

Kan kompleksitetsteori bidra til bedre forståelse og tiltak ved aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem?

Janne Myhre ¹, Bjørn Lichtwarck¹

¹ Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet (HF), Ottestad, Norge.

Forfatterne:

Janne Myhre
Spesialsykepleier/PhD

Bjørn Lichtwarck
Spesiallege/ PhD

Sammendrag

Ut fra vår erfaring og forskning vet vi at hendelser med aggresjon, overgrep og forsømmelse i sykehjem har en sterk sammenheng, opptrer ofte samtidig, og har flere sammenfallende determinanter. De er vanligvis komplekse fenomener som har en tendens til å gjenta seg, og som praksisfeltet opplever som krevende. Tradisjonelt er vi opplært til å tenke lineært om slike hendelser, dvs. at det finnes en eller flere årsaker vi kan gjøre noe med ved å sette inn noen generelle tiltak som f.eks. tradisjonell opplæring, kurs og forelesninger. Vi stiller spørsmål med om denne lineære måten å forstå aggresjon, overgrep og forsømmelser på, er tilstrekkelig for å tilnærme seg og forebygge disse hendelsene. I denne artikkelen vil vi diskutere hvordan vi ved bruk av kompleksitetsteori kan endre vår forståelse av disse fenomenene og sammenhengen mellom beboeren, ansatte, relasjonene de alle inngår i og konteksten sykehjemmet og samfunnet. En slik forståelse kan også være viktig i utviklingen av effektive modeller for forebygging og tilnærming i praksis. For å underbygge hvordan konsepter fra kompleksitetsteori kan bidra til endringer i vår forståelse av og vår tilnærming til disse fenomenene, har vi anvendt empiri fra våre to dr. gradprosjekter: Utvikling og evaluering av TID, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID-studien) og Lederskapets rolle for å fremme pasientsikkerhet og forebygge vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem (Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien).

Nøkkelord: kompleksitet, kompleksitetsteori, aggresjon, overgrep, forsømmelse, wicked problems, TID, ledelse, sykehjem

Can complexity theory contribute to a better understanding and more appropriate measures for aggression, abuse, and neglect in nursing homes?

Abstract

Based on our experiences and on research we know that incidents with aggression, abuse and neglect are strongly associated, they often occur simultaneously, overlap, and have common determinants. They are usually complex phenomena that reoccur, and which the field of practice conceive as challenging. Traditionally, we are trained to think linear about such incidents, i.e., there are one or more causes that we can resolve by putting into action general measures and solutions. We pose the question if this linear way of thinking about aggression, abuse and neglect is appropriate to approach and prevent these incidents. In this article, we will discuss how the use of complexity theory can change our understanding of these phenomena and the interactions between the resident, the staff, the relationships that they all are part of, and the context nursing home and the society. This way of understanding these incidents can be of importance in the development of effective models to approach and prevent aggression, abuse and neglect. To justify how concepts from complexity theory can contribute to changes in our understanding of and approaches toward these phenomena, we use empirical data from our two PhD projects: The development and evaluation of TIME, Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (the TIME study), and The role of leadership in promoting safety for nursing home residents and preventing elder abuse and neglect (Leadership and patient safety study).

Keywords: Complexity, complexity theory, aggression, abuse, neglect, wicked problems, TIME, leadership, nursing homes

Case:

Nesten hver natt våkner Ola med sterk uro. Er det drøm eller virkelighet? Uansett, nå må Ola opp, opp å gå, finne noen å snakke med. Fort. Han vakler ustødig inn i de nærmeste rommene i den lange korridoren. Ingen svarer. Nattevakt Rita kjenner igjen ropene til Ola, men hun er inne hos en annen beboer som også trenger hjelp. Alene med 23 beboere på avdelingen er det umulig å nå alle i tide. Det knyter seg i magen. På personalmøtet har de akkurat snakket om hvor viktig det er med ro på natten. Og hva om Ola faller, ustø som han er? Rita vet at Ola har demens med lewylegemer som kan gi nattlig uro og ustøhet. Heldigvis kan hun tilkalle sykepleier Kari som har vakt på hele sykehjemmet. Rita forsøker å berolige Ola, og fører han forsiktig tilbake til rommet sitt. Men Ola blir sint, kjefter og ropene blir bare enda sterkere. Han slår mot Rita, men treffer ikke. Når Kari endelig kommer, tilbyr hun Ola en beroligende tablett (Sobril), men han nekter å ta den. Tabletten blir da knust, og blandet i litt søt yoghurt, som Ola vanligvis liker godt. Kari ber Rita passe armene til Ola, mens hun forsiktig og sakte gir han flere skjeer med yoghurt. Det går fint, og Ola roer seg raskt.

Introduksjon

Historien om Ola, Rita og Kari er nok ikke unik og mange vil kjenne seg igjen. Gjennom hyppige nyhetsoppslag i den senere tid og forskning har hendelser med aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem blitt løftet fram (1-5). Disse hendelsene er det viktig å ta på alvor, sette inn tiltak for å forebygge, men også lære av når en hendelse først har oppstått. Utfra vår erfaring og fra forskning vet vi at dette er hendelser det likevel er vanskelig å få gjort noe med, som har en tendens til å gjenta seg, og som praksisfeltet opplever som krevende (6-8). Tradisjonell opplæring som kurs og forelesninger ser ikke ut til å være tilstrekkelig i møte med denne type utfordringer i praksis (7, 9). Kanskje skyldes dette at vår forståelse av aggresjon, overgrep og forsømmelser, og dermed også måten vi møter hendelsene på, ikke er tilpasset fenomenene og den virkelighet de opptrer i.

Som vår historie viser, samhandler ulike mennesker på ulike måter med hverandre i en sammenheng, det vi kan kaller konteksten. I vår historie er denne konteksten sykehjemmet med sine beboere, pårørende, sin bemanning, kompetanse hos personalet, kultur, ledelse, fysisk miljø osv. Tradisjonelt er vi lært opp til å tenke lineært om hendelser. Det innebærer at vi forsøker å forstå hendelser på et generelt grunnlag ved å lete etter noen få viktige årsaker som vi kan gjøre noe med, for så å sette inn noen generelle tiltak på grunnlag av dette. Tanken

er at når vi mener vi kjenner årsakene kan vi forutsi hva som vil skje med en stor grad av forutsigbarhet, og overføre det også til andre lignende situasjoner. Er det hensiktsmessig å forstå det som skjer mellom Ola, Rita og Kari på denne måten? Eller er det nettopp vår lineære forståelsesmåte som medfører at det er vanskelig både å tilnærme seg og forebygge slike hendelser? Kan denne tradisjonelle forståelsen bidra til at hendelsene har en tendens til å gjenta seg? Vi vil i denne artikkelen diskutere hvordan vi ved bruk av kompleksitetsteori kan endre vår forståelse av sammenhengen mellom Ola som det ytes omsorg til, Kari og Rita som yter omsorgen, relasjonene de alle inngår i og konteksten sykehjemmet og samfunnet. En slik forståelse kan også være viktig i utviklingen av effektive modeller for tilnærming og forebygging i praksis (10, 11). Forståelsen av aggresjon, overgrep og forsømmelser som komplekse fenomener kan også bidra til en kulturendring, fra det å lete etter en sydebukk eller noen enkle årsaker, til en bredere og mer helhetlig tilnærming. Dette vil videre kunne påvirke selve læringsprosessen som er nødvendig for å komme frem til gode tiltak for aggresjon, overgrep og forsømmelser i praksis. For å belyse hvordan konsepter fra kompleksitetsteori kan bidra til endringer i vår forståelse av og vår tilnærming til disse fenomenene vil vi bruke empiri fra våre to dr. gradprosjekter: Utvikling og evaluering av TID, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID-studien) (10) og Lederskapets rolle for å fremme pasientsikkerhet og forebygge vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem (Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien) (11).

Aggresjon, overgrep og forsømmelser er gjenstridige problemer («wicked problems»)

Aggresjon, overgrep og forsømmelser representerer en gruppe fenomener med overlappende determinanter (risikofaktorer, utløsende- og vedlikeholdende faktorer) som interagerer med hverandre (12-15). Det er i litteraturen uklarhet om hvordan disse begrepene skal defineres eller beskrives (9, 16-19). Denne uklarheten og den stadige søken etter de «sanne» definisjonene, reflekterer sannsynligvis realitetens kjerne. Aggresjon, overgrep og forsømmelser er fenomener det er vanskelig å avgrense dvs. definere, og endrer seg med kontekst, kultur og tid. En avgrensning av disse fenomenene i en eller flere definisjoner vil derfor ikke avspeile denne komplekse virkeligheten. Aggresjon, overgrep og forsømmelser er eksempler på det Rittel og Webber karakteriserer som «wicked problems» (20, 21), og som på norsk ofte oversettes til gjenstridige problemer (22). Dette er problemer som er innvevd i hverandre, som har sammensatte og overlappende årsaker og som er vanskelige å avgrense eller definere. Derfor kan ikke aggresjon, overgrep og forsømmelser så lett defineres med mål om å gi den eksakte «sanne» mening. I stedet må hver enkelt hendelse beskrives nettopp fordi

hvert problem og hvert menneske som inngår i hendelsen er forskjellige og unike. Gjenstridige problemer kjennetegnes ved at de ikke har noe naturlig stoppunkt dvs. de er ikke løst en gang for alle, men krever kontinuerlig innsats for å redusere dem. Denne typen problemer har heller ingen ferdige løsninger eller ferdige oppskrifter for løsninger (10, 11). Et annet kjennetegn er at når en reduserer et gjenstridig problem så forverres eller skapes det ofte et annet gjenstridig problem. Kari i vår historie gir Ola en beroligende tablett (Sobril) for å roe hans uro og aggresjon. Det er mulig i enkelte tilfeller å redusere aggresjon noe ved bruk av beroligende legemidler, men effekten av legemidler er som regel beskjedne (23). Til gjengjeld sees ofte etter en tid økende forvirring og redusert kognisjon som igjen kan forverre samhandlingen med personene. En beskrivelse av aggresjon, overgrep og forsømmelser som i hovedsak gjenstridige problemer vil ha konsekvenser for både læring og kompetanseutvikling i sykehjem. Det vil i tillegg ha betydning for forebygging og tilnærming til disse utfordringene. Dette vil vi drøfte i siste del av artikkelen.

Hva er kompleksitetsteori?

Beskrivelsene av fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelser som «wicked» eller gjenstridige problemer bygger i stor grad også på konsepter fra kompleksitetsteori. Flere studier av sykehjem og utfordringene sykehjemmene står overfor beskriver både sykehjemmene som komplekse systemer og selve utfordringene som komplekse (10, 11, 21, 24, 25). I dette avsnittet vil vi beskrive hvordan sentrale konsepter fra kompleksitetsteori kan være nyttige for å bringe inn en ny forståelse av hvordan og hvorfor gjenstridige fenomener som aggresjon, overgrep og forsømmelser oppstår.

Hva er forskjellen mellom komplisert og komplekst

En av pionerene innenfor utviklingen av kompleksitetsteori var filosofen Peter Cilliers. I et av hans mest kjente verk «Complexity and Postmodernism» beskriver Cilliers hva som skiller det kompliserte fra det komplekse (26). Et komplisert system består alltid av mange deler eller komponenter. Disse komponentene forholder seg til hverandre forutsigbart fordi de følger spesifikke regler eller vitenskapelige lover. Et komplisert system kan derfor deles opp. Ved å studere hver komponent for seg og de forutsigbare interaksjonene mellom dem, kan en forstå hele systemet. Det finnes ofte en detaljert beskrivelse av hvordan systemet er satt sammen gjennom en manual eller en oppskrift. Når systemet svikter, kan en finne feil ved systematisk å studere eller teste hver enkelt del. Biler, fly og datamaskiner er eksempler på kompliserte systemer. Et komplekst system består også av mange komponenter, men komponentene

forholder seg ikke til hverandre etter fastlagte lover. Interaksjonene mellom disse endrer seg hele tiden, og er derfor ofte uforutsigbare. Dersom en forsøker å dele opp et komplekst system i sine komponenter, og kun studerer disse hver for seg, vil en miste mye informasjon om systemet. Å søke etter feil i et sviktende komplekst system på denne måten, vil vanligvis ikke føre fram. Et komplekst system er dermed mer enn summen av sine deler (26). Eksempler på typiske komplekse systemer er hjernen, de ulike språkene og sosiale systemer som en familie eller en institusjon. Disse systemene kan videre inngå i andre komplekse systemer. Hjernen inngår i flere biologiske systemer, følelser og tanker i psykologiske og kognitive systemer, og sykehjemmet inngår flere sosiale systemer som f.eks. kommunen.

Dersom vi antar at en pleier som bidrar til en forsømmelse overfor en beboer inngår i et komplekst system sammen med beboeren og sykehjemmet, innebærer dette at det finnes mange faktorer som samtidig medvirker til hendelsen, og at disse faktorene påvirker hverandre uforutsigbart. Det samme vil gjelde for fenomenene aggresjon og overgrep (10, 11). Den biopsykososiale modellen forteller oss at disse faktorene kan både være biologiske, psykologiske og sosiale, der den sosiale delen også innbefatter kulturelle og fysiske forhold i omgivelsene (27-29). Situasjonen som oppsto mellom beboer Ola, nattevakt Rita og sykepleier Kari i vår historie innledningsvis, kan sees som på som både et komplekst system og som et samspill mellom ulike komplekse systemer. En slik forståelse vil ha konsekvenser for hvordan en tilnærmer seg disse fenomenene dersom en ønsker å løse utfordringene, og å forebygge dem. Det vil vi komme tilbake til.

Ikke-linearitet innebærer uforutsigbarhet

Det at komponentene i et komplekst system interagerer med hverandre uforutsigbart og ikke lovmessig, kalles ikke-linearitet. Endringer i systemet behøver ikke å være proporsjonalt med graden av påvirkning. Stor påvirkning behøver ikke ha særlig effekt, men andre ganger ser en flere effekter av en liten eller en bagatellmessig påvirkning. Det kan fortsatt være en sammenheng mellom påvirkning og effekt, men påvirkningene endres av andre ofte ukjente faktorer underveis (30, 31). I vår historie om Ola så vi at han nokså straks ble rolig da sykepleier Kari kom til, og gav han en yoghurt som han likte. Dette kan ikke ha vært en effekt av legemidlet som var blandet inn siden effekten kom så raskt. Kanskje var det tryggheten med at det var to til stede kombinert med omsorgen med å få mat som gav han ro. Det er en klinisk erfaring at tiltak kan gi gode resultater en gang, mens samme tiltaket neste gang i en tilsynelatende lignende situasjon ikke virker i det hele tatt. Det skyldes de ikke-lineære

egenskapene med komplekse systemer. Dette har betydning når vi skal utforme og evaluere effekten av tiltak overfor f.eks. aggresjon, overgrep og forsømmelser.

Selvorganisering – tilpasninger på godt og vondt

Alle systemer enten de er biologiske, psykologiske eller sosiale kan påvirkes av både ytre og indre faktorer. Komplekse systemer har en viktig iboende egenskap som gjør at de hele tiden tilpasser seg disse påvirkningene. Systemene er av den grunn i stadig endring. Systemene blir derfor kalt komplekse adaptive systemer (30), og tilpasningsprosessen benevnes selvorganisering (31). Selvorganiseringen kan ikke kontrolleres eller styres helt, men den kan påvirkes. Dette skyldes at endringene innad i systemene ofte er ikke-lineære (32). I eksemplet med Ola kan hans roping og nattlige uro sees på som en tilpasning (selvorganisering) til indre impulser som utgjøres av hans virkelighetsnære drømmer, som er svært vanlig ved demens med lewylegemer. Selvorganisering i dette eksemplet innebærer også at hans atferd påvirkes av det fysiske miljøet (lange korridorer), lang venting på menneskelig kontakt fra pleierne, og deres håndtering av situasjonen. Videre innebærer det at pleiernes handlingsmønster er et uttrykk for selvorganisering i systemet sykehjemmet, dvs. det er en tilpasning hos pleierne som blant flere faktorer er påvirket av deres kompetanse, holdninger, bemanningssituasjonen og kulturen de er en del av. Teoretisk beskrives selvorganisering i sosiale systemer som summen av de fortolkninger og handlinger som gruppen av personer som inngår i systemet skaper som tilpasninger til f.eks. pålagte oppgaver og planer (32, 33). Det er det såkalte indre livet i organisasjonen. Pleiekultur er således en del av sykehjemmets selvorganisering (11).

Beskrivelsen av selvorganiseringen i de ulike systemene i vår historie slik det framgår over, viser hvor tett fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelser henger sammen. Fra forskning vet vi at disse fenomenene har en rekke felles determinanter, og kan i tillegg være determinanter for hverandre (12-15). Når Ola utviser aggresjon, øker risikoen for at han skal bli utsatt for urettmessig tvang dvs. overgrep. Når bemanningen er for lav om natten, øker risikoen for at Ola ikke får trøst og menneskelig kontakt i sitt mareritt. Han utsettes for en forsømmelse som igjen kan øke hans uro og aggresjon.

Ny forståelse krever nye tilnærminger til aggresjon, overgrep og forsømmelser

Selv om aggresjon, overgrep og forsømmelser ofte er gjenstridige problemer med høy grad av kompleksitet, må likevel ledere og ansatte i sykehjem til daglig forholde seg til disse. Vi skal ved hjelp av empiri fra våre to dr. grads prosjekter, Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien og

TID-studien underbygge at dette er gjenstridige problemer. Disse studiene viser også at det er mulig å tilnærme seg denne kompleksiteten i praksis for både å forebygge og for å redusere forekomsten av fenomenene (10, 11). I Ledelse- og pasientsikkerhetsstudien ble ledere i sykehjem fra to ledernivåer inkludert. Studien hadde et utforskende kvalitativt design. 28 avdelingsledere og 15 enhetsledere ble intervjuet om deres opplevelser og erfaringer med overgrep og forsømmelser. De ble også spurt om hvordan de oppnår kunnskap om at en hendelse har skjedd, og hvordan de følger opp overgrep og forsømmelser for å forhindre at det skjer igjen (11). I TID-studien ble det i 2016 gjennomført en randomisert kontrollert studie i 33 sykehjem. Det ble i studien vist at bruken av TID klart reduserte uro og aggresjon (primært effektmål), og sannsynligvis også reduserte depressive symptomer, vrangforestillinger og medførte en bedring av livskvalitet hos beboerne (sekundære effektmål) (34). I tillegg ble det gjennomført en prosessevaluering av intervensjonen for å undersøke mulige årsaker til effekt eller manglende effekt, og mulighet for videre spredning til praksisfeltet etter endt studie.

Anerkjenne at dette er komplekse gjenstridige problemer - «wicked problems»

I studien ledelse og pasientsikkerhet viste funnene at begrepene vold, overgrep og forsømmelse slik de brukes i forskningsfeltet i dag ikke var gjenkjennbare i praksis. Dette gjaldt særlig begrepet vold. Til tross for at lederne ikke var fortrolige med begrepene, frambrakte de eksempler på hendelser de tolket som skadelige for beboerne. Samtidig viste lederne til at dette er hendelser det er vanskelig å avgrense, og at en hendelse ofte er innvevd i andre hendelser (3). Lederne inkluderte også fenomenet aggresjon fra beboerne når de beskrev overgrep og forsømmelse. Dette understreker sammenhengen mellom fenomenene. Det underbygger videre at hver situasjon må analyseres bredt nettopp fordi hver situasjon er unik og har ulike sammensatte og overlappende determinanter (6, 35). Avvikssystemet er ifølge forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring et av de systemene ledere skal bruke for å arbeide med å øke kvaliteten på tjenesten (36). Samtidig viste funnene at avvikssystemet ikke var egnet til å fange opp denne type komplekse gjenstridige problemer (37). Lederne uttrykte en maktesløshet i oppfølgingen av disse problemene. Uttrykt maktesløshet kan være et resultat av at komplekse problemer ble forsøkt gjort til enklelineære problemer uten at kompleksiteten ble anerkjent.

Anerkjenne at det skjer en selvorganisering – tilpasning i komplekse systemer

Selv om lederne frambrakte eksempler på hendelser de beskrev som skadelige for beboerne, forsøkte de også å rasjonalisere disse hendelsene (3). Denne rasjonaliseringen ble sett i deres forsøk på å forklare disse hendelsene, og kan være en tilpasning til ytre og indre krav i organisasjonen som effektivitet, lav bemanning, beboere med komplekse behov osv. Denne tilpasningen er det vi tidligere har beskrevet som selvorganisering i sosiale systemer, og som utgjør helheten av de fortolkninger og handlinger som gruppen av personer som inngår i systemet skaper. Omsorgstjenesten er under press, og de seneste årene har effektivitet og krav om budsjettstyring fått stor plass (38). En kultur som setter slike krav svært høyt vil ofte knytte god ledelse opp mot målet «et budsjett i balanse» og lojalitet til dette målet og toppledelsen. Samfunnets verdier og mål for omsorgstjenesten vil også påvirke pleiekulturen i sykehjemmet, hvor målet om effektivitet kan komme til uttrykk i en kultur som lærer å verdsette «det å få jobben gjort». Pleiekulturens betydning i forståelsen av aggresjon, overgrep og forsømmelse og tilnærmingen til disse fenomenene kom tydelig frem blant funnene i lederstudien (3, 6, 37). Samtidig uttrykte mange ledere at de manglet en systematisk strategi for å oppnå endring og ny læring i pleiekulturen (6). Som tidligere beskrevet, kan ikke selvorganiseringen kontrolleres, men kun påvirkes (32). I følge Stacey er det særlig tre forhold som bidrar til å påvirke selvorganiseringen i komplekse organisasjoner: 1. øke informasjonsflyten; 2. legge til rette for flere kontaktpunkter mellom deltakerne i organisasjonen og 3. fremme utviklingen av større variasjon i kognitive skjemaer (tolkninger og forståelse av sammenhenger i det en opplever) hos deltakerne (32). Systematisk bruk av felles tverrfaglig refleksjon i organisasjoner vil kunne bidra til å påvirke selvorganiseringen gjennom alle disse tre aspektene. TID er et eksempel på en norsk modell, utviklet i sykehjem, som kan bidra til ny læring gjennom felles refleksjon. Selv om TID primært var utviklet for bruk ved utfordrende atferd hos beboere i sykehjem, anvendes modellen i dag på en rekke andre komplekse problemer i sykehjem, sykehus, og hos hjemmeboende (39, 40).

En bred biopsykososial utredning er nødvendig

TID er en utrednings- og refleksjonsmodell som skal fungere som en veiviser for personalet, leder og lege når de arbeider med komplekse problemer (39). Den er sammensatt av tre overlappende faser: en utredningsfase, en refleksjonsfase med analysemetoder fra kognitiv terapi, og en tiltaks- og evalueringsfase. For komplekse problemer er det som regel vanskelig å forutse hvilke faktorer som er viktigst, siden det er det uforutsigbare samspillet (selvorganiseringen) mellom faktorene som utgjør helheten. Utfra dette perspektivet blir det

viktig å forsøke å sette inn tiltak overfor flere faktorer for å endre selvorganiseringen i en gunstig retning. I TID-studien var et av funnene at personalet, ledere og sykehjemsleger framhevet betydningen av en helhetlig og bred bio-psykososial tilnærming til de komplekse utfordringene (41). Personalet i intervensjonspsykehjemmene fikk en grundig opplæring i hvordan de kunne kartlegge og undersøke både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som kunne ha betydning for å forstå utfordringene hos beboerne (39). Resultatene av denne utredning ble så tatt med til neste fase som var refleksjonsfasen. Det er sannsynlig at denne brede utredningsfasen i TID i seg selv har hatt betydning for den positive effekten av TID (4).

Strukturert felles refleksjon om komplekse utfordringer skaper ny kunnskap

I den delen av TID-studien som omfattet en prosessevaluering av intervensjonen med TID, ble det ikke funnet forskjeller i formell kompetanse eller generelle holdninger til demens mellom personalet i intervensjonspsykehjemmene og kontrollpsykehjemmene (4). Dette kan innebære at selv om formell kompetanse også er viktig, er denne formen for kunnskap ikke tilstrekkelig i møte med komplekse utfordringer. Personalet, ledere og sykehjemsleger i intervensjonspsykehjemmene framhevet i fokusgruppeintervjuer betydningen av tverrfaglig strukturert refleksjon i felleskap som en metode for å skape ny og felles forståelse om beboeren, situasjonen og miljøet. Med utgangspunkt i denne nye forståelsen skapte så personalgruppen et sett av skreddersydde tiltak der målet var en samtidig påvirkning av faktorer som har betydning for situasjonen. Denne nye forståelsen og tiltakene er spesifikke for den aktuelle beboeren og situasjonen rundt beboeren. Noe av denne kunnskapen kan overføres til andre beboere som generell kunnskap i personalgruppen, men det må tillegg for hver beboer og hver utfordring skapes ny kunnskap. Teoretisk innebærer dette at en forsøker å påvirke selvorganiseringen i alle de ulike systemene som inngår i situasjonen. Dette er en annen form for læring en den formelle læring en oppnår gjennom kurs og forelesninger. For at denne formen for læring basert på refleksjon som skaper ny forståelse og kunnskap skal få rotfeste i organisasjonen, må den først og fremst anerkjennes som kompetanseutvikling på lik linje med tradisjonell læring og formell kompetanseutvikling. Dernest må den få en fast plass, dvs. gis tid og rom, i organisasjonen som en naturlig del av sykehjemmets rutiner (10, 42).

Oppsummering

Vi har beskrevet hvordan prinsipper fra kompleksitetsteori kan skape en ny og mer helhetlig forståelse i sykehjem for de overlappende fenomenene aggresjon, overgrep og forsømmelse. Denne nye forståelsen kan skapes gjennom en bred tverrfaglig utredning og strukturert felles

refleksjon blant personalgruppen, leder og sykehjemslege som igjen bidrar til ny læring og kunnskap i organisasjonen. En ledelsesstrategi basert på erkjennelsen av at sykehjemmene er komplekse organisasjoner som må forholde seg til komplekse utfordringer, er en forutsetning for en ny og mer helhetlig tilnærming til disse utfordringene.

Referanser:

1. Ingebrigtsen T. Harstad tidene: Stangnes sykehjem anklages for ulovlig bruk av tvang: Fant pappa bundet til stol. 17.08.2021 Harstad Tidene,2021 [Available from: <https://www.ht.no/nyheter/2021/08/17/%E2%80%93Fant-pappa-bundet-til-stol-24436163.ece>.
2. Dommerud T TN, Nipen K. . Nesten 8 av 10 pleieansatte har sett kolleger utsette eldre for vold og forsømmelse på sykehjem. 02.02.2020. [Available from: <https://www.aftenposten.no/norge/i/opm00K/nesten-8-av-10-pleieansatte-har-sett-kolleger-utsette-eldre-for-vold-o>.
3. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*. 2020;20 (199).
4. Lichtwarck B, Myhre J, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AMM, Benth JS, et al. TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):349.
5. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Blekken L, Malmedal W. Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):244.
6. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. React and act; A qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):1-13.
7. Baker PR, Francis DP, Mohd Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. *Age and ageing*. 2017;46(3):346-8.
8. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2013;26(1):81-91.
9. Brasure M, Jutkowitz E, Fuchs E, Nelson VA, Kane RA, Shippee T, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.
10. Lichtwarck B. The development and evaluation of TIME - Targeted Interdisciplinary Model for Treatment and Evaluation of Neuropsychiatric symptoms (Thesis). Oslo: University of Oslo; 2019.
11. Myhre J. The role of leadership in promoting safety for nursing home residents and preventing elder abuse and neglect (Thesis). Trondheim: NTNU Norwegian University of Science and Technology; 2021.

12. Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, et al. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*. 2017;65(5):515-29.
13. Drennan J, Lafferty A, Treacy MP, Fealy G, Phelan A, Lyons I, et al. Older people in residential care settings: Results of a national survey of staff-resident interactions and conflicts. Dublin: NCPOP, University College.; 2012.
14. Hyde P, Burns D, Killett A, Kenkmann A, Poland F, Gray R. Organisational aspects of elder mistreatment in long term care. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2014;15(4):197-209.
15. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*. 2018;0:1-10.
16. Volicer L, Bass EA, Luther SL. Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(8):527-32.
17. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International psychogeriatrics*. 2015;27(1):7-17.
18. Harrow Council. Organisational and Institutional abuse. [Available from: <https://www.harrow.gov.uk/adult-social-care/staying-safe/10>.
19. Goergen T, Beaulieu M. Critical concepts in elder abuse research. *International psychogeriatrics*. 2013;25(8):1217.
20. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*. 1973;4(2):155-69.
21. Burns D, Hyde P, Killett A. Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Sociol Health Illn*. 2013;35(4):514-28.
22. Fauske H, Kvaran I, Lichtwarck W. Hjelpetiltak i barnevernet: Komplekse problemer og usikre virkninger. *Fontene forskning*. 2017(2):45-58. .
23. Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(1):101-9.
24. Anderson RA, Issel LM, McDaniel Jr RR. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nurs Res*. 2003;52(1):12-21.
25. Anderson RA, McDaniel RR, Jr. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Rev*. 2000;25(1):83-92.
26. Cilliers P. *Complexity and Postmodernism*. London: Routledge; 1998.
27. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
28. Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Verhey F, Chattat R, Woods B, Meiland F, et al. Bridging the divide between biomedical and psychosocial approaches in dementia research: the 2019 INTERDEM manifesto. *Ageing & Mental Health*. 2019:1-7.
29. Revolta C, Orrell M, Spector A. The biopsychosocial (BPS) model of dementia as a tool for clinical practice. A pilot study. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(7):1079-89.
30. Guastello SJ, Liebovitch LS. Introduction to Nonlinear Dynamics and Complexity. In: Guastello SJ, Koopmans M, Pincus D, editors. *Chaos and Complexity in Psychology - The Theory of Nonlinear Dynamical Systems*. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 1-40.

31. Cilliers P. Approaching complexity. Complexity and Postmodernism. London: Routledge; 1998. p. 1-24.
32. Stacey RD. The Space for Creativity in an organization. Complexity and creativity in organizations. San Fransisco: Berrett-Koehler Publishers; 1996.
33. Haynes P. Managing complexity in the public services. London: Routledge; 2015. p. 24-50.
34. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrøm JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(1):25-38.
35. Schiamberg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffore RJ, Weatherill RP, et al. Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. Journal of elder abuse & neglect. 2011;23(2):190-211.
36. Helse-og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse og omsorgstjenesten [Regulation of management and qualityimprovement in health care services], : Helse-og omsorgsdepartementet [The Norwegian ministry of health and care services],; 2017 [20.01.]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
37. Myhre J, Malmedal WK, Saga S, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qualitative study. Journal of Health Organization and Management. 2020;34(6):655-71.
38. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo; 2020. Report No.: 8278947511.
39. Lichtwarck B, Væringstad A, Hoel K-A. TID Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens - Manual 3.utgave Ottestad: Sykehuset Innlandet, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS); 2019 [updated 2019.08.01. Available from: www.tidmodell.no.
40. Myhre J, Lichtwarck B, Bergh S. Delt forståelse og felles forpliktelse - En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling. Tidskriftet Aldring og Helse. 2018;22(1):41-5.
41. Lichtwarck B, Myhre J, Goyal AR, Rokstad AMM, Selbaek G, Kirkevold O, et al. Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. Aging Ment Health. 2018:1-10.
42. Ellström PE. The meaning and Role of Reflection in Informal Learning at Work. Boud D, Cressey P, Docherty P, editors. London: Routledge; 2006.