasjere seg.

Fylkesleder Ragne avsluttet den hyggelige og gripende fagkvelden med fortelle hvor viktig det er å engasjere seg i eldreomsorgen og takket de fremmøtte for en hyggelig samling ved fylkeskontoret. ■

Fra venstre: redaktør Wivi-Ann Tingvoll, leder i Geriatri og demenssykepleierne, Tor Engevik, styrkeløfter Unni Olsen, nestleder NSF Agder, Bente-Liv Hagen, fylkesleder NSF Agder Ragne Quinteros og fylkeseldreombud i Agder, Hanne Nøding.



Nede til venstre:
Fylkeseldreombud i Agder, Hanne Nøding holder et engasjerende, rørende og humoristisk foredrag om hvordan det er å være pårørende til en mor med Alzheimers sykdom.
Foto: Tor Engevik

Nede til høyre:
Fylkesleder i Agder, Ragne Quinteros, foran bilde av Lindesnes fyr på fylkeskontoret i Agder.
Foto: Tor Engevik





Strømmehaven

– et nytt omsorgskonsept med frivilligheten som ressurs

På Strømme i Kristiansand har det vokst frem et nyskapende omsorgstilbud for personer med demens. Strømmehaven, etablert i tilknytning til Strømme omsorgssenter, representerer et helhetlig konsept der bolig, fellesskap og frivillighet står i sentrum. Resultatet er et levende miljø der hverdagen preges av trygghet, mening og sosial tilhørighet – et hjem der frivilligheten er en bærebjelke i omsorgen.

Av Wivi-Ann Tingvoll • Foto: Tor Engevik

Et helhetlig omsorgsmiljø

Strømmehaven har siden etableringen utviklet seg til å bli et forbilde for moderne demensomsorg. Her kombineres fysisk tilrettelegging, personsentrert omsorg og frivillig engasjement i en helhetlig modell. Satsingen viser hvordan et omsorgstilbud kan gi både trygghet, selvbestemmelse og livskvalitet – samtidig som det åpner døren for et aktivt lokalsamfunn.

Under vårt besøk ble vi tatt imot av Kjetil Senum, trivselskoordinator ved Strømmehaven. Han har ansvaret for frivilligheten og leder om lag 60 frivillige som bidrar i dagliglivet. De arrangerer sangstunder, turer, hobbyaktiviteter og sosiale treff, og bidrar til å gjøre hverdagen rik og variert. Senum er et bindeledd mellom ansatte, beboere og frivillige, og arbeider målrettet for å skape trivsel og fellesskap. Han sørger også for at de frivillige opplever støtte og tilhørighet, og at deres innsats blir verdsatt. I tillegg rekrutterer han nye frivillige, organiserer arrangementer og veileder elever i praksis fra lokale skoler.

Arkitektur og omgivelser som fremmer livskvalitet

Strømmehaven består av 42 bokollektivplasser for personer med demens, fordelt på seks enheter med syv beboere i hver. Strukturen gir oversiktlige rammer og tett kontakt mellom beboere og ansatte, samtidig som den ivaretar privatliv og individuell frihet. Tilbudet inkluderer også et dag- og aktivitetssenter med plass til 36 brukere, samt et sonekontor for hjemmetjenesten i Randesund og Tveit som betjener rundt 40 brukere.

Anlegget utgjør om lag 6 200 kvadratmeter fordelt på seks bygg. Her finner man vinterhager, takhager, gangbruer og et sentralt tun som fremmer fellesskap og bevegelse. En parkeringskjeller med 27 elbilstplasser viser at miljøaspektet også er ivarettatt.

Senteret rommer flere viktige sosiale møteplasser: kaféen *frk. Hangeland* fungerer som husets hjerte, med servering av alt fra kaffe til middagsretter – og et glass vin til maten for de som ønsker. Den lille butikken *Matkroken*, frisør og velværom med fotterapi, samt flere møterom, bidrar til et levende nærmiljø i miniatyr. En bemannet resepsjon sørger for trygghet og god informasjon, og ved inngangen vises dagens digitale aktivitetsplan.

Hverdagen i Strømmehaven preges av trygghet, frihet, hjemlighet og mestring. Omsorgen bygger på VIPS-modellen for personsentrert omsorg, der individuelle behov og interesser står i sentrum. Målet er ikke bare å yte pleie, men å skape livsglede og mening – hver dag, hele livet.

Et hjem – ikke en institusjon

Et særtrekk ved Strømmehaven er at virksomheten er hjemlet som omsorgsbolig, ikke institusjon. Dette innebærer at beboerne regnes som hjemmeboende, med egne rettigheter og plikter. De innreder boligene med egne møbler, inkludert seng, og bruker eget sengetøy og håndklær. Beboerne betaler husleie og får praktisk bistand og helsehjelp etter behov.

Hver beboer har egen fastlege, og nødvendige hjelpemidler tilrettelegges individuelt. Hver enhet

har egen husholdning, der beboere og ansatte sammen planlegger meny, handler inn og lager mat. Dette gir både fellesskap og opplevelse av mestring – en viktig del av det å bevare et normalt hverdagsliv.

Kompetanse og organisering

Bemanningen ved Strømmehaven er strukturert for å sikre trygghet, kontinuitet og nærhet. Helsefagarbeidere og assistenter har hovedansvar i bokollektivene, ofte i langvakter for å sikre stabile relasjoner og ro i miljøet. Et ressursteam bestående av sykepleiere og vernepleiere gir faglig støtte, mens servicemedarbeidere avlaster med praktiske oppgaver.

Trivselskoordinatoren har en sentral rolle i å utvikle og koordinere aktivitetstilbudet og frivilligheten. Denne organiseringen frigjør tid for fagpersonalet, samtidig som miljøet preges av liv, samhandling og engasjement.

Frivilligheten som bærebjelke

Frivilligheten er en integrert del av Strømmehavens modell – ikke et supplement. Gjennom systematisk samarbeid med både organisasjoner og enkeltpersoner bidrar frivillige til å skape et levende og inkluderende miljø.

Et viktig prinsipp er at pårørende ikke deltar som frivillige. Dette sikrer tydelige roller og verner relasjonen mellom beboer og pårørende. De frivillige deltar i alt fra konserter og kulturarrangementer til turer, bingo, hobbyaktiviteter og åpne

kafétreff. I samarbeid med Røde Kors drives også en besøkshundordning som gir mange gode øyeblikk av nærhet og glede.

Erfaringene viser at frivilligheten ikke bare tilfører ekstra ressurser, men også gir fellesskapet en annen energi. Frivillige bringer inn lokalt engasjement, livserfaring og humor – noe som ofte smitter over på både ansatte og beboere.

Kommunens frivillighetspolitikk

Strømmehavens modell bygger på Kristiansand kommunes tydelige frivillighetspolitikk, som har som utgangspunkt at kommunen skal være en støttespiller – ikke en konkurrent – til frivillig sektor.

Kommunens frivilligsentraler har ingen egne frivillige og driver ikke egne aktiviteter. I stedet fungerer de som møteplasser, koordinatore og rådgivere for lokale lag, organisasjoner og enkeltfrivillige. De arrangerer temamøter, tilrettelegger for nettverk, bistår med søknader om tilskudd, og koordinerer tiltak som Natteravnene. De bidrar også til større arrangementer som Frivilligfestivalen og Frivillighetsprisen.

Denne modellen gir forutsigbarhet, struktur og tydelige rammer for samarbeid, samtidig som frivilligheten styrkes som en uavhengig, men likeverdig partner i velferdsarbeidet.

Erfaringer etter fem års drift

Etter fem år med drift kan Strømmehaven vise til mange positive resultater. Konseptet treffer målgruppen godt, og både beboere og pårørende

Vi ble godt mottatt av Kjetil Senum.



Den bemannede resepsjonen sørger for trygghet og god informasjon.



uttrykker høy tilfredshet. Beboerne opplever trygghet, ro og sosial tilhørighet, mens pårørende fremhever god kommunikasjon og åpenhet fra personalet.

De ansatte beskrives som engasjerte og faglig sterke, og samarbeidet med frivillige og næringslivet trekkes frem som en suksessfaktor. Den tette koblingen mellom fagkompetanse, frivillighet og lokalt engasjement skaper et varmt, inkluderende og bærekraftig miljø.

Organiseringen med langvakter har gitt stabilitet og bedre kontinuitet i omsorgen. Den bemannede resepsjonen fungerer som både trygghetsspunkt og avlastning for helsepersonell, og bidrar til et godt førsteinntrykk for besøkende. Samtidig understrekes viktigheten av systematisk opplæring og metodisk arbeid for å bevare kvaliteten over tid.

Blant utfordringene nevnes behovet for å skjerme beboere i krevende situasjoner, belastningen ved flytting, varierende oppfølging fra fastleger, og et generelt press på bemanningen. Likevel viser

erfaringene at en tydelig struktur og en sterk frivillighetskultur kompenserer for mye – og bidrar til stabilitet, trivsel og trygghet.

Et fellesskap som virker

Strømmehaven viser hvordan moderne omsorgsboliger kan forenes med et levende nærmiljø og et sterkt frivillig engasjement. Gjennom tydelige verdier, personsentrert omsorg og et helhetlig syn på fellesskap, har Strømmehaven skapt et miljø der livskvalitet og mestring står i sentrum.

Her er frivilligheten ikke bare en ressurs, men en grunnpilar. Sammen med faglig kompetanse og lokal forankring gir den et omsorgsmiljø der mennesker får leve gode, meningsfulle liv – også med demens.

Strømmehaven er mer enn et omsorgssenter. Det er et levende fellesskap – et sted der omsorg, glede og deltakelse går hånd i hånd, og der frivilligheten virkelig gjør en forskjell. ■



Et innblikk på Gjestad

Jessheim, som ligger i Ullensaker kommune, har i dag 45 066 innbyggere (per 1. januar 2025). Kommunen er i sterk vekst, og med en stadig eldre befolkning øker behovet for pleie- og omsorgstjenester. Ullensaker er delt inn i tre pleie- og omsorgsdistrikt. Ett av disse er Institusjonstjenester Gjestad, lokalisert på Jessheim. Senteret er et sentralt knutepunkt for helse- og omsorgstjenester tjenester til innbyggere vest i Ullensaker, og tilbyr et bredt spekter av tjenester til både hjemmeboende og personer med behov for døgnskuttinuerlig omsorg.

Av Wivi-Ann Tingvoll

Et mangfoldig tilbud

På Gjestad finner man to somatiske sykehjem, fire avdelinger for personer med demens med totalt 36 plasser, hjemmesykepleien for området, et dagsenter for hjemmeboende personer med demens, tilrettelagte tjenester, samt omsorgsboliger. Senteret rommer dessuten en kafé, frisør og fotpleier – viktige bidrag til både trivsel og hverdagsliv.

For mange innbyggere representerer Gjestad et levende møtested, ikke bare et omsorgstilbud. Kaféen tilbyr smørbrød, vafler, kaker og varmmat, med ukemeny som gir både oversikt og trygghet. Dagsenteret legger vekt på sosialt fellesskap og meningsfulle aktiviteter, mens sansehagen og grillplassene gir muligheter for gode opplevelser utendørs.

Et varmtvannsbasseng brukes ukentlig av avdelingene, og har blitt et populært tilbud både for rekreasjon og rehabilitering. Frivillige bidrar også til et rikere aktivitetstilbud. Blant annet har Røde Kors gitt økonomisk støtte som har kommet beboere direkte til gode gjennom ulike tiltak som klokkeklovnere og besøkstjeneste med hund

Et behov trenger seg frem

Kommunen har gjennom flere år hatt behov for forsterkede demensplasser. Dette behovet har blitt dekket gjennom kjøpsplasser fra private aktører. Dette har ført til en betydelig utgiftspost for kommunen og de så seg nødt til å opprette et tilbud i egen regi. Dette ble oppstarten for avdelingen Gjestad B, Forsterket demens i november 2023.

Møte med ledelsen

Under besøket ble jeg tatt imot av Eva Hoel Skjevik, leder for avdelingen Forsterket demens. Hun har arbeidet i helse i 34 år. Etter endt sykepleieutdanning i 1997 arbeidet hun som leder av en korttids- og somatisk avdeling. Da barn nummer to kom til verden gikk hun tilbake i sykepleierstilling og det var først da at hun ble introdusert til arbeidet innenfor demens, noe hun opplevde som spennende og interessant. Gjennom årene har det blitt mange kurs innenfor demens og etter hvert en master med fordypning innenfor demens og lindrende omsorg.

Hun formidlet med stort engasjement hvordan avdelingen arbeider for å sikre best mulig tjenester, med særlig vekt på forsterket demensomsorg.

En koordinerende sykepleier bidrar til å avlaste lederrollen, blant annet med ansvar for innleie av vikarer, faglig oppdatering, planlegging av daglig drift og en høyre hånd inn i avdelingen. Dette gir Skjevik større rom for å fokusere på faglig ledelse og veiledning av personalet – en oppgave hun selv beskrev som helt sentral.

– Min jobb er å veilede og guide personalet. Det handler om å gi trygghet og kompetanse, slik at de kan møte pasientene på en god måte i en krevende hverdag, fortalte hun.

Personsentrert omsorg i praksis

Et bærende prinsipp i avdelingens arbeid er **personsentrert omsorg**, basert på **VIPS praksismodell** utviklet av Aldring og helse. VIPS-modellen legger opp til ukentlige, strukturerte fagmøter





der hele personalgruppen deltar. Målet er å sikre at perspektivet og behovene til den enkelte beboer alltid står i sentrum.

VIPS er et akronym for fire grunnleggende prinsipper:

V: Alle mennesker har samme verdi – uavhengig av alder og kognitiv svikt

I: Individuell tilrettelegging

P: Forsøke å forstå den enkeltes perspektiv og opplevelse av sin situasjon

S: Skape et støttende sosialt miljø

Skjevik delte en historie som illustrerer dette i praksis: En beboer hadde utviklet sterk angst knyttet til dusjing. Personalet tok kontakt med pårørende for å forstå bakgrunnen for dette, og fikk vite at kvinnen som barn hadde holdt på å drukne i en brønn. Denne innsikten gjorde det mulig å tilrettelegge pleien bedre med å vaske håret i vasken, redusere uroen og møte beboeren med større forståelse.

– *Demens kan sammenlignes med en løk som må skrelles for å finne kjernen og denne kan ha mange lag. Vi må lete etter årsakene bak atferden, og ofte ligger svaret i livshistorien, sa Skjevik. Samarbeid med pårørende, gode livshistorieskemaer og observante ansatte er helt nødvendige for å kunne gi god personsentret omsorg.*

Demenstrappa – riktig hjelp til riktig tid

I Ullensaker har man tilrettelagt tjenester for demens med i demenstrappen slik at omsorgen dekker fasene i sykdomsforløpet. Innbyggerne får tilpasset omsorg og tiltak etter hvor langt sykdommen har kommet. Modellen sikrer at både pasienter og pårørende får riktig hjelp, og bidrar til å skape struktur i et ellers uforutsigbart sykdomsforløp. Kommunen har tilbud til pårørende i form av demenskoordinatorer, pårørendeskole og samtalegrupper.

Skjevik pekte også på utfordringer knyttet til at mange beboere først kommer til sykehjemmet på et svært sent stadium i sykdommen. – *Pasientene er ofte svært syke når de kommer til oss. Dette fører til større utfordringer i atferd som igjen krever en høy bemanningsfaktor ved avdelingen. Mange kunne hatt nytte av å få plass tidligere, og vi ser at pårørende er slitne etter å ha stått i en krevende omsorgsrolle over lang tid, sa hun.*

Kompetanse og bemanning

Gjestad B, Forsterket demens har en god bemanningssituasjon. Mens mange sykehjem sliter med rekruttering og høy turnover, har avdelingen på Gjestad stabil bemanning og høy kompetanse.

På dag- og ettermiddagsvakter er det syv ansatte på jobb hele uken, mens tre har ansvar på natt – for totalt ti pasienter. Dette gir nesten én ansatt per beboer, noe som er uvanlig høyt i norsk sammenheng. Skjevik presiserer at denne type avdeling er spesialisert på å ta imot beboere med atferdsutfordringer innenfor demens og delir som andre avdelinger ikke har kapasitet til. Mange ansatte har videreutdanning innenfor demens og andre relevante fagområder, og kombinasjonen av god bemanning og høy kompetanse gir et solid fagmiljø.

I tillegg er det mange som går på skole ved siden av jobb for å få enda mer kompetanse innenfor demens og mange ansatte har gjennom gått eller går nå på Demensomsorgens ABC.

– *Vi opplever at både kompetansenivået og arbeidsmiljøet gjør at folk ønsker å bli hos oss. Den gode bemanningen gir oss også tid til å følge opp pasientene på en skikkelig måte, fortalte Skjevik.*

Personalgruppen har et stort aldersspenn, fra 20 til 60 år, noe som gir rom for både erfaringsdeling og nye perspektiver. – *Man kan ikke kun*

Risikotavlen er et godt hjelpemiddel i hverdagen og brukes ved vaktskifter, slik at alle ansatte er oppdaterte til enhver tid.



lese seg til å bli god innenfor demens, dette er et felt som til stor del er erfaringsbasert. De eldre deler sin erfaring med de yngre og sammen finner de løsningene på det meste vi har av utfordringer. Vi er detektiver som leter etter de små tingene som gjør forskjellen tilpasset person og dagsform. Vi er skuespillere og omsorgspersoner som har et mål for øyet og det er å gi våre beboere en best mulig dag hver dag, sa Skjevik.

Mer enn medisiner

Demensomsorg handler ofte om å se utover det medisinske. På Gjestad er det en tydelig erkjennelse av at medisiner ikke alltid er løsningen. Mange situasjoner krever i stedet en miljøterapeutisk tilnærming, der trygghet, aktivitet og relasjoner er nøkkelen. Den varierte aldersgruppen hos de ansatte kommer også godt med her. I valideringsarbeid bruker vi våre forskjellige aldre og personligheter for å finne den som har best kjemi med de forskjellige beboerne. Hos oss må alle ansatte mestre alt fra small-talk til sang og dans. Diktlesning, håndarbeid, matlaging/baking og kreative hobbyaktiviteter. Avdelingen har turutstyr for all slags vær, slik at om vi har beboere som liker en tur ut i regn eller snø skal de få dette tilrettelagt.

– Vi må forstå at medisiner alene ikke løser utfordringene. For noen pasienter er medisinsk behandling nødvendig, for eksempel ved alvorlig delir eller hallusinasjoner, men for de fleste handler det om miljø og tilrettelegging, understreket Skjevik, men dette krever også nok personale for å kunne gjennomføre, presiserer hun.

Et helhetlig inntrykk

Besøket ved den forsterkede avdelingen på Gjestad ga et tydelig inntrykk av en institusjon med sterke faglige tradisjoner og et levende miljø. Avdelingen fremstår som et sted der kompetanse, struktur og personsentrert omsorg går hånd i hånd for å gi beboerne en verdig hverdag.

Med fokus på tett bemanning, faglig utvikling og samarbeid med pårørende og frivillige, har avdelingen klart å skape et tilbud som dekker både medisinske, sosiale og emosjonelle behov.

Ullensaker kommune står overfor store utfordringer i årene fremover når det gjelder pleie- og omsorgstjenester. Likevel viser den forsterkede demensavdelingen at det er mulig å skape tjenester av høy kvalitet gjennom god organisering, kompetente medarbeidere og et godt verdigrunnlag. ■

Varmt vannsbassenget er et flott tilbud for beboere på Gjestad. Vi har mulighet til å benytte oss av bassenget en økt i uken. Bassenget er i daglig bruk for mange av kommunens innbyggere.



Treningsrommet gir muligheter for fysisk aktivitet innendørs for de som ønsker det. I tillegg har vi felles trim for beboere på Gjestad med fysioterapeut jevnlig.





Grimstad demensskole – læring, mestring og livskvalitet

Hvordan kan personer med demens oppleve mestring, fellesskap og glede i hverdagen? I Grimstad kommune har svaret vært å opprette en egen skole – for mennesker som lever med demens i tidlig til moderat fase. Her handler skoledagen om mer enn kognitiv trening; den handler om å bevare livskvalitet og menneskeverd.

Av Wivi-Ann Tingvoll

En skole for livslang læring

Da vi besøkte skolen, var det mye latter og full aktivitet der. På skolen jobber vi tverrfaglig, det er helsefagarbeider, sykepleier, pedagog og fysioterapeut.

Elevene hadde et variert program for de kommende ukene, og et eget hefte med nyheter som ble brukt som utgangspunkt for samtale, oppgaver og hjernetrim. Aktivitetene spenner fra høytlesning, sudoku og kryssord til styrketrening, bruk av sanser, puslespill og enkle dataspill – alt med mål om å stimulere hjernen. Samtidig legges det stor vekt på sosialt samvær, som i seg selv virker gunstig for hjernens helse.

Pusteøvelser trenes daglig, og deltakerne oppfordres til å bruke disse teknikkene så ofte de ønsker. Et viktig prinsipp gjennomsyrrer alt: å bruke hjernen til noe nytt hver dag.

Gjennom samtaler og undervisning blir det også lagt vekt på bevissthet rundt det å få en demensdiagnose, og hvordan mennesker kan reagere forskjellig. Forskning viser at kunnskap, informasjon og bevisstgjøring om sykdommen i en tidlig fase er avgjørende for å kunne bevare selvstendighet og funksjoner så lenge som mulig.

– Vi ser hvor mye det betyr å få bruke dagen på noe meningsfylt, sier demenskoordinator Monica Reiersølmoen Vigre. – Her får deltakerne være elever, ikke pasienter. Jeg er sykepleier, har 13 års erfaring fra eldreomsorgen i hovedsak personer med demens ifra heldøgnsomsorgsboliger og sykehjem. Jeg jobbet på Grimstad demensskole i fire år. På Universitetet i Agder fullførte jeg en videreutdanning i demensomsorg våren 2024. Dette gav meg ny jobb i kommunen som demenskoordinator.

Som koordinator mottar jeg henvisninger for basal demensutredning fra fastleger i kommunen. Jeg leder hukommelsesteamet i kommunen som bistår i utredning i samarbeid med fastleger.

Jeg arbeider med å følge opp pasienter og pårørende i tiden de utredes for demenssykdom. Å få støtte og veiledning etter diagnosen, gi informasjon om retten på aktivitet, arrangerer pårørendekurs, veilede til å søke ledsagerbevis, TT-kort og gjør de kjent med lokale og nasjonale tilbud for pasienter og pårørende er viktig. Økt kunnskap gir trygghet og økt mestring, både for den som er syk og den pårørende. Ved demenssykdom er ofte utviklingen gradvis, min jobb er å fremsnakke at aktiv deltagelse i samfunnet er en nøkkelfaktor for trivsel og forebygge psykisk uhelse. Tilbud om å gå på Grimstad demensskole kan for noen føles for tidlig, men ved demenssykdom er nettopp den tidligere iverksettingen forutsetning for å klare å lage nye rutiner, koble på nettverk, bruke ledsagerbeviset aktivt, treffe andre i samme eller lignende situasjon, dele erfaringer og utveksle sorger og gleder med mennesker som står i det samme ser jeg betyr mye for elevene på Grimstad demensskole.

Grimstad demensskole fungerer både som brukerskole og aktivitetstilbud for personer med demens. Deltakerne får trene på kognitiv stimulering, ivareta dagliglivets funksjoner og møte andre i samme situasjon. Målet er å vedlikeholde funksjoner, styrke selvfølelsen og bidra til økt livskvalitet i hverdagen.



Sykepleier Monika Reisersølmoen Vigre forteller engasjert om demensskolen, mens vi i redaksjonen og de andre lærerne på demensskolen følger interessert med. Foto: Tor Engevik

Leder Tor Engevik og redaktør Wivi-Ann Tingvoll fra Geriatri og demenssykepleierne NSF sammen med fylkeseldreombud Hanne Nøding og en flott bukkett ansatte som driver demensskolen og andre aktiviteter i Grimstad kommune.



Sykepleier Monika Reisersølmoen Vigre forteller om gode aktiviteter i Grimstad kommune. Foto: Tor Engevik





Skoledagen – fellesskap, aktivitet og glede

Skolen er åpen to dager i uken, fra klokken 09.00 til 14.30, og har i år elleve elever i alderen 65–75 år. Noen går, andre sykler eller kjører selv, mens flere får skyss av pårørende.

Beliggenheten er ideell – midt i grønne omgivelser, med kort vei til hagebruksmuseum og lysløype. Lokalene er valgt med tanke på aktivitet og trivsel. Personalet består av en tverrfaglig gruppe med pedagog, helsefagarbeider, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier.

Skoledagen bygger på fire hovedområder: fysisk aktivitet, trening i dagliglivets gjøremål, kognitiv stimulering og sosialt fellesskap. Elevene deltar i styrketrening, tøyøvelser og gåturer i variert terreng. De øver på dagliglivets aktiviteter, som å dekke bord, lage enkel mat eller utføre praktiske oppgaver. Gjennom lek og oppgaver som quiz, puslespill og «Kims lek» trener de hukommelsen. Under den felles lunsjen legges det vekt på samtale, nærvær og bevissthet rundt ernæring.

– Det viktigste er følelsen av å bidra, ikke å prestere, sier Vigre. – Mange opplever en ny stolthet over det de mestrer, og det gir ringvirkninger hjemme.

Forskning

Grimstad demensskole åpnet i 2019, inspirert av den danske modellen i Aalborg. Allerede året etter ble tilbudet en del av et forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med Senter for omsorgsforskning Sør ved Universitetet i Agder, finansiert av Norske Kvinners Sanitetsforening gjennom Stiftelsen DAM.

Selv om antallet respondenter blant elevene var begrenset, viser analysen at deltakerne over tid ser ut til å opprettholde livskvalitet, kognitiv funksjon og grad av selvstendighet. Intervjuer med elever, pårørende og ansatte støtter funnene: Flere klarer seg hjemme lenger, og både elever og pårørende rapporterer positive effekter.

«Demensskolen har gitt oss et friminutt», fortalte en av de pårørende i et forskningsintervju. «Jeg ser at ektefellen min får energi av å gå hit, og det varer også utover dagen.»

Resultatene fra prosjektet brukes nå som grunnlag for å utvikle en implementeringsveileder, slik at flere kommuner kan etablere lignende tilbud.

<https://www.uia.no/om-uia/senter-og-nettverk/sof/forskning/implementeringsveileder---voksenskolen-final-copy.pdf>

Anerkjent innsats

Suksessen har ikke gått ubemerket. I 2025 mottok Grimstad demensskole publikumsprisen under SESAM-dagene i Stavanger, og samme år ble skolen tildelt utmerkelsen Månedens høydepunkt i Grimstad kommunestyre.

– Vi er stolte av det vi får til, sier Vigre. – Men mest av alt er vi stolte av elevene våre. De viser at læring og mestring er mulig, uansett diagnose.

En modell for fremtiden

Antallet personer med demens vil øke betydelig de kommende årene. Samtidig ønsker helsemyndighetene at flest mulig skal bo hjemme så lenge som mulig. Det krever forebyggende arbeid, tilrettelegging og nye måter å tenke på.

Grimstad demensskole er et godt eksempel på hvordan faglig kunnskap, tverrfaglig samarbeid og lokal forankring kan bidra til dette. Gjennom fysisk aktivitet, sosialt fellesskap og kognitiv trening opprettholder elevene både helse og livsglede – og kommunen får verdifull erfaring med helsefremmende tiltak som faktisk virker.

– Når personer med demens får være aktive, lærer vi også noe om hva som virkelig betyr noe, sier Vigre. – Det handler ikke om diagnosen, men om mennesket. ■



Boklansering:

«Det er ingenting som varer evig»

av Linda Rykkje

Den 18. juni deltok Geriatrisk sykepleie på lanseringen av professor Linda Rykkjes bok «Det er ingenting som varer evig». Boken belyser eldre menneskers livshistorier med vekt på åndelige helseressurser, verdighet og omsorg.

Liv Ødbehr fremhevet at åndelighet rommer både indre og ytre ressurser, særlig familie, relasjoner og fellesskap. Anne Kasén knyttet boken til Katie Erikssons karitative omsorgsteori, der kjærligheten står sentralt, mens Herdis Alvsvåg løftet frem de relasjonelle og etiske sidene ved omsorg. Tove Giske beskrev boken som lettlest, egnet til å fremme forståelse mellom generasjoner og anbefalte den for både elever og studenter i helsefag.

Linda Rykkje fortalte at boken bygger på 60 livshistorier fra eldre mennesker, innsamlet av studenter ved VID vitenskapelige høyskole. Fortellingene gir innblikk i barndom, arbeid, familie, tap og mestring – og viser hvordan verdier og livsvilkår former menneskers liv. Helsefremmende faktorer som takknemlighet, relasjoner, arbeidsglede og positiv livsholdning går igjen i beretningene.

Rykkje ønsker at boken skal bidra til økt forståelse for eldres livserfaringer og inspirere helsepersonell til å gi omsorg som rommer både kropp, sinn og ånd. ■



Boken kan bestilles fra linda.rykkje@vid.no (pris ca. 300 kr inkl. frakt). Inntekten går til utvikling av kulturtilpassede lærebøker i sykepleie ved University of Sierra Leone.



Faggruppemøte for lokalgruppeledere

Sykepleiernes Hus i Oslo 16. oktober

Lokalgruppelederne i geriatrisk sykepleie var samlet til et faglig og inspirerende møte i Sykepleiernes Hus i Oslo. Temaene som ble belyst denne dagen var palliasjon, søvn og demens.

Av Tor Engevik

Møtet ble åpnet med en varm velkomst ved Gro Lillebø, 2. nestleder i NSF. Deretter fulgte presentasjon av styret, lokalgruppeledere og kontaktpersoner.

Hilsen fra sentralt fagforum

Ine Myren, ny leder for Sentralt fagforum i NSF, hilste forsamlingen og presenterte arbeidet i forumet. Hun fortalte at det sentrale fagforumet i dag består av 34 faggrupper.

– Jeg er takknemlig for tilliten til å lede fagekspertene innen sykepleie de neste fire årene. Sammen skal vi styrke den faglige argumentasjonen i NSF's politikk, skape gode møteplasser og videreutvikle faget vi er så stolte av, sa Myren.

Hun understreket viktigheten av å styrke faggruppens engasjement og frivillighet, og at deres stemme skal høres tydelig i NSF's politikk og satsninger. Myren fremhevet at faggruppene er nøkkelen til å skape gode synergier og bidra til politikk som treffer medlemmenes behov.

Forskning i hjemmesykepleien

Marit Dølgaard Myren, spesialsykepleier, holdt et faglig foredrag med tittelen «Forskning i hjemmesykepleien: skrapelige hjemmeboende eldre».

Prosjektet er en del av arbeidspakke 3 i PRACTIC-studien (*Preventing and Approaching Crises for frail community-dwelling patients Through Innovative Care*).

Leder av Sentralt fagforum Ine Myren, nummer fem i første rekke, omgitt av lokalgruppeledere og styremedlemmer i Geriatri og demenssykepleierne NSF.
Foto: Berit Digre Nord





Studien undersøker gjennomførbarheten av en tilpasset versjon av **TID-modellen** (*Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens*) i hjemmetjenesten.

Formålet er å identifisere faktorer som påvirker implementeringen, samt forstå hvordan modellen kan bidra til å forebygge og håndtere kriser hos sårbare hjemmeboende personer. Studien har et **eksplorativt design** og kombinerer både kvalitative og kvantitative metoder.

Behandlingsbegrensning i livets slutfase

Linda Sunne, spesialsykepleier, belyste temaet *behandlingsbegrensning*.

Hun forklarte at behandlingsbegrensning innebærer beslutninger om å unnlate eller avslutte behandling som kun vil forlenge en pågående dødsprosess.

Pasienter har etter **pasient- og brukerrettighetsloven** rett til å nekte livsforlengende behandling når denne ikke fører til helbredelse eller bedring.

Sunne understreket at det ofte kan være mer krevende for leger å avslutte behandling enn å starte den, og at dette krever både **mot og tid til refleksjon** for å gjøre riktige valg i livets slutfase.

Styrets arbeid

Avslutningsvis presenterte **Tor Engevik**, leder av styret i Geriatrisk sykepleie, styrets pågående arbeid og prioriteringer fremover.

Møtet ga rom for faglig oppdatering, refleksjon og gode diskusjoner, og bidro til å styrke samarbeidet mellom faggrupped medlemmene. ■

Styret i Geriatri og demenssykepleierne NSF. Bak fra venstre: Hilde Fryberg Eilertsen, Marit Dølggaard Myren, Wivi-Ann Tingvoll og Siren Andreassen. Foran fra venstre: Liv-Berit Jordal, Frank Eide, Tor Engevik og Linda Sunne.





Fagkveld i Telemark

Fylkeskontoret 19. november

Den 19. november stilte det 13 faglig engasjerte sykepleiere på fagkveld med Geriatri og demenssykepleierne på fylkeskontoret i Telemark.

Av Tor Engevik

Først holdt faggrupeleder Tor Engevik foredrag om «aktive eldre - med trening, musikk og reminisens som medisin» sammen med norgesmester i styrkeløft 79 år gamle Unni Olsen. Deretter holdt Lisbeth Østby et svært interessant og gripende foredrag om hvordan man bruker Clinical frailty scale, (CFS), som et av flere verktøy som gir informasjon om de eldres skrøpelighet og helsetilstand utover kronologisk

alder. Alle de fremmøtte sykepleierne deltok i diskusjon etter foredragene, og tre av deltakerne har nå dannet et interimsstyre som vil starte en lokalgruppe i Telemark ut på nyåret. Om flere skulle være interessert i å bli med i styret så kan de kontakte fylkesleder i Telemark, Janne Olimstad Guldbrandsen, eller faggrupeleder Tor Engevik så vil vi videreformidle kontakt med det nye interimstyret. Vi satser på mange gode fagseminarer i Telemark i tiden fremover. ■

Lisbeth Østby holdt et svært spennende foredrag om Clinical frailty scale til en engasjert og lydhør forsamling sykepleiere i Telemark.

Foto: Tor Engevik



Fra venstre: Leder av Geriatri og demenssykepleierne NSF Tor Engevik sammen med interimsstyre bestående av Lisbeth Østby, Michel Acevedo og Kristen Vrålstad Fahre. Foto: Unni Olsen



Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

Styret i Geriatri og demenssykepleierne NSF (faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens) har bestemt at bachelorstudenter får tilbud om gratis medlemskap under hele studiene og ut det året de er ferdige med studiet. Som eneste faggruppe har vi et tidsskrift som er vitenskapelig indeksert nivå 1-blad. Det er to utgivelser i året. Vi deler også ut utdanningsstipender og pris til årets sykepleier. Håper alle kan spre det glade budskap til studentmedlemmene! Hvordan bli medlem? Send SMS med kodeord GERIATRI til 02409.

Med vennlig hilsen
Tor Engvik, tor.engevik@hotmail.no
Medlemskontakt i NSF FGD



Foto: iStockphoto



Geriatric and dementia nursing NSF

Bli medlem

Bli med å bygge opp den kompetansen du selv ønsker å møte når du blir eldre. Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i dag!

Ved innmelding i dag får du gratis medlemskap ut året.

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

- Meld deg enkelt inn ved å sende sms med ordet: **GERIATRI** til **02409**
- Eller send en e-post med dine opplysninger til tor.engevik@hotmail.no

Kontingent: kr 400,- for 2026

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent. Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin. De vil da få fagtidsskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig, tilbud om fagseminarer og konferanser, mulighet til å søke på utdanningsstipend og en rekke andre medlemsfordeler.

