



Vernepleierens rolle i eldreomsorgen

Hvordan kan vernepleierens kompetanse bidra i det tverrfaglige arbeidet på somatisk avdeling på sykehjem?

Kandidatnummer: 22,24 og 30

VID vitenskapelige høgskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i Vernepleie

Kull: Vp 16 Deltid

Antall ord: 13003

20. mai 2020 Kl. 12.00

Livsglede

*Når hukommelsen leker gjemsel
og minnene går i glemsel
en klamrer seg til det nære
det trygge og det kjære
hva mestret jeg før?
hva mestrer jeg nå?
hjelp meg å finne veien å gå*

*Se gamle filmer, lese en bok
kryssord og quiz setter hjernen i kok
få høre musikk, en ønskekonsert
kanskje en vits eller story med snert?
vi er jo så ulike du og jeg
hva passer for meg passer ikke for deg
hva liker han eller hun eller de?
kom, personale, hjelp oss på gli!*

*La meg få pusle med mitt!
selv om min kropp er slitt
om hodet ei alltid er med
så setter jeg pris på det
å skape no`helt av meg selv
gir mestring og glede, lell!*

Stian Bakke, 2019

Forord

Vi fant tidlig ut at vi hadde stor interesse for temaet i oppgaven, derfor bestemte vi oss for å skrive sammen. Vi ser på dette som en gylden mulighet til å fremme vernepleierens helse- og sosialfaglige kompetanse og vårt ønske er at vernepleieren skal bli mer anerkjent i eldreomsorgen.

Vi vil takke vår veileder for råd gjennom oppgaveprosessen. En stor takk til informantene våre, det var dere som gjorde det mulig for oss å gjennomføre denne studien. I tillegg vil vi takke våre familier for stor tålmodighet og hverandre for støtte og oppmuntring gjennom studiet.

Sammendrag

I vår oppgave ønsker vi å belyse: *Hvordan kan vernepleierens kompetanse bidra i det tverrfaglige samarbeidet på somatisk avdeling på sykehjem?*

Ved bruk av kvalitativ metode har vi samlet informasjon ved hjelp av dybdeintervju. Informantene var to vernepleiere og to sykepleiere, hvor alle jobbet på somatisk avdeling på sykehjem. Informantene var enige om at det i dagens eldreomsorg er for lite fokus på miljøarbeid, og at vernepleierens kompetanse bør være en del av det tverrfaglige samarbeidet. I drøftingsdelen forsøker vi å underbygge resultatene fra intervjuene med relevant teori om tverrfaglig samarbeid, miljøarbeid, ensomhet og depresjon. Konklusjonen viser at det er lite fokus på miljøarbeid på somatisk avdeling på sykehjem og at et godt tverrfaglig team gir det beste tjenestetilbudet til pasienten.

Nøkkelord: tverrfaglig samarbeid, vernepleierkompetanse, miljøarbeid, somatisk avdeling på sykehjem

Abstract

In our thesis we wish to enlighten: *How can the social educator's competencies help in the interdisciplinary collaboration in a somatic department at a nursing home?*

By use of quantitative method we have gathered information by doing depth interviews. The informants were two social educators, and two nurses, which all worked at the somatic department at the nursing home. The informants agreed that it in today's elder care there are too little focus on environmental work, and that the competence of the social educators should be a part of the interdisciplinary collaboration. In the discussion we try to substantiate the results from the interviews with relevant theory about interdisciplinary collaboration, environmental work, loneliness, and depression. The conclusion shows that there is little focus on environmental work at nursing homes, and that a good interdisciplinary team gives the best service offer for the patient.

Keywords: Interdisciplinary collaboration, social educator competence, environmental work, somatic department in nursing homes

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	8
1.2 Førforståelse og eget faglig ståsted	9
1.3 Presentasjon av problemstilling	9
1.4 Begrepsavklaringer	10
1.5 Oppgavens disposisjon	11
2. Litteratur.....	12
2.1 Vernepleierens kompetanse	12
2.2 Sykehjem i dag	13
2.3 Kommunikasjon.....	14
2.4 Livskvalitet	15
2.5 Etikk.....	15
2.6 Tverrfaglig samarbeid.....	16
2.7 Ensomhet og depresjon.....	17
2.8 Miljøarbeid og brukervedvirkning	18
3. Metode.....	19
3.1 Valg av metode	19
3.2 Utvalgelse av deltakere til oppgaven	20
3.3 Forberedelse til intervju	21
3.4 Gjennomføring av intervjuene	21
3.5 Fremgangsmåte i analyse av data	22
3.6 Etikk.....	23
3.7 Metodekritikk	23
3.8 Kriterier for valg av litteratur	24
3.9 Søkeprosessen.....	24
3.10 Hvorfor valg av databaser	26
4. Resultat.....	27
4.1 Forståelsen av begrepet miljøarbeid	27
4.1.1 Ensomhet på sykehjem.....	28
4.1.2 Samme tilnærming til alle	29
4.2 Å jobbe på tvers av profesjoner	30
4.2.1 Miste identiteten som vernepleier	30

4.2.2.	Flest fordeler med tverrfaglig samarbeid	31
4.3.	Vernepleierens kompetanse	32
4.3.1.	Vernepleierens valg av arbeidsplass	32
4.3.2.	Behovet har endret seg	33
5.	Drøfting og analyse	34
5.1.	Forståelsen av begrepet miljøarbeid	34
5.1.1.	Ensomhet på sykehjem	36
5.1.2.	Samme tilnærming til alle	37
5.2.	Å jobbe på tvers av profesjoner	37
5.2.1.	Miste identiteten som vernepleier	37
5.2.2.	Flest fordeler med tverrfaglig samarbeid	38
5.3.	Vernepleierens kompetanse	39
5.3.1.	Vernepleierens valg av arbeidsplass	40
6.	Konklusjon	42
7.	Litteraturliste	45
8.	Vedlegg	51
8.1.	Vedlegg 1	51
8.2.	Vedlegg 2	52

1. Innledning

«Å arbeide i et yrke der møte mellom mennesker står sentralt, betyr å tilbringe sin hverdag med å ta del i andre menneskers liv (Skau, 2017:30)».

Kvalitetsreformen *Leve hele livet* ble lagt frem av regjeringen i 2018. Det som ofte svikter i tilbudet til eldre er sammenheng i tjenestene, helsehjelp, aktivitet, felleskap og mat. Målet med reformen *Leve hele livet* er at eldre skal kunne mestre livet lengre, de skal føle trygghet for at de får den hjelpen de trenger ved behov. De ansatte skal bruke sin kompetanse i tjenestene, og pårørende skal kunne bidra uten at de blir utslitt. Hovedfokuset med reformen er å skape et mer aldersvennlig Norge. I Norge lever de fleste eldre gode liv, og har mulighet til å forme sin egen hverdag. De bidrar med sine ressurser i jobb, familie og venner, dette gir en følelse av at de blir verdsatt. Det offentlige må ha et godt omsorgstilbud, når helsa etter hvert begynner å svikte. Det må legges til rette for at de skal kunne fortsette med den gode hverdagen. Det er ikke alle kommuner som tar i bruk de gode løsningene, derfor variere tjenesten mye og tilbudet er ikke godt nok. *Leve hele livet* handler om mennesker, i motsetning til tidligere reformen som ofte har handlet om systemer. Reformen bygger på hva forskere, ledere, ansatte, pårørende, eldre og frivillige har sett fungerer i praksis. Formålet med reformen er at eldre skal ha mulighet til å mestre eget liv, der de bor, hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det antas at den eldre befolkningen vil øke med 25% de neste 30 årene. Det vil si at over 1 million mennesker i Norge vil være over 67 år (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2016: 29).

Helsepersonelloven tilsier at man som vernepleier er autorisert helsepersonell. Man har blant annet kompetanse i å arbeide med samspill, relasjonsbygging, kommunikasjon, legemiddelhåndtering, psykisk helse og miljøarbeid. Som vernepleier ser vi hele menneske, ikke bare sykdommen/diagnosen (Helsepersonelloven, 2020 § 48). Ifølge FOs yrkesetisk grunnlagsdokument for vernepleiere skal vi i vår yrkesutøvelse bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre verdige levekår og livskvalitet. Pasientens ressurser, kunnskap og verdier skal være i fokus. Den sårbare situasjonen pasienten er i gjør at de ofte trenger bistand av helsepersonell. Respekt for den enkeltes integritet er en av verdiene i vernepleierens yrkesrolle. I helse- og sosialfaglig arbeid er det grunnleggende å respektere individets verdier og ønske om kontroll over eget liv. Vi skal ta hensyn til individuelle preferanser og fellesmenneskelige behov. Som vernepleier skal man også være kritisk til å behandle likt

og standardiserte tiltak i møte med ulike behov og situasjoner. I utførelsen av helse- og sosialt faglig arbeid er samarbeid en forutsetning. For å oppnå felles mål må yrkesutøverne ha kjennskap til og respektere andres kompetanse, roller og arbeidssituasjon. Man må ha evne til å inngå dialoger både med pasienter og samarbeidspartnere. Vernepleieren skal synliggjøre for pasienten hva som er deres behov og kompetanser, det er pasienten som best kjenner sitt eget liv og livshistorie. Ressursene skal mobiliseres slik at de i størst mulig grad får medvirke i sitt eget liv (FO, 2015).

Målet med denne oppgaven er å belyse vernepleierens rolle i eldreomsorgen innenfor somatisk avdeling på sykehjem. Vi har valgt somatisk avdeling da det er få vernepleiere som jobber her, i forhold til på demensavdelinger. Det er også mer forskning på miljøarbeid innenfor demens. Med bakgrunn i dette ønsker vi å utfordre oss selv, og utforske et tema som har vært lite i fokus. Vi ønsker også å se på viktigheten av et godt samarbeid mellom ulike profesjoner for å gi sammenheng i tjenestene og god livskvalitet til eldre. Vi mener at alle profesjoner er viktige i det tverrfaglige samarbeidet, men fokuset i vår oppgave er på sykepleier/ vernepleier da disse to profesjonene ofte blir sammenlignet. For å belyse temaet i oppgaven intervjuet vi vernepleiere og sykepleiere som jobber på somatisk avdeling på sykehjem.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Tema: Behovet for vernepleierfaglig arbeid ved somatisk avdeling på sykehjem.

Vi ønsker å belyse dette temaet, da vi mener det er for lite vernepleiere i eldreomsorgen, og vi ser at behovet er stort. Vi har inntrykk av at det på somatiske avdeling på sykehjem i dag er for stort fokus på sykdom, og for lite på miljøarbeid der man ser hele mennesket. Vi mener det er lite kunnskap om vernepleierens arbeids- og kompetanse rolle i eldreomsorgen. Vi vil også fokusere på viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid, som vi tror vil gi pasientene et bedre tilbud.

1.2 Førforståelse og eget faglig ståsted

Thurén (2013:66) skriver at førforståelse kommer av erfaringer og kunnskap. Hvordan man tolker og forstår situasjoner avhenger av førforståelsen vår. Dette vil variere da vi er tre studenter som skriver oppgaven sammen. I studietiden har vi hatt praksis og jobbet som vikarer innenfor eldreomsorgen. Grunnen til at vi velger å skrive om dette temaet, er erfaringene vi har gjort oss gjennom disse årene.

Personlig mener vi at det er for lite vernepleiere på somatisk avdeling på sykehjem. Dagens somatikk er for sykdomsbasert, med for lite fokus på hele mennesket. Dette kan medføre redusert livskvalitet og autonomi for den eldre pasienten. Sykepleierne har som hovedoppgave å behandle sykdom. Vernepleierens hovedoppgave er å tilrettelegge miljøet rundt pasienten og ha fokus på egen mestring. I tillegg har vernepleieren medisinsk kompetanse på lik linje som sykepleieren. For å utgjøre et godt tverrfaglig samarbeid vil vernepleieren komme med nyttig kompetanse og forståelser. Vernepleierens utdanning baseres mye på psykisk utviklingshemming, demens, psykisk helse og rus. På somatisk avdeling er det pasientgrupper innenfor alle disse felt og vi ser at det er større behov for miljøarbeid enn det som utføres i dag. Derfor mener vi at vernepleieren har mye faglig å bidra med. Denne kompetansen er en ressurs som ikke er oppdaget, og er for lite i bruk på somatisk avdeling på sykehjem.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt å formulere problemstillingen vår på følgende måte:

Hvordan kan vernepleierens kompetanse bidra i det tverrfaglige samarbeidet på somatisk avdeling på sykehjem?

1.4 Begrepsavklaringer

Eldreomsorg: er det som omfattes eldre pasienter i helse- og sosialtjenestene. Det innebærer hjelpetiltak for hjemmeboende, tilrettelagte boliger og i institusjoner (Hatland, 2014).

Sykehjem: er en helseinstitusjon der pasienter får behandling og pleie som ikke er forsvarlig å gjennomføre i pasientens eget hjem. Sykehjem er ofte delt inn i somatisk og demensavdeling. Somatikk omhandler behandling av fysiske sykdommer (Malt, 2019).

Miljøarbeid: En systematisk tilretteleggelse av psykiske, fysiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte. Siktemålet er økt hverdagsmestring hos pasienten (Owren og Linde, 2013:19).

Kompetanse: Evnen til å løse oppgaver å mestre utfordringer i konkrete situasjoner, dette inkluderer en persons kunnskap, ferdigheter holdninger og hvordan disse brukes i samspill med andre (NHO, 2017).

Vernepleiefaglig kompetanse: kompetanse basert på helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi. Legemiddelkompetanse på lik linje med sykepleier (FO, 2017).

Aktiv omsorg: Aktiv omsorg beskrives av verdens helseorganisasjon (WHO) som en prosess som bidrar til optimal helse, deltakelse og sikkerhet, formålet er å opprettholde livskvalitet i eldre år. En jobber for økt mestring, uansett funksjonsnivå. For å få en positiv helseeffekt både fysisk og mentalt underbygger aktiv omsorg troen på at meningsfulle hverdagsaktiviteter gir effekt (Jakobsen og Granbo, 2019:153).

Tverrfaglig samarbeid: Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber sammen. Det dreier seg om samarbeid mellom flere profesjoner som har et felles prosjekt eller oppgave. Det innebærer integrasjon av faggruppers kunnskap og ferdigheter. Sammen skaper deltakerne ny viten som de ikke oppnår hver for seg (Willumsen og Ødegård, 2016:39).

ADL: På engelsk betyr ADL Activities of Daily Living, som på norsk omtales som mestring av dagliglivets aktiviteter, blant annet praktiske aktiviteter som egen økonomi, bruk av transportmidler, husholdning, mobilitet og egenomsorg (Tuntland, 2016:17).

Autonomi: Ordet autonomi gjengis ofte som selvbestemmelse, eller medbestemmelse i medisinsk sammenheng. Det vil si selvregulering eller selvstyring (Kirkevold, m.fl., 2016:217).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i 6 hovedkapitler; innledning, litteratur, metode, resultat, drøfting og konklusjon.

Kapittel 1: Innledning. Her presenteres valg av tema, vår forforståelse, problemstilling og begrepsavklaringer.

Kapittel 2: Litteratur. Her beskrives litteraturen som ligger til grunn for oppgaven.

Kapittel 3: Metode. Her beskrives metodene som er brukt og hvorfor vi har valgt å bruke dem. Søkeprosessen inngår også i dette kapittelet.

Kapittel 4: Resultat. Her presenteres funn.

Kapittel 5: Drøfting. Her drøftes oppgavens problemstilling opp mot forskning, funn og faglitteratur.

Kapittel 6: Konklusjon, og avslutning på oppgaven.

2. Litteratur

I dette kapittelet redegjør vi for litteratur som er aktuell for vår problemstilling og som vil være relevant for å drøfte funnene som kom frem i intervjuene. Litteratur i forhold til vernepleiefaglig arbeid på somatisk avdeling er ikke spesielt bred, men vi har gjort vårt beste for å finne en oversikt over det som finnes.

2.1. Vernepleierens kompetanse

Helse- og omsorgstjenestene trenger flere ansatte med høy faglig kompetanse.

Vernepleieren har både helse- og sosialfaglig kompetanse og er autorisert helsepersonell. Vi må derfor fremme den «mer kunnskapen» arbeidsgivere får ved å ansette flere vernepleiere i eldreomsorgen. Vernepleierutdanningen har sin forankring i en helhetlig integrert kompetanse basert på helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi. Dette gjør vernepleieryrket unikt. Dagens komplekse utfordringer krever et tverrfaglig sammensatt tilbud. Her er vernepleierens miljøterapeutiske kompetanse svært viktig, slik som å tilrettelegge omgivelsene på en identitetsbevarende, stimulerende og betryggende måte. Målet med miljøterapeutiske tiltak er å bidra til økt mestring, selvstendighet, livskvalitet og å skape gode øyeblikk for personer med forskjellig bistandsbehov. Vernepleiere har ingen begrensninger i sin autorisasjon eller legemiddelhåndterings kompetanse sammenlignet med sykepleie. De kan i utgangspunktet utføre alle medisinskfaglige prosedyrer, eller delegeres fra behandlende lege eller virksomhetsleder, jf. legemiddelhåndteringsforskriftene. MEN dette er tett knyttet sammen med opplæring. Helsepersonell har plikt til å utføre sitt arbeid ut fra de kvalifikasjoner, opplæring og den treningen en har og hvor oppdatert dette er (FO, 2017).

Ofte er det misforståelser som gjør at mange tror det er begrensninger i hva en vernepleier kan gjøre sammenlignet med en sykepleier, når det gjelder ansvar for tjenester og gjennomføring av prosedyrer. FO (2017) skriver at;

- Enhver vernepleier og sykepleier kan utføre samme oppgaver knyttet til håndtering/administrering av medikamenter, prosedyrer og behandling. Kort sagt kan vernepleiere utføre sykepleiefaglige prosedyrer.
- Det samme gjelder for stillinger der det er krav på sykepleiefaglig kompetanse, enten det er ansvarsvakt, bakvakter eller lederstillinger.

- Det er forskjell på verne- og sykepleierutdanningene: Det bringer ulike perspektiver på kompetanse i tjenestene, og det er viktig for å sikre forsvarlige tjenester og tverrfaglighet.

Mange vernepleiere kan føle seg usikre i arbeidet i eldreomsorgen og etterlyse mer opplæring. Vernepleieren blir i sin terapeutiske praksis trent til å alltid finne gode, faglige og forsvarlige løsninger i samarbeid med pasient uten at dette er en ferdig prosedyre. Det at arbeidsgivere ofte kjenner sykepleierens kompetanse bedre enn vernepleierens kan være en av grunnene til at sykepleiere ofte foretrekkes i utlysninger.

Videre skriver FO (2017) at ved ansettelser er det arbeidsgiver som har styringsrett, men legemiddelkompetanse og andre formelle krav kan ikke hindre arbeidsgiver å ansette vernepleiere. De har også ansvar for å hindre profesjonsfaglige konflikter. For å sikre forsvarlig tjeneste er det helt nødvendig med tverrfaglig kompetanse.

Vernepleiere jobber med personer med kognitiv svikt. De er opplært til å utføre miljøarbeid, rehabilitering/ habilitering for mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonshemninger. Vernepleierens helsehjelp og kliniske kompetanse er en god grunn til å ansette vernepleiere på sykehjem (Folkman, Tveit og Sverdrup, 2019:97-105).

2.2. Sykehjem i dag

Helse- og omsorgstjenestelovens (2020) formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og eller nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, bedre levekår og sikre at alle får likestilte tjenester. Det skal sikre at ressurser utnyttes best mulig og at tilbudet skal tilrettelegges i respekt for hver enkelt pasient.

Av alle som mottar pleie og omsorgstjeneste, bor Ca. 40 000 på sykehjem og gjennomsnittsalderen er 84 år. I sykehjem er det slik at flere av de med somatisk sykdom har hukommelsessvikt eller moderate demenssymptomer, selv om det ikke er hovedårsaken til hjelpebehovet. De hyppigste somatiske lidelsene blant personer på sykehjem er hjerneslag og hjerte- og lungesykdommer. På somatisk avdeling bor det mange forskjellige mennesker. Noen har demens, noen har hatt slag og har lammelse, ulike kognitive utfordringer, rusavhengige, mange med psykiske lidelser og personer med utviklingshemming. Det er desto viktigere med god kunnskap om dette da en møter på nye utfordringer hver dag, fordi pasientene er svært skrøpelige, både mentalt og fysisk, kan somatisk avdeling være en krevende avdeling å arbeide på (Kirkevold m.fl., 2016:30-31).

En av myndighetenes strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer er aktiv omsorg. Aktiv omsorg beskrives av verdens helseorganisasjon som en prosess som bidrar til optimal helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er å opprettholde livskvalitet i eldre år. En jobber for økt mestring, uansett funksjonsnivå. For å få en positiv helseeffekt både fysisk og mentalt underbygger aktiv omsorg troen på at meningsfulle hverdagsaktiviteter gir effekt (Jakobsen og Granbo, 2019:153).

2.3. Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon betyr å *gjøre felles*. Når vi kommuniserer utveksler, skaper og avdekker vi mening. Vi bringer noe av egenverdien inn i fellesskapet slik at det blir tilgjengelig for andre. Menneskelig kommunikasjon skjer når kroppsspråk, uttrykk og språk blir satt sammen og får en mening. Kommunikasjon foregår på to måter; verbal kommunikasjon som betyr kommunikasjon med ord, og nonverbal kommunikasjon som betyr å kommunisere ved hjelp av kroppsspråk. Som nevnt jobber vernepleieren med forskjellige yrkesgrupper som for eksempel eldre, personer med rusproblemer og personer med utviklingshemming. For noen kan det være utfordrende med kroppsspråk og for andre kan det være vanskelig å ordlegge seg med rette ord, rett tonefall og mimikk, og dette kan gjøre kommunikasjonen vanskelig. Kunnskaper om god kommunikasjon, samt det og ha god kjennskap til pasienten en jobber med, er en forutsetning for å gjøre et godt arbeid i eldreomsorgen (Røkenes og Hanssen, 2013:215). Vernepleierens arbeidsområde innebærer mennesker med ulike kommunikative og sosiale vansker. Ut fra personenes behov og ønsker må vernepleieren tilpasse sin væremåte og kommunikasjon. Kunnskap, ferdigheter og sensitivitet er viktige forutsetninger for å oppnå dette. For at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta på forskjellige arenaer må vernepleieren bistå og tilrettelegge for god kommunikasjon (FO, 2017).

2.4. Livskvalitet

Hva er det “gode liv”? Synet på “det gode liv” har forandret seg gjennom tidene. Nå ser en det på en subjektiv måte som synet på hvordan vi har det, i forhold til tidligere da det ytre objektive ble vektlagt. Det vil si jo mer materielle goder en hadde, jo bedre hadde en det (Bondevik, 2001:135-136).

Livskvalitet vil si hvordan en selv vurderer og opplever eget liv. Det å mestre, sette seg mål, ha meninger, utfordringer og innhold i tilværelsen henger sammen med god livskvalitet (Owren og Linde 2013:40).

I artikkelen til Jakobsen og Granbo (2019:156) kommer det frem at man utvikler bedre mental helse ved å få bekreftet at man har en verdi som menneske, og det bedrer også livskvaliteten når man tilrettelegger for god samhandling mellom pasientene på sykehjemmet.

Utdannelsene til helsepersonell bør ha stort fokus og ulike strategier for å forbedre beboernes livskvalitet. En bør legge vekt på viktigheten av meningsfulle relasjoner, meningsfylt liv og bevaring av autonomi (Paque m.fl., 2019:5-6).

2.5. Etikk

Til daglig brukes ordet etikk ofte som *moral*. Det handler ikke bare om hva som er mulig eller best å gjøre, men også hva som er *rett* og *riktig* og gjøre. Etikken dreier seg om de reglene vi bruker i de moralske vurderingene (Christoffersen, 2015:14).

Vernepleieren har kompetanse i etisk refleksjon over utfordringer og dilemmaer som oppstår i hverdagen. Relasjonen mellom tjenesteyter og pasient er ofte preget av en skjevhet.

Tjenesteyter har faglig kunnskap og myndighet som gir makt, og kan sette pasienten i et avhengighetsforhold til hjelperen. Dette maktaspektet reiser etiske spørsmål og krever sterk grad av sensitivitet, bevissthet og refleksjon for ikke å krenke pasienten. Det er tjenesteyterens ansvar å skape et forhold til pasienten uten makt (FO, 2017).

2.6. Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber sammen om et felles prosjekt eller oppgave. Det innebærer integrasjon av faggruppers kunnskap og ferdigheter. Sammen skaper deltakerne ny viten som de ikke oppnår hver for seg. Det er sentralt å være tydelig på egen kompetanse, og ha kjennskap til og forståelse for andre profesjoners kompetanse. En vesentlig ting er å ha respekt for hverandres bidrag (Willumsen og Ødegård, 2016:39).

Helsepersonellovens (2020) formål er å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt sikkerhet for pasienter, tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

I artikkelen til Folkman m.fl. (2019:97-106) kommer det frem at lederen må støtte målene for tjenestene, legge til rette for endringer og støtte arbeidsfellesskapet som består av forskjellige profesjoner. Videre må vernepleierens rolle og kompetanse avklares på arbeidsplasser som tidligere har vært dominert av sykepleiere. Det er flere faktorer som kompliserer tverrfaglig samarbeid, uklare roller kan ha stor påvirkning og ledere kan mangle forståelse for den spesifikke fagpersonenes roller og ansvar. Andre utfordringer kan være underliggende profesjonelle kulturer, makt og territoriell oppførsel mellom profesjonene. Disse faktorene kan føre til rolle dominans og begrenset kommunikasjon som kompliserer samarbeidet mellom yrkene. Flere av lederne i artikkelen gav uttrykk for at tverrfaglig rekruttering kan bidra til bedre tjenester, ved at ulike faggrupper samarbeider blir det utviklet et mer helhetlig tilbud. Lederne beskriver at det å jobbe med et fleksibelt tjenestetilbud er mye viktigere enn å fremme forskjeller mellom faggruppene.

Jakobsen og Granbo (2019:154) skriver i sin artikkel at fagsammensetningen på sykehjem, hvor sykepleieren er dominerende, kan være hemmende for andre faggruppers kompetanse og bidrag. Erfaringer fra studien viser at større faglig bredde er en viktig faktor for å oppnå mer aktiv omsorg på sykehjem.

Gjennom pasientens helhetlige behandlingsplan skal tverrfaglig samarbeid komme til uttrykk. Vernepleierens bidrag i miljøarbeidet ses på som et viktig fokus for at pasientene skal oppleve mestring og livskvalitet (Folkman, Sverdrup og Tveit, 2017:62).

Det er kanskje det at vernepleieren har både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse som gjør den attraktiv på så mange felt. Den skal ikke erstatte en annen profesjon, men heller supplere andre profesjoner i tverrfaglige tjenester. Det er slik man bygger gode og helhetlige tjenester (Isaksen, 2020).

2.7. Ensomhet og depresjon

Emosjonell nærhet til andre er forbundet med mindre ensomhetsfølelse hos eldre personer uten demens som bor på sykehjem. Det er helsepersonellens oppgave å oppfordre pasienter til å opprettholde sosiale relasjoner, legge til rette for å holde kontakt med familie og venner og se kvaliteten ved alderdommen. (Kirkevold m.fl. 2016:164) I artikkelen til Paque m.fl. (2018:4) kommer det frem at den eldre pasienten kan føle ensomhet på grunn av sorg og mangelen på familie og venner. En av pasientene i artikkelen forteller at det ikke er antall besøk som er viktigst, men kvaliteten på besøket. Følelsen av å være verdt noe kan ofte forsvinne når man kommer på sykehjem på grunn av en kunstig nærhet til personalet. Man kan ofte savne nærheten man eventuelt har hatt til ektefelle og familie. Ensomhet kan føre til fysisk tilbakegang og tap av funksjonell autonomi. Det å være avhengig av andres hjelp i hverdagen, fordi man ikke klarer det selv lenger, kan føre til opplevelsen av et meningsløst liv og at man ikke føler seg hjemme på sykehjemmet. Ensomhet er mer enn å være alene blant andre. Det er viktig at helsepersonell er klar over dette, og legger til rette for et godt liv på sykehjem. Ensomhet og sosial tilbaketrekking øker også faren for depresjon (Kirkevold m.fl. 2016:64).

Depresjon er en psykisk lidelse som preges av lavt stemningsleie, lav selvfølelse, og tap av interesser, og det er høy forekomst hos eldre. Undersøkelser viser at ca. 6 % av eldre lider av alvorlig depresjon, og dette er en komorbid lidelse, som vil si at man har flere lidelser samtidig. Depresjon forekommer svært ofte i relasjon til somatisk sykdom. Tristhet er ikke alltid til stede hos eldre ved depresjon, og det kan derfor være vanskelig å oppdage (Dahl og Aarre, 2015:149). Ifølge forskning vises det at en må skreddersy tiltak på sykehjem for at hvert enkeltes aktivitetsbehov skal imøtekommes. Det kan føre til depresjon og sosial isolasjon om en ikke etterspør beboernes egne preferanser (Jakobsen og Granbo, 2019:154). Berland, Solheim og Holm (2018:65) skriver i sin artikkel at pasientene føler at de er til byrde for familien. For at de eldre ikke skal ses på som en byrde for slektninger og andre, er det viktig med gode holdninger og anerkjennelse i samfunnet. Dette for at de hjelpetrengende eldre skal føle at de har en verdi.

2.8. Miljøarbeid og brukermedvirkning

I samarbeid med pasienten skal vernepleiere kunne identifisere interesser, ressurser og begrensninger. En skal også kunne gjennomføre praktisk metodisk miljøarbeid med sikte på mest mulig grad av mestring og god livskvalitet. For å minske fokuset på diagnoser og medikamentell behandling kan vernepleieren bidra med kompetanse til å sette større fokus på den enkelte pasients behov. Det er viktig at vernepleiere i eldreomsorgen fokusere på den kompetansen en har innenfor kartlegging, datainnsamling og metodisk tilnærming til miljøarbeid. Dette er nødvendig for å kunne gi et mer helhetlig tilbud til eldre som har behov for helse- og omsorgstjenester. Vernepleierens kompetanse kan dekke områder som i liten grad ivaretas i dagens eldreomsorg, særlig videreutvikling av ikke- medikamentelle metoder (Vold og Thøgersen 2017).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (2020) har pasienten så langt det lar seg gjøre rett til å medvirke i valg, anvendelse og tilbud. Dette gjelder både ved planlegging og gjennomføring. Bakgrunnen for retten til å medvirke er selvbestemmelse og respekt for den enkelte. I § 3-2 står det videre at pasienten har rett på tilstrekkelig og tilpasset informasjon, for at brukermedvirkning skal opprettholdes.

Pasienter har rett til å medvirke i eget liv, og tjenestene er pliktige til å involvere dem. Vi som helsepersonell bidrar med hjelp der pasienten ikke mestrer selv. Det handler om deres helse, trivsel og livskvalitet. En av de viktigste faktorene i all omsorg er det å kunne lytte til og samarbeide med pasienten. Brukermedvirkningen kan bli påvirket av sykdom, derfor er det viktig å prøve å sette seg inn i hvordan personen opplever situasjonen (Røsvik, Brønstad, Lepperød, Stegen, Taranrød & Øverland 2014:32).

Jakobsen og Granbo (2019:156) poengterer at dersom omsorgen ikke innrettes i forhold til pasientens funksjonsnivå, vil dette føre til passivitet og økt hjelpeavhengighet. Videre sier de også at økt selvbestemmelse til sykehjemsbeboere gir økt tilfredshet og endringer i daglige rutiner fører til større deltakelse i sosiale aktiviteter.

3. Metode

I dette kapittelet skal vi gjøre rede for valg av forskningsmetode og hvorfor vi har valgt å bruke disse. Det beskrives også utvelgelse av deltakere, intervjuet, og arbeidet etterpå for å komme frem til resultatdelen. Helt til slutt beskrives søkeprosessen etter fagfellevurderte forskningsartikler.

3.1. Valg av metode

I denne oppgaven har vi brukt to metoder til å samle inn og utvikle data. Hensikten med å bruke flere metoder har vært å styrke grunnlaget for utviklingen av relevante og solide data.

En metode er en strategi, et virkemiddel som brukes til å løse problemer og finne ny kunnskap. Den brukes også som et redskap som forteller oss hvordan vi går frem for å etterprøve og fremskaffe ny kunnskap. Metode er en måte å samle inn data på og informasjon til undersøkelsen vår, og den forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En av metodene vi har valgt er kvalitativ, fordi vi mener det vil belyse vår problemstilling på en god måte (Dalland, 2015:111-112).

Ut fra vår problemstilling og tema har vi brukt kvalitativ metode med dybdeintervju. Malterud (2018:30) beskriver kvalitativ metode slik; De kvalitative forskningsmetodene omfatter et stort spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstmateriale fra samtaler, observasjoner eller skriftlig materiale. Målet er å utforske slik det oppleves for de involverte innenfor sine naturlige sammenhenger. Kvalitative studier har som mål å utvikle en forståelse av sosiale fenomener og er egnet for å studere utforskede temaer. Metoden fokuserer også på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2015:112). Når vi bruker dybdeintervju er det for å få frem erfaringer slik at informantene får tid og rom til å dele sine tanker. Når informantene deler sine erfaringer og konkrete hendelser har vi oppnådd det vi ønsket med intervjuet. Ved bruk av kvalitativ metode i oppgaven vil vi få frem de personlige tankene og meningene til informantene for å belyse problemstillingen. Vi får også en forståelse av hvordan det jobbes og prioriteres, og hvilken rolle vernepleieren/ sykepleieren har på sykehjemmet. For at resultatene skal kunne generaliseres burde vi kanskje hatt et større utvalg informanter, men på grunn av tid og oppgavens omfang var ikke dette gjennomførbart.

I oppgaven brukes det også litteratursøk for å innhente kunnskap om temaet. Vi begrenset søkeordene i forhold til problemstillingen. Litteratursøk brukes for å innhente kunnskap om temaet som allerede finnes. Ifølge Helsebiblioteket (2018) skal metoden litteratursøk sikre gode søk etter litteratur som skal danne det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for oppgaven. Vi har brukt litteratursøk for å finne standpunkter som kan underbygge resultatene.

Ved hjelp av kvalitativ metode og litteratursøk har vi funnet data å jobbe videre med for å komme frem til et resultat og en konklusjon. Dalland (2015:112) forklarer at forskjellen på kvantitativ og kvalitativ metode er at den kvantitative metoden vil resultere i data som er mulig å tallfeste, mens den kvalitative metoden har til hensikt å finne meninger og opplevelser. Grunnen til at kvantitativ metode ikke ble brukt i vår oppgave var fordi svarene vi var ute etter ikke kunne tallfestes eller måles. Vi var ute etter informantenes meninger og opplevelser i forhold til vår problemstilling, og kvalitativ metode var da mest hensiktsmessig å bruke.

3.2. Utvelgelse av deltakere til oppgaven

Utvalget av informanter vil kunne påvirke kunnskapen vi får gjennom oppgaven. Om vi henter data fra personer med samme meninger og holdninger som oss vil ikke vår egen forforståelse utfordres (Malterud, 2018: 68). Vi hadde fokus på å belyse vernepleierens rolle i oppgaven, dermed valgte vi å intervju to vernepleiere og to sykepleiere. Vi valgte å intervju sykepleiere i tillegg til vernepleiere, for å få frem deres synspunkt om tverrfaglig samarbeid med vernepleieren i eldreomsorgen. Alle fire informantene jobbet på somatisk avdeling og sykepleierne var i tillegg ledere. I tverrfaglig samarbeid inngår mange profesjoner, men i vår oppgave har fokuset vært på vernepleier/ sykepleier, da disse profesjonene ofte blir sammenlignet.

Vi startet med å sende e-post til seksten ledere på somatiske avdelinger i fem forskjellige kommuner for å få tak i vernepleiere som jobbet i somatikken. I e-posten skrev vi at vi var tre vernepleierstudenter som skulle skrive bacheloroppgave om vernepleierens rolle på somatisk avdeling. Vi fikk ingen respons, som igjen førte til at vi ringte til ett og ett sykehjem. Begrunnelsen de fleste lederne kom med da vi tok kontakt, var at det ikke jobbet vernepleier i somatikken hos dem. De vernepleierne som jobbet på sykehjem, jobbet på demensavdeling,

noe som ikke var relevant for vår problemstilling. Vi tok da kontakt med flere og større kommuner, og delte et innlegg på Facebook. Responsen vi fikk her resulterte i vårt utvalg informanter. Deltakerne til oppgaven var alle kvinner, noen hadde jobbet flere år innen eldreomsorgen og noen var nyutdannet. Dette mener vi gav et godt grunnlag for vår undersøkelse.

3.3. Forberedelse til intervju

Vi brukte god tid for å utforme spørsmål til intervjuene. Vi ville ha åpne spørsmål for å få mest mulig informasjon og for å få frem hver enkeltes mening. Det var viktig for oss at vår førforståelse ikke påvirket deltakernes svar. Spørsmålene ble til slutt godkjent av vår veileder fra VID. I følge Malterud (2018:69) er det en fordel å ha utarbeidet spørsmål, stikkord og ferdige formuleringer på forhånd. Da er man forberedt på å møte deltakerne ut fra deres svar, og kunne stille oppfølgingsspørsmål. På forhånd avtalte vi oss imellom hvem som skulle intervju, notere og styre båndopptakeren. Dette førte til at hver enkelt av oss kunne fokusere på våre oppgaver.

3.4. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidspunktet 9.- 16 mars. Noen intervjuer ble gjennomført på arbeidsplassen og i informantens arbeidstid, mens andre måtte tas over telefon på grunn av stor avstand. Det siste intervjuet gjennomførte vi i henhold til VID`s retningslinjer i forbindelse med utbruddet av Covid-19. Fra VID fikk vi en mal på samtykkeskjema, som vi tilpasset vår bacheloroppgave. Her ble det informert om oppgaven, personvern, formål, hva det innebærer og at det var frivillige å delta, rettigheter, hva som skjer med opplysningene de har gitt etter at prosjektet er ferdig, hvordan intervjuet skulle gjennomføres og at vi brukte godkjent båndopptaker fra VID. Samtykke skjemaet beskrev videre om at de når som helst kunne trekke seg og at all informasjon fra deltakerne ble oppbevart i safe til svar på oppgaven foreligger. Alle informantene som deltok fikk utdelt samtykkeskjema på mail eller i forkant av intervjuene. De informantene som bodde langt unna bekreftet sitt samtykke ved å svare på mailen, de andre skrev under på plassen. Båndopptakeren ble brukt for å i etterkant transkribere, som vil si å gjengi informantenes svar fra intervjuene ordrett.

Under intervjuet ble det brukt intervjuguide som vi fikk utdelt fra VID. En intervjuguide hjelper oss til å holde en god struktur i intervjuet og det ble lagt vekt på at det skulle foregå uforstyrret. Intervjuguiden inneholdt en «oppskrift» om hvordan vi skulle gå frem ved intervjuene. Før vi startet båndopptakeren informerte vi om bacheloroppgaven og om samtykke til å delta i intervjuet. Videre spurte vi om kjønn, alder, yrke, utdanning og arbeidserfaring. Etter at vi startet båndopptakeren gjennomførte vi spørsmålene som er vedlagt i oppgaven. Til slutt spurte vi om de hadde noe å tilføye og takket fint for deltakelsen, båndopptakeren stod på til informanten forlot rommet. Vi ønsket at intervjuet skulle være uformelt og mest mulig naturlig, dette for å få avslappende atmosfære for deltakerne og oss selv. Vi syntes vi løste det på en grei måte ved å ha en uformell samtale før båndopptakeren ble satt på. Vi hadde fire intervjuer hvor tre av dem ga ganske like svar, et skilte seg mer ut. Noen fortalte mye ut ifra egen erfaring og opplevelser, andre ut fra teori. Etter at intervjuene var gjennomført ble de umiddelbart transkribert ordrett, alle i gruppen deltok på dette.

3.5. Fremgangsmåte i analyse av data

Å kondensere vil si dra ut essensen av svarene fra intervjuene, som vi mener kan brukes videre i oppgaven. Den kondenserte teksten blir da funnene våre (Malterud, 2018:105). Da vi skulle kondensere de transkriberte intervjuene, opplevde vi at mange hadde gitt de samme svarene. Vi gikk gjennom disse flere ganger, og det kom da frem større forskjeller, og flere måter å definere svar og begreper på. Ved å gjennomgå svarene flere ganger dannet vi et helhetsinntrykk og dette hjalp oss slik at vi ikke hang oss opp i detaljene (Malterud, 2018:80). Når vi hadde lest alt høyt, delte vi inn i 3 hovedtemaer:

1. Miljøarbeid
2. Tverrfaglig samarbeid
3. Behov.

I hvert av disse hoved temaene har vi delt inn videre i undertemaer, også kalt sub grupper. Disse undertemaene valgte vi ut fra hvordan vi tolket den kondenserte teksten, faglig ståsted har påvirkningskraft, derfor er det lurt å gjøre denne prosessen sammen. Det er viktig å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger (Malterud, 2018:106).

De transkriberte intervjuene ble printet ut og klippet opp i biter. Svarene ble etterpå sortert etter spørsmålene, og vi ga de tre hovedtemaene fargekoder, orange, gul og rosa. Videre kondenserte vi ett og ett spørsmål og skrev en sammenhengende tekst i tredjeperson, der vi definerte ord og begreper som ble sagt. Dette organiserte vi i tre deler, som var temaene vi valgte tidligere i prosessen. Det vi ikke skulle bruke, ble lagt til side. For å vurdere hva som skal brukes, skal all tekst gjennomgås grundig og systematisk. Dette fordi at det ikke kun er det som er mest fengende som blir tatt med (Malterud, 2018:78). Den ferdig kondenserte teksten mener vi oppsummerte intervjuene våre på en god måte.

3.6. Etikk

Når vi skriver en oppgave er det viktig å vurdere det etiske på alle områder som blir berørt, for eksempel samfunnets normer og verdier. En må ta hensyn til hvem man vurderer å ha med i oppgaven, hvem som kan ha nytte av dette og kommer det til å hjelpe de involverte i prosjektet. De som har sagt ja til å delta i prosjektet blir informert om at vi har taushetsplikt og at all informasjon blir anonymisert. Alle informantene skrev under på samtykkeskjema hvor det kom frem at alt materialet ble oppbevart forsvarlig. Ved behandling av personopplysninger er det pliktig å melde dette til NSD. Det ble ikke behandlet personopplysninger i vår oppgave, men VID sendte inn en fellesmelding for alle bacheloroppgaver til NSD for å få godkjent slik at vi kunne innhente informasjon fra fagpersoner (Dalland, 2015:97).

3.7. Metodekritikk

Malterud (2018:23-25) beskriver at det i all forskning bør spørres om selve metoden som blir brukt, representerer en logisk vei til kunnskap, som belyser problemstillingen.

Reliabilitet betyr pålitelig, det handler om at målinger som utføres, må utføres korrekt. Eventuelle feilmarginer, må angis (Dalland, 2012: 52). I en studie kan flere ting påvirke reliabiliteten til funnene. En av studiegruppens deltakere hadde kjennskap til arbeidsplassen hvor to av informantene arbeidet, dette kan ha påvirket svarene vi fikk. En annen ting som kan ha påvirket, er at vi kan ha misforstått svar og tolkninger, eller at deltakerne kan ha misforstått spørsmålene. Vi brukte som tidligere nevnt båndopptaker. På intervjuene som ble gjennomført over telefon, hadde vi perioder med dårlig dekning. Da vi skulle transkribere

intervjuene var det noen setninger vi ikke klarte å oppfatte, men dette har ikke påvirket funnene i særlig stor grad mener vi. I og med at alle var til stede under transkriberingen, sikrer det reliabilitet. I ettertid ser vi at det kan ha påvirket reliabiliteten at vi var tre vernepleierstudenter til stede under intervjuene. Dette kan ha ført til litt for lojale svar til vår fordel.

Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles, må være relevant og ha gyldighet for problemet som belyses (Dalland, 2012: 52). Samsvarer studiens funn med det vi ønsker å måle? Kan andre finne ut det samme som vi har funnet ut, med lik fremgangsmåte? Det er vanskelig å gjennomføre kontroll intervju, da relasjon mellom partene har mye å si. Sosiale settinger vil være vanskelig å gjenskape. Gjennom analyse og tolkning av funn og resultat og måten dette blir representert på, vil vår bakgrunn og erfaring være med å påvirke resultatet. Det at vi har intervjuet så få kan også påvirke resultatet vi har kommet frem til.

3.8. Kriterier for valg av litteratur

- Nordisk eller engelsk- språklige.
- Publisert i pålitelige og godkjente vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter.
- Litteraturen kan ikke være eldre enn 10 år. Nyere artikler blir vurdert før eldre.
- Litteraturen skal belyse problemstillingen fra ulike sider. Vi har valgt artikler som handler om tverrfaglighet, ensomhet og brukervedvirkning.

3.9. Søkeprosessen

Før det ble bestemt hvilken problemstilling vi skulle ha, var vi enige om tema, og startet søkeprosessen. Vi utformet en foreløpig problemstilling ut fra vår førforståelse. Vi har i ettertid sett at vi kanskje startet å søke for tidlig på faglitteratur. De funnene vi endte opp med viste et annet resultat enn det vi hadde regnet med i forkant. Dette gjorde at vi måtte søke etter ny faglitteratur og endre problemstillingen.

Det er viktig å være kritisk til kilder. Man må vurdere å stille seg kritisk til den litteraturen man finner og som skal benyttes i oppgaven, og vurdere i hvilken grad forskningsresultatene og teorien vi har funnet kan brukes til å belyse problemstillingen vår. I dette fagfeltet kommer det stadig ny forskning og det er viktig å holde seg oppdatert (Dalland, 2015: 72-73).

Vi begynte å søke i VID sine nettsider i databaser og nettressurser. Databaser vi var innom: SveMed+, Idunn, Norart, Cinahl, Oria og Academic search Elite. Søkeord vi brukte i alle databasene var aktiv omsorg, sosialt arbeid, ensomhet, vernepleiere i somatikken, miljøarbeid blant eldre, sykehjem, behov for miljøarbeid, tverrfaglig arbeid og samarbeid. Ordene ble brukt alene eller i kombinasjon. Søkeord som miljøarbeid og eldreomsorg gav 0 treff. Det finnes lite eller tilnærmet ingen forskning om vernepleiere i somatisk avdeling, det som finnes omhandler demensomsorgen. Å søke etter artikler var derfor en tidkrevende prosess som krevde mye refleksjon, vi endte opp med artikler fra Idunn og SveMed+.

SveMed+ er en svensk database innenfor medisin og helse. Den er knyttet opp til andre nordiske tidsskrifter. Søkeordene vi brukte her var *aktiv omsorg*. Her avgrenset vi med *peer reviewed tidsskrifter* og *les online*. Treffene her var 3 artikler. Den vi valgte heter *Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere*. I neste søk på SveMed+ brukte vi søkeordet *sosialt arbeid*. Avgrensningen vi brukte var *peer reviewed tidsskrifter* og *les online*. Treff her var 125 artikler. Den vi valgte var *Living in a nursing home: a phenomenological study exploring resident`s loneliness and other feelings*.

Idunn er universitetsforlagets digitale plattform for fag og forskningstidsskrifter. Her kan en søke og lese i over 32 000 kvalitetssikrede tidsskrift artikler og bokkapitler innenfor en rekke fagområder. Søkeordet vi brukte i vårt søk på Idunn var *aktiv omsorg, eldre*. Antall treff var da 285. Vi avgrenset til år 2010-2020 og brukte tilleggsordet *sykehjem*. Antall treff var da 46. Den artikkelen vi syntes var mest relevant her var *Eldre pasienter som ønsker å dø*. I neste søk ble *tverrfaglig samarbeid* brukt som søkeord. Avgrenset søket til helse- og sosialfaglige artikler og et tidsrom mellom 2010-2020. Fikk da opp 229 artikler. Artiklene som ble valgt, og som var mest relevant heter *Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjenester- betydning for klinisk arbeid*.

3.10. Hvorfor valg av databaser

På Idunn og i Svemed+ finner vi artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som er fagfelle vurdert, også kalt “peer reviewed”. Vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår strenge kriterier for kvalitetssikring (Dalland, 2015:78). Det stilles bestemte krav om innhold og form for at artikkelen skal bli fagfellevurdert, og dette betyr at innholdet er vurdert og godkjent av eksperter på det aktuelle område. Valget falt på disse to databasene da det var her vi fant relevante artikler.

4. Resultat

I dette kapittelet redegjør vi for funn fra analysen av intervjuene med informantene. Det kommer frem som et av hovedfunnene at informantene var enige om at det var for lite miljøarbeid på somatisk avdeling på sykehjem, og at det derfor trengs vernepleierfaglig kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet med pasientene.

Av intervjuene kommer det frem at behovet for miljøarbeid på somatisk avdeling er stort. Det er forskjellige forståelser om hva miljøarbeid innebærer og at fokuset på avdelingene er for lite. Alle var opptatt av at tverrfaglig samarbeid var til det beste for pasienten. De var også enige om at sykepleier og vernepleier utfylte hverandre som profesjoner. De fleste mente at det var behov for vernepleiere på somatisk avdeling, men det kommer frem at det er lite kunnskap om hva som er vernepleierens kompetanse. En av vernepleier informantene mente at noen kjente på å ha for lite kompetanse og ikke følte seg trygg nok i jobben.

4.1. Forståelsen av begrepet miljøarbeid

Vårt første spørsmål var hva informantene la i begrepet miljøarbeid. I forhold til dette mente informantene at det er viktig å bli kjent med pasienten, kartlegge, og gjerne lage en livshistorie. Det handler om å gjøre hverdagen best mulig ved å utarbeide målsetningsplaner. De mente også at det måtte legges til rette for at pasienten skal kunne gjøre mest mulig selv. Hjelpemidler som det er behov for i miljøet må brukes for å oppnå best mulig autonomi og livskvalitet. Noen mente også at fokuset burde være tilpasset hver enkelt og at det må benyttes minst mulig medisiner, men at man noen ganger må godta at medisiner er eneste løsning. Det kom også frem at miljøet rundt pasienten må tilrettelegges i forhold til hva pasienten mestrer. Det handler om å møte pasienten der den er, og å opprettholde mest mulig av pasientens ADL ferdigheter.

«Stell er en liten del av dagen, og at det handler om å fylle resten av dagen med gylne øyeblikk.» – Sykepleierinformant

Den ene vernepleieren mente at det viktigste innen miljøarbeid er å opprettholde ferdigheter som de holder på å miste, og at de får bruke sine ressurser.

De fleste av informantene mente at det blir drevet miljøarbeid ubevisst hele tiden, men at vernepleieren har mer fokus på det og setter det i system. En av informantene fortalte at før gikk miljøarbeid ut på å samle alle til felles aktiviteter i fellesstue. Alle måtte være med, enten de ville eller ikke. Det ble ikke sett så mye på hva hver enkelt pasient var interessert i. Det blir fremdeles arrangert felles aktiviteter, men nå er dette mer frivillig. De blir motivert til å være med, og man ser mer på hver enkeltes interesse og behov. Informantene uttrykte også at det er viktig å være kreativ, å tenke utenfor boksen. Man må passe på at det ikke blir for barnslige aktiviteter, men at man må tørre å bevege seg i et landskap der man går forsiktig frem. Noen av sykehjemmene hadde ansatt aktivitør, dette syntes de var en god ressurs, men flere steder var denne stillingen blitt fjernet eller redusert på grunn av økonomi og ressurser i kommunene. Verdien av studenter med ny kunnskap og kreativitet kom også frem som en god ressurs.

Alle informantene uttrykte at sang er et viktig verktøy innen miljøarbeid. Noen av informantene fortalte at pasienter uten språk ofte kan synge med på en sang de husker fra gammelt av. En informant sa at sang under stell kan være til god hjelp om pasienten er utagerende, redd eller har problemer med å forstå situasjonen. Sang kan roe ned pasienten, bedre kommunikasjon, hukommelsen, og kan også gjøre trim og bevegelse lettere.

4.1.1. Ensomhet på sykehjem

Den ene informanten mente at det er mye ensomhet på somatiske avdelinger, og at det er viktigere enn noen gang å bli sett som menneske. I stedet for medisiner brukte en at det er viktig med miljøarbeid i forhold til én til én kontakt, samtaler og nærkontakt. Det ble uttrykt at medisiner blir tatt i bruk for å roe ned pasienten da det kanskje heller hjelper med en hånd å holde i og en god samtale. Dette er ofte nok til å roe ned en pasient som er ensom og redd. En annen informant mente at her var studenter en kjemperessurs. De går på topp, og har dermed bedre tid til å sette seg ned og se den enkelte pasienten. Når det er studenter på avdelingen, kan en se hvilken glede pasientene har av denne kontakten.

Den ene informantens svar skilte seg ut og mente at behovet for miljøarbeid ikke er så stort på somatisk avdeling, da pasientene som er her er trette av livet. De ønsker å være for seg selv, lese bøker eller se på TV. Informanten uttrykte at pasientene på somatisk avdeling mest sannsynlig ser nok folk i løpet av en dag, og mente at behovet for miljøarbeid er større på

demensavdelinger. Denne informanten mente også at pasientene syntes det var nok å ha felles måltider, og at de ikke liker for mye innblandinger fra personalet.

Noen av informantene mente at det er mye usynlig miljøarbeid for å forebygge ensomhet og depresjon i avdelingene, som trivsel, tilnærming og tilrettelegging. De mente at det er store mørketall når det kommer til depresjon og andre psykiske sykdommer på sykehjem. De forklarte at det blir brukt musikkterapi, dyr og forskjellige aktører utenfra for å forebygge dette. Kor, dansegrupper og korps legger øvelsene sine til sykehjemmene, og dette sa de er til stor glede for pasientene. En informant sa at behovet for miljøarbeid er stort, men at tiden ikke strekker til i en hektisk hverdag. Hun fortalte at vernepleieren har samme oppgaver som sykepleieren i tillegg til at det blir forventet at de gjør vernepleier faglige oppgaver. Dette gjør at hverdagen blir travel og at det ikke er nok tid til miljøarbeid. I motsetning til dette uttrykker en annen:

«det er noe forbanna tull!! De som sier at det ikke er tid til miljøarbeid er de som ofte sitter på vaktrommet på ræva!» - vernepleier informant

4.1.2. Samme tilnærming til alle

Behovet for miljøarbeid viser seg å være stort ifølge alle informantene. En informant sa at uansett kognitiv svikt eller ei, brukes den samme tilnærming. Om en er dement eller har hatt slag er det viktig at alle får et tilbud som er tilpasset hver enkelt.

“Alle mennesker har behov for å bli sett, PUNKTUM!!!!». – sykepleier informant.

Noen mente at bakgrunnsopplysnings skjema er et godt verktøy for gode samtaler og et viktig verktøy for vikarer, som ikke jobber så ofte. Det kom frem at alle eldre har forskjellige behov, noen kan være trøtte og sliter med fysisk helse. Det er viktig å se an dagsformen for hvilke aktiviteter de skal ha. Én til én kontakt, gode samtaler og en hånd og holde i kan være et bra alternativ. Det var stor enighet om at behovet for miljøarbeid er stort på somatisk avdeling og at pasientene trenger mer enn de får. En av informantene mente at man kanskje kunne unngått noe medisinbruk om man hadde hatt mer tid til miljøarbeid.

4.2. Å jobbe på tvers av profesjoner

Begrepet tverrfaglig samarbeid handler om å jobbe på tvers av profesjoner for å se pasienten fra ulike sider og ulike perspektiv ifølge informantene. Det kom frem at det er positivt å samarbeide med alle yrkesgruppene som har med pasienten å gjøre, samt renholdere og kjøkken. Renholderen kan i enkelte tilfeller kjenne pasientene bedre enn noen pleiere, da de er inne hos pasienten hver dag over tid. De kan derfor være en ressurs i forhold til kartlegging. Kjøkkenpersonell kan også være en ressurs, med tanke på tilpasning av ernæring. Noen nevnte at det å overføre kunnskap, bruke hverandres spesialfelt på tvers av profesjonene gjør at man kommer frem til den beste løsningen for pasienten. Det kom også frem at det er viktig å dra nytte av de som kjenner pasienten godt, som for eksempel pårørende.

4.2.1. Miste identiteten som vernepleier

I spørsmålet om fordeler og ulemper med tverrfaglig samarbeid kommer det frem at vernepleier informantene mente at det er en ulempe at mange av sykepleierne ikke forstår miljøarbeid, og ikke ser hva godt miljøarbeid kan gjøre.

«Mange vet heller ikke hvilken kompetanse en vernepleier har, for eksempel medisinkompetanse og sykdomslære» - vernepleier informant

Den ene vernepleieren mente at man fort kan miste identiteten som vernepleier når man er den eneste med denne profesjonen på avdelingen. Informanten sa at man ikke har noen å reflektere med, og kan fort begynne å tenke som en sykepleier. En av vernepleierne uttrykte at det er viktig å bruke kompetansen man har i forhold til miljøarbeid. Studiet til vernepleieren inneholder mye av dette, og det er viktig å bruke det aktivt også i eldreomsorgen. Man er ofte den eneste vernepleieren på avdelingen, og kan fort gå inn i «sykepleierrollen». Sykepleierne har ikke det samme fokuset i sin utdanning, og det er derfor positivt å ha vernepleiere på avdelingen. Vernepleier informantene uttrykte at det hadde vært fint med flere vernepleiere på avdelingen å reflektere med. Dette ville gjort at man følte seg tryggere i sine avgjørelser og at man kunne bruke samme utgangspunkt for avgjørelsene man tar.

4.2.2. Flest fordeler med tverrfaglig samarbeid

Alle informantene var enige om at det er flest fordeler med tverrfaglig samarbeid. Det blir ofte gode diskusjoner av flere synspunkter. Da finner man gode løsninger for pasienten. Informantene mente at det er mest positive sider ved å ha vernepleiere i somatikken. Det de fleste poengterte er at det er bra å jobbe tverrfaglig, og at vernepleier og sykepleier utfyller hverandre. Det negative som ble beskrevet er at vernepleieren kan være usikker på sykdomslæren og nye arbeidsoppgaver, men andre profesjoner kommer også opp i situasjoner man ikke har vært i før. Alle kan lære prosedyrer ved hjelp av verktøy som er tilgjengelig på arbeidsplassen mente sykepleier informanten, som også var avdelingsleder. En av vernepleierne mente at sykepleierne har mye å lære av vernepleieren også.

Informantene uttrykte videre at det som skiller vernepleieren fra sykepleieren i hovedsak er utdannelsen. Det er forskjellig fokus på læringsutbyttene, og forskjell i hvor og hvor lenge studentene er i praksis. Sykepleierstudenter har flere praksiser både på sykehjem og på forskjellige avdeling på sykehus, der de får prøvd ut kunnskapen i praksis.

Vernepleierstudenter får ofte tildelt sin praksis på demensavdelinger i det emnet som omhandler somatisk helse og miljøarbeid. Her er det mye fokus på miljøarbeid og vernepleieren får ikke prøvd seg så mye i prosedyrer som det de kanskje ønsker. I og med at det er så mye fokus på miljøarbeid i denne praksisen, blir det lite tid til å utfordre kunnskapene om sykdomslære og anatomi.

Vernepleier informantene nevner at de har en annen måte å se mennesket på enn andre profesjoner kanskje har, vernepleierne tenker forebyggende i stedet for behandlende. En av dem sa at vernepleierne samhandler mye mer i sin utdanning. Vernepleier utdanningen legger mer vekt på språk og kommunikasjon. Dette er fremdeles en del av pensum i forbindelse med at denne utdannelsen i utgangspunktet ble til for utviklingshemmede hvor kommunikasjon ofte kan være et problem. I vernepleierens utdanning lærer en om atferdsanalyse, og en lærer å lese kroppsspråk, noe som kan komme til god nytte i arbeid med eldre. En sykepleier trenger ikke samme kommunikasjon for å gjøre jobben sin mente hun. Sykepleier informantene uttrykte de har lite fokus på miljøarbeid i utdannelsen, og mente derfor at vernepleierne er veldig viktig å ha på sykehjem, både på somatisk og demensavdeling. De syntes det var flott å ha både sykepleier og vernepleier på avdelingene, og at disse to profesjonene utfyller hverandre.

Vernepleier informantene fortalte også at de gjør samme oppgaver som sykepleierne på avdelingen, og får nødvendig opplæring på plassen. Alle informantene var skjønt enige om at man har ansvar for egen opplæring og kompetanse, og man må gi beskjed om man er usikre på arbeidsoppgaver.

4.3. Vernepleierens kompetanse

Mange vernepleiere kvir seg for å søke jobb på somatisk avdeling fordi det ofte står i stillingsannonsen at det er sykepleier det blir søkt etter. De er usikre på sin egen kompetanse innen sykdomslære, anatomi og medisin, selv om det ofte står lengre nede i annonsen at vernepleieren blir vurdert. Informantene uttrykte også at hva de søker etter kan ha med hvilket syn, kjennskap og opplevelse leder på avdelingen har til vernepleieren og om hvordan de jobber.

Vernepleier informantene nevnte også at fagforbundene er dårlige på å tale for vernepleieren og deres kompetanse. De står ikke opp for dem slik som sykepleierforbundet gjør for sine medlemmer. Dette er nok noe av grunnen til at det er usikkerhet om hva en vernepleier er.

«Forbundene må fronte oss, de er litt slakke der. Vi må stå på og markedsføre oss selv!» -vernepleier informant.

En annen informant mente at det er mange som ikke vet hva en vernepleier innehar av kompetanse. For eksempel at de stiller på lik linje med sykepleieren på medisinkompetanse. Det er ofte forvirring og misforståelser som gjør at mange tror det er begrensninger i hva en vernepleier kan gjøre sammenlignet med en sykepleier, både når det gjelder ansvar for tjenester og gjennomføring av prosedyrer.

4.3.1. Vernepleierens valg av arbeidsplass

En informant mente det er holdningen til vernepleieren som gjør at de ikke jobber i somatikken. Mange ønsker ikke å jobbe med eldre, da de ikke ser dette som vernepleier relatert. På sykehjem har man mindre tid til å kartlegge, og bruke vernepleierens arbeidsmodell, man må jobbe på en annen måte enn for eksempel i bolig. Dette kan gjøre at vernepleieren føler at de mister sin identitet. En annen informant uttrykte at hun tror mange vernepleiere heller ønsker å jobbe på sykehus enn sykehjem, for de tror de lærer mer der. Hun

mente at man lærer mer på sykehjem hvor man må ta avgjørelser på egne ben, i motsetning til på sykehus hvor man har lege til stede å rådføre seg med hele tiden. En annen grunn til at det ikke er så mange vernepleiere i somatikken er at det henger igjen fra gammelt av at sykehjem er sykepleierens arena.

4.3.2. Behovet har endret seg

Alle informantene sa at de ser at behovet har endret seg over tid. Det er lange ventelister og pasientene er sykere når de kommer på sykehjemmet. Informantene mente at det derfor er enda viktigere å tenke helhet og ikke bare diagnose. Da pasientene er sykere og eldre nå, har de kanskje mindre sosial omgang. Det kan også være de har mer begrensninger i forhold til et mer komplekst sykdomsbilde. De uttrykte at pasientene fremdeles skal leve, og ha god livskvalitet selv om de er sykere. En av informantene sa at det derfor er enda viktigere med miljøarbeid nå enn før. Hun mente at det er bare tull å si noe annet. Hun sa at det vil bli mer og mer behov for dette fremover. Informantene fortalte at det går mer tid i stell og pleie nå enn før, tidligere var flere mer selvhjulpne. Verden er blitt kaldere og det er mer ensomhet blant de som kommer inn på avdelingen. De mente også at det ikke er så mange pasienter som orker så mye felles aktivitet lengre, men har heller behov for mer én til én kontakt. De gode samtalene er viktigere nå enn før, de trenger mer tilrettelegging for samtale på grunn av de fysiske og psykiske begrensningene sykdomsbildet kan gi dem.

En av informantene mente at det er mer demens og mindre somatikk på avdelingen nå enn før, og at de er mindre fysisk syke nå. Dette svaret skilte seg ut fra de andre informantene.

5. Drøfting og analyse

I dette kapittelet drøfter vi funn opp mot litteratur for å belyse vår problemstilling sammen med vår egen førforståelse av temaet. Vi har brukt samme hoved overskriftene som vi har brukt i resultatdelen.

5.1. Forståelsen av begrepet miljøarbeid

På spørsmålet om begrepet miljøarbeid, mener informantene at det er viktig og bli kjent med pasienten. Det handler om å gjøre hverdagen best mulig, og tilrettelegge der det trengs. I samarbeid med pasienten skal vernepleieren kunne identifisere interesser, ressurser og begrensinger, og kunne gjennomføre praktisk metodisk miljøarbeid, med sikte på mest mulig grad av mestring og god livskvalitet (Vold og Thøgersen, 2017).

For å minske fokuset på diagnose og medikamentell behandling kan vernepleieren bidra med kompetanse til å sette større fokus på den enkeltes pasients behov. Ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell og kunnskap kan det komme frem andre behov hos pasienten. Når en bruker tid til å kartlegge kan vernepleieren finne andre metoder for å redusere medisinbruk, som for eksempel samtaler, aktivitet eller emosjonell støtte, dette er eksempler som inngår i begrepet miljøarbeid (Vold og Thøgersen, 2017). På en annen side kan medisiner ofte være til god hjelp for eldre med mange sykdommer. En av grunnene til at vi dag lever lengre og har bedre funksjon kan moderne medisin ta en del av æren for. Det er viktig for pasienten at det er størst mulig helsegevinst og minst mulig bivirkninger av behandlingen. Man må ha et system for å sikre at de får de medisinene de har behov for og seponere det de ikke har nytte av. En av informantene er også enig i at man av og til må godta at medikamenter er eneste utvei for enkelte pasienter (Romskaug og Wyller, 2020).

Kartlegging er viktig for å kunne avdekke og finne løsninger for pasientens beste. Vår oppfatning etter praksis er at dette ble lite praktisert og at det er lite kunnskap og kompetanse om kartlegging i eldreomsorgen. Det kom frem fra informantene at det er viktig å tilrettelegge miljøet i forhold til hva pasienten mestrer, og for å opprettholde ADL ferdigheter. Det varierer hvor mye kartlegging som blir brukt fra sykehjem til sykehjem, forteller informantene. Vi tenker at en av grunnene til at det ikke blir praktisert kartlegging kan være mangel på tid og ressurser. En annen årsak til mangelfull kartlegging kan være vanskeligheter med

kommunikasjon, da pasienter med kognitiv svikt kan ha utfordringer i forhold til dette. Det er vesentlig for pasienten å bli forstått for å ikke miste medbestemmelsen i sitt eget liv. Som vernepleier har man god kompetanse i å bistå pasienter med kommunikative og sosiale vansker, da dette er en del av grunnkompetansen i vernepleier studiet (FO, 2017). En av informantene nevner at dette er en styrke og noe som kan være til god nytte i arbeidet med eldre. Det er viktig at vernepleiere i eldreomsorgen fokuserer på den kompetansen en har innenfor kartlegging, datainnsamling og metodiske tilnærminger til miljøarbeid. Dette er nødvendig for å kunne gi et helhetlig tilbud til eldre, som har behov for helse- og omsorgstjenester. Vernepleierens kompetanse kan dekke områder som i liten grad ivaretas i dagens eldreomsorg, særlig utvikling av ikke- medikamentelle metoder (Vold og Thøgersen, 2017).

Det kom frem fra informantene at aktivitet er et viktig miljøtiltak. Dette kan være med på å forebygge ensomhet og depresjon, men det er viktig at pasienten får ta egne valg i forhold til aktivitetstilbudet på sykehjemmet. Tidligere måtte alle være med, om de ville eller ikke. I dag ser en at tilpasning og valg av aktivitet til hver enkelt gjør det mer lystbetont for pasienten. Det er viktig som helsepersonell å alltid ha etiske vurderinger i bakhode ved avgjørelser som skal tas i forhold til pasienter. Dette vil si at man tenker over maktforholdet mellom tjenesteyter og mottaker. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2020) § 1.3 har pasienten så langt det lar seg gjøre rett til å medvirke i valg, anvendelse og tilbud. Bakgrunnen til retten for å medvirke er selvbestemmelse og respekt for den enkelte. Vårt inntrykk er at sykehjemmene har veldig fokus på at alle skal være med, og at det er viktig å være sosial. Men man kan stille seg spørsmålet; Er det slik at det er så viktig å være aktiv og sosial når man blir eldre? Det er flott at det blir tilpasset hver enkelt, men noen ønsker å ha roligere dager. Pårørende kan ofte være pådrivere for at deres nærmeste skal være sosiale og aktive med de andre som bor på sykehjemmet, men det er viktig at vi fokuserer på pasientens ønske, og ikke hva andre mener er det riktige. Man må huske på at pasienten ofte ikke har valgt å bo på sykehjemmet selv og at beboerne ikke nødvendigvis passer sammen. Den svenske forskeren Tronstad har intervjuet mange eldre som gav uttrykk for et behov om å trekke seg mer tilbake og ha tid alene. En av grunnene til dette er at når man blir eldre har en mer behov for å reflektere og oppsummere det som har vært. Man ønsker å velge selv hvem man vil bruke tid sammen med, og man velger ofte de som er emosjonelt støttende. Dette er en stor kontrast til dagens oppfatning av at det er mye ensomhet blant eldre (Skreien, 2018). En av informantene mente også at mange pasienter ønsket å være alene, om det var med en god bok

eller å se på TV. Det handler om pasientens helse, trivsel og livskvalitet og det å kunne ta egne valg. En av de viktigste faktorene i all omsorg er det å kunne lytte til og samarbeid med pasienten (Røsvik m.fl., 2014:32). Jakobsen og Granbo (2019:154) poengterer at økt selvbestemmelse til sykehjemsbeboere gir økt tilfredshet og endringer i daglige rutiner fører til større deltakelse i sosiale aktiviteter og kan forebygge ensomhet. Som tjenesteyter på sykehjemmet er det viktig å motivere til litt sosial omgang og aktivitet, slik at det ikke resulterer i at pasienten blir ensom eller inaktiv. Vår oppfattelse er at det er en balansegang mellom behovet for å være alene kontra viktigheten av sosial omgang for pasienten. Det kreves god kompetanse innenfor kartlegging for å avdekke pasientens behov og hvordan man kan legge til rette for at pasienten skal ha en god livskvalitet på sykehjemmet.

5.1.1. Ensomhet på sykehjem

En informant mente at det er mye ensomhet på somatisk avdeling på sykehjem. Emosjonell nærhet til andre er forbundet med mindre ensomhetsfølelse hos eldre personer uten demens som bor på sykehjem. Det er helsepersonells oppgave å oppmuntre pasienter til å opprettholde sosiale relasjoner, legge til rette for å holde kontakt med familie og venner og se kvaliteten ved alderdommen (Kirkevold m.fl., 2016:164). Derimot er ensomhet en normal følelse. Vi er skrudd sammen slik at vi blir eldre og vi vet at vi kommer til å miste våre nærmeste, dette er vi rustet til å takle. Det er viktig å alminneliggjøre ensomhet. Dette er en følelse alle har fra tid til annen, og den må ikke bli sykelliggjort (Skreien, 2018). Samtidig er ensomhet mer enn å være alene blant andre, det er viktig at helsepersonell er klar over dette og legger til rette for et godt liv på sykehjem (Paque, 2018:5-6).

Det blir også nevnt fra informantene at det å ta seg tid, sette seg ned, ha en samtale og holde i en hånd, istedenfor å ty til medisiner er beste løsning. Vår påstand om at det er dårlige rutiner på sykehjemmene til å ta seg tid sammen med pasienten, underbygges av Myrhol (2017) sin artikkel der det kommer frem at det er dyrere å leie inn personell enn å ty til medisinerbruk. Likevel mente noen av informantene at det er mye usynlig miljøarbeid på avdelingene for å forebygge ensomhet og depresjon, som trivsel, tilnærming og tilrettelegging. De mente dog at det er store mørketall når det kommer til depresjon og andre psykiske lidelser. Undersøkelser viser at ca. 6 % av eldre lider av alvorlig depresjon. Depresjon forekommer ofte i forbindelse med andre sykdommer, og kan gjøre det medisinske forløpet mer komplisert. Tristhet er ikke alltid tilstede hos eldre ved depresjon, og det kan derfor være vanskelig å oppdage (Dahl og

Aarre, 2015:149). Ifølge forskning vises det at det må skreddersys tiltak på sykehjem for at hver enkeltes behov skal imøtekommes. Det kan føre til depresjon og sosial isolasjon om en ikke etterspør beboernes egne preferanser (Jakobsen og Granbo, 2019:153).

5.1.2. Samme tilnærming til alle

Paque (2019:4) mener at utdannelsen til helsepersonell bør ha stort fokus og ulike strategier for å forbedre beboernes livskvalitet. En bør legge vekt på meningsfulle relasjoner, meningsfullt liv og bevaring av autonomi. Informantene mente at alle skal få et tilbud tilpasset seg og sin situasjon, om en har demens eller ikke. Helse- og omsorgstjenestelovens (2020) formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og eller nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, bedre levekår og sikre at alle får likestilte tjenester. Det skal sikres at ressursene utnyttes best mulig og at tilbudet skal tilrettelegges i respekt for hver enkelt pasient. Det kan ofte oppfattes at alt virker så “flott” i teorien, men at virkeligheten viser noe annet. Vår erfaring er at rammene kan sette begrensninger for utførelse og oppfølging av arbeidet. Da hjelper det lite å ha et flott lovverk og kompetanse i personalgruppen.

5.2. Å jobbe på tvers av profesjoner

For å kunne se pasienten fra ulike sider og perspektiver mener informantene at det er nyttig å jobbe på tvers av profesjonene. Informantene uttrykte at man må inkludere alle som har med pasienten å gjøre slik som sykepleier, vernepleier, fagarbeidere, ergoterapeut, fysioterapeut og assistenter for å kunne kartlegge på best mulig måte. Sammen skaper det tverrfaglige teamet ny viten som de ikke oppnår hver for seg. Det er sentralt å være tydelig på egen kompetanse og ha kjennskap til og forståelse for andre profesjoners kompetanse. Det er viktig å ha respekt for hverandres bidrag (Willumsen og Ødegård, 2016:39).

5.2.1. Miste identiteten som vernepleier

På sykehjem har det tidligere vært sykepleieren som har dominert. Folkman m. Fl. (2019:97-105) poengterer at det er viktig å avklare vernepleierens rolle og kompetanse på arbeidsplassen. Uklare roller kan ha stor påvirkning for tverrfaglig samarbeid, og lederne kan mangle forståelse for den spesifikke fagpersonens roller og ansvar. Informantene fortalte at

mange ikke visste hvilken kompetanse en vernepleiere har. Med bakgrunn i dette fortalte en av informantene at man kan miste identiteten sin som vernepleier når en står alene på arbeidsplassen med denne profesjonen. Da har man ingen å reflektere eller diskutere faget sitt med, og man kan fort begynne å tenke som en sykepleier og glemme vernepleierens grunnleggende verdier. Erfaringer fra studien til Jakobsen og Granbo (2019:156) viser at fagsammensetningen på sykehjem hvor sykepleieren er dominerende kan være hemmende for andres faggruppers kompetanse og bidrag. Samtidig sier flere leder at sykepleierens kompetanse er uunnværlig på sykehjem og de er viktige å beholde. Som tidligere nevnt kan utfordringer være underliggende profesjonelle kulturer, makt og territoriell oppførsel mellom profesjonene. Disse faktorene kan føre til rolle dominans og begrenset kommunikasjon som kompliserer tverrfaglig samarbeid (Folkman m.fl. 2019:97-105).

5.2.2. Flest fordeler med tverrfaglig samarbeid

Alle informantene var enige om at det er flest fordeler med tverrfaglig samarbeid. De mente at det blir gode diskusjoner, og de finner mange gode løsninger for pasientene. De fleste poengterte at vernepleier og sykepleier utfyller hverandre, men for å få til et godt tverrfaglig samarbeid er det en fordel å inkludere blant annet helsefagarbeider, ergoterapeut og assistent. Ifølge Kirkevold m.fl. (2016:30) er det viktig med god kunnskap om ulike utfordringer på somatisk avdeling på sykehjem da det bor mange forskjellige mennesker der. Noen har demens, slag med lammelser, andre ulike kognitive utfordringer, somatisk sykdom, rus og psykiske lidelser. Ledere gir uttrykk for at tverrfaglig rekruttering kan bidra til bedre tjenester ved at ulike faggrupper samarbeider. Det blir da utviklet et mer helhetlig tilbud for pasientene. En konsekvens av tverrfaglig samarbeid kan dog være uenigheter og individuell forståelse om hvordan dette gjøres, som igjen kan føre til dårlig arbeidsmiljø. Lederne i artikkelen beskriver det å jobbe med et helhetlig og fleksibelt tilbud som mye viktigere enn å fremme forskjeller mellom faggruppene (Folkman m.fl. 2019:97-105). En faktor fra studien til Jakobsen og Granbo (2019:155) viser at større faglig bredde er viktig for å oppnå mer aktiv omsorg på sykehjem. Det er større behov for å integrere de ulike delene av helsevesenet på grunn av stigende antall eldre. Det bør bli et bedre samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne (Steihaug, 2017:1). Det kom frem hos informantene at vernepleieren har for lite teori og praksis i sykdomslære i sin utdanning. Men som en sykepleier informant sa så kan alle lære prosedyrer, og alle har mye å lære av hverandre. Ut fra dette kan vi hevde at sykepleieren og

vernepleieren utfyller hverandre med hverandres kunnskap og kompetanse, men som nevnt tidligere er det viktig at alle profesjoner blir inkludert i samarbeidet.

5.3. Vernepleierens kompetanse

Helse- og omsorgstjenesten trenger flere ansatte med høy faglig kompetanse. Vernepleiere gir både helse- og sosialfaglig kompetanse og er autorisert helsepersonell. Vernepleieryrket er unikt da det inneholder helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi. Den miljøterapeutiske kompetansen til vernepleieren er viktig da kunnskaper om å tilrettelegge omgivelsene på en identitetsbevarende, stimulerende og betryggende måte trengs i eldreomsorgen. Målet med miljøterapeutiske tiltak er å bidra til økt mestring, selvstendighet og livskvalitet, og å skape gode øyeblikk for personer med ulike bistandsbehov. Ofte er det misforståelser som gjør at mange tror det er begrensninger i hva en vernepleier kan gjøre sammenlignet med en sykepleier (FO, 2017).

Noen av informantene syntes at fagforbundene er dårlige til å tale for vernepleieren og deres kompetanse. Dette er nok noe av grunnen til at det er usikkerhet om hva en vernepleier er. En annen informant sa at det er mange som ikke vet hva en vernepleier innehar av kunnskaper i forhold til en sykepleier, for eksempel at de stiller på lik linje når det gjelder medisinkompetanse, ansvar for tjenester, og gjennomføring av prosedyrer. Vår mening er at vernepleierne ikke har ett fagforbund som fronter oss, på samme måte som sykepleierne har i Norsk sykepleierforbund (NSF). En årsak til dette kan være at det er ca. 16 000 (Grung, 2017) registrerte vernepleiere i Norge i motsetning til ca. 115 000 registrerte sykepleiere i NSF (NSF, 2019). Når det skal ansettes personell i helsesektoren er det arbeidsgiver som har styringsrett. Vår erfaring er at sykepleieren ofte stiller foran vernepleier når det søkes etter helsepersonell med høyskoleutdanning til somatisk avdeling på sykehjem. Samtidig er det viktig å gjøre oppmerksom på at vernepleier ikke kan utelukkes på grunn av legemiddelkompetanse og andre formelle krav. Vår oppfattelse er at arbeidsgiver har for lite kunnskaper om vernepleierens kompetanse, som kan påvirke utfallet av ansettelsen. Arbeidsgiver har også ansvar for å unngå profesjonsfaglige konflikter og at tverrfaglig kompetanse er en nødvendighet for å sikre forsvarlig tjeneste (FO, 2017).

5.3.1. Vernepleierens valg av arbeidsplass

Fra informantene kom det frem at vernepleierens negative holdninger og mangel på kunnskap om hvordan det er å jobbe på somatisk avdeling, kan avgjøre hvor mange vernepleiere som jobber der. Flere av informantene uttrykte at de følte vernepleieren hadde for lite sykdomslære og anatomi i utdannelsen. Dette kan også være en årsak til at de kvier seg for å jobbe på somatisk avdeling. Derimot tenker vi at sykepleie og vernepleie er to forskjellige utdannelser med hvert sitt fokusområde. Hvis vernepleierutdannelsen skulle hatt like mye sykdomslære som sykepleierutdannelsen har, måtte andre fag på vernepleierstudie blitt redusert. Dette ville ført til at vernepleierens unike kombinasjon av helsefaglig og sosialfaglig kompetanse ikke hadde vært den samme. Å være bevisst på ulikhetene mellom yrkene er viktig. Vernepleierne ønsker ikke å bli “sykepleier-light”, da disse to profesjonene i stor grad har ulik kompetanse (Brunborg, 2020).

En av informantene sa at mange ikke ønsker å jobbe med eldre, fordi de ikke ser dette som vernepleierens område, vernepleieren har lenge hatt sin arena i boliger for personer med psykisk utviklingshemming. På sykehjem har man mindre tid til å kartlegge, bruke vernepleierens arbeidsmodell, og man må jobbe på en annen måte enn i boliger. Derimot mener vi som nevnt tidligere at eldreomsorgen innebærer mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Desto viktigere er det å ha vernepleierens kompetanse på disse områdene. Vernepleierens fokusområde er personer med psykisk utviklingshemming, derfor blir en lett satt i bås av seg selv og andre, og en søker heller jobb i bolig eller lignende (Ingebrigtsen, 2019).

Tidspress kan være en av de viktigste årsakene til at helsepersonell søker seg bort fra sykehjemmene. I forhold til dette er det en informant som presiserer at det er de som sitter mest på pauserommet, som hylar høyest om dårlig tid. Vår erfaring er at det ofte er travelt på sykehjem, og at mye handler om prioriteringer. Rammebetingelsene kan også diskuteres, det handler mye om å utnytte de ressursene man har tilgjengelig. Med vernepleierens kompetanse kan en tilrettelegge for utvikling, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet. Tidene og utdanningen har forandret seg, vernepleierutdanningen er langt bredere enn tidligere, noe ikke alle vet (Ingebrigtsen, 2019). Det er kun 8,5% av vernepleierne som jobber på ulike avdelinger på sykehjem. De fleste andre jobber i bofellesskap, skole og aktivitetssenter, dette mener vi må endres på, da vernepleiers kompetanse har mye å tilføre eldreomsorgen (Fontene 2/2020:22).

Det var stor enighet blant informantene om at behovet på somatisk avdeling på sykehjem har endret seg. Pasientene er sykere nå enn før med mer komplekst sykdomsbilde, men de skal likevel ha ett godt liv. En konsekvens av at de er sykere nå enn før, er flere år på sykehjem hvor helsetilstanden er svekket. På grunn av det endrede behovet og et mer komplekst sykdomsbilde, er det viktigere nå å sette fokus på den enkelte pasients behov enn hva en mer “standardisert” tilnærming bidrar til. Ved tverrfaglig samarbeid kan man gi et bedre tilbud til pasientene. Om det derimot er mangel på riktig kompetanse, vil kanskje ikke pasientene få en god avslutning på livet. Utviklingen i fagfeltet går raskt, og man må til enhver tid holde seg oppdatert på ny kunnskap (Kvittingen, 2016). På somatisk avdeling er det ofte personer som er multisyke, de kan ha redusert kognitiv og fysisk kapasitet. I og med at pasientene er svært skrøpelige både mentalt og fysisk, kan somatisk avdeling være en krevende avdeling å jobbe på (Kirkevold m.fl. 2016:30-31).

Informantene sa det går mer tid i stell og pleie nå enn før, og mente at det er enda større behov for miljøarbeid på avdelingene. Samtidig har informantene nevnt tidligere at stell og pleie er en liten del av dagen, og at hvert enkelt menneske må ses og settes i fokus. Her er miljøarbeid en viktig faktor, hver pasient bør få utnytte sine ressurser og oppleve mestring og autonomi.

En av informantene skilte seg ut og mente at det er mer demens på somatisk avdeling nå og at de ikke er så fysisk syke lengre. Vår oppfatning er at det kommer flere pasienter med demens inn på somatiske avdelinger fordi demens avdelinger har mangel på plasser, og de som ikke har en kognitiv svikt kan være hjemme ved hjelp av hjemmesykepleie. Hvis den somatiske diagnosen dominerer, får en ofte tildelt plass på somatisk avdeling. Demensavdelingene prioriteres ofte til de med demens, som er fysisk friske. Som tidligere nevnt er det slik at flere av de med somatisk sykdom og høy alder har hukommelsessvikt eller moderate demens symptomer, selv om det ikke er hovedårsaken til hjelpebehovet (Kirkevold m.fl.,2016:30-31).

6. Konklusjon

I oppgaven vår har vi forsøkt å besvare problemstillingen: *Hvordan kan vernepleierens kompetanse bidra i det tverrfaglige samarbeidet på somatisk avdeling på sykehjem?*

Vi valgte å skrive om dette tema for å utfordre oss selv. Gjennom studiet og praksis har vi observert at det er lite vernepleiere i eldreomsorgen, og at det er minimalt med forskning på området. Da vi startet prosessen med oppgaven ønsket vi å få svar på om det var behov for vernepleiere i somatikken. Etter at vi var ferdig med intervjuene endret vi problemstillingen, og oppgaven fikk mer fokus på tverrfaglig samarbeid. Grunnen til dette var funnene som kom frem i intervjuene og at det er lite forskning å finne om vernepleiere i somatikken. Vi fant også mer litteratur om viktigheten av ett godt tverrfaglig samarbeid. Funnene i studien er relevant for tjenesteytere i helse -og omsorgssektoren, ledere og andre profesjoner. Resultatet i studien belyser kvaliteten på tjenestene som blir gitt og vil dermed være sentral for tjenestemottakerne.

Vi startet med å gjennomgå faglitteratur som vi fant relevant for besvarelsen på oppgaven. Videre brukte vi dybdeintervju med vernepleiere og sykepleiere for å innhente data. Det viste seg å være utfordrende å finne informanter på grunn av lite vernepleiere i somatiske avdelinger på sykehjem. Til slutt i oppgaven diskutert, drøftet og analysert vi datamateriale opp mot faglitteratur. Funnene viser at det er positivt med tverrfaglig samarbeid, informantene mente det var behov for vernepleiere og den miljøterapeutiske tilnærmingen som ligger i denne profesjonen. Vernepleierinformantene ønsket å ha flere vernepleiere de kunne diskutere faget sitt med. De fortalte at de var ofte den eneste vernepleieren på avdelingen. I følge Folkman m.fl. (2017:62) er vernepleierens bidrag i miljøarbeidet et viktig fokus. Et annet funn er at det er en del uvitenhet om hvilken kompetanse en vernepleier innehar. Dette mente informantene var en av grunnene til at det var lite vernepleiere i eldreomsorgen. Vi håper at det i denne oppgaven kommer frem at vernepleieren kan utføre samme oppgaver som sykepleieren når det kommer til legemiddelhåndtering, prosedyrer og behandling med nødvendig opplæring (FO, 2017). Det kom også frem at det er lite systematisk miljøarbeid på somatiske avdelinger. Informantene mente at det ble drevet usynlig miljøarbeid, men flere ønsket å få dette i system. Ifølge Vold og Thøgersen (2017) kan vernepleieren dekke områder som i liten grad ivaretas i dagens eldreomsorg som for eksempel ikke medikamentelle metoder. Vi mener at vernepleieren er viktig i eldreomsorgen for å gjøre de andre

tjenesteyterne oppmerksomme på det usynlige miljøarbeidet som blir drevet og å sette dette i system. Å ha system på miljøarbeidet gjør at tjenesteyterne har samme tilnærming til pasienten. Dette skaper trygghet i tjenesten, og kan hindre unødig medisinbruk.

Av funnene i oppgaven mener vi at vi har klart å finne ett svar på vår problemstilling.

Vernepleieren kan bidra med miljøarbeid, ikke medikamentelle metoder, og å se pasienten på en annen og mer helhetlig måte i det tverrfaglige samarbeidet på somatisk avdeling.

Vernepleierens medisinske kompetanse er lik som sykepleierens, og kan dermed ikke brukes som et argument for å ikke ansette vernepleier. Ifølge Helsedirektoratet (2012:15) er det ventete at antall eldre vil være høyere enn antall yrkesutøvere i helsesektoren i 2035. Med tanke på at det er mangel på sykepleiere mener vi at vernepleierens kompetanse bør benyttes i eldreomsorgen i fremtiden.

En utfordring som oppstod underveis i forbindelse med skrivingen var Covid-19. Dette gjorde det vanskeligere å få tak i bøker, det ene intervjuet måtte gjennomføres per telefon og deler av oppgaven måtte skrives via Skype. Etter mye tid og arbeid mener vi selv at det ble oppnådd et godt resultat, i forhold til tilgjengelig forskning og utfordringene rundt samfunnssituasjonen vi er i.

Vår mening er at vernepleierens kompetanse er en uoppdaget profesjon i eldreomsorgen. Hjertene våre brenner for at eldre skal oppleve livsglede, og ha god livskvalitet også i den siste fasen av livet. Vi ønsker at vernepleieren skal bli en større del av det tverrfaglige teamet på somatisk avdeling, å ikke bare på demens avdeling der vernepleieren er mer kjent. I forhold til dagens utfordringer med mer komplekst sykdomsbilde og økende alder blant eldre, trengs det et bredere tverrfaglig team for å møte dette. Vernepleierens største bidrag i det tverrfaglige samarbeidet er den miljøterapeutiske kompetansen en innehar. Vi håper dermed at vår oppgave kan belyse behovet, og at den kan gi mer kunnskap om vernepleier profesjonen. Vi håper også at dette kan vekke interessen for å ansette vernepleiere på somatisk avdeling på sykehjem og i eldreomsorgen generelt.

Vernepleiernes fem gode råd for å satse på vernepleiere:

- 1: Det er viktig å verdsette **hele mennesket** og etterspørre hva som er viktig for brukerne av tjenestene.*
- 2: Vernepleiere har en **treårig bachelorutdanning med autorisasjon**, de har medisinsk kompetanse og kan ta ansvarsvakter på sykehjem.*
- 3: Vernepleiere har kunnskap om **pedagogikk og forming av adferd**, og kan derfor også være riktig person til å ta lederoppgaver.*
- 4: Kunnskap om **habilitering og rehabilitering**, samt kompetanse til å jobbe med mennesker med kognitiv svikt, er viktig i eldreomsorgen.*
- 5: Tjenestemottakere får mer livskvalitet ved at det tilrettelegges for at de kan klare seg mest mulig selv. **Tenk smart – sats på vernepleiere!** (Delta, 2018:18).*

7. Litteraturliste

Berland, A., Solheim, A. og Holm, A.L. (2018). *Eldre pasienter som ønsker å dø*. Hentet 24.03.2020 fra: https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/nsf/2018/01/eldre_pasienter_som_onsker_aa_doe

Bondevik, M (2001). *De eldste eldre: erfaringer og refleksjoner* Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Brunborg, L. (2020). *Er tverrfaglighet viktigere enn faglighet*. Hentet 21.04.2020 fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/09/er-tverrfaglighet-viktigere-enn-faglighet>

Christoffersen S. A. (2015). *Profesjons-etikk om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. 2. utg. Universitetsforlaget

Dahl, A.A. og Aarre, T.F. (2015). *Praktisk psykiatri*. (red.) Oslo: Fagbokforlaget.

Delta (2018). *Leve hele livet: Bruk riktig kompetanse i eldreomsorgen*. Hentet 11.02.2020 fra: [file:///C:/Users/verne/Downloads/Hefte_Leve-hele-livet_2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/verne/Downloads/Hefte_Leve-hele-livet_2018%20(1).pdf)

Fellesorganisasjonen (FO) (2017). *Om Vernepleieryrket*. Hentet 02.03.2020 fra: <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf?fbclid=IwAR0k2EIABhRzUoNv6GvL0YlwcCzYLz92z3ig0XoTvOzQJMMWj4O1BfKZntE>

Fellesorganisasjonen (FO) (2017). *Vernepleierens helsefagkompetanse*. Hentet 04.02.2020 fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1315946-1554456313/Dokumenter/Din%20profesjon/Vernepleier/Vernepleiernes%20helsefagkompetanse%28431509%29.pdf>

Fellesorganisasjonen (FO) (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Stå opp for trygghet* Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet 11.02.2020 fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkman, A. K., Sverdrup, S. og Tveit, B. (2017). *Tverrprofesjonalitet eller innordning?* Hentet 01.04.2020 fra: <https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/tverrprofesjonalitet-eller-innordning-6.19.507734.e6f8b16d8b>

Folkman, A. K. , Tveit, B og Sverdrup, S. (2019). *Leadership in interprofessional collaboration in healthcare.* Hentet 01.04.2020 fra: https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/2583545/f_jmdh-189199-leadership-in-interprofessional-collaboration-in-health-ca....pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fontene 2/2020. Et tidsskrift fra fellesorganisasjonen FO. Hentet 29.04.2020 fra: <https://www.buyandread.com/next/reader.htm?date=20200213&pub=fontene>

Grung, R.M. (2017). *Svært lite arbeidsledighet blant vernepleiere.* Hentet 21.04.2020 fra: <https://vernepleier.no/2017/04/svaert-lite-arbeidsledighet-blant-vernepleiere/>

Hatland, A. (2014). Store norske leksikon. Hentet 27.04.2019 fra: <https://snl.no/eldreomsorg>

Helsebiblioteket.no hentet 28.04.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>

Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi (15-1990): Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030.* Hentet 11.03.2020 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-omimplementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene2013-2030-IS-1990.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet 04.02.2020 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>

Helse- og omsorgstjenesteloven. 01.01. 2020 nr. 45. Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. Henter 07.04.2020 fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. 01.10.2019 nr. 11 Lov om helsepersonell m.v. Hentet 07.04.2020 fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8

Ingebrigtsen, T. (2019). *Ta vernepleiere inn i varmen på sykehjemmene*. Hentet 14.04.2020 fra:

<https://www.folkebladet.no/nyheter/2019/03/25/—Ta-vernepleiere-inn-i-varmen-pa-sykehjemmene-18736299.ece>

Isaksen, M.S. (2020) *Anerkjenn vernepleierens helse- og sosialfaglige kompetanse*. Hentet 19.05.2020 fra:

<https://vernepleier.no/2020/05/anerkjenn-vernepleierens-helse-og-sosialfaglige-kompetanse/?fbclid=IwAR0tFiUBXJZnKC4CIITchFF7ts81h8aSEoSpBPKIEbOEnKWeI6QaaQiZzKM>

Jakobsen, K. & Granbo, R. (2019). *Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere*. Hentet 24.03. 2020 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2011/05/storre-faglig-bredde-som-bidrag-til-mer-aktiv-omsorg-sykehjemsbeboere>

Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2016). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Gyldendal akademisk

Kvittingen, I. (2016). *Syke eldre får ikke den hjelpen de trenger*. Hentet 21.04.20 fra:

<https://forskning.no/helse-aldring-sykepleie/syke-eldre-far-ikke-den-hjelpen-de-trenger/440806>

Malt, U. (2019). Store norske leksikon. Hentet 27.04.2020

fra:https://sml.sn.no/somatiske_symptomer?fbclid=IwAR3IaxFjEFPjg5s-hAUSaRba9czNAAd84I7SczDG8FI2i3BNF1nymz57SkY

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Universitetsforlaget

Myrhol, F.K. (2017). *Høy medisinbruk på sykehjem*. Hentet 20.04.2020 fra:

<https://forskning.no/partner-medisiner-ntnu/hoy-medisinbruk-pa-sykehjem/347671>

Norsk sykepleierforbund. Hentet 21.04.2020 fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2577656/539297/Medlemstall-i-NSF-og-Unio>

Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) (2017). *Hva er kompetanse?* Hentet 28.04.2020 fra:

<https://arbinn.nho.no/arbeidsliv/kompetanse/kompetanseutvikling/ord-og-uttrykk-om-kompetanse/hva-er-kompetanse/>

Owren, T. (2014). *Vernepleiere på sykehjem*. Hentet 11.02.2020 fra:

<https://vernepleier.no/2014/08/vernepleiere-pa-sykehjem/>

Owren, T. & Linde, S. (2013). *Vernepleierfaglig teori og praksis-sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven 01.03.2020 nr. 104. Lov om pasient- og brukerrettigheter.

Hentet 07.04.2020 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/01lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Paque, K., Bastiaens, H., Bogaert, V. P. & Dilles, T. (2018). *Living in a nursing home: a phenomenological study exploring resident`s loneliness and other feelings*. Hentet 24.03.2020

fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12599>

Romskaug, R. og Wyller, T. B. (2020). *Er kombinasjonen av mange medisiner en farlig cocktail eller ikke?* Hentet 20.04.2020 fra:
<https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2019/11/er-en-kombinasjon-av-mange-medisiner-en-farlig-cocktail-eller-ikke?fbclid=IwAR3p3fRxJQ1gNz7crhEWI4pstA7qeRKgrN6lSst0U9YUf28xEBzlbStxXuI>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2013). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. 3. utg. Oslo: Fagbokforlaget*

Røsvik, J., Brønstad, A., Lepperød, T., Stegen, A., Taranrød, L.B. og Øverland, L. (2014). *Dette må jeg kunne- Introduksjon til helse - og omsorgsarbeid. Tønsberg: fagbokforlaget Aldring og Helse.*

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker Oslo: Cappelen Damm akademisk*

Skreien, S.I. (2018). *Den naturlige ensomheten: Opplever flere ensomheten nå enn før- og er det riktig at vi blir mer ensomme i eldre år?* Hentet 20.04.2020 fra:
<https://www.viover60.no/bli-friskere-med-viover60/artikler-bli-friskere-med-viover60/den-naturlig-ensomheten/>

Steihaug, S. (2017). *Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste - betydning for klinisk arbeid.* Hentet 24.03.2020 fra https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/03/samarbeidsutfordringer_i_norsk_helsetjeneste_betydning_fo

Thurèn, T. (2013). *Vitenskapsteori for nybegynnere. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.*

Tuntland, H. (2016). *En innføring i ADL: Teori og intervensjon Oslo: Høyskoleopplaget*

Vold, J.A. og Thøgersen, M. (2017). *Vernepleieren i eldreomsorgen*. Hentet 01.04.2020 fra:
https://vernepleier.no/2017/11/vernepleieren-i-eldreomsorgen/?fbclid=IwAR3aHjKL622iEZeG8IABpoKHZM_6Ai8mMSMh0cAD9peKO5kqZnO4Cm3XEMU

Willumsen, E.& Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid -et samfunnsoppdrag*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

8. Vedlegg

8.1. Vedlegg 1

Intervjuguide

Oppstart: Informasjon om bacheloroppgaven og samtykke til å delta i intervjuet

Før lydbåndet settes på:

Kjønn

Alder

Yrke

Utdanning

Arbeidserfaring år

Etter lydbåndet er satt på:

1. Hva er din profesjon?
2. Hva legger du i begrepet miljøarbeid?
3. Hva er din erfaring med miljøarbeid?
4. Hvor mye blir det praktisert miljøarbeid på din arbeidsplass?
5. Hva legger du i begrepet tverrfaglig arbeid?
6. Hva synes du er fordelene og ulempene med tverrfaglig samarbeid?
7. Beskriv hva du mener skiller en vernepleier fra sykepleieren i yrkesutøvelse?
8. Hva er din erfaring med at eldre i somatisk avdeling har behov for miljøarbeid?
9. Hvilke positive og negative sider ser du ved å ha en vernepleier i somatikken?
10. Hvilke erfaringer har du med endringer i hjelpebehovet hos pasientene som kommer inn på somatisk avdeling i dag, i forhold til for 10 år siden?
11. Hva tenker du om fremtiden for vernepleieren på somatisk avdeling?
12. Hva tror du er grunnen til at de jobber så få vernepleiere på somatisk avdeling?

Avslutning

- Er det noe du har lyst til å tilføye, ting du mener er viktige å få med i forbindelse med dette temaet?

Tusen takk for at du ville delta

8.2. Vedlegg 2

Vil du delta i bachelorprosjektet

” Behovet for miljøarbeid i geriatrien ved somatisk avdeling på sykehjem ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et bachelor-prosjekt hvor formålet er faglig fordypning. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å få frem positive og negative synspunkter fra vernepleiere, sykepleiere og ledere. Og knytte det opp mot tidligere forskning og litteratur. Dette er en bachelor oppgave på ca.14000 ord.

Foreløpig problemstilling: Hvordan få frem forståelsen/behovet for vernepleiefaglig arbeid i geriatrien.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høgskole, fakultet for helsefag, Sandnes.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju deg for å belyse behovet for miljøarbeid på somatisk avdeling på sykehjem. Vi har fått tak i vernepleiere som jobber på somatiske avdelinger i forskjellige kommuner, i tillegg til sykepleiere og ledere. Vi kommer til å intervju ca. 4 personer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi bruker kvalitativ metode i vår oppgave. Dette innebærer at vi gjennomfører et ustrukturert intervju. Det blir brukt lydopptaker under intervjuet i tillegg til notater. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer dette at du blir intervjuet av oss i ca. 1 time. Dine svar på spørsmålene blir transkribert av oss etterpå og alle opptak blir slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket

- Vår veileder vil ha tilgang til opplysninger i prosjektet
- Opplysningene vi innhenter blir oppbevart på pc, men adskilt fra personopplysninger. Alle opptak og notater blir innelåst i en safe under prosessen og slette ved prosjektets slutt.

Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven, alle personopplysninger anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.05.2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høgskole, fakultet for helsefag, ergo- og vernepleierutdanningen i Sandnes, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Veileder
- Studenter
- Vårt personvernombud: Forskningskonsulent
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS,

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

.....

veileder

.....

Studenter

.....

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet bachelor oppgave om «behovet for miljøarbeid i geriatrien på somatisk avdeling på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 20.5.2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

