

# Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



**Lederes forventninger  
til nyutdannede  
sykepleiere fordrer  
samarbeid med  
utdanningen** Side 22-29

**GERIATRISK SYKEPLEIE** blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

ISSN: 1891-1889

**ANSVARLIG REDAKTØR**

Wivi-Ann Tingvoll  
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no  
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE**

**Jorunn Drageset**, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. **Liv Wergeland Sørbye**, PhD, førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. **Gørill Haugan**, PhD, førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. **Liv Halvorsrud**, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akerhus.

**ABONNEMENT**

Send bestilling til:  
Wivi-Ann Tingvoll  
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no  
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

**ANNONSER**

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

**TRYKK:** Andvord Grafisk

**FORSIDEFOTO:** Shutterstock

**ANNONSERING**

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

# Innhold

# 01 - 2019



- 4** Nyutdannede sykepleiere, faglig ledelse og pårørendes erfaringer

**5** Den gode spørretimen

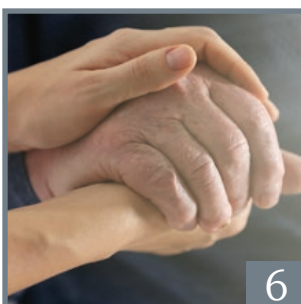
**6** Våketjeneste på sjukeheimen – Verdig omsorg ved livets slutt?

**13** «Jeg får tilbake livet mitt»
- 22** Lederes forventninger til nyutdannede sykepleiere fordrer samarbeid med utdanningen

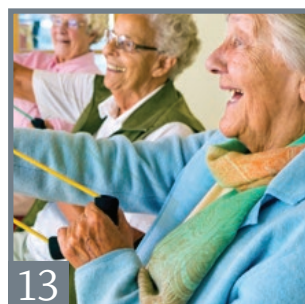
**30** Bruk av geografiske informasjonssystemer i sykepleieforskning

**37** GAP OPP!

**43** Digital aktivitetsmedisin



6



13



22



30



FAKTA

**Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

## Vi utvikler sykepleiefaget. Sammen.

**N**orges sykepleierforbund har ca 115.000 medlemmer og 26.000 av disse er med i en av de 35 landsdekkende faggruppene. Det er ofte de mest dedikerte og engasjerte sykepleierne i NSF som tegner medlemskap i en faggruppe, og du som leser dette er med stor sannsynlighet en av dem.

Faggruppene har som overordnet mål å bidra til fag- og kunnskapsutvikling og de benytter ulike metoder for å lykkes med det. Nasjonalt formidles forsknings- og erfaringsbasert kunnskap på konferanser og lokalt er fagseminarer viktige møteplasser. Flere av faggruppene gir også ut sitt eget fagtidsskrift med artikler om gode fagutviklingsprosjekter, nyere forskning og vitenskapelige artikler. Med jevne mellomrom inviteres faggruppene til å svare på høringer fra helsedirektoratet og de er ofte representert sammen med bruker- og interesseorganisasjoner i forum der fremtidens helsetjenester utformes. I helsedebatten er din og min stemme viktig og gjennom medlemskap i en faggruppe kan vi sammen være med å opplyse, påvirke og utvikle et helsetilbud vi kan være stolt av.

De 35 ulike faggruppene har av naturlige årsaker fått sin inndeling fordi de representerer ulike spesialiserte fagfelt, arbeidsområder, diagnoser eller pasientgrupper i ulike livsfaser. Faggruppene for sykepleiere innen intensiv, anestesi, psykiatri og rus, kreft og gastro er bare noen av dem. Jordmødre, barnesykepleierne og helsesykepleierne har også egne faggrupper og blant de nyere i faggruppe-familien er faggruppene for sykepleiere som arbeider med e-helse, migrasjon og sykepleie-

forskning. Det finnes med andre ord noe for oss alle og takk og lov for det. For som sykepleiere er vi forpliktet til å holde oss faglig oppdatert. Våre små og store pasienters liv og helse er helt avhengig av at vi gjør nettopp det. Vi må derfor alltid være på hugget, på kontinuerlig jakt etter den nyeste kunnskapen og oppriktig interessert i å tette våre kunnskapshull.

I nære relasjoner har jeg selv vært vitne til at en intensivsykepleiers kunnskap har blitt livreddende. Jeg har også opplevd barnesykepleieren som forhindret traume for et skjørt barn fordi han var ekspert på kommunikasjon og samspill med de små. Som nær pårørende til et menneske i livets siste fase har jeg verdsatt en sykepleiers palliative ferdigheter høyt og vært takknemlig for at hun var i besittelse av kunnskapen som gjorde det mulig.

I løpet av livet vil de fleste av oss oppleve sykdom og kompetansen til de sykepleierne som møter oss vil være viktig for vår helse. Ja kanskje til og med livsviktig. Så hvis du vil være den type sykepleier du selv ønsker å møte, så kan medlemskap i en faggruppe være en klok beslutning. Det er viktig å tenke selv, men kanskje enda viktigere å tenke sammen med andre. Hvis du vil bety en forskjell for noen så gå inn på [nsf.no](http://nsf.no) og finn den faggruppen som står ditt hjerte nærmest. Meld deg inn i dag og husk at det er lov å være med i flere faggrupper. En dag kan det være deg selv eller en du er glad i som har behov for den kompetansen og kunnskapen som du er med på å utvikle. ■

Tor Engevik



FAKTA

**Gørill  
Haugan**Professor, PhD, RN  
NTNU

## Nyttig kunnskap i kommunehelsetjenesten

**D**enne utgaven av Geriatrisk Sykepleie fokuserer på pårørendes erfaringer med ambulerende dagaktivitets-tilbud, samt faglig ledelse i sykehjem; hva forventes av nyutdannede sykepleiere med tanke på faglig ledelse og evne til organisering? Som følge av kortere liggetid i sykehus for de eldste eldre, foregår nå mye av behandlingen i sykehjemmene. Det vil si mer spesialiserte pleie-, behandlings- og rehabiliteringsoppgaver i sykehjemmene, som dermed krever økt kompetanse. Artikkelen av Ravn Pedersen og Tingvoll i denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie reiser et viktig spørsmål: er nyutdannede sykepleiere rustet til å møte de komplekse utfordringene som etter Samhandlingsreformen er tillagt sykehjemmene? Artikkelen belyser hvilke forventinger ledere i sykehjem har til nyutdannede sykepleieres utøvelse av faglig ledelse og organisering; hva må styrkes i sykehjemmene og i utdanningen for at nyutdannede sykepleiere skal bli rustet til å møte de faglige utfordringene som nå er tillagt sykehjem? Forfatterne presenterer ett overordnet tema: Tydelige og kvalitetsbevisste sykepleiere, og fire subtema: (1) Å være bevisst sitt ansvar som faglige ledere, (2) Å bidra til faglig utvikling, (3) Å være engasjert i kvalitetsforbedring og (4) Å utvikle sykehjemmet som praksisarena. Ledere i sykehjem er opptatt av økt fokus på kunnskapsbasert praksis. Samtidig

uttrykker de bekymring med tanke på holdninger og kulturen i sykehjem: «De nyutdannede sier ofte at - vi har lært at forskning viser – men det kan bli møtt med en del motbør. Det er ikke enkelt med den kulturen som er i enheten». Videre fokuserer ledere på nyutdannede sykepleieres engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Å gjøre feil er menneskelig, feil skjer. Slik er det. Men når feil skjer i helsetjenesten, skal dette rapporteres som «avvik». Ledere erfarer at rapportering av avvik er viktig og nødvendig for å finne bedre måter å gjøre ting på, men også for å skape en kultur preget av åpenhet og trygghet relatert til at feil oppstår. Nyutdannede sykepleiere forstår ikke alltid hensikten med rapportering av avvik, her kan utdanningene bidra med kunnskap. Sykehjemmene som arena for praksis-studier har stor betydning med tanke på rekruttering av nødvendig sykepleiekompetanse. Dette er et område med stort forbedringspotensialet. Ledere i sykehjem har forventninger til at nyutdannede sykepleiere skal være tydelige og kvalitetsbevisste, og være engasjert i faglig utvikling og kvalitetsarbeid

Forekomst av demens stiger med økende alder; pr d.d. har mer enn 77 000 mennesker i Norge demens. Som følge av den demografiske utviklingen vil dette antallet fordobles innen 2040. I Norge bor halvparten av personer med demens i eget hjem. Det er en politisk målsetning

at befolkningen skal motta mest mulig tjenester i den kommunen de bor i, og at eldre skal bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette er bra, men skaper også utfordringer. Når en person får demens og bor hjemme, rammes også pårørende i stor grad; de risikerer å bli overbelastet og utvikle både psykiske og fysiske symptomer. Studier har vist at pårørende til personer med demens opplever høyt nivå av stress som medfører redusert helse og livskvalitet. Det er derfor behov for avlastningsordninger slik at pårørende ikke blir utbrent og selv får hjelpebehov. Den andre artikkelen i denne utgaven av Geriatrik Sykepleie belyser pårørendes erfaringer med et ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens: hovedmålene er å yte individuelt tilpassede aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens og samtidig gi pårørende regelmessige og forutsigbar avlastning.

De pårørendes erfaringer var positive; de rapporterte reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet, opplevelse av frihet og avlastning og erfart kompetanse og kontinuitet i tjenesten. Pårørende beskrev konstant dårlig samvittighet, som etter aktivitets-tilbudet var redusert; «*Livet har forandret seg veldig. Jeg er ikke hos han hver dag lenger, men to-tre ganger i uka. Så jeg får jo tilbake livet mitt.*» Tjenesteyternes kompetanse knyttet til vurdering av pasientens helsetilstand og kommunikasjon med tjenestemottakeren var en suksessfaktor; «*Det hadde ikke vært den samme trykgheten for meg hvis det var en frivillig som kom, som ikke har den samme faglige dyktigheten i forhold til vurdering av helse og kommunikasjon. Det hadde egentlig ikke vært verdt noen ting.*». Denne studien indikerer at et ambulerende dagaktivitetstilbud er en ny tjeneste som kan bidra til individuelt tilpassede tjenester til hjemmeboende personer med demens, i tillegg til at det kan ha en heldig effekt på de pårørende.

Kommunehelsetjenesten er fremdeles et underforsket område. Det er avgjørende at det prioriteres midler til gode innovative studier innen dette feltet i årene som kommer. Vi vil bli mange gamle – vi trenger å utvikle kunnskapen nå!

## Den gode spørretimen

Boken «Den gode spørretimen» er et aktivitets-hjelpemiddel for eldre og personer med demens, eller kognitive svekkelser. Med sin humoristiske og enkle spørreform vil boken bidra til glede, utfordringer og mestring! Boken kan benyttes en-til-en, eller i grupper.

- 26 temaer. Spørsmålene utfordrer både enkel kunnskap, logikk, sanser, bevegelser og samtaler, tilpasset forskjellige nivåer innen målgruppen
- 12 spørsmål pr. tema. Temaene oppfatter blant annet gamle sanger, fiske, håndarbeid, mat, været, hverdagsliv, farger, tradisjoner m.m.
- Tegninger av hvert tema for fargelegging
- Gode ergonomiske fargeblyanter vedlagt

Boken er faglig kvalitetssikret av demenskoordinator, som gir følgende anbefaling:

«Denne quizboken kan være et svært godt hjelpemiddel for å aktivisere mennesker med demenssykdom. Spørsmålene gir rom for refleksjon og gode samtaler – det har jeg erfart når jeg prøvde ut boken, det ble også mang en latter rundt bordet.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen/Demenslinjen har vurdert boken og gir følgende anbefaling:

«Synes det er en fin bok med mange temaer som berøres. Det gjør det lett å tilpasse spørsmålene og samtaleemne til målgruppa. Et absolutt behov for en slik bok!»

Boken er nylig lansert, og er allerede solgt til 200 sykehjem og dagsenter rundt i landet. Tilbakemeldinger fra de sykehjem og institusjoner som har tatt den i bruk, er udelt positive! Det meldes om morsomme stunder med brukerne.

For bestilling eller nærmere info, vennligst kontakt nedenforstående.

Med vennlig hilsen  
Mona Haugene  
Forfatter  
Tlf: 906 37 254  
mona.mi@hotmail.com





# Våketjeneste på sjukeheimen – Verdig omsorg ved livets slutt?

Fleire foreskrifter omhandlar livet sine siste dagar, og korleis pasientar skal takast vare på når døden er nært førestående.

## FAKTA

Av Britt Moene Kuven, Førstelektor i sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet.

Gunhild Anna Kjosnes, Seksjonsleiar for Terapi og aktivitet/ frivillighetskoordinator ved Bergen Røde Kors Sykehjem AS

**F**orskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (1) legg vekt på at alle har krav på ei verdig livsavslutning i trygge og rolege omgjevnader. Dette vert følgt opp av Forskrift om ei verdig eldreomsorg (2), som understrekar retten til ein verdig død. Norsk Sykepleieforbund syner til FN sine anbefalingar når det kjem til den døyande sine rettar (3). Her finn ein konkrete råd om pasientbehandling når livet nærmar seg slutten, slik som: «Jeg har rett til å slippe å dø alene» og «Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet» (4).

På mange sjukeheimar er det vanleg å kalle inn ekstra bemanning, fastvakt, dersom pasientar er døyande. Fastvakta si oppgåve er å sitje ved pasienten si seng dersom han eller ho ikkje har nokon pårørande, eller om dei pårørande ikkje kan vere til stades. Fastvakta er slik ein medhjelpar til at pasienten får ein verdig død ved å vere der dei siste dagar

er venta (7). Leiar for Rådet for sykepleieetikk, B.D. Hustad, seier til tidsskriftet Sykepleien at «det er dessverre blitt langt mer vanlig at folk dør alene på sykehjem» og at «det er nærmest blitt akseptabelt mange steder» (8).

Medan helseinstitusjonane diskuterer om ein skal leige inn fastvakt eller ikkje, har Norges Røde Kors sett behovet for å kunne hjelpe til, slik at ingen heimebuande pasientar skal måtte dø åleine. Organisasjonen har starta opp fleire pilotprosjekt der frivillige er med i våketjeneste, der målet er å tilby medmenneskeleg nærvær ved hjelp av våketjeneste til heimebuande døyande og deira sine pårørande (9).

Arbeidet med våketjeneste støttar opp under Helse- og omsorgsdepartementet sin rapport: «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene» (10). Der vert det understreka at det må satsast meir på frivillige også i møte med døden. Fleire kommunar har innsett viktigheita av frivillige i eldreomsorga og rettar no ein ekstra innsats mot frivillig-tenester.

## Pilotprosjekt -Våketjeneste i sjukeheim

Hausten 2016 starta Bergen Røde Kors Sykehjem opp eit prosjekt med sertifisering av «Våkere» til Norges første «Våketjeneste i sjukeheim», eit pilotprosjekt i satsinga på å bruke frivillige til våketjeneste på sjukeheimar. Målet er å tilby medmenneskeleg nærleik til døyande og pårørande, sidan ingen pasientar ved sjukeheimen skal dø

## «Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet.»

eller timar. Dette kan medverke til at denne siste tida vert så trygg og verdig som mogleg for pasienten.

Det kan synast som fleire sjukeheimar vegrar seg for å leige inn fastvakter når livet går mot ein ende (4,5). Sidan dei fleste dødsfall skjer på institusjon, 45 % på sjukeheimar og 32% på sjukehus (6), er mange uroa for manglande fastvakter når døden



Foto: Shutterstock

åleine eller føle på å måtte være aleine i sine siste dagar av livet.

Sjukeheimen har 174 sjukeheimplassar fordelt på åtte avdelingar, samt eit dagsenter som gjev dagtilbod til 15 heimebuande personar. 151 langtids-pasientar, 15 korttidsplassar og 8 palliative plassar. I 2015 døydde 184 pasientar ved sjukeheimen. Av

disse var 84 langtidspatientar, 80 pasientar på palliativ post, og 20 døydde under korttidsopphald. Frå 2012 til 2016 har ein ikkje leigd inn ekstra fastvakter for døyande pasientar ved sjukeheimen.

Sjukeheimen har frivillig-teneste med ein frivillig-koordinator i 100 % stilling. I samarbeid med leiinga ved sjukeheimen har frivillig-tenesta utvikla

### Samandrag

**Bakgrunn:** Det kan synast som fleire sjukeheimar vegrar seg for å leige inn fastvakter når livet går mot ein ende. Samstundes understrekar Helsedirektoratet at det må satsast meir på frivilligheit i Noreg, også i møte med døden.

**Hensikt:** Artikkelen hensikt er å beskrive pilotprosjektet «Våketjenesten» ved Bergen Røde Kors sykehjem. Prosjektet er det første organiserte kurset ved sjukeheimar i Noreg der ein sertifiserer frivillige til å sitte ved døyande pasientar si side i norske sykehjem. Hensikta med Våketjenesten er å tilby medmenneskeleg nærleik til døyande og pårørande dei siste dagane av livet. Artikkelen beskriv organisering av Våketjenesten samt kunnskap og erfaringar med prosjektet.

**Hovedresultat:** I dei fire første månadene i 2018 har 23 frivillige Våkere vært i teneste for oppdrag hos ni døyande pasientar ved sjukeheimen. Våketjenesten ved hjelp av frivillige ved Bergen Røde Kors sykehjem fungerer godt. Tilbakemeldingane frå sjukepleiarar, frivillige og pårørande er gode.

**Konklusjon:** Både helsepersonell, pårørande og frivilligheitstenesten er nøgde med korleis pilotprosjektet ved Bergen Røde Kors sykehjem er gjennomført. Prosjektet vert no gradvis utvida til eit permanent tilbod til alle avdelingar ved Bergen Røde Kors sykehjem.

**Nøkkelord:** våketjeneste, frivillige, palliativ omsorg, døende, sykehjem

### Abstract

**Background:** It may seem like nursing homes are reluctant to hire additional bedside care staff when a patients' death is approaching. At the same time, the Directorate of health emphasizes the need of embrace voluntarism, also in the face of death.

**Aim:** This article aims to describe the pilot project «Våketjenesten» (Hospice palliative care volunteer program) at Bergen Røde Kors sykehjem. This project provides the first organized course that certifies volunteers to sit at dying patients' bedside in Norwegian nursing homes. The purpose of the hospice palliative care volunteers is to offer support to dying patients and their relatives during the last days of life. This article describes the organization of the hospice palliative care volunteer program as well as knowledge acquired with the program.

**Main results:** In the first four months of 2018, 23 volunteers were called for sitting bedside with nine dying patients in this nursing home. The hospice palliative care program at Bergen Røde Kors sykehjem works well. Feedback from nurses, volunteers and relatives are positive.

**Conclusion:** Both health personnel, relatives and voluntary services are pleased with how the pilot project at Bergen Røde Kors sykehjem has been completed. The project will gradually be implemented on permanent basis in all units at Bergen Røde Kors sykehjem.

**Keywords:** palliative care volunteers, volunteer, palliative care, dying, nursing home.





kurs for frivillige som ønskjer å vere våkere. Innleingsvis var det oppretta kontakt med Norges Røde Kors for å hauste erfaringar av måten dei har arbeid med våketjeneste i heimebasert omsorg. Med dette som bakgrunn utvikla sjukeimen sitt eige kursopplegg med vekt på «Våketjeneste i sykehjem». Dette for å kunne organisere våketjeneste med frivillige våkere som er tilstades for døyande i deira siste dagar eller timar. Målet er at pasientane skal kunne velje om dei ønskjer at nokon sit ved senga i tillegg til eller i staden for pårørande, eller om dei vil liggje aleine med jamleg tilsyn.

### Sertifisering av våkere

Frivillige som ønskjer å ta del i Våketjeneste ved sjukeheimen får kurs over to dagar. Sentrale tema på kurset er «Døden, Plan for livets siste dagar, Kommunikasjon, Rolleavklaring, Teieplikt, Verdighet, Sorgreaksjonar, Åndeleg/eksistensiell omsorg, og Eigne reaksjonar». Kurset vert leia av

---

## «Dei frivillige våkerene er nøye utvalde, kursa og godt førebudde til å lytte og skape ro.»

---

Frivillighets-koordinator i samarbeid med sjukepleiar, prest og førstelektor i sjukepleie. Slik får dei som vil gå inn i tenesta som våker eit innblikk i kva tenesta dreier seg om, og kva dei vil kunne møte. Etter kurset vert deltakarane kalla inn til personleg informasjonssamtale med koordinator, samt intervju med koordinator og avdelingssjukepleiar. Slik vert dei frivillige vurderte i høve til kor eigna dei er. Referansar vert også kontakta. Våkerene skriv under på teiepliktserklæring.

Dei frivillige våkerene er nøye utvalde, kursa og godt førebudde til å lytte og skape ro. Våkerene skal ikkje utføre andre aktivitetar enn å vere oppmerksomt til stades ved senga, varsle dei tilsette dersom pasienten syner teikn til uro eller ubehag, og vere eit medmenneske i situasjonen. Våketjenesta si målgruppe er døyande utan pårørande eller pårørande med behov for støtte og avlastning. I første omgang har ein gjeve tilbod om Våketjeneste til avdelingar med langtids pasientar.

Det er no starta opp Våketjeneste på sju av åtte postar. Eit av kriteria for eit vellukka samarbeid

mellom avdelingar og frivillige er at for kvar gong ei ny avdeling har ønska Våketjeneste, har frivillig-koordinator vore til stades på personalmøte og informert om Våketjenesten. Personalet kan her få svar på spørsmål og alle får same informasjon om kva frivillige kan hjelpe til med, og kva dei ikkje kan gjere. Dei frivillige får same merksemd som pårørande og blir ikkje pålagde andre oppgaver enn det pårørande vil gjere for den døyande. Det er laga mapper med informasjon til avdelingane og brosjyrar til pårørande. I tillegg får alle pasientar og pårørande brosjyre om Våketjeneste når dei er nye på sjukeheimen.

15 våkere tok del i Våketjenesta i løpet av oppstartåret 2017. I dei fire første månadene i 2018 har 23 frivillige Våkere hatt ni oppdrag fordelt på både dag, kveld og natt. Når avdelingane har behov for Våkere, kontaktar dei frivillig-koordinatoren, som ringjer vidare til Våkerene. Ei «vakt» kan vare mellom to og åtte timar, alt etter kva pasienten, pårørande eller Våkeren ønskjer. Når Våkeren kjem til avdelinga, har dei på seg blå fleece-vest og er utstyrte med eit eige id-kort, dei ber ikkje sjukeheimen sin uniform. Dette er med å synleggjere kven ein er, og kva ein har som oppgave, og det gjer det òg tydeleg at Våkeren ikkje skal ta del i stell og pleie av pasientane.

### Tilbakemeldingar til no

Tilbakemeldingane frå pårørande og tilsette som har nytta Våketjenesten er ute lukkande positive. Sjukeheimen har hatt fleire samtalar med pårørande etter vakeoppdrag. Dei er både takksame og positive til dei frivillige i denne spesielle tenesta. I tillegg har sjukeheimen teke i mot både e-post, og minnegåver til frivillig-tenesta som takk for støtte og omsorg.

Dei pårørande tilbakemelder at dei opplever våkerene som rolege, vennlege, til stades og som ei trygghet når dei sjølve ikkje maktar å vere til stades hos den døyande. Dei rapporterer om godt samarbeid, ekstra ro, tryggleik for at pasienten ikkje vert liggjande aleine og god dialog mellom pårørande, helsepersonell og våkere. Det vert trygt å kunne ta seg ei pause frå sjukesenga når dei veit at der sit nokon der, om dei går for ein matbit eller heim for å kvila. Ein av dei pårørande skreiv brev og takka. Ho skreiv: «En kveld jeg kom satt der en dame og strikket. Rommet var pyntet og mange lys var tent. Min mann var stelt og pent sengetøy – han sov. Der var blomster og dekket et lite kaffebord med småka-





Foto: iStock

ker og kaffekanne. Vi drakk kaffe og pratet hyggelig. Etter en stund gikk jeg. Etter en stund ringte avdelingssykepleier og fortalte at min mann var sovnet inn. Jeg bor like i nærheten og kjørte tilbake. Der ble jeg tatt vel imot og trøstet. Noen fantastiske mennesker og ansatte!»

Leinga ved sjukeheimen får også tilbakemeldingar frå avdelingsleiarar og tilsette om at dette er eit godt tiltak. Fleire tilsette melder om at det gjev ei ekstra ro for personalet når dei veit at Våketjenesta er hos pasienten. Ein pleiar sa: «No kan vi senke skuldrane og vite at pasienten blir tatt godt vare på også i denne siste fasen». Ikkje fordi Våkeren skal ta over arbeidet for helsepersonell, men for at helsepersonell skal ha trygghet for at dei vert kontakta med ein gong dersom det er noko meir dei kan gjere for pasienten. Sidan dei ikkje kan være inne hos pasienten til ein kvar tid, gjev det dei ei ro når dei veit at Våkeren sit ved senga, og at han/ho tek kontakt dersom det er noko. Helsepersonell fortel at dei går like ofte inn til pasienten som før, men slepp no den stadige uroa om korleis det går når dei forlét rommet for å ta seg av andre pasientar.

Dei frivillige Våkerne gjev også gode tilbakemeldingar til dei tilsette på sjukeheimen og har kjensle av at dei gjer ein verdifull jobb. Frivilligheits-koordinator har samtalar med Våkerene og opplever at dei ser på oppdraga både som meningsfulle og gjevande.

#### **Våketjeneste – ivaretaking av verdighet?**

St.meld. nr. 29 (11) syner Noregs lange tradisjon med bruk av frivillig arbeid i omsorgssektoren.

---

## **«Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død.»**

---

For å styrke arbeidet har regjeringa utvikla strategiar for nærare samarbeid mellom offentleg og frivillig sektor (12). Før å møte eit auka behov for palliativ omsorg i kommunehelsetenesta legg ein opp til at samfunnets samlande omsorgsressursar, inklusive frivillig arbeid, vert nytta (11,12). Burbeck et al.



(13) syner til at frivillige har ei utfyllande rolle i forhold til helsepersonell, og at dei ikkje skal erstatte dei, men være eit gode i tillegg medan Kvestad (14) understrekar at frivilligheit ikkje er det same som gratisarbeid.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2. 9 (15) viser til at «Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død». Ein har i tillegg forskrifter og rettleingar som tek føre seg korleis sjukepleiar bør møta dei eldre i livets siste

eller vil ein liggje åleine og heller få jamleg tilsyn av personalet som kjem innom?

Flere har undersøkt helsepersonell sine erfaringar omkring bruk av frivillige i palliativ omsorg (21-25). Viktige funn er at god organisering av frivilligheit spelar ein sentral rolle for eit vellukka resultat, og at rolleavklaring både for helsepersonell, pasient og familie er nødvendig. Helsepersonell omtalar dei frivillige som eit uavhengig mellomledd mellom pasienten og helsepersonell, og som ein brubyggjer mellom pasient, tilsette og familie.

Flateland et al. (26) har utforska pårørende sine erfaringar med bruk av frivillige ved alvorleg sjukdom i heimen. Dei fann at pårørende treng avløyning for å kunne meistre å stå i den krevjande situasjonen som daglig omsorg for ein alvorlig sjuk heimebuande krev.

Kanskje er det å døy åleine eit større problem for dei etterlatne og for sjukepleiarane, enn for personen som er døyande? Studiar av eldre heimebuande i England syner at tanken på å døy åleine er mindre problematisk enn tanken på å bli pleietrengande (27). Åpen kommunikasjon blir ein viktig føresetnad for å kunne imøtekomma pasienten og ivareta hans behov (28).

#### Tilpassing til framtidens omsorgsbilete?

Både politisk og helsefagleg er Noreg i ferd med å forbetre og tilpasse seg til framtida sitt omsorgsbilete med fleire eldre pleietrengande. Uansett om ein ønskjer å døy åleine eller å ha nokon ved si side dei siste dagane, bør ein lytte til pasienten sine ønskjer og respektere pasienten sitt val. Dette vert understreka både i Menneskerettighetserklæringen (FN) (29) og Yrkesetiske retningslinjer (15). Slik sett kan Våketjenesten være eit viktig tilbod til sjukeheimspasientar og deira pårørende når livet går mot ein ende.

Helsedirektoratet sin «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene» (10) understrekar at det må satsast meir på frivillige, også i møtet med døden. Dette bør føljest opp med praktisk handling, både på sjukeheim og i sjukehus. Dersom nokon vert inspirerte eller ønskjer meir informasjon om tenesta, kan vi kontaktast på mail.

Saman kan vi kanskje gje enda betre omsorg når livet ebbar ut? ■

## «Den døyande si verdigheit handlar såleis mykje om korleis han eller ho vert møtt.»

dagar. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (1) les ein at alle har krav på «en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser», og etter Helsepersonelloven § 4 (16) er sjukepleiar forplikta til å gje fagleg forsvarleg sjukepleie og omsorgsfull hjelp.

Den døyande si verdigheit handlar såleis mykje om korleis han eller ho vert møtt (17). Verdigheit vil seie at eit menneske ver sitt verdi ikkje reknast ut frå kva ein oppnår i livet, eller kva ein kan tilby andre, men ut frå det grunnleggjande menneskelege (18). Det handlar om dei små tinga, å verte sett, å verte bekrefta, eit ope blikk, og at der er nokon der dersom den døyande ynskjer det (19).

Forskrift om ei verdig eldreomsorg (1) peikar også på pasientar sin rett til ein verdig død. Eit godt samarbeid med dei pårørende er då naudsynt for å kartlegge pasienten sine moglegheiter, ynskje og behov i den siste tida.

#### Våketjeneste – avhengig av pasientens ynskje og god organisering

Grunnlaget for all sjukepleie, også pleie ved livets slutt, legg vekt på at respekt for det einskilde menneske sitt liv skal vere det viktigaste i all pasientbehandling. Dette er også omtala i Lov om pasient- og brukerreteigheter (20). Derfor må ein undersøkje kva den einskilde pasient sjølv tenkjer om sin situasjon, også når det gjeld livet sine siste dagar (6). Vil pasienten ha nokon som sit med seg heile tida,

## Referanseliste

1. Helse- og omsorgsdepartementet. 2003. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.. Tilgjengelig 31.07.18 på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg. Tilgjengelig 16.05.18 på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=Forskrift+om+en+verdig+eldreomsorg>
3. Brødren, K. Ø. 2012. Hva slags rettigheter har den døende? Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig 11.05.18 på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/816663/17036/Hva-slags-rettigheter-harden-doende?>
4. Thoresen, M og Dahl, M. 2015. Sykepleie til den døende pasienten. I Grov, E.K og Holter, I. M. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Cappelen Damm AS.
5. Hustad, B. D. 2015 Dø alene? Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig 31.07.18 på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2640900/426257/Do-alene>
6. Grov, E.K. 2014. Pleie og omsorg ved livets slutt. I Geriatrisk sykepleie. red. Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A. H. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
7. Steindal, S.A. Eldre pasienters siste levedager i sykehus. Geriatrisk sykepleie 3 2012 Tilgjengelig 01.08.18 på: [https://www.researchgate.net/publication/281836777\\_Eldre\\_pasienters\\_siste\\_levedager\\_i\\_sykehus](https://www.researchgate.net/publication/281836777_Eldre_pasienters_siste_levedager_i_sykehus)
8. Hustad B.D. 2015. Den ensomme døden. Tidsskriftet Sykepleien. Publisert 10.08.2015. Tilgjengelig 31.07.18 på: <https://sykepleien.no/forskning/2015/06/den-ensomme-doden>
9. Kjos, S.P.H. 2015. Behovskartlegging våketjeneste, Medmenneskelig nærvær for døende mennesker. Røde Kors.
10. Helsedirektoratet. 2015. Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagene. Tilgjengelig 19.06.18 på: [https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3fb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3fb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf)
11. Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. St.meld. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig 01.08.18 på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020). Publikasjonskode I-1166. Tilgjengelig 10.07.18 på: [https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a00f16f/nasjonal\\_strategi\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a00f16f/nasjonal_strategi_frivillighet.pdf)
13. Burbeck, R., Candy, B., Low, J., og Rees, R. 2014. Understanding the role of the volunteer in specialist palliative care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMC Palliative Care, 13(1), 3 Doi: 10.1186/1472-684X-13-3
14. Kvestad, S.W. Kreftsykepleier vil ha frivillige som gir av sin tid til alvorlig syke. Tidsskriftet Sykepleien. Publisert 16.02.18. Tilgjengelig 29.07.18 på: <https://sykepleien.no/2018/02/kreftsykepleier-vil-ha-frivillige-som-gir-av-sin-tid-til-alvorlig-syke>
15. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig 30.05.18 på <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig 11.07.18 på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Tilgjengelig 31.07.19 på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
18. Altvåg, H. 2010. På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. Oslo: Akribe AS.
19. Lindström, U.Å., Lindholm, L., Zetterlund, J.E. 2010. Theory of caritative caring. In M. R. Alligood & A. M. Torney (Eds.), Nursing Theorists and Their Work. Maryland Heights, Missouri, USA: Mosby Elsevier.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig 11.07.18 på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
21. Skaar, R., Fensli, M.M.F., Flateland, S.M., Söderhamn, U. 2017. Helsepersonells erfaringer og tanker om bruk av frivillige i palliativ omsorg. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1-2017, 13. årgang Tilgjengelig 10.07.18 på: <https://www.ub.uio.no/2xseptentrio/index.php/helseforsk/article/view/4075/3832>
22. Morris, S., Wilmot, A., Hill, M., Ockenden, N., og Payne S. 2012. A narrative literature review of the contribution of volunteers in end-of-life care services. Palliative Medicine, 27(5), 428-436 Doi: 10.1177/0269216312453608
23. Candy, B., France, R., Low, J., Sampson, L. 2015. Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family wellbeing? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. Tilgjengelig 31.07.18 på: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002107>
24. Solbjør, M., Ljunggren, B., og Hestvik Kleiven, H. (2014) Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunale tjenester på pleie- og omsorgsfeltet. En kvalitativ studie. Nordisk tidsskrift for Helseforskning, 10(1), 43-55.
25. Claxton-Oldfield, S., Claxton-Oldfield, J. (2008) Some common problems faced by hospice palliative care volunteers. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 25(2), 121-126 Tilgjengelig 11.07.18 på <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049909107312593>
26. Flateland, S.M., Skaar, R., Fensli, M.M.F., Söderhamn, U. 2017. Pårørendes erfaringer med bruk av frivillige ved alvorlig sykdom i hjemmet. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1-2017, 13. Tilgjengelig 10.07.18 på <https://septentrio.uio.no/index.php/helseforsk/article/view/4106>
27. Casswell, G., O' Connor M. 2017. 'I've no fear of dying alone' Exploring perspectives on living and dying alone. Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying. Tilgjengelig 30.05.18 på <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13576275.2017.1413542?scroll=top&needAccess=true> doi.org/10.1080/13576275.2017.1413542
28. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. 2010. Individuell sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H. (red). Geriatrisk sykepleie. (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
29. De forente nasjoner. Menneskerettighetserklæringen. Tilgjengelig 30.05.18 på <https://no.wikipedia.org/wiki/Menneskerettighetserklæringen>



Når appetitten og vekten svikter ...

## ... kan RESOURCE® støtte

RESOURCE® Addera Plus er en leskende og energirik næringsdrikk med fruktjuice for kostbehandling av pasienter med sykdomsrelatert underernæring eller med risiko for underernæring. Inneholder myseprotein. Finnes i seks gode smaker.



VED BEHOV FOR EKSTRA KREFTER



# «Jeg får tilbake livet mitt»

Pårørendes erfaringer med ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

## Introduksjon

Over 77 000 mennesker i Norge har diagnosen demens, og tallet vil antakeligvis doubles innen 2040 (1,2). Forekomsten av demens stiger i takt med økende alder (3). Cirka halvparten av alle personer med demens i Norge bor i eget hjem (1-2). Stortingsmelding 26 påpeker at befolkningen skal få hovedparten av sine tjenester i den kommunen de bor i, og det legges opp til at mennesker med demensdiagnoser skal motta tjenester i eget hjem så lenge som mulig (4).

Når en person får demens rammes også pårørende i stor grad (5). Det er kjent at disse pårørende risikerer å bli overbelastet og dermed utvikle både psykiske og fysiske symptomer (5). Pårørende til

og at fremtidig pårørendepolitikk må se på ulike avlastningsordninger som en nødvendig investering slik at pårørende ikke blir utbrent og selv får hjelpebehov. (10).

Noen studier viser at pårørende rapporterer om redusert belastning når deres nære deltar på tilrettelagte dagaktivitetstilbud (11,12). Det er også rapportert om lavere forekomst av depresjon hos pårørende til personer med demens som deltar på dagsenter (12,13). I nasjonale føringer vektlegges det at dagaktivitetstilbudet skal være brukerrettet. Det skal stimulere og aktivisere brukeren samt gi gode og meningsfulle hverdager (2). Dette innebærer individuell tilrettelegging av tjenester som kan tilby et mangfold av aktiviteter for målgruppen. Tilbudene skal også gi avlastning til pårørende og kan således være med på å redusere pårørendes byrder og symptomer på depresjon samt å øke følelsen av å ha det bra (14).

Demensplan 2020 har, med bakgrunn i tjenestemottakeres og pårørendes behov og uløste utfordringer, definert seks strategiske grep som det i all hovedsak er opp til kommunehelsetjenesten å tilrettelegge for (2). For å imøtekomme det strategiske grepet «aktivitet, mestring og avlastning», etablerte en bykommune på Østlandet et ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Prosjektet fikk økonomiske midler fra Helsedirektoratet og startet opp høst 2016. Hovedmålene med prosjektet var å yte individuelt tilpassede aktivitetstilbud til målgruppen, samt at tilbudet skulle gi pårørende regelmessige og forut-

---

## «Det skal stimulere og aktivisere brukeren samt gi gode og meningsfulle hverdager.»

---

personer som bor i eget hjem er ekstra belastet da mye av ansvaret for personen faller på dem (6). Flere studier viser at pårørende til personer med demens opplever høyt nivå av stress som kan føre til dårligere helse og lavere livskvalitet (7,8,9). Stortingsmelding 29 viser til at langvarig og omfattende omsorgsinnsett kan øke risikoen for helseskader hos pårørende

## FAKTA

Av **Therese Dwyer Løken**,

Høgskolelektor/stipendiat, Høgskolen i Østfold avdeling Helse og Velferd  
Sykepleier med master i Koordinering av Helse- og Velferdstjenester

**Ann Karin Helgesen**,  
Førsteamanuensis/  
PhD, Høgskolen i Østfold avdeling Helse og Velferd  
Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap





Foto: Shutterstock

sigbare «friminutt» slik at de ville klare å stå lenger i omsorgssituasjonen. Tilbudet skulle ytes av personell med formell kompetanse og erfaring fra arbeid med målgruppen. Det ble ansatt to helsefagarbeidere med relevant videreutdanning og med lang fartstid innen hjemmesykepleie. Lederen av prosjektet var demenskoordinatoren i kommunen. Omfanget av tjenesten som ble tildelt hver tjenestemottaker var inntil 5 timer i uken. Timene kunne fordeles ut fra individuelle behov og ønsker. Som regel ble tjenesten levert på dagtid, men tjenesteyterne var fleksible og kunne også levere tjenesten på ettermiddag og kveldstid.

Hensikten med studien er undersøke pårørendes erfaringer med ambulerende dagaktivitetstilbud.

### Design, metode og utvalg

I tråd med studiens hensikt har studien et kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming (15). I tillegg til dybdeintervju med pårørende, foreligger kvantitative data fra totalt åtte pårørende som har besvart Helsedirektoratets kartleggingsskjema «Belastningsskala-pårørende» (16) med tre måneders mellomrom i prosjektperioden. Det var prosjektleder i kommunen som foretok kartleggin-

gen hjemme hos de pårørende. Hun stilte spørsmålene og krysset av i skjemaet underveis. Det var fem kvinner (tre døtre og to ektefeller) og tre menn (to sønner og en nevø) som deltok. Barna og nevøen var i 50-60 årene og ektefellene i 70-80 årene.

Seks måneder etter prosjektstart ble to pårørende invitert til å delta i individuelle dybdeintervju (15). Den semistrukturerte intervjuguiden var basert på spørsmålene i «Belastningsskala-pårørende». Det var førsteforfatter som foretok intervjuene våren 2017. Da tidligere forskning viser at det er flere faktorer som utløser ulike utfordringer (17), så ønsket vi å intervju en pårørende av hvert kjønn, en ektefelle og et barn. Kriteriene ble skissert for prosjektgruppa (prosjektleder i kommunen og de to helsefagarbeiderne), som i felleskap foretok utvelgelsen av ei datter og en ektemann.

Deltakerne fikk velge hvor de ville la seg intervju, og det endte med at et intervju ble holdt på førsteforfatters kontor mens det andre intervjuet ble holdt i deltakerens hjem. Intervjuene varte henholdsvis 30 minutter og 45 minutter og ble registrert ved hjelp av lydopptaker. Intervjuene ble i etterkant transkribert ordrett og anonymisert.

## Analyse

Den kvantitative delen av datainnsamlingen viser gjennomsnittsverdien ved første og andre kartlegging (15).

Når det gjelder den kvalitative delen av datainnsamlingen så ble intervjuene lest innledningsvis for å få en oversikt. Deretter ble de analysert med systematisk tekstkondensering, inspirert av Malteruds fire steg (18): 1) helhetsinntrykk og sammenfatting av meningsinnhold, 2) koder, kategorier og begreper, 3) kondensering og 4) sammenfatting. Det umiddelbare helhetsinntrykket var at pårørendes erfaringer var positive. Foreløpige temaer som utmerket seg var dårlig samvittighet, stress, utfordringer rundt arbeidslivet, avlastning, mer frihet, trygghet, hygge, kontinuitet og kompetanse. Disse foreløpige temaene ble deretter filtrert for å komme frem til kategorier som skulle gi svar på problemstillingen. For eksempel så ble temaene knyttet til arbeidsliv, hverdagsliv, frihet og avlastning kategorisert under koden behov for mer frihet og avlastning. Under denne koden ble all tekst sammenfattet slik at det dannet summen av innholdet fra alle de meningsbærende enhetene. Til slutt dannet denne sammenfatningen et utgangspunkt for å danne nye beskrivelser, som i dette eksempelet ble «opplevelse av å få livet sitt tilbake».

## Etiske vurderinger

Studien er i tråd med Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (19). Samtlige deltakere ble informert muntlig og skriftlig om undersøkelsens hensikt og at resultatene skulle publiseres. Alle ga samtykke til deltakelse. Prosjektet ble testet i NSD (Norsk Senter for Dataforskning) 5. juni 2017, men utløste ikke meldeplikt. Data ble umiddelbart etter innsamling anonymisert og intervjuene ble slettet fra lydopptaker etter transkriberingen. Både deltakeres utsagn og resultater fra «Belastningsskala for pårørende» er gjengitt i henhold til prinsippet om konfidensialitet (20).

## Resultater

Resultatene fra «Belastningsskala-pårørende» blir presentert først, deretter følger resultat fra intervjuene.

### Resultat: Belastningsskala- pårørende

Den første kartleggingen ble gjort før prosjektets oppstart, i september 2016. Den andre kartleggingen ble gjennomført i desember 2016. Tabellen viser at pårørende generelt rapporterer om lav grad av belastning. Tolv av de 15 spørsmålene har fått lavere score ved siste registrering, noe som indikerer at ambulering dagaktiviteter har redusert pårørende-

**Tabell 1: «Belastningsskala pårørende»**

Svaralternativene er fra 0 (aldri/ingen belastning) til 4 (alltid/svært mye belastning):

Aldri/ingen = 0, sjelden/litt = 1, av og til/moderat = 2, ofte/ganske mye = 3, alltid/svært mye = 4.

Spørsmålsformuleringene	1. gang	2. gang
1 Føler du noen gang at du ikke holder ut?	1,37	1,00
2 Føler du noen gang at du trenger ferie/avkobling?	1,87	1,00
3 Blir du noen gang deprimert over den situasjonen du er i?	1,75	1,37
4 Går omsorgsarbeidet ut over din egen helse?	0,55	0,25
5 Er du redd det skal skje en ulykke med pasienten?	2,50	1,50
6 Føler du noen gang at det ikke finnes løsning for dine vanskeligheter?	1,13	1,25
7 Er det vanskelig for deg å dra på ferie?	2,00	1,00
8 Hvor mye går omsorgen ut over ditt sosiale liv?	1,37	0,50
9 Hvor mye er rutiner i hjemmet ditt blitt forandret p.g.a. pasienten?	1,00	0,75
10 Er søvnen din blitt forstyrret p.g.a. pasienten?	0,38	0,88
11 Er din livskvalitet/livsstandard blitt redusert p.g.a. pasienten?	1,37	0,88
12 Er du flau på vegne av pasienten?	0,50	0,88
13 Er du forhindret fra å ha gjester p.g.a. pasienten?	0,38	0,00
14 Blir du noen gang sint og sur på pasienten?	1,50	1,25
15 Blir du noen gang frustrert (oppgitt) sammen med pasienten?	2,00	1,13



belastningen. Tre av spørsmålene har fått en høyere score ved siste registrering.

#### Resultat: Pårørendes erfaringer

Analysen av de kvalitative data resulterte i tre hovedtemaer knyttet til pårørendes erfaringer seks måneder etter oppstarten av tjenestene. Temaene var reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet, opplevelse av å få livet tilbake og erfart kontinuitet og kompetanse i tjenesten.

#### Reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet

Deltakerne beskrev en tilværelse som tidligere var preget av mye stress og dårlig samvittighet. Disse opplevelsene stammet fra deres næres behov for praktisk hjelp, ernæringsbehov, trygghet og fysisk og sosial stimuli. Deltakerne opplevde at det var opp til dem selv å dekke disse behovene helt frem til ambulerende dagaktiviteter kom inn i bildet.

*«Jeg har hatt konstant dårlig samvittighet for ikke å strekke til. Slik jeg gjorde før var å være der i 4-5- timer hver dag etter jobb, rett og slett for å opprettholde hans psykiske helse. Men man blir ganske sprø selv til slutt (...). Det jeg er mest fornøyd med nå er å ikke ha dårlig samvittighet lenger. Jeg vet at han blir ivaretatt»* (datter).

Selv om tjenestemottakerne i utgangspunktet fikk hjemmesykepleie for å dekke flere av disse behovene så opplevde pårørende at hjemmesykepleien ikke hadde tid til å hjelpe fullt ut. Dette gjaldt for eksempel hjelp til mat og drikke:

*«Men det er noe med det at når de går så står brødsnivene der i fire timer før han sveiper innom kjøkkenet og da har de brødsnivene krølla seg. Så da spiser han jo ikke det. Også er det det samme med middagen. De varmer maten og går. De gjør det de kan innenfor rammene men han trenger litt mer, og det er der (fornavn) og de kommer inn»* (datter).

#### Opplevelse av å få livet sitt tilbake

Deltakerne fortalte at tjenestemottakerens sykdom i lang tid hadde begrenset livet deres på flere måter. Det var blitt vanskelig å ivareta eget arbeidsliv på normal måte. Arbeidsdagene var blitt kortere og uforutsigbare behov fra deres nære gjorde at de måtte forlate arbeidet midt i arbeidstiden. Deltakerne beskrev også utfordringer knyttet til eget sosiale liv og til å ivareta egen familie og forpliktelser. Alt dette endret seg til det bedre når personen fikk aktivitetstilbudet.

*«Livet har forandret seg veldig. Jeg er ikke hos han hver dag lenger, men to-tre ganger i uka. Så jeg får jo*

#### Sammen drag

**Bakgrunn:** Når en person får demens rammes også pårørende i stor grad. De kan oppleve høyt nivå av stress som kan føre til dårligere helse og lavere livskvalitet. Det er behov for avlastningsordninger slik at pårørende ikke blir utbrent og selv får hjelpebehov. En bykommune på Østlandet etablerte et ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens hvor hovedmålene var å yte individuelt tilpassede aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens og samtidig gi pårørende regelmessige og forutsigbar avlastning.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke pårørendes erfaringer med et ambulerende dagaktivitetstilbud.

**Metode:** Dataene er basert på deltakernes scoring på Helse direktoratets «Belastningsskala-pårørende» i tillegg til to individuelle intervjuer. De kvalitative dataene er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** De pårørende rapporterte om positive erfaringer med tilbudet. Det utpekte seg tre hovedfunn: reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet, opplevelse av frihet og avlastning og erfart kompetanse og kontinuitet i tjenesten.

**Konklusjon:** Et ambulerende dagaktivitetstilbud kan bidra til positive erfaringer hos de pårørende som igjen kan hjelpe i en utfordrende omsorgssituasjon.

**Nøkkelord:** demens, hjemmeboende, dagaktiviteter, pårørende, pårørendebelastning

#### Abstract

**Background:** When a person gets dementia family caregivers are also affected to a large extent. They may experience a high level of stress that can lead to poorer health and lower quality of life. There is a need for relief services for family caregivers so they won't get burned out. An urban municipality in eastern Norway established an ambulatory day-care service for people with dementia living at home where the main goals were to provide individualized activities, while also giving family caregivers regular brakes.

**Purpose:** To investigate the family caregivers experiences with ambulatory day-activity services.

**Method:** The data is based on the participants' scores at the Health Directorate's «Load scale Relatives» in addition to two individual interviews. The qualitative data were analyzed using systematic text condensation.

**Results:** Relatives reported about positive experiences with the services. The study identified three main findings: reduction in experience of stress and bad conscience, experience of freedom and relief, and experiences with the competence and continuity of the service.

**Conclusion:** Ambulatory day-activities can contribute to positive experiences for the family caregivers and can be helpful in a challenging situation.

**Keywords:** Dementia, Home, Day Activities, Family caregivers



Foto: Shutterstock

tilbake livet mitt. Jeg får gjort de normale tingene som å betale regninger og lage middag til familien min. Og jeg kan be venner på middag og slippe å avlyse når maten allerede står i ovnen. Før måtte jeg ta noen sykemeldingsdager innimellom, men nå går jeg på jobb hver dag» (datter).

«De dagene (fornavn) kommer på besøk så har vi en lettere hverdag. Da tillater hun (kona) at jeg reiser avgårde til jobb litt tidligere og kommer hjem litt senere» (ektemann).

I tillegg gjorde tilbudet at det ble lettere å planlegge ferie. Tidligere hadde innleggelse på institusjon vært den eneste mulige løsningen for at deltakerne kunne dra på feire, selv om innleggelse var noe tjenestemottakerne selv ikke ønsket. Nå kunne de derimot kombinere hjemmesykepleie og aktivitetstilbud slik at de kunne ta feire. Deltakerne mente at aktivitets-

tilbudet fungerte som en avlastning som gjorde at de kunne frigjøre seg i større grad.

#### **Erfart kontinuitet og kompetanse i tjenesten**

Deltakerne fortalte at kontinuitet og kompetanse i aktivitetstilbudet bidro til at både tjenestemottakeren og de selv som pårørende følte seg tryggere. De opplevde kontinuitet da det var den samme tjenesteyteren som kom hver gang. Det viste seg også at denne kontinuiteten gjorde at tjenesteyterne fikk hjulpet personene med praktiske gjøremål som dusj og bistand i måltider. Dette var behov som deltakerne mente at hjemmesykepleien ikke hadde klart å dekke på grunn av manglende kontinuitet og dårlig tid. Selv om dette ikke nødvendigvis var planlagte aktiviteter som aktivitetstilbudet skulle dekke, så beskrev deltakerne at både tjenestemottakerne og





de selv var fornøyde med dette.

«Allerede etter tredje gangen pappa fikk besøk av (fornavn) så dusjet han. Så det er noe med det at det er en person du får litt tillit til og som har litt bedre tid. Det er ikke mer som skal til» (datter).

Kompetansen til tjenesteyterne var også beskrevet som en suksessfaktor i tilbudet. Mer spesifikt handlet dette om kompetanse knyttet til vurdering av helsetilstand og kommunikasjon med tjeneste-

## «Det er ikke uvanlig at den høye ansvarsbyrden til pårørende kan føre til depresjon, stress og dårlig samvittighet.»

mottakeren. Dette gjorde at den pårørende følte at personen var godt ivaretatt sammen med tjenestesolutøveren.

«Det hadde ikke vært den samme tryggheten for meg hvis det var en frivillig som kom, som ikke har den samme faglige dyktigheten i forhold til vurdering av helse og kommunikasjon. Det hadde egentlig ikke vært verdt noen ting» (datter).

Det å se at deres nære mottok aktivitetstilbud som var individuelt tilpasset var også positivt. Aktivitetene ble bestemt ut fra tjenestemottakerens behov og ønsker. Det kunne være eksempelvis fysisk aktivitet, kjøreturer, gode samtaler eller kafèbesøk. På grunn av kompetanse til å vurdere helsesituasjonen, så opplevde en av de pårørende at helsefagarbeideren kunne få kona hans til å yte mer under treningen.

«Hun gleder seg til (fornavn) kommer og til de aktivitetene de skal gjøre. Hun skal gå hver dag på grunn av sykdommen sin og det er lettere for (fornavn) å få henne til å gå lenger. Så for det første så er det en oppmuntring for henne også er det en frigjøring for meg» (ektemann).

De pårørende fikk, via samtaler med tjenesteutøver, informasjon om hva timene ble brukt til og hvordan tjenesteutøveren oppfattet at personen nyttiggjorde seg tilbudet. Dette bidro til en kontinuitet og forutsigbarhet som var av betydning både for tjenestemottakeren og de pårørende samt at det ble et godt samarbeid.

### Diskusjon

Studien viser at de pårørende gjennomgående hadde positive erfaringer med det ambuleringe dagaktivitetstilbudet. Tjenesteyterne hadde overtatt flere av oppgavene de pårørende hadde hatt, noe som gjorde at pårørende lettere kunne ivareta egen familie og egne sosiale relasjoner. Tabell 1 viser at pårørende generelt sett rapporterte om relativt lav belastning. Resultatene knyttet til spørsmålene 7,8,9 og 13 i «Belastningsskala-pårørende» (se Tabell 1), som alle omhandler behov for avlastning og behov for sosialt liv, viser ytterligere nedgang i rapportert belastning mellom første og siste registrering, hvilket også var et av delmålene til prosjektet. I en annen norsk studie vektla pårørende muligheten for å ivareta sosiale relasjoner når de rapporterte om sin livskvalitet (21).

Et viktig resultat som fremkommer i studien, er at dagaktivitetstilbudet gjorde at pårørende kunne gå tilbake til normale arbeidsrutiner. Vanskeligheter relatert til ivaretagelse av eget arbeidsliv bekreftes i en tidligere studie hvor de pårørende oppga uregelmessig tilstedeværelse på jobb og hindringer i å delta i sosiale aktiviteter som to av de hyppigste effektene pårørendebelastningen hadde på arbeidssituasjonen, og kalte dette for jobb- og omsorgsklemma (22). Å balansere roller mellom å være omsorgsyrter for en person med demens samtidig med arbeidsliv og egen familie kan forårsake en rollekonflikt som til slutt kan føre til psykisk uheld (7). Resultatene fra våre intervjuer viste videre en reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet. Ifølge poengscorene i «Belastningsskala pårørende» var det også rapportert nedgang i forhold til spørsmålene om depresjon og påvirkning på egen helse. Samtidig scorete deltakerne høyere på spørsmål om søvnforstyrrelser, om de følte at det ikke fantes løsninger for vanskelighetene sine og på spørsmål om de ble flau på vegne av tjenestemottakeren. Dette kan indikere at ambuleringe dagaktiviteter kan redusere visse opplevelser av pårørendebelastning, men ikke alle. Det er ikke uvanlig at den høye ansvarsbyrden til pårørende kan føre til depresjon, stress og dårlig samvittighet (8) da jobb- og omsorgsklemma kan være psykisk belastende (23, 24). Våre resultat finner støtte i tidligere studier som viser at dagaktiviteter til personer med demens kan redusere stress og dårlig samvittighet hos pårørende (25,26). I en rapport anga dessuten pårørende at noen av de viktigste tiltakene for å kunne stå i jobben var dagsenteropphold og avlastning i hjemmet (26). På bakgrunn av studier



ens resultater og tidligere forskning (9,25,26) så kan det synes som at et ambulerende dagaktivitetstilbud kan bidra til at pårørende kan stå lenger i jobb og samtidig bevare egen helse. Evidensen for dette må imidlertid styrkes ved et større datagrunnlag.

Et interessant resultat er at pårørende påpeker tjenesteyterens kompetanse i demensomsorg som en suksessfaktor. Kompetansen ble brukt til å kartlegge behovet og tilpasse tjenestene individuelt. Det er tidligere avdekket et forbedringspotensial knyttet til fleksibilitet og individtilpassede aktivitetstilbud på dagsentra (27). Funn fra denne studien kan tyde på at et ambulerende dagaktivitetstilbud utført av kompetente helsearbeidere kan gjøre tilbudet mer personsentrert. Kompetansen ga også de pårørende en trykkløst følelse. Dette bekreftes i andre studier som viste at faglige kompetanse så vel som tjenesteyternes personlige egenskaper hadde en betryggende effekt (28,29). I vår studie uttrykte en av deltakerne at hun ikke hadde opplevd den samme trykkløstheten hvis det var en frivillig som kom og hjalp hennes far. Både hun og faren hadde tillit til tjenesteyteren som en fagperson som tok medansvar, hvilket ga den pårørende en følelse av avlastning. Dette kan peke på viktigheten av at den profesjonelle anerkjenner pårørendes rolle som samarbeidspartner, noe som også har blitt avdekket i en annen studie (30). Bruk av frivillige til å gi aktivitetstilbud til personer med demens er en anerkjent løsning i det norske helsevesenet. Samtidig har det blitt avdekket noen utfordringer som beskrives i en norsk studie. En av utfordringene var at de frivillige hadde vanskeligheter med kommunikasjon samt det å få til aktiviteter med beboere på et sykehjem, da de mangelte nødvendig samtaleteknikk (31). Erfaringen vår deltaker uttrykte viste at det kan ha en heldig effekt på de pårørende hvis tjenesteyteren har kompetanse innen demensomsorg. Deltakerne i vår studie var videre tilfredse med den kontinuerlige og personlige kontakten både de og tjenestemottakerne fikk med de ansatte. Tidligere studier har vist at mangel på kontinuitet kan oppleves belastende både for pasienter og pårørende, samtidig som at kontinuitet hos tjenesteutøvere kan fremme en personsentrert tilnærming til tjenestene (32, 33). Studiens resultater knyttet til kontinuitet bekreftes i en annen studie, som understreker at kontinuitet er en forutsetning for kvalitet i tjenestene (34).

### Metodiske overveielser

En svakhet med studien er at den har et begrenset utvalg. At resultatene fra den kvantitative og kvalitative datainnsamlingen samsvarer med hverandre styrker imidlertid studiens troverdighet. Resultatene har også støtte i eksisterende forskningslitteratur. Det kan tenkes at vi hadde fått andre funn hvis vi i tillegg til kjønn og slektskap hadde tatt hensyn til andre påvirkende faktorer som kunnskap og mestringsevne (27).

I strukturerte kvantitative datainnsamlinger skal intervjueren spille en nøytral rolle og ha et balansert forhold til respondenten (33). Prosjektleder var kjent for flere av de pårørende fra før så kan det tenkes at dette kan ha påvirket resultatene i «Belastingsskala-pårørende». Prosjektet «Ambulerende dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens» var det eneste i sitt slag i Norge på det aktuelle tidspunktet. Studien bidrar således til å belyse et viktig område i demensomsorgen som foreløpig er lite utforsket. Mer omfattende forskning er påkrevet for å gi økt kunnskap på et stadig mer aktuelt område.

### Konklusjon

Studien indikerer at et ambulerende dagaktivitetstilbud er en ny tjeneste som kan bidra til individuelt tilpassede tjenester til hjemmeboende personer med demens, i tillegg til at det kan ha en heldig effekt på de pårørende. Det utpekte seg tre hovedfunn knyttet til pårørendes erfaringer med tilbudet: reduksjon i opplevelse av stress og dårlig samvittighet, opplevelse av frihet og avlastning og erfart kompetanse og kontinuitet i tjenesten. Dette er positive erfaringer som gir grunnlag for videre forskning om hva slags helseeffekt et slikt tilbud kan ha på pårørende og hvordan det kan medvirke til at pårørende holder ut lenger i en utfordrende omsorgssituasjon, og på den måten utsette innleggelse på institusjon for tjenestemottakeren. ■

### Referanser

1. Nasjonalforeningen for folkehelsen (2018). Hva er demens? Hentet fra: <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2020. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
3. Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter (2018).
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste. Meld. St. 26 (2014-2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>



5. Van Knippenberg, R. J. M., de Vugt, M. E., Ponds, R. W., Myin-Germeys, I. and Verhey, F. R. J. (2016). Dealing with daily challenges in dementia (deal-id study): effectiveness of the experience sampling method intervention «Partner in Sight» for spousal caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 16 (136) doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0834-5>
6. Pinquart, M. and Sörensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58 (2) 112–128. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112>
7. Bjørn, A., Samuelsson, A. M., Annerstedt, L., Elmståhl, S., Samuelsson, S.-M. and Grafström, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15 (1) 25–33. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.1510025.x>
8. Bertheniussen, I. S. og Fredriksen, S.-T. D. (2014). Det krevende spennet mellom arbeid, hjemmet og gamle hjelpetrequende foreldre En hermeneutisk studie om kvinners situasjon i skjeeringspunktet mellom yrkesliv og dobbelt omsorgsansvar. *Nordisk Tidsskrift for Helsetjenesteforskning*. 10 (1)56–69. doi: <https://doi.org/10.7557/14.3010>
9. Hagen, P.I. (2006). Å være pårørende til demenssyke i eget hjem. Høgskolen i Sør-Trøndelag. Hentet fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148697/Parorende\\_til\\_demenssyke.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148697/Parorende_til_demenssyke.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012–2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
11. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011). Effekten av tilrettelagt dagsenter-tilbud til personer med demens. (Rapportnr. 21–2011). Hentet fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378256/NOKCRapport21\\_2011.pdf?sequence=4](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378256/NOKCRapport21_2011.pdf?sequence=4)
12. Mossello, E., Caleri, V., Razzi, E., Di Bari, M., Cantini, C., Tonon, E., Lopitato, E., Marini, M., Simoni, D., Cavallini, M. C., Carlo, N. M., Biagini A. and Masott, G. (2008). Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(10)1066–1072 doi: <https://10.1002/gps.2034>
13. Durand, M. James, A., Ravishankar, A., Bamrahand, J.S. and Purandare, N. B. (2009). Domiciliary and day care services: Why do people with dementia refuse? *Aging Mental Health*. 13(3) 414–9. doi: <https://10.1080/13607860902879318>
14. Stirling, C. M., Dwan, C. A. and McKenzie, A. R. (2014). Adult day care respite: caregiver expectations and benefits survey. *BMC Health Services Research* 14 (1) 245 doi: <https://10.1186/1472-6963-14-245>
15. Johannessen, A., Tuft, P.A. og Christoffersen, L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstract Forlag AS
16. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste (2018). Skalaer og tester. Hentet fra: <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
17. Koyama, A., Matsushita, M., Hashimoto, M., Fuiise, N., Ishikawa, T., Tanaka, H., Hatada, Y., Miyagawa, Y., Hotta, M and Ikeda, M. (2017). Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics*. 17 (2) 108–114. doi: <https://10.1111/psyg.12200>.
18. Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget AS.
19. Sykepleierens Samarbeid I Norden (2003). Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. Hentet fra: <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>
20. Jacobsen, D.I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
21. Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A. and You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and o spring caregivers of people with dementia: A qualitative study *International Journal of Nursing Studies*. 77 (18)8–14. doi: <https://10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
22. Gautun, H. (2009). Hvordan gjøre det lettere å kombinere jobb og omsorg for gamle foreldre? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 6 (2) 110–119.
23. Wang Y. N., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C. and Yang, P. S. (2011). Reconciling work and family caregiving among adult child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*. 67(4) 829–840.
24. Aasgaard, L., Mogensen, T. M. og Grov, E. K. (2009). Familiebasert omsorg på godt og vondt. *Sykepleien Forskning* 2(3) 186–192 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0058>
25. Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Golder, S., Arksey, H., Adamson, J. and Drummond, M. (2007). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Respite for Caregivers of Frail Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55 (2) 290–299. doi: <https://10.1111/j.1532-5415.2006.01037>
26. O'Connell, B., Hawkins, M., Ostaszkievicz, J. and Millar, L. (2012). Carers' perspectives of respite care in Australia: An evaluative study. *Contemporary Nurse*. 41 (1) 111–9. doi: <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.111>
27. Tretteteig, S., Vatne, S. og Rokstad, A.M.M. (2016). Hvordan dagaktivitetstilbud for personer med demens virker inn på pårørendes situasjon. *Demens & Alderspsykiatri*. 20(4)35–8.
28. Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. and Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32 (2) 805–814.
29. Dale B, Sævaerid H.I., Kirkevold M. and Soderhamn O. (2011). Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk Sygeplejeforskning* 11(1) 219–34. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12511>
30. Rowan J., Chester, H., Hughes, J., Abendstern, M., Loynes, N. and Sutcliffe, C. (2018). Practitioners preferences of care coordination for older people: A discrete choice experiment. *Journal of Gerontological Social Work*. 61 (2) 151–170. doi: <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1417342>
31. Aasgaard, H.S., Disch, P.G., Fagerström, L. og Landmark, B.T. (2014). Pårørende til aleneboende personer med demens - Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. *Nordisk sygeplejeforskning* 02 (4).
32. Lorentzen, H. og Tingvold, L. (2018). Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 02 (4).
33. Landmark, B. T., Aasgaard, H. S. and Fagerström, L. (2013). "To be stuck in it—I can't just leave" A Qualitative Study of Relatives' Experiences of Dementia Suffers Living at Home and Need for Support. *Home Health Care and Management*. 25 (5) 217–223.
34. Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. 1 (1).
35. Margaret J. Penning, M. J. and Wu, Z. (2016). Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*, Volume 56 (6) 1102–1113. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv038>
36. Ryen, Anne (2010). Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Fordi både  
store og små  
mager liker  
ekte mat



Alle fortjener ekte mat, uansett alder. Nå er endelig vår godt likte sondenæring Isosource® Mix også til barn fra 1 år – Isosource® Junior Mix – siden både store og små mager liker vanlig mat.

Isosource® Mix og Isosource® Junior Mix inneholder ekte råvarer som kylling\*, ferskenpuré, erter\*, bønner\*, og appelsinjuice fra konsentrat. Erfaringer viser at sondenæring som inneholder ekte mat eller ingredienser fra ekte mat kan føre til bedre toleranse og gi følelsen av en ekte matopplevelse.<sup>1,2</sup>

## EKTE MAT. EKTE OMTANKE.

Referanser: 1. Samela K, et al. Transition to a Tube Feeding Formula With Real Food Ingredients in Pediatric Patients With Intestinal Failure. *Nutr Clin Pract.* 2017;32(2):277–281. 2. Hurt RT, et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(6):824–829.

\* Rehydret kyllingkjøtt og grønnsaker

For helsepersonell

Nestlé Health Science, tlf. 67817200  
www.nestlehealthscience.no

**NYHET!  
FOR BARN**  
FRA 1 ÅR

**FOR  
VOKSNE**  
(OG FOR BARN  
FRA 3 ÅR)



**Nestlé**  
HealthScience



# Lederes forventninger til nyutdannede sykepleiere fordrer samarbeid med utdanningen

Kortere liggetid på sykehus for de eldste eldre har ført til at mye av behandlingen som tidligere foregikk i sykehus er overført til sykehjemmene (1, 2).

## FAKTA

Av Karin Ravn Pedersen,  
Universitetslektor  
UiT, Norges arktiske  
universitet

Wivi-Ann Tingvoll,  
Dosent  
UiT, Norges arktiske  
universitet

## Introduksjon

Når behandlingsansvaret er overført fra sykehus til sykehjemmene, vil det innebære at pasienter i sykehjem har mer alvorlige, og behandlingskrevende sykdomstilstander enn tidligere (3). Nye og flere oppgaver krever at sykepleierne er faglig oppdatert, og i stand til å observere og vurdere pasientens tilstand. Sykehjemmene har fått mer spesialiserte pleie-, behandlings- og rehabiliteringsoppgaver med påfølgende krav om økt kompetanse (3). Som en følge av utfordringene sliter ledere og ansatte med stor arbeidsbelastning, og sektoren er ikke godt nok

omsorg og pasientbehandling (7). Sykepleiefaglig ledelse er et ansvar som knyttes til sykepleie som profesjon, og innebærer oppgaver som skal sikre faglig innhold og flyt i arbeidsprosesser i pasientarbeid (8, 9). Hovedoppgaven til sykepleiere er å vurdere pasientenes individuelle behov for sykepleie, vurdere sykepleietiltak og koordinere samhandling med andre profesjoner (9). Sykepleiefaglig ledelse kjennetegnes ved tydelige mål og at faglige problemer løses i fellesskap med andre. I tillegg til den kliniske funksjonen har sykepleierne behov for organisatorisk kompetanse som innebærer blant annet innsikt i politiske målsettinger, omstillingsevne og å anvende metoder for sikre kvalitet i tjenesten (10).

Det faglige ansvaret som sykehjemmene er pålagt innebærer store utfordring for nyutdannede sykepleiere (11). Nyutdannede sykepleieres møte med sykehjem som arbeidsplass er faglig krevende, og det viser seg at sykepleiere ikke har forventet kompetanse knyttet til ledelse og organisering av pasientomsorgen (12, 13). Et fåtall nyutdannede sykepleiere oppgir at de har sykehjem som førstevalg når de skal ut i jobb (14). Både ledere i sykehjem og utdanningen må ta grep for å gjøre sykehjem til en mer attraktiv arbeidsplass for avgangsstudentene. Utdanningen bør samarbeide tett med ledere for å kunne formidle hvilke faglige utfordringer og

---

«Det faglige ansvaret som sykehjemmene er pålagt innebærer store utfordring for nyutdannede sykepleiere.»

---

rustet til å møte fremtidens krav og utfordringer (4, 5). Mye tyder også på at kvaliteten på ledelse og organisering av tjenestene kan bli betydelig bedre (6).

Økt fokus på kompetanse i sykepleiefaglig ledelse og organisering kan bidra til å sikre god kvalitet på



muligheter for kompetanseutvikling som finnes i sykehjem. Utdanningen må også i større grad bidra til at overgangen fra student til ferdige sykepleiere ikke oppleves som overveldende, og at de får handlingskompetanse i forhold til bant annet å lede og organisere sykepleie (12). Et virkemiddel kan være å organisere sykepleierstudentenes praksisstudier i henhold til krav som møter dem som nyutdannede sykepleiere (15, 16).

Denne artikkelen har til hensikt å belyse hva sykehjemsledere forventer av nyutdannede sykepleieres utøvelse av faglig ledelse og organisering. Artikkelen drøfter hva som må styrkes i sykehjemmene og i

utdanningen for at nyutdannede sykepleiere skal bli rustet til å møte de faglige utfordringene som er tillagt sykehjem. Studien er relevant i forhold til implementering av ny forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning (17).

Forskningsspørsmålet i denne studien har vært: *Hvilke forventninger har ledere i sykehjem til nyutdannede sykepleieres utøvelse av faglig ledelse og organisering?*

### Metode

Denne studien er siste del av en bredere studie som omhandler studentenes utvikling av handlingskom-

#### Sammendrag:

Nye og flere oppgaver i sykehjem krever at sykepleierne er faglig oppdatert, og i stand til å observere og vurdere pasientens tilstand. Sykepleierutdanningen har i samarbeid med ledere i sykehjem et ansvar for at nyutdannede sykepleiere er rustet til å møte dagens faglige utfordringer.

Artikkelen har til hensikt å belyse hva sykehjemsledere forventer av nyutdannede sykepleieres utøvelse av faglig ledelse og organisering. Artikkelen drøfter hva som må styrkes i sykehjemmene og i utdanningen for at nyutdannede sykepleiere skal bli rustet til å møte de faglige utfordringene som er tillagt sykehjem

I studien anvendes Kvalens fenomenologisk-hermeneutisk metode. Det ble gjennomført individuelle intervju med fire institusjonsledere fra ulike sykehjem i en kommune.

Studien viser at institusjonsledere har store forventninger til at nyutdannede sykepleiere skal være tydelige og kvalitetsbevisste, være bevisst sitt ansvar som faglige ledere, være engasjert i faglig utvikling og kvalitetsarbeid og bidra til å utvikle sykehjemmens som praksisarena

Det er av stor betydning at ledere i sykehjem og sykepleierutdanningen samarbeider tett for å kunne møte samfunnets behov, og for å kunne bidra til samsvar mellom ledernes forventninger og utdanningens innhold. En modell med en praksisperiode siste semester i sykehjem med fokus på faglig ledelse og organisering kan være et bidrag til å øke studentenes kunnskap om hva som forventes av en nyutdannet sykepleier. Det kan også gi studentene motivasjon til å velge sykehjem som arbeidsplass etter endt utdanning.

**Nøkkelord:** Nyutdannede sykepleiere, faglig ledelse, sykehjem, sykepleierutdanning

#### Abstract:

New and an increasing number of tasks require that nurses be up-to-date professionally, and capable of observing and evaluating the condition of the patient. Nursing educational institutions, together with the nurse leaders in the nursing home, have a responsibility for ensuring that newly qualified nurses are equipped to meet today's professional challenges.

The aim of the article is to illuminate what leaders in nursing homes expect from newly qualified nurses in terms of the execution of professional leadership and organization. The paper discusses measures to strengthen the nursing homes and the curriculum such that newly qualified nurses may be equipped to deal with the professional challenges they might encounter in the nursing home.

The study applies Kvale's phenomenological-hermeneutic methodology. Individual interviews were conducted with four nurse leaders from different nursing homes in a municipality.

The study shows that nurse leaders have great expectations that newly qualified nurses should be clear and quality conscious, be mindful of their responsibility as professional leaders, be involved in professional development and quality work, and contribute to developing the nursing home as a practice arena.

It is important that leaders of nursing homes and nursing educational institutions cooperate closely in order to meet the needs of society, and to be able to contribute to the balance between the expectations of the nurse leader and curriculum content. A model that incorporates a practical training period in the student's final semester in a nursing home that focuses on professional leadership and organization could be a contribution to increasing their knowledge about what may be expected of a newly trained nurse. It can also spark a motivation to choose the nursing home as a place of employment after graduation.

**Key words:** newly qualified nurses, professional leadership, nursing home, nursing curriculum







Foto: Shutterstock

petanse i sykepleiefaglig ledelse etter ny praksismodell, som inkluderer studenter, praksisveiledere og ledere i sykehjem (15, 16). I studien anvendes Kvaales fenomenologisk-hermeneutisk metodetenkning; som innbefatter intervju som datasamlingsmetode (18). Metoden er valgt fordi den egner seg til å få fram og fortolke forventninger, i denne sammenheng ledes forventninger til nyutdannede sykepleiere.

Vi henvendte oss til institusjonsledere ved fire sykehjem i en kommune med forespørsel om deltakelse. Institusjonslederne ble valgt som informanter fordi de har overordnet ansvar for institusjonens drift, og har ansvar for rekruttering og oppfølging av nyansatte sykepleiere. Alle takket ja til deltagelse. Begge forfatterne har bakgrunn som sykepleiere, ledere i sykepleietjenesten og lærere i sykepleierutdanningen, og er også veiledere for studenter i praksis ved sykehjem.

#### **Datainnsamling**

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte dybdeintervju med fire institusjonsledere fra fire sykehjem. Informantene hadde fra et til ni års erfaring som ledere i sykehjem. Alle informantene hadde videreutdanning i ledelse på ulike nivå. En inter-

vjuguide ble utarbeidet med hovedpunktet faglig ledelse og organisering. Intervjuene ble foretatt i et møterom ved utdanningen. Begge forfatterne deltok under intervjuene. I tillegg ble det gjort et oppfølgingsintervju med en av lederne for å få utvidet og fordypet innhold fra dybdeintervjuet. Intervjuene ble tatt opp på digital optaker og videre transkribert ordrett.

#### **Analyse**

I henhold til Kvale (18) sin metode inngår tre analysefaser; egenforståelse, allmenn forståelse og teoretisk tolkning. I fase en inngår, slik artikkelforfatterne forstår det, å oppsummere hva informantene selv forstår med intervjuene i en fortettet form. I fase to går en ut over det informantene forstår ved at forfatterne går i en form for dialog med teksten, og hvor forskerne stiller spørsmål og teksten gir svarene. I denne fortolkningsprosessen integreres aktuell kunnskap gjennom forskernes forforståelse, samtidig som forskerne forblir på et allment forståelsesnivå. Temaene fra denne analysefasen danner strukturen i allmenn forståelse. Under den tredje fasen anvendes det et teoretisk kunnskapsgrunnlag for å fortolke meningen i utsagnene. I denne

sammenhengen bli det benyttet et fenomenologisk-hermeneutisk kunnskapsgrunnlag i søken mot dybdeforståelse. I funnene inngår både analysefase en og to, mens fase tre utgjør diskusjonsdelen i artikkelen. Data har kontinuerlig vært diskutert mellom forfatterne gjennom hele analyseprosessen.

### Forskningsetikk

Studien er godkjent gjennomført av Norsk senter for forskningsdata (19). Sammen med informasjonsskriv og forespørsel direkte til informantene, ble det også sendt med samtykkeerklæring.

### Resultat

Med utgangspunkt i datamaterialet fra intervjuene ble det analysert fram fire subtema og et overordnet tema: Tydelige og kvalitetsbevisste sykepleiere.

Subtema:

- Å være bevisst sitt ansvar som faglige ledere
- Å bidra til faglig utvikling
- Å være engasjert i kvalitetsforbedring
- Å utvikle sykehjemmet som praksisarena

### Å være bevisst sitt ansvar som faglige ledere

Informantene var tydelige på at alle sykepleiere har det faglige ansvaret på sine vakter. Det er en forventning om at sykepleierne skal ha oversikt over en stor gruppe pasienter, og ta det faglige ansvaret. Det innebærer også evne til å organisere og delegere oppgaver til det øvrige personalet. En informant uttalte: «Ikke minst det å bruke dine kolleger og disponere det mannskapet du har». Mange sykehjem er organisert med mindre enheter over flere etasjer, og evnen til å kunne gå «på tvers av enhetene» ble fremtonet. En sa det slik: «Vi er ute etter sykepleiere som ikke sier at... den pasienten kjenner jeg ikke. Når du er sykepleier må du kunne gå inn og gjøre en vurdering». En annen informant uttrykte: «Vi er jo en relativt liten enhet, slik at hos oss forventer vi at folk har oversikt».

Sykepleiefaglig ledelse ble omtalt som en modningsprosess, det kommer med erfaring. Lederne mente at det viktigste er dialogen med de andre faggruppene for å utvikle seg som fagperson og å bli trygg på seg selv som sykepleier. Som en uttrykte: «(...) men det er etter hvert å bli kjent med deg selv og bli trygg på deg selv, og ikke minst spørre andre om råd når du ikke vet selv».

Individuelle forskjeller var også en faktor i for-

hold til hvordan nyutdannede sykepleiere fungerte i lederrollen. Det ble påpekt at de som var mest frempå ble ansett som den beste faglige lederen. En informant sa: «Det er ei som har vært her ett og et halvt år, og hun er så dreven, hun er så uredd, ikke sant. Står på og tar ansvar, mens andre liksom gjemmer seg litt». En informant fremtonet at de unge nyutdannede sykepleierne stiller for store krav til seg selv, både som fagpersoner og privatpersoner og sa det slik: «De må lære seg å fokusere på det positive, det de har fått til og ikke bare det som de ikke har fått gjort i løpet av vakta».

### Å bidra til faglig utvikling

Informantene var opptatt av at alle sykepleierne har ansvar for å være faglig oppdatert og innhente kunnskap. En sa: «(...) jo, vi må hele tiden være bevisst på at vi kan lære mer og vi må styrke verdien av fagkompetanse».

Lederne var opptatt av å støtte opp om større fokus på kunnskapsbasert praksis, men hadde bekymringer i forhold til holdninger hos noen av de ansatte. En mente: «De nyutdannede sier ofte at - vi har lært at forskning viser – men det kan bli møtt med en del motbør. Det er ikke enkelt med den kulturen som er i enheten».

Det ble av flere informanter fremtonet det komplekse sykdomsbildet og krav til sykehjemmet i forhold til å kunne behandle pasientene i stedet for at de ble sendt til sykehus. En uttalte: «Pasientene er jo nesten ikke på sykehuset, nå skal jo vi behandle dem her. Vi har jo alt fra lindring, kreft, avlastning og de tyngste demente og somatisk syke». En annen sa: «Vi forventer ikke at de skal kunne alt, men vi opplever at det er for lett å ringe legevakten. De må tørre å ta avgjørelser».

To av lederne var opptatt av at kompetansen til de ansatte ikke ble benyttet på en god nok måte. Samtidig kom det frem at det ikke var utarbeidet kompetanseplaner for enhetene. Det var gjort kartlegging blant de ansatte i forhold til egne faginteresser, men det var ikke utarbeidet videre planer. Alle var opptatt av at egeninteresse og egen plikt til oppdatering skulle vektlegges når det var snakk om utvikling av kompetanse. En uttalte: «Vi sier jo at alle har selv plikt til å oppdatere seg. Vi må bli flinkere til å påpeke det. (...) det må være noe de selv har lyst til, brenner for å utvikle videre». En annen sa det slik: «Jeg har mer tro på den indre motivasjonen. Hvis folk har lyst til noe så får de heller komme og foreslå





Foto: Shutterstock

det. Og hvis vi mangler den kompetansen så mener jeg vi skal støtte det».

#### **Å være engasjert i kvalitetsforbedring**

Lederne var opptatt av kvalitetsarbeid, og ønsket et større engasjement fra de ansatte. Det var gjennomført intern opplæring i forhold til hvordan og hvorfor avvik skulle meldes. En mente at å gjøre feil er uunngåelig, men rapportering og gjennomgang av de ulike avvikene bidrar til å bedre kvaliteten på sykepleietjenesten i institusjonen. En sa: «Min rolle er å oppfordre dem til å bli flinkere til å skrive avvik, for jeg er tilhenger av at det må gjøres kjent at det er greit å gjøre feil. Det kan bidra til at vi får en kultur for å melde avvik i større grad».

Lederne snakket også om hvor viktig det var at alle sykepleierne skjønner hensikten med rapportering av avvik, og det var forventet at den enkelte

dokumenterte når de erfarte avvik. Det var også forventet at forslag til forbedringer ble dokumentert. En uttalte: «De må skrive avvikene og også komme med forslag slik at vi ser en mulighet for å gjøre ting på en annen måte».

#### **Å utvikle sykehjemmet som praksisarena**

Sykehjemmene har i tillegg til primær oppgavene også ansvar for praktisk opplæring av studenter og elever i perioder av deres utdanning. Lederne var opptatt av at sykehjemmet skulle fungere som en god læringsarena, men også at de ansatte skulle bidra aktivt til dette. Studentene ble omtalt som en ressurs, både i form av at de tilførte kunnskap og at de innebar flere personer tilstede i enheten. En sa: «Når vi får studenter får vi mer kompetanse, og så får vi bedre tid». Det ble snakket spesifikt om hvordan de så på mulighetene og utfordringene

med å ha studenter i enhetene som snart var ferdige sykepleiere. Der ble det nevnt at sykepleierne måtte bli flinkere til å gi studentene muligheter til faglige utfordringer og dermed mer læring. Som en uttalte: «(...) at vi klarer å slippe studentene til, det er det som gir utfordringer. Vi må våge å utfordre dem». En annen snakket om at studentene måtte bli «pushet» i situasjoner som kunne være vanskelige for at de skulle få best mulig utbytte av praksis, og sa: «Når studentene ikke tør det i praksis, så tør de det ikke når de er ferdige sykepleiere».

Utfordringer med få nye sykepleierstillinger og rekrutteringsproblemer for de eksisterende stillingene ble løftet frem av lederne. De snakket om at det var for lite sykepleiere ut fra antallet pasienter og at mange pasienter hadde behov for behandling og oppfølging. Viktigheten med å tenke rekruttering i sammenheng med studentenes praksisperioder ble nevnt. En sa det slik: «Vi ønsker jo å være god, men nå sliter vi litt med mangel på sykepleiere. Vi ønsker likevel å ta imot så mange studenter som mulig, for vi vil jo gjerne ha studenter. Vi har så mange utfordringer at det må jo være spennende å jobbe her».

### Diskusjon

Studiens hensikt er å belyse hvilke forventninger institusjonsledere i sykehjem har til nyutdannede sykepleiere i forhold til kompetanse i sykepleiefaglig ledelse og organisering. Funnene viser at lederne har forventninger til at nydannende sykepleiere er tydelige og kvalitetsbevisste, og bidrar til faglig utvikling i institusjonen.

### Faglig ledelse i sykehjem

Studien viser at lederne forventer at sykepleierne skal være fleksible, kunne ta ansvar og kunne gjøre faglige vurderinger på flere avdelinger i institusjonen. Avdelingene hadde mangel på sykepleiere, og spesielt på kvelds- og helgevakter var det få sykepleiere på vakt. I følge Duchscher (20) har ledere og kollegaer ofte urealistiske forventninger til nyutdannede sykepleiere når det gjelder faglig nivå. Forventningene om fleksibilitet kan imidlertid føre til økt press på nyutdannede sykepleiere (13). Sykehjemmene som arbeidsplass er faglig krevende, og de nyutdannede sykepleierne trenger oppfølging og veiledning (10, 13). Lederne har ansvar for å legge til rette for en god overgang fra utdanning til yrket for nyutdannede sykepleiere. Det innebærer blant annet god innføring i sykehjemmets organisering.

Sykehjemmets mål og visjon må gjøres kjent som retningsgivende for det faglige innholdet og organiseringen av sykepleietjenesten. Lederne har ansvar for å skape felles forståelse for hva som er organisasjonens mål og midler, kriterier for evaluering, læring og nødvendig forbedring (21). Organiserte opplæringsprogram med fokus på den nyutdannede sykepleiers behov for opplæring og bruk av mentorordninger er anbefalt for å skape en bedre overgang fra student til sykepleier (13).

## «Funnene viser at lederne mente at ferdigheter som sykepleiefaglige ledere var en modningsprosess, og blir utviklet gjennom erfaring.»

Det er en utfordring at nyutdannede sykepleiere gjennom praksisstudier, i hovedsak er vant til stabile og forutsigbare pasientsituasjoner med en fast praksisveileder tilgjengelig. Som selvstendige yrkesutøvere blir nyutdannede sykepleiere konfrontert med fullt ansvar for akutt og kritisk syke pasienter, uten en veileder å støtte seg på (13, 20, 22). Funnene viser at lederne mente at ferdigheter som sykepleiefaglige ledere var en modningsprosess, og blir utviklet gjennom erfaring. Det er derfor av betydning hvordan lederne legger til rette slik at nyutdannede gradvis blir trygg og har oversikt over hva som er nødvendig for å håndtere ulike situasjoner. Utdanningen har også et ansvar for å bidra til at nyutdannede sykepleiere er i stand til å fungere selvstendig i en krevende arbeidshverdag, og at de kan bidra til kvalitetssikring av tjenesten. Utdanningens oppbygging med en praksisperiode i sykehjem siste semester hvor studentene skal fungere mer selvstendig, og få erfaring som sykepleiefaglige ledere, kan bidra til å bedre overgangen fra utdanning til praksis (15, 16).

### Faglig utvikling

Studien viser at sykehjemmene i økende grad må ta imot pasienter med komplekse tilstander som behandles der i stedet for at de sendes til sykehus. Dette medfører større ansvar for sykepleierne, og

mangelfull kompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.

Funnene i denne studien viser at lederne vedsetter kompetanseheving og forventer at nyutdannede sykepleiere skal være opptatt av å utvikle faget. Men samtidig kommer det frem at sykehjemmene mangler kompetanseplaner, og at oppdatering og fagutvikling styres ut fra ønsker og behov fra den enkelte sykepleier. Tidligere studier viser at syke-

petanse ikke blir godt nok ivaretatt. Sykepleiere i sykehjem mener at faglige utfordringer og mulighet for faglig utvikling bidrar til trivsel i jobben og er en forutsetning for ønsket om å jobbe i sykehjem (11).

#### Kvalitetsforbedring

Avvikshåndtering er lovpålagt, og funnene viser at lederne forventer dokumentasjon på avvik og forslag til forbedringer fra de ansatte. Ledere for virksomheten har ansvaret for institusjonens kvalitetsarbeid og herunder melding om, og oppfølging av avvik (24). Dette forutsetter en ledelse som er tydelig på organisasjonens mål og visjoner og som ser på kvalitetsarbeid som en integrert del av den daglige driften (25). Studier viser imidlertid at sykepleiere muligens anser kunnskap om avvikshåndtering som mindre viktig, sammenliknet med den kliniske kompetansen (26). Utdanningen må bli mer tydelig på viktigheten av kvalitetsarbeid, og dermed gjøre de nyutdannede sykepleierne bedre rustet til å møte krav om dokumentasjon og håndtering av avvik i sykehjem. Større fokus på hensikten med avviksmeldinger, rapporteringsrutiner og oppfølging av uheldige hendelser kan føre til at studentene blir mer bevisst på kvalitetsarbeidet (16). Studentene som var aktivt med i registreringen av uheldige hendelser var kritiske til videre håndtering og oppfølging i organisasjonen (16).

#### Sykehjemmet som praksisarena

Lederne snakket om at de erfarte at studenter var ressurser, både i forhold til at det totale antallet personer på vakt økte, men også fordi studentene tilførte sykehjemmet økt kompetanse. Det gjaldt spesielt studenter i siste studieår, som av praksisveiledere blir sett på som en kollega, og en diskusjonspartner i faglige spørsmål (15).

Institusjonsledere har en viktig rolle i å tilrettelegge for et godt læringsmiljø for studenter og nyutdannede sykepleiere. Det kan stilles spørsmål om institusjonslederne engasjerer seg godt nok i studentenes praksis blant annet med tanke på fremtidig rekruttering. I følge Skaalvik mfl (27) innebærer engasjement fra lederne å gi studentene en god velkomst, gi tilstrekkelig informasjon om institusjonens mål og visjoner, og motivere de ansatte i forhold til veiledning og involvering av studentene i virksomheten. Studentenes møte med sykehjemmet som praksisarena har stor betydning i forhold til hvorvidt de ønsker å jobbe der etter endt utdanning (27).

## «Andre studier viser at nyutdannede sykepleiere med akademisk bakgrunn kan bli sett på som en trussel i et etablert arbeidsmiljø.»

pleiere i sykehjem opplever at det mangler overordnede strategier for kompetanseutvikling (23). For å kunne tilpasse økende faglige utfordringer, og se hva som trengs av kunnskaper hos den enkelte, og organisasjonen som helhet, har lederne ansvar for å kartlegge kompetansebehov. Vår studie viser at det var gjennomført kartlegging i sykehjemmene, men det kan synes som at videre planer og strategier for å heve institusjonenes kompetansebehov ikke var utarbeidet. Det fremkommer i studien at lederne hadde forventninger til at nyutdannede sykepleiere kunne arbeide kunnskapsbasert, men at kulturen i avdelingen kunne være et hinder. En kultur preget av motstand mot endringer, hvor eldre sykepleiere og andre arbeidstakere med mindre formell utdanning, motarbeider sykepleiere som bringer inn nye tanker og ideer. Andre studier viser at nyutdannede sykepleiere med akademisk bakgrunn kan bli sett på som en trussel i et etablert arbeidsmiljø (13).

Ledere i sykehjem har ansvaret for rammebetingelser som økonomi og kvalitet i pasientbehandlingen, og har ansvaret for å legge til rette for både den individuelle og kollektive kompetanseutviklingen i institusjonen (10). Lederne i denne studien var opptatt av det individuelle ansvaret, men det ble lite fremtonet hvordan sykepleierne kunne utvikle seg faglig som gruppe, noe som støttes av andre studier (23). Det kan synes som at ledernes ansvar for faglig utvikling og institusjonens samlede behov for kom-



Erfaringene etter ny praksismodell kan bidra til at avgangsstudenter får større interesse for sykehjemmet som fremtidig arbeidsplass (15, 16).

### Konklusjon

Studien viser at institusjonsledere har forventninger til at nyutdannede sykepleiere skal være tydelige og kvalitetsbevisste, og være engasjert i faglig utvikling og kvalitetsarbeid. Det er derfor av stor betydning at ledere i sykehjem og sykepleierutdanningen samarbeider tett for å kunne møte samfunnets behov og utdanningens innhold. Når så få nyutdannede sykepleiere velger å arbeide på sykehjem, må sykepleierutdanningen og sykehjemmene sammen ta ansvar for å tenke nytt. Sykepleierutdanningen står overfor store endringer i forhold til nye forskrifter og retningslinjer for innholdet i utdanningen. En praksismodell med 9 ukers praksis i siste semester i sykehjem med fokus på faglig ledelse og organisering har vært gjennomført ved vår utdanning de siste tre år. Vi ser at praksisperioden kan være et bidrag til å øke studentenes kunnskap om hva som forventes av en nyutdannet sykepleier. Dette kan gi studentene motivasjon til å velge sykehjem som arbeidsplass etter endt utdanning. ■

### Referanser

1. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2014–15 IS-2427. Oslo; 2016. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf>
2. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. Fra sykehus til sykehjem - hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepleien Forskning. 2017.
4. Andrews T, Gjertsen H. Sykepleieledere og ledelse. NF-rapport Bodø: Nordlandsforskning; 2014.
5. Andrews T, Høgås J. Vilkår for ledelse Om økonomi, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. Bodø: Nordlandsforskning; 2017.
6. Tingvoll W-A, Saeterstrand T, McClusky LM. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. BMC Nursing. 2016;15(1).
7. Curtis E, de Vries J, Sheerin F. Developing leadership in nursing: exploring core factors. British Journal of Nursing. 2011;20(5):306-9.
8. Kristoffersen NJ. Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie Sykepleie - fag og funksjon. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
9. Pfeiffer R. Sykepleier og leder : den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
10. Orvik A. Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
11. Bergland Å, Vibe O, Martinussen N. Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? Tidsskriftet sykepleien. 2010;98(1):52-4.
12. Solli H. Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. Sykepleien Forskning. 2009;4(1):52-60.
13. Snelvedt T, Sørli V. Valuing Professional Pride and Compensating for Lack of Experience: Challenges for Leaders and Colleagues Based on Recently Graduated Nurses' Narratives. Home Health Care Management & Practice. 2012;24(1):13-20.
14. Fredheim M. Kun to av ti nyutdannede sykepleiere har kommunene som førstevalg 2018 Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3762979/17036/Kun-to-av-ti-nyutdannede-sykepleiere-har-kommunene-som-forstevalg>.
15. Pedersen KR, Tingvoll W-A, Nymo RIJ. De kommer som sykepleiere, ikke som studenter. Geriatrisk sykepleie. 2018(1):28-35.
16. Tingvoll W-A, Pedersen KR, Nymo RIJ. Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering. Sykepleien Forskning. 2018.
17. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning FOR-2019-03-15-412. 2019. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
18. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
19. NSD Norsk senter for forskningsdata Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/>.
20. Duchscher JEB. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(5):1103-13.
21. Schein EH, Schein P. Organizational culture and leadership. Hoboken: Wiley; 2017.
22. Wolff AC, Pesut B, Regan S. New graduate nurse practice readiness: Perspectives on the context shaping our understanding and expectations. Nurse Education Today. 2010;30(2):187-91.
23. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? Sykepleien forskning 2017.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2017.
25. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal; 2018.
26. Blekken LE, Medby AO, Forbord T. Læringsutbytte i sykepleiefaglig ledelse etter praksis der sykepleierstudenter overtok ansvaret for en avdeling. Sykepleien Forskning. 2013;8(4):344-52.
27. Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(15):2294.



# Bruk av geografiske informasjonssystemer i sykepleieforskning

Både helse og sykdom har geografiske kjennetegn som er vesentlig å forstå for å fremme helse og forebygge sykdom.

## innledning

Det er godt dokumentert hvordan miljøet virker inn på helsen til folk, men det er mer diffust hvordan sykepleiepraksis er knyttet til miljøet. Geografisk informasjonssystem, GIS, brukes i sykepleie- og helsetjenesteforskning for å avdekke sammenhenger relatert til miljø og helse. Legen John Snow var den første som brukte kart for å samle inn fortløpende data om hvor de som ble smittet av kolera på 1850 tallet bodde i forhold til de offentlige brønnene i Soho i London på midten av 1800tallet (1)

Ved å registrere hvor kolerautbruddene skjedde fikk Snow (1) fram et mønster på kartet over hvor utbruddene var og hvor konsentrasjonen av utbrud-

Helsegeografi er en subdisiplin under geografisk informasjonsvitenskap (GIV), et forskningsfelt som studerer de generelle prinsippene som ligger til grunn for behandling, analyse, visualisering og lagring av geografiske data. Sentrale begrep innenfor helsegeografi er menneske, natur og miljø. Natur og miljø er knyttet til stedfestede (romlige) forhold der folk bor, nærmiljøet, nære relasjoner, økonomi og arbeidssted (6, 7).

Sykepleiens fire metaparadigmer er person, helse, sykepleie, miljø. Disse definerer sykepleieprofesjons disiplinære fokus og danner grunnlag for sykepleie-kunnskap, -teori og -praksis (8-10). Miljø er det metaparadigmet som gir sykepleie tett forbindelsen til det teoretiske grunnlaget for GIV og GIS (11, 12). I sykepleiesammenheng forstås miljø som både fysisk og sosialt miljø som påvirker personen og sykepleieren, samt de steder hvor sykepleie utøves, som spenner fra private hjem til helsetjenester i lokalsamfunnet og til samfunnet som helhet. miljøet refererer også til alle lokale, regionale, nasjonale og verdensomspennende kulturelle, sosiale, politiske og økonomiske forhold som er assosiert med menneskers helse (13). Det er en økende aksept at miljø, i alle ordets betydninger, er en viktig faktor som påvirker måten sykepleie utøves og pasientens helse (14-17). Miljø er relatert, men ikke begrenset til sted hvor sykepleiere praktiserer og personer møter helsevesenet.

## «Sykepleiens fire metaparadigmer er person, helse, sykepleie, miljø.»

dene var størst. På denne måten fant han ut hvilken brønn som hadde dårlig vatn som forårsaket utbruddet av kolera. Denne analysemetoden benyttes mye i dag, men med bruk av moderne teknologi i stedet for papir og blyant. Norsk helseatlas er et godt eksempel på dette (2)

Økt bruk av geografisk informasjon i helsetjenesteforskning har utviklet seg til det som i dag kalles helsegeografi eller medisinsk geografi (3-5).

### FAKTA

Av Solrun G. Holm, PhD, Cand.san, FoU-leder, Åpen omsorg

Ragnhild Angelsen, MSc in GIS, Landmåler, Geolofoten AS



Foto: Shutterstock

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Helsegeografi og da bruk av geografiske informasjonssystem, GIS, er et relativt nytt område innenfor sykepleieforskning i Norge. Sentrale begrep innenfor helsegeografi er menneske, natur og miljø. Innholdet i disse begrepene finner vi igjen i sykepleiens fire metaparadigmer som er person, helse, sykepleie, miljø. Miljø er det domenet som gir sykepleie tett forbindelse til det teoretiske grunnlaget for helsegeografi. Miljø er relatert, men ikke begrenset til sted hvor sykepleiere praktiserer og personer møter helsevesenet.

Formålet med artikkelen er å vise hvordan GIS brukes som metode og analyseredskap i sykepleie- og helsetjenesteforskning.

**Kunnskapsgrunnlag:** Denne oversikten er basert på litteratursøk i PubMed med definerte søkestrenger med ordene nursing, public health, home care services, geographic masking og spatial confidentiality kombinert med geographic information systems eller health geography. Totalt 12 artikler av 708 ble inkludert.

**Resultat:** Artikkelen viste at GIS benyttes til å analysere levering av / tilgang til helsetjenester, sykdomsovervåking, risikoanalyser og planlegging av helsetjenester. Men det kom også fram at forskerne ikke alltid ivaretok personvernet i sine presentasjoner av funn knyttet til de brukerne de undersøkte.

**Konklusjon:** GIS er et nyttig verktøy innen helsetjeneste- og sykepleieforskning, og områdene det kan benyttes innen begrenses bare av fantasien.

**Nøkkelord:** sykepleie, person, helse, omgivelser, miljø, geografiske informasjonssystem

### Abstract

Health geography and then the use of geographical information system, GIS, is a relatively new area in nursing research in Norway. Central concepts in health geography are human, nature and environment. The contents of these terms can be found again in the nursing four metaparadigms that are person, health, nursing, environment. Environment is the domain that provides nursing close links to the theoretical basis for health geography. The environment is related, but not limited to, the place where nurses practice and people meet the health care system.

The purpose of the article is to show how GIS is used as a method and analytical tool in nursing and health service research.

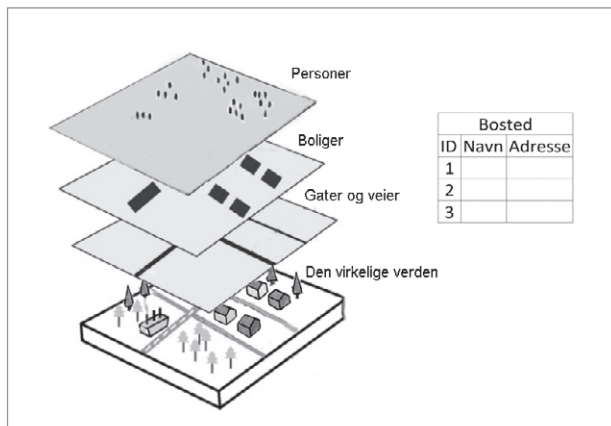
**Method:** This overview is based on literature searches in PubMed with defined search strings with the words nursing, public health, home care services, geographic masking and spatial confidentiality combined with geographic information systems or health geography. A total of 12 articles out of 708 were included.

**Result:** The articles showed that GIS is used to analyze delivery of / access to health services, disease monitoring, risk analyzes and planning of health services. But it also emerged that the researchers did not always safeguard the privacy of their presentations of findings related to the users they examined.

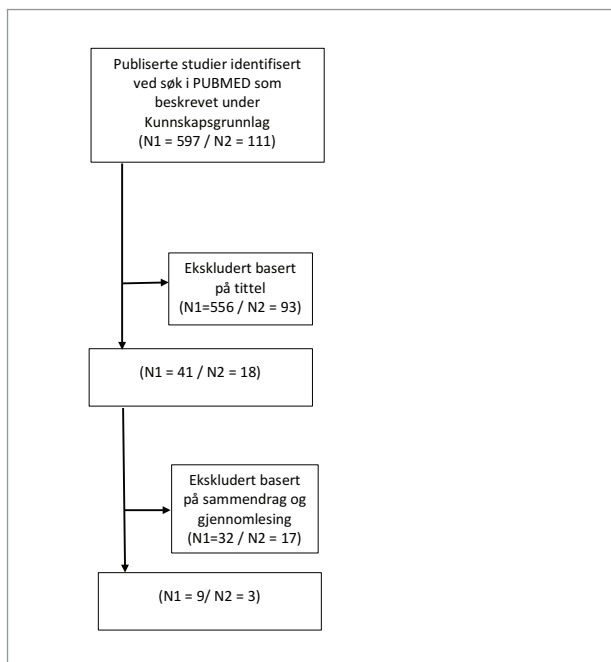
**Conclusion:** GIS is a useful tool in healthcare and nursing research, and the areas it can be used within are limited only by the imagination.

**Keywords:** nursing, person, health, environment, geographic information systems





FIGUR 1: Enkel GIS modell



FIGUR 2: Flytdiagrammet viser kunnskapsgrunnlaget i denne oversiktsartikkelen. Søk N1: nursing, public health, home care services, i ulike kombinasjoner med geographic information systems, health geography og geography of nursing. Søk N2= geographic masking og spatial confidentiality. Søket i PubMed ble avsluttet mars 2018

**Artikkelens formål**

Formålet med artikkelen er å vise hvordan geografiske informasjonssystemer brukes som metode og analyseredskap i sykepleie- og helsetjenesteforskning for å få kunnskap om helse- og sykepleiefaglige tema som har en geografisk dimensjon.

**Litt om Geografiske informasjonssystemer**

Geografisk informasjonssystem, GIS, er det digitale verktøyet (programvare) som benyttes for innsamling, organisering, lagring, analyse og presentasjon av geografisk stedfestet informasjon (Goodchild, 2003). Både GIV og GIS har gjort det enklere å undersøke forhold knyttet til helse, sykdom og helsetjenester som har en geografisk referanse. Det er to typer data som i hovedsak brukes: stedfestede (romlige) data og beskrivende data (attributtdata eller egenskapsdata). Beskrivende data kan enten være kvantitative eller kvalitative (Cope & Elwood, 2009; Cromley & McLafferty, 2012). Ved bruk av GIS kan sykdoms- og helsedata analyseres over tid og rom.

Geografisk informasjonssystem gjør det mulig å kombinere ulike typer data, inkludert, men ikke begrenset til, demografi, helsedata, bosted og samfunnsressurser, som alle er koblet til et underliggende kart. En enkel modell for GIS er vist i figur 1.

Som figur 1 viser, består GIS av flere temalag (layer). Et lag viser bostedene, et gater og veier og et adressen til personer. Ved å kombinere opplysningen i hvert temalag kan GIS brukes til å undersøke ulike relasjoner, trender og mønstre mellom de ulike lagene av data. I tillegg kan GIS kombinert med geospasiale teknologier, som for eksempel GPS-enheter (Global Positioning System), identifisere hvor en person til enhver tid befinner seg.

**Kunnskapsgrunnlag**

Vi søkte i PubMed for perioden fra og med 2000 til og med mars 2018. Søket var delt i to. Det første søket var etter forskningsartikler som brukte GIS som metode. Følgende søkeord ble benyttet, søk N1: nursing, public health, home care services, i ulike kombinasjoner med geographic information systems, health geography og geography of nursing. Det andre søket var etter forskningsartikler som hadde fokus på metoder som ivaretok personvernet når datagrunnlaget var sensitiv informasjon relatert til pasienter. Følgende søkeord ble benyttet, søk N2: nursing, public health, home care services, i

ulike kombinasjoner med geographic masking og spatial confidentiality. Vi var i hovedsak interessert i oversiktsartikler, men også originalartikler som primært hadde et sykepleie-perspektiv. Dette resulterte i N1 = 597 artikler og N2 = 93 artikler (se fig 2). En påfølgende eksklusjonsprosess ut fra en skjønsmessig vurdering basert på tittel reduserte antall artikler til henholdsvis 41 artikler og 18 artikler. Etter gjennomlesning av sammendrag og noen av artiklene endte vi opp med henholdsvis 9 og 3 artikler.

## Resultat

### Geografiske informasjonssystemer i sykepleie- og helsetjenesteforskning

Gjennomgang av oversiktsartiklene viser at GIS benyttes som metode og analyseverktøy hvor kunnskap om geografi kan utgjøre en forskjell i forståelsen av utbredelse av sykdom, folkehelse og levering av helsetjenester. Nykiforuk og Flaman (18) gjorde en systematisk litteraturstudie i 2007 av 621 artikler og bokkapitler hvor hensikten er å identifisere hvordan GIS har blitt brukt i helserelatert forskning og utfordringene som er forbundet med denne tilnærmingen innenfor helsefremming og folkehelse. De avdekket fire hovedområder, sykdomsovervåking, risikoanalyse, helsetilgang og planlegging og samfunnshelseprofilering. Deres funn viser at GIS og stedfestet analyse kan brukes som en effektiv metode for å tilnærme planleggings spørsmål innen helsefremming og folkehelse. Utfordringer knyttet til bruk av GIS, er om programvaren er oppdatert på adresser, infrastruktur og tilgang til teknisk support.

Lyseen mfl. (19) gjorde en litteraturstudie av 865 artikler og konferanseinnlegg som ble gitt ut i perioden 1991 til 2011 som hadde fokus på menneskers helse og sykdom relatert til geografi. Hensikten med studien er å gi en konseptuell oversikt over området, og å fremme strategisk planlegging for videre forskning med bruk av GIS i helse. Innholdet i artiklene og konferanseinnleggene ble kategorisert i 4 hovedgrupper: stedfestet analyse av sykdom, stedfestet analyse av helsetjenestepanlegging og folkehelse, i tillegg til helseteknologi og verktøy. De fant flest forskningsartikler i kategorien stedfestet analyse av sykdom. Disse artiklene hadde fokus på spredning av infeksjonssykdommer, oversikt over kreftsykdommer og astma relatert til geografiske områder. Innenfor helsetjenesteforskning er GIS blitt brukt

til å undersøke tilgjengelighet av helsetjenester, optimalisering av kjøreruter i hjemmetjenesten, mens innenfor folkehelseforskning er GIS brukt til å analysere hvilke miljømessige eksponeringer menneskene kan utsettes for og hvordan disse kan forebygges. Det kan være luftforurensing fra trafikk og industri, forurenset jord og vann, spredning av pollen, fedme og nærhet til fastfoodutsalg og blyforgiftning hos barn. Forskning innenfor kategorien helseteknologi og verktøy har fokus på hvordan kombinere GIS med for eksempel GPS, fjernmåling (remote sensing) og pedometer. Artikkelen tar også for seg hvor viktig anonymisering av persondata er.

En oversiktsartikkel av Fradelos mfl (20) analyserte 32 artikler med det formålet vise GIS som teknologi og de ulike applikasjonene som benyttes i medisinsk, epidemiologisk eller sosial forskning og i helsevesen generelt. De er opptatt av at kunnskapen som kommer fram ved bruk av GIS kan fungere som et beslutningsverktøy i helsevesenet, og det kan bidra til formulering av retningslinjer for helsesektoren. De viser i sin oversiktsartikkel hvordan GIS kan benyttes innen psykisk helse, folkehelse, hjemmetjenesten, helse og miljø for å få bedre kunnskap om tjenestenes tilgjengelighet og overvåking av miljøet knyttet til helse og sykdom. Denne kunnskapen er med og gir en bedre forståelse av hva tid og rom betyr for tilgjengelighet og bruk av helsetjenester.

Dermatis mfl (21) beskriver i sin artikkel hvordan forskere benytter ulike GIS-applikasjoner knyttet til lokalisering, tilgjengelighet av helseinstitusjon, utbrudd og spredning av sykdommer. De trekker fram hvor viktig kunnskap om tilgjengelighet til både psykiske - og somatiske helsetjenester er for planlegging av tjenesten, men også for forståelse av bruken av disse tjenestene. Med bruk av GIS kan man vurdere hvor best lokalisering av tjenestene bør være med tanke på tilgjengelighet for brukerne. Et annet område hvor bruken av GIS kan gi nyttig informasjon for beslutningstaking er knyttet til utbrudd og spredning av sykehusinfeksjoner i store sykehus i tillegg til utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer utenfor institusjon.

Vi har også analysert noen originalstudier for å vise hvordan GIS konkret er brukt i ulike studier. Holm og Angelsen (16) benyttet det som kalles nettverksanalyse for å analysere hvordan ansatte i hjemmetjenesten planla arbeidsprogrammet for en uke. (fig 3)





Nettverksanalyser er en rekke analyser som baserer seg på data om infrastruktur, hovedsakelig veinettverk kombinert med planlagte ruter. Holm og Angelsen kombinerte data fra ukeprogrammet med

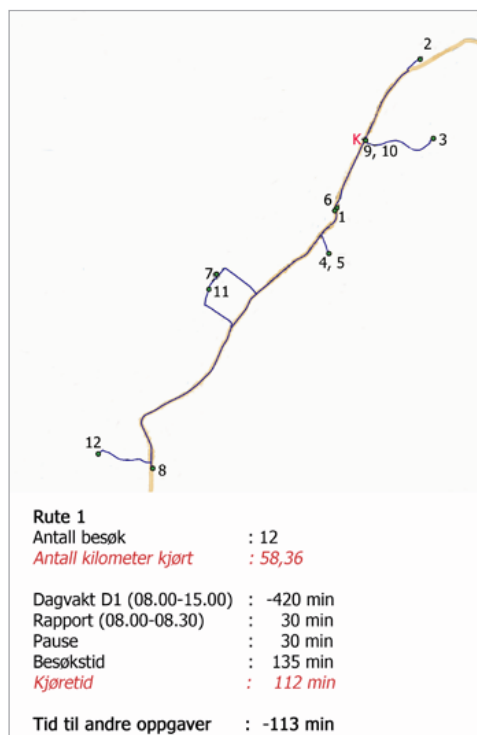
## «Nettverksanalysen viste at de som planla kjørerutene underestimerte kjøretiden i ca 20 % av de planlagte ruten.»

innholdet i vedtakene. Nettverksanalysen viste at de som planla kjørerutene underestimerte kjøretiden i ca 20 % av de planlagte rutene. Kartet viser også at det er en det fram og tilbake kjøring, noe som kan begrunnes i hvilke tjenester brukeren har. Holm (17) har gjort analyse av besøksrutene på dag- og kveldsvakter i hjemmetjenesten for å få fram hvor lang tid det gikk mellom besøkene til den enkelte

bruker. Studien viste bl.a hvilke logistikkutfordringer hjemmetjenesten har for å sikre at pasientene som trenger hjelp til å ta på og av kompresjonsstrømper i henhold til vedtatt prosedyre. Som regel hadde pasienten stått opp, og i henhold til prosedyre for å ta på kompresjonsstrømper, så skal det helst gjøres før pasienten har stått opp (22). Studien viste også at hos noen pasienter var tiden fra siste besøk om kvelden hvor han/hun fikk hjelp til kveldsmåltidet og kveldstell og hjelp med morgenstell og frokost dagen etter var mer enn 11 timer.

Klynge eller tetthetsanalyse, også kalt hot spot analyse, benyttes for å finne ut hvor det kan være flere som bor som har felles kjennetegn. Stopka mfl. (23) benyttet klynge- eller tetthetsanalyse (for å finne ut hvor kvinner bodde som kom inn under programmet «Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)»). De kombinerte data fra Fødselsstatistikken for California i 2010 med data fra WIC-programmet. Ved bruk av hot spot analyse identifiserte de klynger av WIC-kvalifiserte ikke-deltakere. Det dannet grunnlaget for målrettet informasjon om programmet til denne gruppen. Den samme metoden benyttet Hames og hennes medforskere (24) for å undersøke i hvilke områder i Sør-Florida som hadde en høy tetthet av sosialt og medisinsk sårbare eldre. De benyttet seg av offentlig tilgjengelig data fra folketelling for å få kunnskap om hvor de eldre bodde. Ved å kombinere dette med en hovedkomponentanalyse (PCA) med tidligere identifiserte indikatorer for sosial og medisinsk sårbarhet kunne de lage kart som viste i hvilke områder denne gruppen bodde. Ifølge forskerne bak denne studien kan bruken av slik kart bidra til å utvikle bedre og mer målrettede tjenestetilbud i de respektive områdene.

Holm mfl. (25) benyttet tetthetsanalyse i en studie hvor de undersøkte hvilke tjenester brukerne fikk og innholdet i vedtakene til disse i hjemmetjenesten i to kommuner. Hensikten med studien er, å få innblikk om hvilke helsetjenester kommunene hadde tildelt, og hvordan de fordelte seg i forhold til bosetningsmønster. Tetthetsanalysen viste hvor brukere som mottok ulike tjenester fra hjemmetjenesten bodde i forhold til sektorkontorene i de respektive kommunene (fig 4). Ved å visualisere hvor brukerne bor, fikk de fram at selv om kommunene er like store, så viser topografien hvorfor kommunene organiserer plassering av sektorkontorer ulikt. Den



FIGUR 3: Eksempel på kjøreruter (16)



ene kommunen har flere mindre sentra, mens den andre har ett større sentrum.

Figur 4 Oversikt over antall vedtak hver bruker har og hvor de bor (25)

### Bruk av geografiske informasjonssystemer og personvern

En utfordring når det gjelder bruk av geografiske informasjonssystemer med bruk av adresser som lokalisering, er personvernet til pasientene som omfattes av studiene. Brukes pasientenes bosted som lokaliseringspunkt, kan det bryte med personvernet. Det gjelder særlig studier hvor punktdata plottes og brukes til visualisering av hvor pasientene bor, og kartet har en slik oppløselighet at det er lett å finne pasientenes bosted. Kounadi og Leitner (26) analyserte 57 artikler for å finne ut hvordan forskere ivaretok personvernet i studier hvor lokalisering-data ble benyttet. De ville undersøke om de som brukte geografiske informasjonssystem ivaretok anonymiteten til brukerne eller om det fortsatt er tilfeller der personvernet er brutt. I 41 artikler var personvernet ikke ivarettatt, mens det i 16 artikler var ivarettatt. I disse artiklene var det brukt ulike former for geografisk maskering. Cottrell (27) og Zandbergen (28) beskriver i sine oversiktsartikler ulike teknologiske metoder forskeren kan benytte seg av for å ivareta personvernet. De beskriver bruk av geokoding og omvendt geokoding av helse-datasett, og effektiviteten av geografiske maskeringsmetoder for å bevare konfidensialitet. Hensikten er å skape forståelse for at beskyttelse av personvernet er en del av forskerens arbeid. Geografisk maskering er en prosess hvor koordinatene av punkt plasseringsdata endres for å begrense risikoen for identifisering ved offentliggjøring av GIS-kart, men likevel

beholde mønstrene som kommer fram. Det anbefales at forskerne avklarer ved oppstart av studien hvilke former for geografisk maskering som skal benyttes.

### Diskusjon

Vår litteraturstudie viser at bruk av GIS i internasjonal sykepleie- og helsetjenesteforskning er omfattende. Felles for oversiktsartiklene er at de viser ulike områder GIS som metode benyttes. De viser hva den geografiske dimensjonen tilfører av kunnskap om epidemiologi, tilgjengelighet av helsetjenester relatert til bosted, hvor barn bor som har eller ikke har fått vaksiner, levering av helsetjenester og planlegge framtidige tjenester.

I Norge er GIS lite brukt i sykepleie- og helsetjenesteforskning når vi ser bort fra forskning relatert til miljø og helsetjenester i et folkehelseperspektiv (2). Internasjonalt så ser det ut til at interessen for å bruke kunnskap og metoder fra GIV og GIS for å forske på forholdet mellom person, sykepleie, miljø og helse er økende.

Bruk av GIS i sykepleie- og helsetjenesteforskning gir sykepleieforskere muligheten til å koble opplysninger om folks bosted med data om tildeling av / tilgang på tjenester på en måte som gir oss et mye klarere bilde av konteksten der helsetjenester leveres. Siden samhandlingsreformen (29) trådte i kraft 1. januar 2012, har antall pasienter og brukere som får helsetjenester i hjemmet økt. Ved å bruke GIS, nettverksanalyse eller tetthetsanalyse, så kan sykepleie- og helsetjenesteforskere analysere hvordan tjenestene kan planlegges ut fra hvor folk bor, og hvilke utfordringer som knyttes til levering av tjenester. F. eks kan man bruke samme framgangsmåte som Hames og hennes medforskere (24) for å utvikle demensomsorgen ved å se hvor personer

med demens bor i forhold til de tjenestene kommunen har. Endacott mfl. (30) hevder at utfordringene for å ta i bruk GIS er mange. De beskriver faktorer som hindrer en bredere bruk av geografiske informasjonssystemer og utveksling av geografisk informasjon i helsevesenet. De viser til at sykepleiere og annet helsepersonell har liten eller ingen kunnskap om GIS. Mulighetene for å ta i bruk GIS som analyseverktøy krever tilgang til programvare som krever samarbeid med en som behersker GIS-programvare. Det er mangel på digitale data i passende formater, noe som gjør datainnsamlingen svært krevende. Men enda viktigere ifølge Endacott mfl. (31) er at de fleste helseorganisasjoner ikke fullt er klar over alle nyttige romlig-temporale analysemuligheter som er tilgjengelige.

### Oppsummering

Bruk av GIS som metode kan gi ny kunnskap om sykepleie og sykepleiepraksis. Ved å bruke GIS får forskningen fram rom og tidsdimensjonen i sykepleie, som bedre forståelse for pasientens tilgang til helsetjenester og hvor lang tid en besøksrute i hjemmetjenesten tar. Hvordan ivareta personvernutfordringene som ligger i synliggjøring av pasientenes bostedsadresse er belyst. Bruk av GIS fortsatt på et tidlig stadium innenfor norsk sykepleieforskning. ■

### Referanser

- Johnson S. The ghost map: the story of London's most terrifying epidemic--and how it changed science, cities, and the modern world. New York: Riverhead Books; 2006.
- Helseatlas. Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor? Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE); 2019 Tilgjengelig fra: <https://helseatlas.no/>.
- Schærström A, Rängård M, Löfman O. Hålsans och ohålsans landskap: från medicinsk geografi till hälsogeografi. Lund: Studentlitteratur; 2011.
- Andrews GJ, Moon G. Space, Place, and the Evidence Base: Part I--An Introduction to Health Geography. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2005;2(2):55-62.
- Rosenberg M. Health geography II: 'Dividing' health geography. *Progress in Human Geography*. 2016;40(4):546-54.
- Andrews GJ. Geographical thinking in nursing inquiry, part two: performance, possibility, and non representational theory. *Nursing Philosophy*. 2017;18(2):e12137.
- Andrews GJ. Geographical thinking in nursing inquiry, part one: locations, contents, meanings. *Nursing Philosophy*. 2016;17(4):262-81.
- Allgood MR. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2014.
- Bender M, Feldman MS. A practice theory approach to understanding the interdependency of nursing practice and the environment: implications for nurse-led care delivery models. *Advances in nursing science*. 2015;38(2):96-109.
- Bender M. Re conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry*. 2018;0(0):e12243.
- Moss MP, Schell MC. GIS(c): a scientific framework and methodological tool for nursing research. *Advances in nursing science*. 2004;27(2):150-9.
- Bloch JR, Courtney MR, Clark ML. *Practice-Based Clinical Inquiry in Nursing: Looking Beyond Traditional Methods for PhD and DNP Research*: Springer Publishing Company; 2016.
- Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd rev. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2012.
- Andrews GJ, Moon G. Space, place, and the evidence base: Part II--Rereading nursing environment through geographical research. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2005;2(3):142-56.
- Magnussen I-L, Bondas T, Alteren J. Å bringe helsegeografi inn i sykepleien – en aksjonsforskning. *Klinisk Sykepleie*. 2016;30(03):168-82.
- Holm SG, Angelsen RO. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:439.
- Holm SG. Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? *Geriatrisk Sykepleie*. 2014;6(2):24-34.
- Nykirforuk CJ, Flaman LM. Geographic Information Systems (GIS) for Health Promotion and Public Health: A Review. *Health Promotion Practice*. 2011;12(1):63-73.
- Lyseen AK, Nohr C, Sorensen EM, Gudes O, Geraghty EM, Shaw NT, et al. A Review and Framework for Categorizing Current Research and Development in Health Related Geographical Information Systems (GIS) Studies. *Yearbook of medical informatics*. 2014;9:10-24.
- Fradelos EC, Paphathanasiou IV, Mitsi D, Tsaras K, Kleisiaris CF, Kourkouta L. Health Based Geographic Information Systems (GIS) and their Applications. *Acta informatica* 2014;22(6):402-5.
- Dermatis Z, Tsoromokos D, Gozadinof F, Lazakidou A. The Utilization of Geographic Information Systems in Healthcare. *International Journal of Health Research and Innovation*. 2016;4(1):19.
- Holm SG. Kompresjonsstrømper til besvær? Er rammene for oppfølging av hjelp til på/avkledding at kompresjonsstrømper i hjemmetjenesten innenfor det som er forsvarlig? *Geriatrisk Sykepleie*. 2014(2):16-19
- Stopka TJ, Krawczyk C, Gradziel P, Geraghty EM. Use of Spatial Epidemiology and Hot Spot Analysis to Target Women Eligible for Prenatal Women, Infants, and Children Services. *American Journal of Public Health*. 2014;104(Suppl 1):S183-S9.
- Hames E, Stoler J, Emrich CT, Tewary S, Pandya N. A GIS Approach to Identifying Socially and Medically Vulnerable Older Adult Populations in South Florida. *Gerontologist*. 2017;57(6):1133-41.
- Holm SG, Mathisen TA, Sæterstrand TM, Brinchmann BS. Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis. *BMC Health Services Research*. 2017;17(673).
- Kounadi O, Leitner M. Why Does Geoprivacy Matter? The Scientific Publication of Confidential Data Presented on Maps. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*. 2014;9(4):34-45.
- Cottrell CD. Location privacy: Who protects? URISA: Journal-Urban and Regional Information Systems Association. 2011;23(2):49-59.
- Zandbergen PA. Ensuring Confidentiality of Geocoded Health Data: Assessing Geographic Masking Strategies for Individual-Level Data. *Advances in medicine*. 2014;2014:567049.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
- Endacott R, Kamel Boulos MN, Manning BR, Maramba I. Geographic Information Systems for healthcare organizations: a primer for nursing professions. *Computers, informatics, nursing*. 2009;27(1):50-6.



# GAP OPP!

## Sykepleieres bruk av et kartleggingsverktøy for munnhelse hos eldre pasienter

denne artikkelen setter vi søkelyset på sykepleieres oppgave med å ivareta pasienters munnhelse.

Vi belyser Eldres munnhelse generelt. Pasienter med demens trekkes frem spesielt, da dette er en sårbar gruppe som i særlig grad trenger sykepleieres kartlegging og hjelp for å opprettholde munnhelsen. Videre løfter vi frem hvordan sykepleierutdanningen kan bidra og legge til rette for sykepleierstudenters læring om god munnhelse.

I Norge er det en økende andel pleietrengende eldre som har naturlige tenner (1, 2). Det medfører behov for økt satsing på ivaretagelse av pasienters munnhelse. Munnhelse er i henhold til WHO's definisjon fravær av smerter, infeksjoner og sykdommer i munn og tenner som begrenser individets evne til å tygge, smile og snakke, samt psykososialt velvære (3). Kvalitetsforskriften pålegger kommunene å ha skriftlige prosedyrer for å sikre at pasientene får «nødvendig tannbehandling og ivarett munnhelse» (4). Munnhelse er viktig for den generelle helsen, ernæring og livskvalitet (3). Dagens eldre har gjerne investert betydelige midler på eksempelvis broer, kroner, fyllinger og implantater (5).

Sykdom kan imidlertid gjøre ivaretagelsen av tenner og munnhule vanskelig (5, 6), og bruk av medisiner kan påvirke spyttsekresjonen og således tannhelsen (6). Tannhelse finansieres ikke på samme måte som somatisk helse (7), hvilket kan innvirke på munnhelsen.

Det synes å være utfordrende å implementere munn- og tannstell i den daglige hygieneivaretagelsen i sykehjem og i hjemmetjenesten (2, 8, 9), hvilket studenter gir tilbakemeldinger om. Sykepleiere har en viktig rolle da de er i posisjon til å vurdere pasi-

### FAKTA

Av Vivian Haugland,  
Høgskolelektor,  
Høgskulen på Vestlandet

Leslie S.P. Eide,  
førsteamanuensis,  
Høgskulen på Vestlandet

## «Imidlertid er det lite forskning på sykepleieintervensjoner om munnhelse.»

enters behov for hjelp med eksempelvis tannpuss, og kartlegge samt behandle pasienters munntørrehet (2). Imidlertid er det lite forskning på sykepleieintervensjoner om munnhelse (10).

### Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å sette søkelys på sykepleieres rolle for å ivareta pasienters munnhelse. Munnhelsen til eldre i institusjon kan påvirkes av sykepleierne, pasientene, selve munnstellet og forhold ved organisasjonen. Det er behov for økt fokus på munnhelsen til pasienter med demens. Sykepleiere kan benytte kartleggingsverktøyet ROAG for å observere og forebygge munn- og tannproblemer som ellers kan være vanskelig å vurdere. Sykepleierutdanningen kan løfte frem viktigheten av munnhelse i undervisningen og ved å involvere studenter i praktisk munnhelsevurdering.

**Nøkkelord:** Munnhelse, demens, sykepleie, kartleggingsverktøy, ROAG

### Abstract

The aim of this article is to highlight the role that nurses play in patients' oral health care. Variables linked to nurses, patients, type of oral care needed, as well as other organizational factors might affect the oral health of elderly patients living in long-term care institutions. Furthermore, it is necessary to increase awareness in terms of the oral health care for patients with dementia. Nurses can use the ROAG assessment tool to observe and prevent oral and dental problems that otherwise may be difficult to assess. By teaching and involving students in practical oral health assessment, nurse education institutions can promote awareness in terms of oral health care.

**Keywords:** Oral health, dementia, nursing, assessment tool, ROAG





Foto: iStock

Sykepleierutdanningen oppfordres til å løfte frem viktigheten av pasienters munnhelse (11). Studentene skal dannes til kompetente utøvere i faget sykepleie. Sykepleier, forfatter og forsker Virginia

## «Munnhelse er ikke en oppgave som kan velges bort da det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.»

Henderson vektlegger sykepleierens særegne funksjon som innebærer å hjelpe pasienten med gjøremål som bidrar til god helse (12). I høgskolen vår får sykepleierstudentene undervisning i og trener på praktiske prosedyrer om munnhelse. Hvordan ivaretar sykepleiere pasienters munnhelse i praksis?

### De vanskelige faktorene

En studie av Visschere, Baat og Meyer mfl. viser at det er fire faktorer som påvirker munnhelsen til eldre i institusjon: forhold ved organisasjonen, sykepleierne, beboerne og selve munnet, og faktorene påvirker hverandre (8). Organisatoriske forhold omhandler eksempelvis arbeidsbelastning, spesielt i helger, deltidsarbeidernes tilgang på oppdatert informasjon samt kvalitetsforbedrende prosjekter om munnhelse. Sykepleieres holdninger, mangelfulle kunnskap, kompetanse og refleksjoner om konsekvenser av dårlig eller manglende utført munnstell vektlegges (8). Videre nevnes tilgang på retningslinjer og at det er størst fokus på munnstell til palliative pasienter.

Sykepleier og filosof Kari Martinsen vektlegger imidlertid at «pleien tar den tiden den tar», og at det er essenslig at ikke arbeidsplassens kultur tar overhånd (13). Munnhelse er ikke en oppgave som kan velges bort da det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.

Pasienters kognisjon, selvbestemmelse, manglende vilje og ønske om hjelp til munnstell



innvirker på munnhelsen. Sykepleiere kan oppleve det utfordrende å ivareta munnhelsen til pasienter med kognitiv svikt som motsetter seg hjelp, kanskje fordi de vektlegger pasienters autonomi (8, 9, 11). Studien til Zuluaga, Ferreira og Montoya mfl. viser at pasienter som trengte hjelp til munnstell hadde dårligere munnhygiene enn selvhjulpne pasienter, og pasienter som ikke samarbeidet hadde dårligst munnhelse og flere hull (9). Smerter, høy alder og redusert kognitiv funksjon er risikofaktorer for å utvikle delirium (14), også kjent som akutt forvirring (15). Delirium er en tilstand av akutte forandringer i kognitiv funksjon, oppmerksomhet og bevissthet som følge av en eller flere fysiologiske påkjenninger (14). Smerter i munnhulen kan således antas å være en utløsende faktor for delirium (14).

Det kan være et betimelig spørsmål om sykepleiere i for liten grad prøver ut tillitsskapende tiltak for å få gjennomført munn- og tannstell hos pasienter med demens. Terskelen er kanskje for høy for å søke om vedtak for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, slik lovverket åpner for (16). Willumsen, Karlsen og Næss fant at kun 1/5 av sykepleierne vurderte bruk av tvang for å få gjennomført munn- og tannstell (11). Mulige årsaker er pasientens autonomi og at tannpuss ikke vurderes som alvorlig nok for tvangstiltak (11). En annen mulig årsak til at oppgaven ikke utføres er at pasientens intimsone invaderes, hvilket både sykepleier og pasient kan oppleve som ubehagelig (17).

Sykepleiere kan kjenne motløshet over pasienters munnhelseproblemer, og å pusse andres naturlige tenner kan føles mer utfordrende enn rengjøring av proteser (8). Munnstell og observasjoner kan oppleves vanskelig og ubehagelig grunnet pasientens brekninger, svelge- og skylleproblemer, samt vansker med å åpne munnen (8). Problemer i munnhulen blir oversett og ikke vurdert som alvorlige fordi konsekvensene ikke er umiddelbare (8, 11). Personer med demens er særlig utsatt for munnhuleproblemer siden de kan ha vansker med å ytre sine plager, eksempelvis smerter i munnen (18). Forandring av personlighet er en del av demenssykdommen (19), og denne gruppen etterspør gjerne ikke munnstell, hvilket innvirker på om det blir gjennomført (8).

Kravet til sykepleiere om å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp omfatter også pasientens munn- og tannhelse (20). Forsvarlighetskravet innbefatter et etisk og et faglig ansvar for god praksis og knyttes til fagkunnskap og faglige retningslinjer (21). I vår

høgskole dekker undervisningen til sykepleierstudentene både lovverket som omhandler pasienter som ikke har samtykkekompetanse og kartlegging av munnhelse (16, 22). Vi stiller oss noe undrende til at pasienters selvbestemmelsesrett og sykepleieres manglende evne til å identifisere pasienters munnhelsestatus trekkes frem som barrierer i munnstellarbeidet i sykehjem (8, 11).

Ved vår høgskole benyttes nå simulering som metode for å trene sykepleierstudenter på god demensomsorg før praksis i sykehjem. Metoden er prøvd ut i et pilotprosjekt og viste at studentenes bruk av tillitsskapende tiltak, som ro, tid og nonverbal kommunikasjon, og kunnskap om lovverket knyttet til tvang og samtykkekompetanse økte ved bruk av simulering som metode (23). En tillitsskapende tilnærming kan være nyttig for å få identifisert pasienters munnhelseproblemer.

#### **ROAG som kartleggingsverktøy for munnhelse**

Det finnes ulike verktøy for å kartlegge pasienters munnhelse, eksempelvis ROAG (Revised Oral Assessment Guide) (24) (tabell 1). I vår høgskole presenteres sykepleierstudentene for nevnte verktøy, som også egner seg for systematisk undersøkelse av munnhulen hos pasienter som er utfordrende å vurdere (22), eksempelvis personer med demens. Pasientens stemme, lepper, munnslimhinner, tunge, tannkjøtt, tenner, proteser, spytt og svelging vurderes, og verktøyet inkluderer forslag til tiltak. En teoretisk introduksjon i undervisningen ved høgskolen synes likevel ikke å være tilstrekkelig for å sikre at kartlegging gjennomføres når studentene kommer ut i praksisperiodene. Å lukte vondt og ha dårlig hygiene er uverdigg for pasienten (25). Vi mener at pasientens verdighet og faglig forsvarlig sykepleie må vies større oppmerksomhet (20, 26, 27), hvilket innebærer at sykepleiere må kunne identifisere pasienters munnhelseproblemer.

For å kvalitetssikre at studentene overfører sine kunnskaper fra teoriundervisning til praksisfeltet bør sykepleierutdanningen også stimulere til studentrefleksjoner knyttet til sykepleieres ansvar for observasjoner og tiltak som omhandler munnhelseproblemer, med særlig vekt på utsatte grupper, eksempelvis pasienter med demens som motsetter seg hjelp. Sykepleieres rolle med ansvar for utsatte pasienter er vesentlig å løfte frem. Munnhelse bør derfor trekkes inn i ulike emner, både innenfor sykepleie, sykdomslære og samfunnsfag. Herunder blir





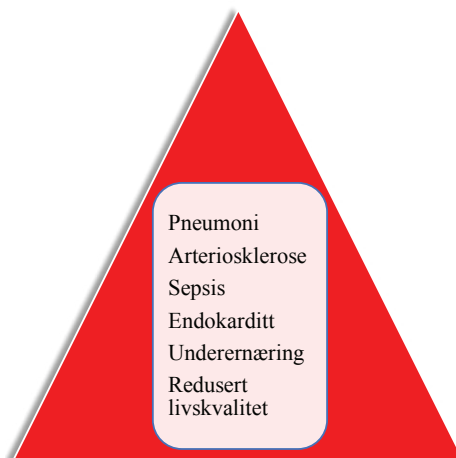


Foto: Shutterstock

det nødvendig å vektlegge konsekvenser av dårlig munnhelse, eksempelvis når bakterier fra munnhulen kommer ned i luftveiene eller spres via blodet og forårsaker pneumoni, arteriosklerose, sepsis og endokarditt (28) (figur 1). Eldre i institusjon har redusert smaksevne som kan gi reduksjon i appetitt, vekt og livskvalitet (29). De bruker gjerne også medikamenter som kan medføre munntørrehet, sår i munnhulen, ubehag og smaksforstyrrelser (29, 30). Eldres munnhelse er derfor et viktig fokusområde i sykepleierundervisningen. I samfunnsfag bør sykepleieres ansvar for å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp vektlegges. Som utdanningsinstitusjon kan vi også oppfordre sykepleierstudentene til å etterspørre tilpasset kost og munnhelse rutiner under praksisperiodene.

#### **Manglende dokumentasjon er lik ikke utført oppgave**

Forsvarlig virksomhetsstyring innbefatter etablering av nødvendige rutiner for utførelse av arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon (21). Munnstellkort (31) er et nyttig verktøy for å innarbeide rutiner for munn- og tannstell tilpasset pasientens behov. Dårlig protesehygiene indikerer dårlige rutiner (32). Lovverket pålegger sykepleiere å samarbeide med andre dersom pasientens behov krever det (20). Ved munnhelseproblemer vil samarbeidspartnere være tannpleier eller tannlege, og kommunehelsetjenesten oppfordres til større grad



**FIGUR 1:** Mulige konsekvenser av dårlig munnhelse (28-29)

av samarbeid med tannhelsepersonell (2). ROAG gir oss mulighet til mer konkret tverrfaglig samarbeid fordi sykepleiere, tannleger og tannpleiere kan bruke samme språk.

Dokumentering synes å være en generell utfordring (11). Sykepleierstudenter forteller at ansatte er oppgitt over signering for utførte arbeidsoppgaver. Den som yter helsehjelpen har imidlertid dokumentasjonsplikt (20), hvilket synliggjør helsepersonellens handlinger - eller manglende handlinger.



## Oppsummering

God munnhelse er vesentlig for å unngå ulike sykdomstilstander og opprettholde god ernæringsstatus. Sykepleiere har en viktig rolle i å kartlegge og vurdere pasienters munnhelse og iverksette nødvendige tiltak. Kjennskap til kartleggingsverktøy som ROAG og anbefalte tiltak kan optimalisere pasienters munnhelse. Pasienter med demens er spesielt utsatt for munnhelseproblemer. Vår erfaring er at det er behov for større fokus på munnhelse i sykepleierutdanningen. Bruk av simulering som metode kan benyttes for å trene sykepleierstudentene på god demensomsorg. Sykepleierstudenter bør involveres i kartlegging av pasienters munnhelse i praksisperiodene. Det kan gange sårbare pasienter, eksempelvis pasienter med demens. ■

## Referanser

- Lyshol H, Biehle AM. Tannhelsestatus i Norge: en oppsummering av eksisterende kunnskap. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
- Willumsen T, Fjæra B, Eide H. Oral health related quality of life in patients receiving home care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology*. 2010;27(4):251-7.
- WHO. Oral health. Genève: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (nedlastet 20.02.2019).
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. 2003. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Strand GV. Tenner for hele livet. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2011;121(2):104-9.
- Hånes H, Lyshol H. Tannhelse - fakta og helsestatistikk. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/tannhelse/tannhelse--faktaark-og-helsestatistikk/#tannhelse-hos-eldre> (nedlastet 20.02.2019).
- Helsedirektoratet. Tannhelse. Oslo: 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/tannhelse> (nedlastet 16.03.2019).
- Visscher L, Baat C, Meyer L, Putten GJ, Peeters B. The integration of oral health care into day to day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*. 2015;32(2):115-22.
- Zuluaga DJM, Ferreira J, Montoya JG, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012;29(2):420-6.
- Richards DA, Hilli A, Pentecost C, Goodwin VA, Frost J. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(11-12):2179-88.
- Willumsen T, Karlisen L, Næss R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*. 2012;29(2):748-55.
- Henderson V. ICN: sykepleiens grunnprinsipper. 4. utg. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 1997. 77 s.
- Fonn M. Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar> (nedlastet 21.02.2019).
- Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
- Ranhoff AH. Delirium (akutt forvirring). I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 452-62.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63.
- Beck A, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2009;21(2):143-9.
- Bedi R. Dementia and oral health. *Journal of Public Health Policy*. 2015;36(1):128-30.
- WHO. Dementia. Genève: 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> (nedlastet 20.02.2019).
- Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli nr. 64.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. Prop. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Thorsen L, Mjelde PJ, Hefte M, Ofteidal SF. Munnstell til voksne pasienter. Bergen: Helse Bergen; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter> (nedlastet 20.02.2019).
- Haugland VL, Reime MH. Scenario-based simulation training as a method to increase nursing students' competence in demanding situations in dementia care. A mixed method study. *Nurse Education in Practice*. 2018;33:164-71.
- Fjeld KG, Eide H, Mowe M, Hove LH, Willumsen T. Dental hygiene registration: development, and reliability and validity testing of an assessment scale designed for nurses in institutions. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(13-14):1845-53.
- Jakobsen R, Sorlie V. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics*. 2010;17(3):289.
- Orulv L, Nikku N. Dignity work in dementia care: Sketching a microethical analysis. *Dementia*. 2007;6(4):507-25.
- Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: 2011. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> (nedlastet 18.03.2019).
- Kumar PS. From focal sepsis to periodontal medicine: a century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease. *The Journal of Physiology*. 2017;595(2):465-76.
- Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M. Taste ability in hospitalised older people compared with healthy, age matched controls. *Gerodontology*. 2014;31(1):42-8.
- Løkken P, Birkeland JM. Munnørthet - årsaker og aktuelle tiltak. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2005;11(115):636-40.
- Institutt for klinisk odontologi. Seksjon for forebyggende tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi. Bergen: Universitetet i Bergen; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/odontologi/105107/seksjon-forebyggende-tannpleie-gerodontologi-og-samfunnsodontologi> (nedlastet 20.02.2019).
- Strand GV, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2017;127(2):138-43.



# Digital aktivitetsmedisin

De gunstige effektene av fysisk aktivitet for eldre er vel dokumentert, men likevel ser vi at sykehjemsbeboere lever veldig inaktive liv.

**B**eboerne blir ofte passive mottakere i stedet for aktive deltagere i hverdagsaktiviteter. Denne inaktiviteten får store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser og resulterer blant annet i at funksjonstapet, og derigjennom tap av selvstendighet, skjer raskere enn nødvendig.

For at eldre i og utenfor institusjon skal bli sterkere, stødigere og mer selvhjulpne startet Eigersund kommune og Fysioklinikken i samarbeid med ExorLive og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, prosjektet: «Digital aktivitetsmedisin for bedre folkehelse» i 2016. Målet er å implementere kunnskapsbasert trening i kommunens bo og servicecentre og sykehjem. Vi har skapt et innovativt, enkelt og lystig treningsverktøy som kan få de eldre «opp av godstolen».

## Undervisning og trening

Vi ønsker å gjøre det enkelt å sette i gang aktivitet, styrke- og balansetrening uten ekstra ressurser og uten å ha treningsfaglig bakgrunn. Vi vil spre kompetanse og entusiasme til alle de flinke medarbeiderne som jobber med de eldre. Derfor har vi laget seks undervisningsfilmer rettet mot kommunens ansatte innen helse og omsorg. Hver film varer ca 10 minutter og tar for seg forskjellige problemstillinger og løsninger innenfor tema «eldre og fysisk aktivitet». Budskapet er at bevegelse og trening må være en del av hverdagen – også på et dagsenter, helsehus og på sykehjem.

I samarbeid med ExorLive har vi laget treningsfilmer til musikk med øvelser for styrke og balanse. Vi har kalt filmene «SeniorLive» og de er tilgjengelige via et ExorLive-abonnement. Hver treningsfilm består av én sang der vi kan se øvelsene utført av Solbjørg – ei sprek og spenstig dame på 79 år fra Egersund. Treningsfilmene er delt opp i nivå og kategorisert i forhold til vanskelighetsgrad.

Filmene kan også brukes hos hjemmeboende eldre. SeniorLive-treningsfilmene kan enten spilles av på en PC eller et nettbrett via en link, eller via en minnepinne som kan settes rett i TV-apparatet.

Vi er opptatt av at disse filmene ikke bare skal anses som generell fysisk aktivitet; dette er målrettet trening med tanke på å vedlikeholde og bedre funksjonsnivå. De som kan stå og gå, skal utføre øvelsene stående. De som sitter, kan følge bevegelsene så godt som de kan. Musikken i filmene er valgt med tanke på målgruppen, men er likevel moderne og kan i så måte appellere til folk i alle aldre. Treningsfilmene er ikke ment som en erstatning for annen fysisk akti-

## FAKTA

Av Ragna Sigmo Skipstad, fysioterapeut v/ Fysioklinikken, Egersund

Elisabeth Wiken Telenius, fysioterapeut, PhD, forsker v/ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

## FAKTA

### Digital Aktivitetsmedisin

- Digital Aktivitetsmedisin: Prosjektsamarbeid mellom Eigersund kommune, Fysioflix, Fysioklinikken i Egersund, ExorLive og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Mål/hensikt: Innføre daglig dose fysisk aktivitet og trening på kommunens mange dagsenter og sykehjem ved hjelp av instruktør på skjerm.
- Kompetanseheving og motivasjon: 6 undervisningsfilmer rettet mot ansatte innen helse og omsorg. Tilgjengelig: [www.fysioflix.com/da](http://www.fysioflix.com/da)
- SeniorLive: Treningsfilmer satt sammen til musikk. Funksjonelle øvelser med fokus på styrke- og balansetrening. Tilgjengelig: [www.exorlive.com/seniorlive](http://www.exorlive.com/seniorlive)







**BILDE 1:** Letteste nivå. Sittende øvelser.



**BILDE 2:** Litt mer utfordrende: Stående øvelser for styrke og balanse. Støtte i stol.



**BILDE 3:** Krevende. Styrke- og balansetrening uten støtte.

vitet på avdelingene; de er et supplement. Personalet er med på trimmen og gir veiledning ved behov.

#### Tilbakemeldinger

I Eigersund kommune har vi innført SeniorLive trening på både sykehjem, rehabiliteringsavdeling og på dagsenter. Tilbakemeldinger fra både personale og sluttbruker er meget positive. Treningsfilmene er lystige og lette. Med instruktør på skjerm går det nesten av seg selv. De ansatte synes det er enkelt å sette på filmene i stedet for å måtte lage sitt eget opplegg. På et av kommunens dagsenter tilbys gruppetrening ved hjelp av SeniorLive-filmene nesten hver dag. Undervisningsfilmene har gitt kunnskap

om og mer fokus på trening og fysisk aktivitet. Flere tar ansvar for å legge til rette for en daglig treningsdose og motivere beboerne til deltagelse.

#### Mosjonsmisjonærer

Vi ønsker å dele erfaringene våre med øvrige kommuner som vil innføre mer trening og aktivitet på sine institusjoner. Utfordringen blir å nå frem til travle ledere og ansatte innen helse og omsorg med budskapet om mulighetene dette trenings- og undervisningsverktøyet gir. Å bevege seg er et grunnleggende behov – også for de eldre. Vi har troen på at små endringer kan skape store forandringer. ■



**BILDE 4:** På Kjerjanaset dagsenter i Eigersund kommune er det SeniorLive trening med instruktør på storskjerm hver dag kl 11. Noen sitter og noen står, men alle er med.





# Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

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

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

To stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og to på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost ([tor.engevik@hotmail.no](mailto:tor.engevik@hotmail.no)) som videreformidler søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

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



Foto: Colourbox



NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

# LANDSKONFERANSE 2020

16.–17. April 2020

*Hold av dagen allerede nå*

Tema:

Akutt geriatri – sykepleierens rolle

Konferansen avholdes på  
Scandic Nidelven Trondheim



# Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, du også!



Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

## INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse: .....

Postnr./sted: .....

e-postadresse: .....

Arbeidssted: .....

Medlemsnr. i NSF: .....

Kontingent: kr 400,- for 2019.

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin. De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.

Eller send en e-post med opplysningene til [tor.engevik@hotmail.no](mailto:tor.engevik@hotmail.no)

Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409



**NKS OLAVIKEN**  
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

# Vi inviterer til Olaviken- konferansen 2019

Olaviken-konferansen er et årlig, tverrfaglig møtested for fagfolk med erfaring fra eller interesse for feltet eldre og psykiske lidelser. Konferansen er aktuell for leger, sykepleiere, psykologer og annet helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Ledere og politikere vil og ha utbytte av å ta med seg programmet.

## Eldre helse – døgnet rundt

**16.–17. oktober 2019**

**Sted: Scandic Bergen City, Håkongsgaten 2, Bergen**

Et overordnet tema for årets konferanse er «Eldre helse – døgnet rundt». Plenumsforedrag og innlegg i parallellsesjoner vil belyse ulike aspekter som påvirker helse, livskvalitet og mestring i eldre år – døgnet rundt.

Vi vil fokusere spennende og relevante tema som bl.a.: mestring av livets siste del, bedre dager hjemme med demens, tverrfaglige intervensjonsmodell for utfordrende adferd, smerter hos eldre, adferdsaktivisering for eldre med depresjon, hukommelsestimulerende terapi, søvn og døgnrytme i eldre år, seksualitet i alderdommen og pårørendeperspektiver.

### Følgende forelesere er klare, i tillegg til NKS Olavikens egne fagfolk:

Wenche Frogn Sellæg, geriater og tidligere justis/miljøvern/sosialminister

Frøydis Bruvik, førsteamanuensis, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen

Bjørn Lichtwarck, spesiallege/forsker, Sykehuset Innlandet HF

Paal Naalsund, seksjonsoverlege for geriatri, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Inger Hilde Nordhus, spesialist i eldrepsykologi og samfunnspsykologi, professor i klinisk psykologi og



atferdsmedisin, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen (UiB) og Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO)

Esben Esther Pirelli Benestad, lege/spesialist i klinisk sexologi, professor i sexologi, Universitetet i Agder

Elisabeth Flo, psykolog, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske

### Konferansepriser:

Kurspakke inkl lunsj begge dager: kr 3 000,-

(forutsetter at samme person deltar begge dager)

Dagpakke inkl lunsj dag 1: kr 1 800,-

Dagpakke inkl lunsj dag 2: kr 1 800,-

### Overnatting Scandic Bergen City:

Rom/frokost fra kr 1 220,-

Enkeltrom kr 1 220,-

Bookingkode NKS161019

Ønsker du å bestille overnatting kan du kontakte resepsjonen på mail [bergencity@scandichotels.com](mailto:bergencity@scandichotels.com) eller på telefon 55 33 33 00.

Oppgi koden NKS161019.

Denne koden kan ikke brukes på internett.

Bestilling og oppgjør for overnatting gjøres opp direkte med hotellet av deltagerne.

### Ønsker du å presentere en poster av et prosjekt eller forskningsresultater på Olaviken-konferansen?

– Send inn et sammendrag/abstract (maks. 250 ord) på e-post merket «abstract» til [olaviken@olaviken.no](mailto:olaviken@olaviken.no) innen 15.9.

Posterene vil bli utstilt under hele konferansen.

**Påmelding starter 6. mai via link på [olaviken.no](http://olaviken.no) – for mer informasjon ta kontakt med Ann Kristin Dvergsdal eller Anne Sørvig, tlf. 56 15 10 00.**