



# REFLEKSJONSGRUPPER GA NY INNSIKT

**Fellesskap.** Faglig refleksjon førte til bedre praksis og økt trivsel på et sykehjem.

**SAMHANDLINGSPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
**60% praksis**  
**40% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.54055



**Kari Margrethe Kepple,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF, og Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus

**N**år personalet på en sykehjemsavdeling setter seg ned og reflekterer over situasjoner fra møter med pasienter, bruker sine sanser, beskriver og tar frem sine erfaringskunnskaper, kan mye skje. Personalet ser seg selv og hverandre. De blir lyttet til som enkeltmennesker og ikke bare som en gruppe eller rolle, og de får mulighet til å se pasientene som medmennesker og ikke kun i rollen som sykehjemspasient. Verdien av å legge til rette for faglig refleksjon på sykehjemsavdelingene ble et sentralt tema gjennom arbeidet med kompetanseutveksling. I denne artikkelen vil vi presentere våre erfaringer med refleksjon og refleksjonsgrupper i sykehjem gjennom samhandlingsprosjektet SAMSA.

alderspsykiatriske avdelingene har så langt samhandlet med til sammen 13 sykehjem og registrert 328 personale og 548 pasienter.

Forskningsresultatene fra pilotprosjektet «Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor» viste at personalet opplevde signifikant økning i kunnskap og mindre belastning. Gjennom faglig refleksjon og økt samarbeid hos personalet, økte trivselen og resulterte i større ro i avdelingen. Dette medfører økt velvære og reduksjon i utagerende atferd hos pasientene (2).

**METODE.** Den kvalitative metoden for artikkelen omfatter interaksjon og dialog i tilknytning til undervisning og refleksjonsgrupper, samtaler og intervjuer. Først presenterer vi noen sentrale begreper før vi utdyper noen mønstre i erfaringsmaterialet. En refleksjonsgruppe er et forum hvor personalet i fellesskap kan reflektere og bli bevisst sin fagkunnskap og personlig erfaringskunnskap, med sikte på å videreutvikle kunnskapen og en felles praksis. Refleksjonsgruppen er et redskap for å nå ulike mål til beste for pasientene.

Refleksjon kan beskrives som et redskap for å tolke og endre vår egen forståelse av det som skjer i og omkring oss selv. Ved å reflektere setter vi ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause.

Refleksjon gjør oss mer bevisste på vår egen læring og praksis. Gjennom refleksjonen blir kolleger kjent med hverandre som fagpersoner og oppdager at en situasjon oppleves ulikt og tolkes forskjellig av den enkelte.

I refleksjonsgruppene kan kunnskapen fra undervisningen integreres og stimulere til en ny og utdypet forståelse av pasienter og situasjoner i avdelingen. Refleksjonen er ofte knyttet til den enkelte beboer og pårørende, slik at vi ser hele mennesket med livshistorie, interesser, ressurser og problemstilling i sammenheng. På denne måten kan pleieplan og miljøterapi tjene den enkelte pasienten. Temaet kan likevel også være knyttet til en situasjon eller interaksjon som er knyttet til flere pasienter.

En refleksjonsvennlig kultur er viktig både for læring og utvikling, og da trenger vi trygghet og aksept. Vi er alle sårbare, spesielt i vanskelige situasjoner vi føler vi ikke takler. Vi må skape rom for refleksjon sammen (3). Å bli lyttet til, tatt på alvor og få respons på egne innspill blir avgjørende. Å være trygg på at det man sier ikke blir brukt mot en eller som gjenstand for sladder, skaper mulighet for en åpen og ærlig refleksjon. Dette krever mulighet til å gire ned, puste ut og åpne seg for de halvferdige tankene og ideene. Å ha kontakt med

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Refleksjonsgrupper, undervisning og veiledning er de tre elementene i samhandlingsmodellen SAMSA, for kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem. Refleksjon er et viktig verktøy for kompetanseheving og pasientbehandling. Refleksjonsgrupper kan være ryggraden i en videre kompetanseutvikling på sykehjem, for å styrke, bevisstgjøre og utvikle faglig praksis.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Sykehjem
- Refleksjon
- Undervisning
- Veiledning
- Kompetanse



**Kari Hauff,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF



**Astrid Liv Mina Bergem,** Alderspsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF

**BAKGRUNN.** Vi har undervist i alderspsykiatriske lidelser, og alle temaene er knyttet opp til miljøterapi og personalets erfaringer. Refleksjonsgruppene møttes i de to ukene mellom undervisningen, én gang med og én gang uten veileder. SAMSA-modellen er grundig utprøvd og videreutviklet gjennom flere år med prosjekter i samarbeid mellom alderspsykiatriske avdelinger ved Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmets sykehus og Haukeland universitetssykehus og sykehjem i deres sektor. De tre



Illustrasjon: Colourbox

seg selv, legge bort stresset og vende blikket mot her og nå kan oppleves som både godt og smertefullt.

**ERFARINGER.** Her er skissert tre mønstre i det kvalitative materialet knyttet til noen av prosessene i refleksjonsgruppene. Hensikten er å dele inntrykk fra personlige møter med personale på sykehjem gjennom beskrivelser, tanker og erfaringer. Endring er en krevende prosess, som tar tid, men dette er noen av de positive prosessene vi var vitne til i prosjektet.

Et vanskelig tema som gikk igjen i refleksjonsgruppene, var de pasientene som alltid klaget på alt og som personalet følte de til slutt

ungikk. De beskrev pasienter som var mest på rommet, som ikke fikk besøk og som alltid fant noe å utsette på hjelpen uansett. Ved å se nærmere på pasientens livserfaring og sosiale sammenheng knyttet til kunnskap om personlighetsforstyrrelse, depresjon og utfordringer med å bli eldre og avhengig av hjelp, fikk personalet tak i nye perspektiver og en dypere forståelse av pasienten. Noen ganger oppdaget de at pasienten var fanget i en rolle eller handlingsmønster som gikk aller mest ut over dem selv. Gjennom gruppeprosessen så personalet hvordan de kunne bruke sine egne følelser av udueligighet, mislykkethet og irritasjon

## «Jeg tror vi er blitt flinkere til å ikke ta ting så personlig.»

i møte med pasienten for å forstå pasientens opplevelse og ikke agere ut ifra følelsene. Enkelte opplevde at det ga dem en frihet i situasjonen til å møte pasienten med forståelse og medfølelse, og gjorde det lettere å gi omsorg.

En sykepleier sa: «Jeg tror vi er blitt flinkere til å ikke ta ting så personlig når pasientene er aggressive eller vanskelige, men heller tenker at de har en dårlig dag eller er

utrygge, og at vi prøver å hjelpe dem ut fra det».

**ENSOMHET.** Personalet beskrev ulike vanskelige situasjoner hvor de opplevde å stå alene og håndtere situasjonen så godt de kunne, men kjente på inkompetanse og usikkerhet. De fortalte at de ikke én gang hadde delt sine følelser og tanker med de kollegaene de sto i situasjonene sammen med. Dette var situasjoner som førte til at de tvilte på eget yrkes valg og evne til å gjøre en god jobb.

Det var også situasjoner i refleksjonsgruppen hvor det viste seg at de ikke kjente til hverandres praksis. Dermed kunne de heller ikke gi hverandre støtte eller dele av sin kunnskap og erfaring. En vernepleier sa på avslutningen at en tilleggseffekt av prosjektet og refleksjonsgruppene var at de var blitt kjent med sine kollegaer som fagpersoner. En avdelingsleder fortalte at hun gledet seg over at hun i økende grad overhørte reflekterende samtaler både i uformelle og formelle situasjoner på avdelingen.

I et evalueringsintervju beskrev personalet hvordan de i større grad bruker rapportene til å reflektere og er blitt bevisste på sitt behov for å dele opplevelser og tanker før de går hjem. En sa hun lettere tar tak i en kollega og spør om råd eller deler noe hun opplever som vanskelig og krevende.

**LØSNINGER.** I refleksjonsgruppen kom det ofte opp frustrasjoner over avdelingens fysiske utforming og hvordan den ikke harmonerer med behovene til pasientene som bor på avdelingen i dag. På en avdelingene var det kun én dagligstue, hvor noen av pasientene ønsket å se TV, mens andre ble urolig av den. Likevel fant de en ny løsning da de snudde refleksjonen fra irritasjon over begrensninger til mulige løsninger. De brukte et hjørne i gangen til en stille dagligstue, og dette viste seg å være en løsning de trivdes med.

Et annet tema som gikk igjen, var hvordan situasjoner oppsto på





dagligstuen når ingen var til stede. En avdeling valgte å sette opp en plan for at det alltid var et personale på dagligstuen, og reflekterte rundt hvordan personalet skulle være til stede i miljøet.

I et evalueringsintervju på et annet sykehjem beskrev de hvordan de en dag opplevde at spisestuen var blitt mindre enn før, fordi det var blitt så trangt. De oppdaget da at de fleste pasientene nå sitter i rullestol. Dette førte til at de ominnredet stuen for å tilpasse den nye situasjonen. Personale sa dette var et eksempel på at de reflekterer mer i situasjonene og leter etter løsninger.

**UTFORDRING.** Hverdagen på sykehjem har endret seg mye de siste 10–15 årene, pasientene er mye dårligere fysisk og psykisk enn tidligere. Mange eldre bor hjemme så lenge det er mulig, og antall demente er opptil 80 prosent på sykehjemsavdelinger i dag. Dette er en stor faglig utfordring, som krever kunnskap og kompetanse. I tillegg utfordrer samhandlingsreformen kommunene og dermed sykehjemmene til å ta imot pasientene når behandlingen er startet på sykehuset og ikke når de er

ferdigbehandlet. Vi ser at utfordringene er store og tror ikke at alt kan løses med refleksjonsgrupper, men vi tror at det er et element som kan gjøre hverdagen bedre både for pasienter og personalet. Vi vil derfor knytte noen faglige refleksjoner til de ulike erfaringene fra refleksjonsgruppene.

Personalet opplevde at gjennom refleksjonsgruppene ble de kjent med hverandre som fagpersoner og oppdaget at en situasjon oppleves forskjellig og tolkes forskjellig av den enkelte. Selvrefleksivitet og selvavgrensning er to viktige egenskaper i møte med andre mennesker. Disse egenskapene blir styrket når man får mer kunnskap og muligheten til å reflektere i grupper med kollega om sine følelser og opplevelse fra møter med pasientene. Det er en uvurderlig evne å kunne betrakte seg selv utenfra og å kunne skille mellom egne og andres opplevelse av situasjonen og relasjonen (4). I refleksjonsgruppen kan man få hjelp til å sortere og forstå det man opplever i møte med pasientene ved å lytte til egne og andres innspill. Dette gir både den enkelte og personalet som gruppe mulighet til å styrke evnen til å oppfatte skillet mellom seg selv og

den andre, og å kunne forholde seg til verden på en annerledes måte.

**VIPS-MODELLEN.** Å kunne se pasienten som et lidende medmenneske og ta pasientens perspektiv, er en viktig forutsetning for en empatisk forståelse. Det gir mulighet for en «personsentrert omsorg» (6). Dette er kjent som «VIPS-modellen», som ikke eksplisitt var med i vårt prosjekt, men likevel er sammenfallende med vår erfaring av hva som gir endring både for pasienter og personale. I definisjonen av «personsentrert omsorg» i «VIPS-modellen» står bokstaven V for at vi alle er like verdifulle, bokstaven I for individuell tilrettelegging, fordi vi er forskjellige. bokstaven P for viktigheten av å



**«Ved å reflektere setter vi ord på egen kunnskap, både den uttrykte og den tause.»**

kunne ta pasientens perspektiv, og bokstaven S for at vi sammen skal skape et sosialt fellesskap hvor pasienten trives. Dette kan være en verdifull modell å bruke i

avdelingen for å styrke den helhetlige omsorgen for pasientene.

Vi har erfart at når det kommer en veileder utenfra, kan det føre til distanse og ny energi til gruppeprosessen. Veilederne kan velge å speile deltakernes kompetanse ved å lytte, etterspørre erfaring og få personalet til å se at de selv sitter på løsningen. Når alle deltar, kan den tause kunnskapen hos personalet komme frem og øke avdelingens følelse av felles kompetanse. Personalet fortalte om vanskelige situasjoner de hadde opplevd med utagering og med psykotiske pasienter, spesielt på kveldsvakter og nattevakter. Dette var situasjoner som hadde skjedd for en tid tilbake, men som de ikke hadde snakket om. Det er viktig at disse situasjonene ikke blir stående som noe en gruer seg for, men i stedet er noe de får hjelp til å bearbeide og som øker kunnskap og kompetansen til å møte en liknende situasjon med større trygghet ut ifra sin erfaring. På denne måten kan erfaringen bli en ressurs og ikke en hindring.

## Fakta



### Gaustad-modellen

I perioden 2006–2010 ble Gaustad-modellen for samhandling mellom alderspsykiatriske avdelinger og sykehjem utviklet gjennom et forskningsprosjekt ved alderspsykiatrisk avdeling, Gaustad, Aker sykehus HF, senere Oslo universitetssykehus HF. Fra 2011 ble prosjektet utvidet til et multisenter samhandlingsprosjekt for kompetanseutveksling mellom alderspsykiatriske avdelinger og sykehjem, og omgått til SAMSA-modellen. Prosjektet har mottatt finansielt tilskudd fra Helsedirektoratet i perioden 2009–2013.

## Fakta



### SAMSA-modellen

SAMSA-modellen inneholder opplæring i bruk av utredningsverktøy, registreringsskjemaer og undervisning i alderspsykiatriske lidelser, samt refleksjonsgrupper med og uten veiledning.

- Utredningsverktøy og registreringsskjema: KDV (Klinisk demensvurdering), NPI (Nevropsykiatrisk vurderingsguide), Cornell-skala for depresjon ved demens, BARS uroskala, PADL – Fysisk selvpvholdelsesskala (1).
- Registrering av personalet: Spørreskjema om personalets egen vurdering av kunnskapsnivå og spørreskjema om trivsel og arbeidsmiljø.

**KOMPETANSE.** Et utvidende perspektiv er å se på avdelingen som et praksisfellesskap, et sted for tilegnelse av kunnskap. En levende kontekst som gir nyankomne adgang til kompetanse, en personlig opplevelse av engasjement og å bli innlemmet i en deltakeridentitet. Et velfungerende praksisfellesskap som bygger på et gjensidig engasjement i en felles virksomhet er en god kontekst for å utforske nye innsikter og avansert læring. Det forutsetter en sterk felles kompetanse og respekt for den individuelle erfaring (6). Wengers bok om «Praksisfællesskaper» bekrefter noen av de prosessene vi oppdaget i prosjektet og som vi tror kan være et vitaliserende perspektiv på arbeidsfellesskapet i sykehjem.

Dette er også viktig for alle de situasjonene den enkelte har tilegnet seg kompetanse på, men som kolleger ikke kjenner til. Derfor er det viktig at personalet reflekterer som en gruppe og ikke bare to og to. Donald Schön påpeker at det er en viktig del av profesjonelle yrkesutøveres kompetanse å kunne reflektere over sin egen og andres yrkesvirksomhet, og på den måten vinne ny innsikt til beste for videre praksis. Hensikten med refleksjonen er å utvikle personlig kunnskap og handling med sikte på å utvikle profesjonenes kunnskap og praksis med kolleger (7). Helsefaglig praksis utøves nettopp i spenningsfeltet mellom sensibilitet og refleksjon. Sensibilitet fordi vår praksis forutsetter forståelse for pasientens egenopplevelse av sykdom og helseproblemer. Refleksjon fordi behandling, rehabilitering og pleie krever fagkunnskap og begrunnelse (8).

**FORUTSETNINGER.** En viktig forutsetning for at disse positive prosessene skal få fotfeste i en avdeling, er at refleksjonsgruppene er lederforankret. Avdelingslederen må legge til rette for at personalet får mulighet til å sette av tid til refleksjon og se verdien refleksjonsgruppene har for kvalitetssikringsarbeid på avdelingen. En avdeling består av ulike yrkesgrupper og

ulike personligheter. Refleksjonsgruppen kan få frem positive sider ved å være ulike med ulike perspektiver og få uformelle lederes egenskaper frem på en mer hensiktsmessig måte.

Flerfaglighet er en viktig del av refleksjonen, hvor ulike yrkesgrupper og ulike medarbeidere kan dele sin kunnskap ut ifra sitt perspektiv og sin erfaring. Alle har et unikt bidrag knyttet til den de er og til sin kjennskap til og opplevelse med pasientene, som kan bli mer nyanisert og bredere presentert i praksisfellesskapet. Med dette vil den enkeltes erfaringskunnskap blir tydelig og bevisst og kan videreutvikles til kompetanse. Det er viktig at refleksjonen skjer i en språklig form som er tilgjengelig for alle. Flere sykehjem har i løpet av perioden fått en sykehjemslege i full stilling i stedet for fem fastleger som deler på stillingen. I et av evalueringsintervjuene fortalte personalet at det har vært med på å styrke refleksjonen i avdelingen.

**MILJØTERAPI.** Det er lett å handle ut ifra rutine og autopilot når en har jobbet på samme avdeling med de samme pasientene over år. Kanskje kan refleksjonsgruppene være en måte å holde oppe interessen for å lære, utvide sitt repertoar og tilegne seg nye ferdigheter. Ifølge Schön kan refleksjon være en måte å gå i motsatt retning av «rutinisering» på (7).

På flere sykehjem var de ikke vant til begrepet miljøterapi. Miljøterapiens grunntanke er at det i alle gode relasjoner finnes muligheter til å skape erfaringer som gir grunnlag for økt selvfølelse og sosial mestring hos pasienten. Dette kan føre til større trygghet og mer positiv selvpåfatning (9). Noen av personalet satte ord på at de hadde oppdaget noen av disse ringvirkningene i sine møter med pasientene når de prøvde ut nye handlingsalternativer. To av sykehjemmene ønsket undervisning i oppmerksomt nærvær for å lære å håndtere stress bedre og ha et sterkere fokus på tilstedeværelse i møte med pasientene.

På noen sykehjem og avdelinger



har samhandlingsreformen snudd opp ned på hele avdelingen, og de er blitt en mottaksavdeling for pasienter fra sykehuset hvor behandlingen er startet, men ikke fullført. Endringer, enten de er store eller små, kan øke behovet for refleksjonsgrupper og styrking av faglige fellesskap, hvor en kan komme frem med behov for mer kunnskap og kompetanseutveksling og bli klar over den kunnskapen allerede har. Refleksjonsgruppene kan være ryggraden i en videre kompetanseutvikling på sykehjemmet. Hver avdeling må finne et tidspunkt hvor de kan samles til refleksjon. Det kan være en utvidet lunsj, tid knyttet til morgenen, en ettermiddagsrapport eller på en fast tid som rullerer med et annet møte. Hensikten er å styrke refleksjonen i avdelingen, slik at læringsprosessene fortsetter. Dette kan føre til en bevisstgjøring om hvilke andre problemstillinger de ønsker faglig påfyll i møte med. Mulighetene er mange. De kan søke i faglitteraturen og dele med hverandre. De kan ta kontakt med andre spesialister og legge frem behov for undervisning og oppdatering. Når refleksjon i og utenfor gruppene møter ny kunnskap, kan integrering og utvikling av deres egen og felles praksis føre til inspirasjon og vekst.

**KONKLUSJON.** I løpet av disse fire årene prosjektet har pågått, har vi hatt mange møter, undervisning, veiledninger og samtaler hvor de ovennevnte mønstre er blitt tydelige gjennom refleksjon. Refleksjonsgruppene er blitt en arena for å styrke, bevisstgjøre og utvikle

avdelingens faglige praksis. Et personale som trives sammen, føler seg trygge og får mulighet til å utvikle seg som medmennesker og fagpersoner, gir bedre behandling og pleie.

På bakgrunn av våre erfaringer har vi utviklet en SAMSA-Manual til implementering av modellen for kompetanseutveksling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger. Manualen er en trinnvis beskrivelse av framgangsmåten for praktisk gjennomføring av SAMSA-modellen og har blitt prøvd ut ved sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger i Bergen og Oslo i 2014. Tilbakemeldingene angående nytteverdien av SAMSA-manualen er positive. ●

*Takk til Viken Alderspsykiatrisk Forskningsnettverk for støtte til skriving og mulighet til å presentere prosjektet.*

#### REFERANSER:

1. <http://www.aldringoghelse.no/?pageID=634> (Nedlastet 3. februar 2014)
2. Aavik E, Bergem M. Avslutningsrapport fra pilotprosjektet «Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor». Oslo: Alderspsykiatrisk poliklinikk, Aker Universitetssykehus HF, 2008. Rapport til Helse Sør-Øst.
3. Bang S, Heap K. Skulle ressurser. Om veiledning i grupper. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
4. Løvlie Schibbye AL. En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie. Oslo: Universitetsforlaget 2002.
5. <http://helsekompetanse.no/fagnett-miljøbehandling/14627>
6. Wenger E. Praksisfællesskaper. Læring, mening og identitet. Opplag 4. København: Hans Reitzels forlag, 2010.
7. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteorier. Opplag 4. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag 2000, s.70.
8. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Opplag 2. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
9. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Opplag 4. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.

#### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)