

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2010, ÅRGANG 2, NUMMER 1



T E M A :

Bruk av tvang/
Brukermedvirkning



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tils. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tils. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenaytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble resitueret. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen
er enklere enn TO
ganger om dagen.



BYTT TIL
20 mg
NÅ!

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
ÉN OM
DAGEN
20mg

NYHET!

Ebixa®
memantin

www.ebixa.com

NYHET

Ny løsning ved fekal inkontinens

Abri-San Special

■ Optimal beskyttelse mot lekkasje

■ Skånsom mot huden

Abri-San Special er utviklet med fokus på fekal inkontinens. Derfor har vi utviklet et produkt med et unikt barrieresystem.



Barrieresystemet er så effektivt, at det selv ved eksplosiv diarrè vil være optimal beskyttelse mot lekkasje.

Abri-San Special har Air-Plus teknologi, som innebærer en pustende bakside som reduserer hudirritasjon.

Abri-San Special har en sugeevne som gjør produktet velegnet til dobbelinkontinens.



Abena Hygiene AS · Per Krohgs vei 4 B · N-1065 Oslo · Tlf.: 22 80 43 10 · Fax: 22 80 43 20
info@abena.no · www.abena.no

ABENA[®]

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen, Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 90 10 43 23, Arbeid: Tromsø Kommune, Omsorgstjenesten Fastlandet, Tomasjord
E-post: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder: Siri Elisabeth Meyer, Hytteveien 6, 3477 Båtstø, Telefon: 31 28 89 22, Mobil: 91 80 38 83, Arbeid: Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag, Drammen
E-post: siri.meyer@hibu.no

Kasserer: Tone Brandeggen, Lensmann Blixv. 15, 4026 Stavanger
Telefon: 51 52 70 97, Mobil: 47 23 92 12
Arbeid: Universitetssykehuset i Stavanger, Medisinsk klinikk
E-post: tone@nsfgeriatridemens.no

Sekretær: Målfrid Schiager, Øversbygdveien 188, 2836 Biri, Mobil: 91 84 83 48
Arbeid: Biri Omsorgssenter, hjemmetjenesten, Gjøvik kommune
E-post: maalfrid@nsfgeriatridemens.no

Redaktør: Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo, Telefon: 22 14 21 68 (p), 22 11 99 48 (a), Mobil: 48 10 46 97, Arbeid: Ullevål universitetssykehus, Bevegelsesdivisjon
E-post: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Torhild Warland, Kvernevikvn 13, 4048 Hafsrjord, Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 99 03 04 93, E-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

2. varamedlem: Anna Særrnmo, Elvevn. 15, 4823 Nedenes, Telefon: 37 09 49 15 (p), 37 25 64 19 (a), Mobil: 97 47 94 55, E-post: annikarsen@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Agder:

May Ødegård, Grømjordet 7, 4877 Grimstad - Mobil: 99 41 93 00
E-post: may.odegard@grimstad.kommune.no

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27
E-post: BentLouise.Floisand@bergen.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Anne Nora Løsneløkken, Meierivegen 1, 2816 Gjøvik, Mobil: 90 74 92 28
E-post: losneslokken@online.no

Lokalgruppeleder i Oslo:

Christine Jærv Ekheim - Mobil: 95 80 10 93, E-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Kontaktperson i Akershus:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Buskerud:

Anne Marie Aamodt, Maurrudløkkka 6, 3408 Tranby - Mobil: 40 49 86 35
E-post: annemarie@aamodt.net

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61, Mobil: 99 64 64 78
E-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Margot Storm, Ellevsæterveien 315, 2380 Brumunddal - Tlf.: 62 34 04 59, Mobil: 95 07 94 60
E-post: margot.storm@bluezone.no

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 29
E-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36, 8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32, Mobil: 91 12 24 15
E-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Kari Merete Lian, Kveaunet, 7884 Sørli - Mobil: 41 30 09 12
E-post: kari_merete4@hotmail.com

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95, Mobil: 91 11 12 94
E-post: maribrekke@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Mobil: 92 62 50 77
E-post: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

Kontakt i Telemark:

Norsk Sykepleierforbund Telemark, Lundegata 4c, 3724 Skien - Tlf. sentralbord: 35 53 27 70
E-post: sigrid.skarholt@sykepleierforbundet.no - Mobil: 91 71 19 97

Kontaktperson i Vestfold:

Veslemøy Bakke, Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord, Mobil: 91 86 39 33
E-post: vesbakke@start.no

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatrisk Sykepleie utkommer fire ganger i 2010. Utgis av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Redaktør

Karen Bjøro, PhD
Arnulf Øverlands vei 266
0763 Oslo
Tlf. 22 14 21 68;
Mobil: 481 04 697
e-post:
karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonskomite/ Faglige medarbeidere

Siri Meyer, Høgskolelektor,
Høgskolen i Buskerud

Liv Wergeland Sørbye, PhD, første-
aman., Diakonhjemmet høgskole

Solveig Hauge, PhD, førsteaman.,
Universitetet i Oslo

Layout/trykking

Arendal Trykk & Kopi AS

Abonnement 2010

Tidsskriftet distribueres gratis til medlemmene av NSF FGD. Personlig abonnement i Norge: kr 300,- Internasjonalt: kr 400,-. Institusjonsabonnement i Norge /biblioteker: kr 800,-. Send bestilling til:
karen@nsfgeriatridemens.no

Annonser

Karen Bjøro
karen@nsfgeriatridemens.no
Tlf: 22 14 21 68;
Mobil 481 04 697

Frister fagartikler 2010

Nr. 1 15. januar
Nr. 2 15. april
Nr. 3 15. juli
Nr. 4 15. oktober

Distribusjonsdato 2010

Nr. 1 1. mars
Nr. 2 1. juni
Nr. 3 1. september
Nr. 4 1. desember

ISSN: 1891-1889

INNHOOLD

Redaktøren har ordet
Forkjempere for eldre menneske-
rettigheter trengs!
5

Innføring av pasientrettighets-
loven kapittel 4A om bruk
av tvang
6

Det som ikke burde skje
– En kvalitativ studie om over-
grep og krenkelser i sykehjem
12

Man vil jo ikke forstyrre
– Eldre menneskers erfaring
med medvirkning i sykehus
16

Bokanmeldelser
21

Helsetjenester til eldre
– Fokus for ny masterutdanning
22

Informasjonskampanje
om demens
24

GF 2010 nærmer seg
26

Hilde stiller til gjenvalg
27

Tariffavtale for sykepleiere nå!
29

Nye doktorer i geriatrisk sykepleie
30

Forkjempere for eldre menneske- rettigheter trengs!

*Karen Bjøro, PhD,
sykepleier og redaktør*



Denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie retter fokus på menneskerettigheter. Det handler om eldre menneskers grunnleggende rett til selvbestemmelse, medbestemmelse og rett til beskyttelse mot bruk av tvang – og mot overgrep. Menneskerettigheter er noe vi ofte tar som en selvfølge i en rettsstat som Norge. Likevel viser de tre artiklene i denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie at eldre menneskers grunnleggende menneskerettigheter ikke alltid blir ivaretatt på beste måte.

Ett år er gått siden paragraf 4A i pasientrettighetsloven trådte i kraft. Lovendringen gir adgang til å bruke tvang for å yte nødvendig helsehjelp overfor individer som mangler samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Smebye og Haugans artikkel i denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie formidler erfaringer med innføring av nytt regelverk i Østfold fylke. Deres analyse av vedtak om tvang innsendt til Helsetilsynet i Østfold viser fortsatt behov for opplæring og veiledning om bruk av tvang overfor individer med manglende samtykkekompetanse.

Både psykisk og fysisk overgrep mot sykehjemsbeboere forekommer i norske sykehjem. Det fremgår av Malmedals intervjuundersøkelse av helsepersonell i sykehjem som forteller at de har erfart overgrep – og noen forteller at de også er blitt overgripere selv.

Det som ikke burde skje, skjer allikevel.

Travelhet er et vesentlig hinder for eldre rett til medbestemmelse i møtet med helsepersonell. Det fremhever Foss på grunnlag av sin intervjuundersøkelse av eldre som nylig er utskrevet fra sykehus. Mangel på tid kan også være et hinder for medbestemmelse i andre deler av helsetjenesten.

Krenkelse av beboernes rett til beskyttelse og generelle rettssikkerhet kan ikke godtas – men vi må erkjenne at det skjer for å kunne bekjempe det. Sykepleiere i geriatri og demensomsorg bør være de første til å stå frem og ta opp utfordringen med å sikre verdighet og grunnleggende menneskerettigheter for eldre mennesker.

Ta utfordringen du også!

Karen Bjøro

Karen Bjøro

karen@nsfgeriatridemens.no

Innføring av pasientrettighetsloven

kapittel 4A om bruk av tvang

– Erfaringer fra Østfold



**Kari
Lislerud
Smebye**

*Sykepleier og høgskolelektor
Høgskolen i Østfold*



**Kjersti
Haugan**

*Jurist og rådgiver
Fylkesmannen og Helsetilsynet
i Østfold*

Innledning

Hvordan skal en pleier forholde seg til en inkontinent person med demens som ikke vil dusje?

Dette er et eksempel på en konkret situasjon helsepersonell står i til daglig. Med innføring av kapittel 4A i pasientrettighetsloven 1. januar 2009 (1), er det nå mulig å bruke tvang for å gi nødvendig somatisk helsehjelp. Dette gjelder i forhold til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelp. I det nevnte eksempelet kan pleieren – etter å ha prøvd flere tiltak – likevel dusje personen for å hindre urinveisinfeksjon. Frem til dette regelverket trådte i kraft, har det ikke vært hjemmel for bruk av tvang med mindre det har vært behov for øyeblikkelig hjelp. Før lovendringen stod helsepersonell overfor et dilemma mellom omsorgssvikt og ulovlig bruk av tvang. Regelverket regulerer nå et

Sammendrag

Pasientrettighetsloven kapittel 4A om bruk av tvang trådte i kraft 1. januar 2009. Artikkelenes første del gir en generell innføring i den nye lovgivningen. I den andre delen av artikkelen presenteres resultatene av en analyse av 68 vedtak sendt til Helsetilsynet i Østfold i perioden 1. januar til og med 31. august 2009. Resultatene viser at helsepersonell utfordres til å sørge for tilstrekkelig dokumentasjon og grundigere vurderinger, særlig i forhold til vurdering av samtykkekompetanse og tillitskapende tiltak. I del tre drøftes innholdet i samtykkekompetanse og forslag til tiltak som kan skape tillit og forebygge bruk av tvang.

Nøkkelord: pasientrettigheter, tvang, samtykkekompetanse, tillitskapende tiltak.

tidligere uklart område, og skal sikre at personer som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp.

Utbredelsen av tvangsbruk er vanskelig å anslå. I en undersøkelse fra 2006 blant 1926 sykehjemspasienter ble primærpleiere spurt om bruk av tvang (2). Resultatet viste at 45 % av pasienter i skjermede enheter og 37 % av pasienter på vanlige sykehjemsavdelinger ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Mental svikt, stort hjelpebehov og urolig atferd var assosiert med bruk av tvang.

Første delen av artikkelen gir en generell innføring i pasientrettighetslovens kapittel 4A som omhandler bruk av tvang. I artikkelenes andre del presenteres erfaringer med innføring av regelverket i Østfold fylke. Artikkelenes tredje del setter fokus på hva samtykkekompetanse innebærer og det gis eksempler på tillitskapende tiltak på individ og systemnivå som kan forebygge bruk av tvang.

Generell innføring i reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A

Personer som mangler samtykkekompetanse er ikke i stand til å vurdere sin egen situasjon og konsekvensene av å motsette seg helsehjelp. Det kan medføre vesentlig helseskade.

Regelverket gjelder for alle personer som mangler samtykkekompetanse

uavhengig av diagnose. Den vil derfor kunne anvendes overfor personer med demens, psykisk utviklingshemming og psykiske eller fysiske forstyrrelser. For eksempel vil også pasienter med hjerneskade, som er sterkt beruset eller som utvikler akutt forvirring som følge av somatiske sykdomstilstander kunne omfattes av de nye reglene.

Kapittel 4A gjelder i utgangspunktet all helsehjelp, også pleie og omsorg. Regelverket gjelder uavhengig av sted, både i og utenfor institusjon i spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. En viktig begrensning er likevel at tvungen innleggelse eller tilbakeholdelse bare kan skje i helseinstitusjon. Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke kan fortsatt bare skje etter bestemmelsene i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (3).

Formålet med regelverket er for det første å styrke rettssikkerheten ved at en skal kunne yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade. Et annet formål er å forebygge og begrense bruken av tvang.

Strengte vilkår for bruk av tvang

Det er strenge vilkår for å yte helsehjelp etter de nye bestemmelsene. Hovedregelen er at frivillige tiltak skal være prøvd før det brukes tvang. Hvis

dette åpenbart ikke har noen hensikt, kan det gjøres unntak. For at reglene skal komme til anvendelse må det konstateres at pasienten er over 16 år, mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. Også følgende vilkår må være oppfylt for at en kan gjennomføre helsehjelp ved bruk av tvang:

- tillitskapende tiltak må ha vært forsøkt
- unnlattelse av å gi helsehjelp kan gi vesentlig helseskade
- helsehjelpen anses nødvendig
- tvangstiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelp.

Selv om vilkårene for å bruke tvang er tilstede kan helsehjelp bare gis der det etter en helhetsvurdering framtrer som den *klart* beste løsningen for pasienten. I vurderingen skal det legges vekt på grad av motstand og om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

Når tvangstiltaket skal gjennomføres skal man velge det tiltaket som er minst mulig inngripende og mest skånsomt for pasienten. Helsehjelpen skal vurderes fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er til stede. Det skal legges særlig vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger.

Strengt krav til saksbehandling

Det stilles strenge krav til saksbehandlingen ved bruk av tvang. Hensikten er å sikre at lovens vilkår er oppfylt både før og under ytelse av helsehjelpen. Det er helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som skal treffe vedtaket. Når det dreier seg om medisinske eller odontologiske vurderinger vil dette som oftest være en lege eller tannlege. I forbindelse med pleie- og omsorgstjenester vil annet helsepersonell for eksempel sykepleier, vernepleier eller hjelpepleier kunne være ansvarlig for helsehjelpen. Hvem som er kvalifisert til å fatte vedtak, må vurderes i det enkelte tilfellet.

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 innebærer at personellet må være kvalifisert til å være ansvarlig for den helsehjelpen som skal ytes ved tvang. Dette innebærer at personellet

må være i stand til å vurdere alle konsekvenser av tvangstiltaket, og eventuelt hente bistand der det er nødvendig. Kompetanse til å fatte vedtak om tvang kan ikke legges til personell som kun har en administrativ funksjon i en virksomhet.

Vedtaket skal dokumenteres

Det skal fattes et særskilt vedtak om helsehjelp ved bruk av tvang i tillegg til at tvangstiltaket dokumenteres i pasientens journal. I praksis betyr det at vedtaket om tvungen helsehjelp må kobles mot journalen eller legges inn som vedlegg. Helsedirektoratet har utarbeidet en vedtaksmal med veiledning som er tilgjengelig på www.helsedirektoratet.no. I tillegg er det utarbeidet en sjekkliste for vedtak om tvang i Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008. Disse gir god veiledning i de vurderinger som helsepersonellet må foreta når vedtak fattes.

Helsetilsynet – kontroll og klageinstans

Helsepersonell som fatter vedtak om tvungen helsehjelp skal sende kopi av vedtaket til Helsetilsynet i fylket. Tilsynet skal kontrollere innsendte vedtak og om nødvendig overprøve dem. Alle vedtak om tvungen helsehjelp som varer utover tre måneder skal uansett gjennomgå for å vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

Helsetilsynet skal også motta og behandle klager på vedtak om tvangstiltak. Pasienten selv eller pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til helsetilsynet i fylket innen tre uker fra vedkommende fikk eller burde fått kjennskap til vedtaket. Helsetilsynet i fylkene vil ved sin overprøving og klagesaksbehandling bidra til en lik og forsvarlig behandling av pasientene.

Erfaring med innføring av regelverket i Østfold

Omfattende opplæringstiltak har vært gjennomført i alle fylker i forbindelse med lovendringen. Fylkesmenn i alle landets fylker har stått for undervisning rettet mot opplæringsansvarlige og ledere i hele helsetjenesten.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Østfold har erfart klare utfordringer med innføringen av regelverket. Helsedirektoratet arrangerte en erfaringskonferanse i oktober 2009 hvor represen-

tanter fra fylkesmenn og helsetilsyn i alle fylker deltok. På bakgrunn av det som kom frem her, kan en si at erfaringer fra Østfold er nokså representative for hele landet.

Statens helsetilsyn registrerte 1055 vedtak på landsbasis fra 01. januar til 31. august 2009 (se fotnote 1). Dette tallet var noe høyere enn forventet. Det er stor variasjon mellom fylkene med 11 vedtak i Aust-Agder og 159 vedtak i Oslo og Akershus. Over halvparten av alle vedtak hadde en varighet på mer enn 3 måneder. Det viste seg også at 70 - 80 % av vedtakene krevde en eller annen form for oppfølging fra helsetilsynet i fylket fordi det ikke var nok informasjon til å kunne overprøve vedtaket.

I det følgende presenteres en analyse av vedtakene fra Østfold fylke (se fotnote 2). Helsetilsynet i Østfold har også foretatt en egen registrering av vedtakene i forhold til tjenesteområde og type tvangstiltak.

Bare 10 av 68 vedtak fra Østfold tilfredsstilte lovens krav. Det var blant annet tvil om hvem som skulle fatte vedtak, hvem som ble ansett til å være ansvarlig for helsehjelpen i det enkelte tilfellet. I 56 tilfeller var det nødvendig med mer informasjon, rådgivning eller veiledning om mangler ved allerede gjennomførte tvangsvedtak.

Det ble registrert 50 vedtak om bruk av tvang fra kommunene. Av disse var 38 fra tjenester for eldre, 10 fra tjenester for funksjonshemmede og 2 fra fastleger. Det var 13 vedtak fra tannhelsetjenesten, men kun 5 fra spesialisthelsetjenesten.

Det ble iverksatt 82 ulike tvangstiltak i de 68 vedtakene. I tabellen vises forekomst av tvangstiltak innen syv kategorier som det er gjort vedtak om i Østfold siden innføringen av lovendringen og frem til 31. august 2009. Årsaken til at det er flere tvangstiltak enn antall vedtak, er at noen har hatt flere tvangstiltak i ett vedtak.

Kategorien *helseinstitusjon* omfatter institusjon som hører inn under spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven og gjelder bare for sykehus og sykehjem. *Innleggelse og tilbakeholdelse* kan eksempelvis ikke skje i omsorgsbolig. Ved en innleggelse vil en noen ganger ha behov for å utføre tvangstiltak både i forbindelse med selve innleggelsen og etterpå i form av tvangstiltak for å holde pasi-

Tabell 1: Antall tvangstiltak innen syv kategorier som det er gjort vedtak om med hjemmel i Pasientrettighetsloven kapittel 4 i Østfold fra 1.1.2009-31.08.2009 (N=82)

Kategori av tvangstiltak	Antall
Innleggelse i helseinstitusjon	4
Tilbakeholdelse i helseinstitusjon	6
Bevegelseshindrende tiltak	12
Bruk av reseptbelagte midler	20
Inngrep i kroppen	26*
Varslingssystemer	2
Annet (herunder pleie- og omsorg)	12
Totalt	82

*Av disse var 12 tannbehandling i narkose.

Kilde: Haugan, K. Helsetilsynet i Østfold (4)

enten tilbake. *Bevegelseshindrende tiltak* omfatter bruk av stol- eller sengebelte, bord foran stoler og sengehest eller bilbelte under transport.

Kategorien *varslingssystemer* er tekniske innretninger som kan varsle personellet om at en situasjon er endret, slik at det foreligger et behov for omsorg, medisiner eller annen oppfølging. Det er særlig aktuelt å benytte varslingssystem i forbindelse med tilbakeholdelse, som et mindre inngripende alternativ enn bruk av bevegelseshindrende tiltak. Mange av disse pasientene vil ikke forstå rekkevidden av bruk av varslingssystemer, og dette vil heller ikke være synlig for dem, og de vil derfor ikke motsette seg tiltaket. Begrepet tvang omfatter imidlertid også tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten. Bruk av varslingssystem kan være et tiltak man benytter for å omgå en motstand en ellers ville ha opplevd, ved for eksempel bruk av mer inngripende tiltak slik som sengehest for å hindre bevegelse.

Kategorien *annet* omfatter tiltak i forbindelse med ytelse av pleie- og omsorg, som hjelp til personlig hygiene. Ikke all personlig hygiene er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade, men det kan være nødvendig med rengjøring eller dusj for å hindre at en alvorlig hud- eller urininfeksjon blir verre. Regelmessig munnhygiene vil som regel være nødvendig for å forebygge tannrøte og tannkjøttbetennelser.

Det totale antall vedtak for Østfold er høyt sammenlignet med tilsvarende fylker, og også høyere enn det antallet man anslagsvis forventet ut i fra beregninger på landsbasis. Dette kan være et tegn på at undervisningen nådde frem. Imidlertid mottar Helsetilsynet i Østfold mange vedtak fra noen kommuner eller virksomheter og få eller ingen fra andre. Om dette skyldes sviktende kunnskap eller om det ikke foregår tvang, er usikkert. Tallet for innkomne vedtak øker imidlertid for hver måned. Det kommer kopi av vedtak fra stadig flere virksomheter. Østfold har mottatt en relativt høy andel vedtak fra tannhelsetjenesten, og det kan tyde på at undervisningen har nådd frem akkurat her. For hele landet kommer det få vedtak fra spesialisthelsetjenesten hvor det antas å være store mørketall. Det kan se ut til at opplæringen ikke har nådd frem like godt i spesialisthelsetjenesten og hos fastleger, sammenlignet med kommunehelsetjenesten for øvrig og tannhelsetjenesten.

Erfaringer fra Østfold tilsier at helsepersonell utfordres til å sørge for tilstrekkelig dokumentasjon og grundigere vurderinger. Dette gjelder særlig i forhold til samtykkekompetanse og tillitskapende tiltak. Ofte mangler vedtak kopi av den skriftlige avgjørelsen angående vurderingen av samtykkekompetansen. Forståelsen av hva tillitskapende tiltak innebærer kan være uklar og dermed blir også beskrivelsen av disse tiltakene utilstrekkelig. Lignende usikkerhet er registrert i andre fylker (5).

Samtykkekompetanse – innhold og vurdering

Artikkelens tredje del setter fokus på hva samtykkekompetanse innebærer og det gis eksempler på tillitskapende tiltak på individ og systemnivå som kan forebygge bruk av tvang.

Med utgangspunkt i pasientrettighetsloven menes samtykkekompetanse pasientens kompetanse til å ta avgjørelser i spørsmål om helsehjelp. Dette er forbundet med individets kognitive, verbale og emosjonelle evner til selv å beslutte om han eller hun vil ta imot helsehjelp, avslå helsehjelp eller søke alternativ helsehjelp.

Respekt for pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett er utgangspunktet for at helsehjelp skal gis med

pasientens samtykke. Pedersen m.fl. beskriver fire punkter som inngår i vurderingen av en persons samtykkekompetanse og disse omfatter evne til å:

- utrykke et valg
- forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- anerkjenne konsekvensene av beslutningen
- avveie ulike behandlingsmåter på en rasjonell og logisk måte (6).

Testad (7) konkretiserer hvordan en praktisk kan vurdere samtykkekompetansen ved å ta utgangspunkt i momenter som omtales nærmere her. Informasjon om egen tilstand og behov for nødvendig helsehjelp er en nødvendig forutsetning for å kunne ta et valg. Informasjonen må formidles slik at den fremmer pasientens forståelse og helsepersonell kan be pasienten gjenta for å sikre seg at den er forstått. Pasienten kan også spørres om sitt syn på egen helse og om de mener de trenger og vil ha nytte av behandling. Det kan tenkes de ønsker å drøfte om et behandlingsalternativ er bedre enn et annet. Når pasienten blir bedt om å uttrykke et valg, må han eller hun kunne klare å kommunisere dette valget og holde fast ved beslutningen. En pasient kan gi et uttrykkelig samtykke ved å svare *Ja* på et spørsmål eller gi stillestående samtykke ved å nikke med hodet eller åpne munnen når hun eller han får hjelp til spising av mat.

En person kan ha varierende grad av samtykkekompetanse. Diagnose, dagsform og den aktuelle situasjonen vil påvirke den. For personer med fysiske eller psykiske forstyrrelser, demenssykdom eller psykisk utviklingshemming, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis. Det er et vesentlig poeng å vurdere graden av samtykkekompetanse og i hvilke situasjoner eller områder det gjelder. Forstått på denne måten vil dette være en kontinuerlig vurdering og ikke en vurdering som gjøres en gang for alle. En uheldig konsekvens vil da være at en sementerer en oppfatning om at pasienten generelt og permanent mangler samtykkekompetanse.

En demensdiagnose behøver ikke å bety at en person mangler samtykkekompetanse. Samtykkekompetansen vil i stor grad henge sammen med hva



En nær og omsorgsfull samhandling mellom pasient og personalet bidrar til å skape tillit.

Samtykket gjelder. Det er stor forskjell på å bestemme seg for å dusje sammenliknet med å bestemme seg for å søke sykehjemsplass. Mange kan fremdeles gjøre en rekke fornuftige vurderinger. Personer med demens er en uensartet gruppe med ulik kognitiv kapasitet og evne til å forstå sammenhenger og fatte beslutninger. Tidligere erfaringer og klare øyeblikk (8) kan også være av betydning. Dette understreker viktigheten av en kontinuerlig og konkret vurdering av samtykkekompetansen i forhold til hva vedtaket gjelder (9). Samtykkekompetansen bortfaller først når pasienten *åpenbart* ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer.

Å vurdere samtykkekompetanse vil alltid inkludere skjønsvurderinger og etiske overveielser. Egen kunnskap, holdninger og erfaringer vil fargelegge hvordan en ser på pasienten og hvordan en kan legge best mulig til rette for at pasienten kan ta egne valg. Helsepersonell har behov for å ha en reflektert holdning og å være seg bevisst hvordan deres egne oppfatninger kan påvirke deres praksis på dette området.

Tillitskapende tiltak

I vedtakene som sendes helsetilsynet i fylket er tillitskapende tiltak som oftest beskrevet som det en har gjort for at tvangstiltaket skal bli minst mulig inngripende og ikke hva man systematisk har jobbet med over tid forut for vedtaket. Bruk av tvang skal ikke være den enkleste utveien og det må dokumenteres at alternative løsninger til tvang er forsøkt gjerne med systematisk utprøving av tiltak. Forskjeller

mellom vedtak for eldre og funksjonshemmede er registrert antakelig fordi ansatte som arbeider med funksjonshemmede har lengre erfaring med bruk av tvang hjemlet i sosialtjenesteloven. Ansatte som nå lærer seg hvordan en skal vurdere å fatte vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A, har noe å lære av de andres erfaring.

Tillitskapende tiltak er det samme som en god faglig tilnærming; både medmenneskelighet, faglig dyktighet og etisk refleksjon er av betydning. I følge Løgstrup (10) har den enkelte aldri med et annet menneske å gjøre, uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Det er en etisk fordring for den enkelte pleier å handle slik at de er pasientens tillit verdig. Hva vi gjør og hvordan vi gir hjelp skal tilpasses den enkelte pasienten slik at det inngir tillit. Vi må prøve å få pasienten til å forstå eller godta at det er i deres interesse å ta i mot hjelpen og slik overvinne motstanden. Både *overtalelse* og *lirking* må kunne prøves.

En nær og omsorgsfull samhandling mellom pasient og personalet innebærer en personorientert fremfor en oppgaveorientert holdning (8, 11, 12, 13, 14, 25, 26).

Holst, Ekman og Hallberg (15) analyserte pleieres utsagn under veiledningssesjoner og fant bestemte kjennetegn på positive og negative møter mellom pleiere og pasienter med demens.

Kjennetegn på positive møter mellom pasienter og pleiere i et sykehjem: personalet hadde et mykt tonefall, de hadde fokus på både personen og oppgaven de skulle gjøre og de viste

medfølelse. Det var positiv øye- og kroppskontakt og pasienten søkte kontakt med pleieren.

Under negative møter hadde personalet et anstrengt tonefall, de var oppgaveorienterte, og de fulgte ikke pasientens tempo, men lå stadig et skritt foran. De var ikke oppmerksomme på pasienten, de trengte inn i pasientens revir, og pasienten gjorde motstand. Pasienten på sin side ble utydelig i sin kommunikasjon.

Tillitskapende tiltak – individ nivå

Tillitskapende tiltak på individ nivå vil innebære å:

- Bli kjent med personen gjennom å skaffe bakgrunnsinformasjon og kunnskap om hvordan en kan få til et samarbeid
- Legge til rette for medvirking og deltakelse - ut fra personens forutsetninger
- Skape forutsigbarhet ved å informere og handle slik at personen er forberedt på det som skal skje
- Kartlegge årsaker til motstand fordi dette gjør det mulig å tilrettelegge på en slik måte at en kan finne veier rundt motstanden
- Samarbeide med pårørende (om å få bakgrunnsinformasjon, få hjelp til å tolke pasientens signaler osv.)
- *Litt om gangen* – gi tid til at personen kan venne seg til tiltaket og få tid til å forstå og innstille seg på å motta helsehjelpen (9)

Kjennskap til pasienten er en forutsetning for individualisering og å kunne legge til rette for at pasienten kan delta mest mulig i det som skjer. Hvis mulig er det bedre å forsøke å samarbeide med pasienten og heller forhandle, overtale eller håndlede pasienten – alt innenfor rimelighetens grenser. Barnett (16) har i en engelsk studie vist at pleiernes evne til å lytte og fange opp til dels svake signaler fra pasienten medførte at de i større grad ga hjelp på pasientens premisser og økte deres velvære. Disse signalene kan være verbale, men også kroppslige tegn på hvordan pasienten har det og opplever situasjonen. Bakgrunnsopplysninger gjør det lettere for personalet å forstå og tolke pasientene og å kjenne til

pasientens eller det de ville ha valgt. Personkunnskap gjør det også lettere å vurdere evnen til å yte motstand og måter pasienten beskytter seg på.

Det er grunn til å minne om at tvang i dette lovverket *ikke* defineres som spesifikke tiltak som bruk av fysisk holdning, overvåking med elektroniske hjelpemidler, tilsetning av medisin i syltetøy eller lignende. Det er mangel på samtykkekompetanse og det at pasienten motsetter seg et tiltak som utgjør tvang. Å blande medisin i syltetøy når pasienten synes dette er den beste måten å få det i seg, er da selvfølgelig intet problem (hvis ikke kjemiske egenskaper i medisinen påvirkes).

I hverdagen kan det lett oppstå dilemmaer mellom personalet som mener å vite hva som er best for pasienten (paternalisme) og pasientens autonomi (17, 18). Et utfrakkelig prinsipp er at pasientens interesser har forrang. Pasienten har også rett til å gjøre ukloke valg; det avgjørende er at det har vært lagt tilrette for en god prosess forut.

Tillitskapende tiltak – systemnivå

Tillitskapende tiltak på systemnivå (19) kan omfatte:

- Dyktig ledelse
- Organisering, arbeidsmåter, rutiner osv.
- *Smått er godt* – små avdelinger/enheter med fast personale
- Fysiske omgivelser hvor det er orden og hvor personer kjenner seg igjen
- Tilstrekkelig kvalifisert bemanning

Mange av de nevnte faktorene inngår i et system for internkontroll (20). Det er ledelsens ansvar å tydeliggjøre hvilke verdier og hvilke mål som prioriteres i arbeidet. Kulturen på arbeidstedet er avgjørende for kvaliteten på kontakten mellom pleier og pasienten (21, 22). Kompetanseutvikling og faglig refleksjon på arbeidsplassen er spesielt viktig der hvor det er mange ufaglærte. Det er også viktig for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsmessige vurderinger. Møteplasser for refleksjon hvor en kan drøfte fagspørsmål og etiske dilemma kan bidra til økt bevisstgjøring. I prosjektet *Kort og godt* er det laget 104 refleksjons-

kort med ulike stikkord for eksempel *Samtykkekompetanse* og *Tillitskapende tiltak*. På et rapportmøte eller lignende kan en pleier trekke et kort som så er utgangspunkt for en kort drøfting av begrepet blant de ansatte (23). Det er også viktig å holde oversikt over bruken av tvang og årsaker til dette i en virksomhet. Mangel på ressurser kan føre til mer tvang enn nødvendig og bør brukes i en argumentasjon for flere ressurser.

Faremomenter ved innføring av lovhjemmel for bruk av tvang

Tvang kan brukes til å dekke over manglende bemanning og kompetanse. I verste fall kan det nye regelverket legitimere unødvendig bruk av tvang for slik å løse ressurs- og bemanningsbehov. Det kan for eksempel tenkes at kommunehelsetjenesten ikke henviser pasienter med urolig atferd til utredning i spesialisthelsetjenesten fordi uroen løses med beroligende medisiner (24). Tvang kan oppleves enda sterkere hos personer uten samtykkekompetanse fordi de ikke har forutsetninger for å forstå hva det er som skjer med dem. Vi vil også peke på at lovverket kan forsterke konflikter mellom pasient, familie og helsepersonell for eksempel ved at loven gir anledning til tvangsinnlegging på sykehjem og sykehus.

Avslutning

Det kan i blant være riktig å bruke tvang for å gi pasienter uten samtykkekompetanse og som gjør motstand påkrevet helsehjelp. Det nye regelverket åpner opp for det samtidig som det forhåpentligvis hever terskelen for bruk av tvang. Før det nye regelverket kom, hendte det at disse pasientene ikke fikk nødvendig helsehjelp eller at det førte til ulovlig bruk av tvang. To avgjørende forutsetninger for anvendelse av de nye bestemmelsene er vurdering av samtykkekompetanse og utprøving av tillitskapende tiltak. Et viktig mål i utviklingen av helsetjenestene er å tilstrebe en god faglig tilnærming med en omsorg som holder høyt faglig nivå. Vi har tro på at dette vil redusere unødvendig bruk av tvang samtidig som det vil bidra til at det brukes tvang i de situasjoner hvor det virkelig trengs.

Fotnote:

1) Tallene det refereres til er samlet inn av Statens helsetilsyn fra helsetilsynet i fylkene. Statens helsetilsyn presenterte dette tallmaterialet på et seminar for helsetilsynet i fylkene i oktober 2009, men så langt foreligger det ikke noen rapport. Tallene for hele 2009 blir publisert i Tilsynsmeldingen for 2010 fra Statens helsetilsyn i mars 2010.

2) Analysen av tallmateriale fra Østfold fylke ble presentert på en konferanse arrangert av Fylkesmannen og Helsetilsynet i Østfold for ledere i kommunale pleie- og omsorgstjenesten i desember 2009 (Haugan 2009).

Referanser

1. Lov av 1999-07-02 nr. 63 om pasientrettigheter.
2. Kirkevold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125:1346-1348.
3. Lov av 1999-07-02 nr.62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
4. Haugan K. Pasientrettighetsloven kapittel 4A – erfaringer så langt. Foredrag på møte arrangert for ledere i kommunale pleie- og omsorgstjenester av Fylkesmannen og Helsetilsynet i Østfold. Sarpsborg, 15.12.09.
5. Østby BA. Usikre på ny tvangslov. Sykepleien 2009;16:19 – 21.
6. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. Tidsskr Nor Laegeforen 2007;27:1644 – 7.
7. Testad I. Praktisk vurdering av samtykkekompetanse hos personer med demens. Innlegg på konferanse om pasientrettighetsloven kap. 4A. 22.-23.10.09. Foredrag lagt ut på nettsiden www.helsedirektoratet.no. Lesedato: 15.01.10.
8. Normann HK. Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care. [doktoravhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2001.
9. Helsedirektoratet. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Rundskriv IS-10/2008.
10. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Nordisk bokhandel; 1956.
11. Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, m.fl. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. Lancet Neurol 2009; 8:317-25.
12. Barrick AL, Rader A, Hoefler B, Sloane PD, Biddle S. Bathing without a battle. New York: Springer Publishing Company; 2008.
13. Baldwin C. Toward a person-centred ethic in dementia care: doing right or being good? I: Downs M, Bowers B. redaktører. Excellence in Dementia Care. Berkshire: Open University Press; 2008. s. 103 – 118.
14. Kitwood T. Dementia Reconsidered. Buckingham: Open University Press; 1997.
15. Holst G, Edberg A-K, Hallberg IR. Nurses' narrations and reflections about caring for patients with severe dementia as revealed in systematic clinical supervision sessions. J Aging Stud 1999; 13: 89 – 107.
16. Barnett E. Including the person with demen-

tia in designing and delivering care. London: Jessica Kingsley; 2000.

17. Slettebø Å. Strebing mot pasientens beste: En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. Kristiansand: Høgskoleforlaget; 2004.

18. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.

19. Kirkevold Ø. Når pasienten ikke vet sitt eget beste. I: Krüger RME, redaktør. Å leve med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008. s.73-84.

20. Forskrift av 2002-12-20 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

21. Moser I. Behandlingskulturer i skjemmet enhet i sykehjem. Omsorg 2008;1:13 – 18.

22. Kirkevold Ø, Engedal K. The quality of care in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci 2006; 20:177-183.

23. Svennberg M. Prosjekt: Innføring av kapittel 4A i pasientrettighetsloven. Refleksjonskort - kort og godt. Glemmen undervisningssykehjem, Fredrikstad kommune. 2010.

24. Kirkevold Ø. Nødvendig helsehjelp, bruk av tvang og nødvendig helsehjelp. I: Krüger RME, redaktør. Det går an! Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2007. s. 272-270.

25. Skovdahl K, Kihlgren AL, Kihlgren M. Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. J Clin Nurs 2003;12:888-898.

26. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurol 2008;7:362 -67.

Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2010 vil Geriatrisk Sykepleie utgis med fire nummer. Tidsskriftet er et medlemsblad for sykepleiere i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Andre som interessert i fagfeltet kan tegne abonnement..

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie i 2010:

Utgivelse	Materiell frister	Distribusjon	Tema
GS1/2010	15. januar	1. mars	Brukermedvirkning/bruk av tvang
GS2/2010	15. april	1. juni	Legemidler og eldre mennesker
GS3/2010	15. juli	1. september	Delirium
GS4/2010	15. oktober	1. desember	Dokumentasjon

Abonnement for enkeltpersoner:

Kr 300/år i Norge. Internasjonalt kr 400/år

Institusjons/biblioteksabonnement:

Kr 800/år i Norge. Internasjonalt kr 900/år

For å tegne et abonnement på Geriatrisk Sykepleie, fyll ut og returner skjemaet til redaktøren:

Karen Bjørø, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Navn på abonnenten:

.....

.....

Adresse:.....

Postnummer: Sted:.....

Personlig abonnement

Institusjonsabonnement

Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

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 og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2010 utgis Geriatrisk Sykepleie fire ganger i året.

For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med karen@nsfgeriatriemens.no

Det som ikke burde skje

– en kvalitativ studie om overgrep og krenkelser i sykehjem



**Wenche
Malmedal**

*Psyk.spl., cand.polit.,
Dr.gradskandidat, Høgskolen i Sør-
Trøndelag*

Sammendrag

Eldre i sykehjem er en sårbar gruppe og kan være utsatt for overgrep og krenkelser. Dette er et tema som det er forsket lite på og behovet for ny kunnskap er stor. Denne artikkelen belyser ulike aspekter ved fenomenet gjennom informantenes subjektive opplevelser. Med bakgrunn i kvalitative dybdeintervjuer med ansatte i sykehjem er fokus mer lagt på å forstå sammenhenger, heller enn å forsøke å forklare årsaker.

Nøkkelord: sykehjem, eldre, beboere, ansatte, overgrep, krenkelser

Innledning

Selv om mange argumenterer for en økt hjemmebasert omsorg, så har sykehjem fremdeles en sentral posisjon i vårt pleie- og omsorgsvesen. Pleie- og omsorgstjenestene reguleres blant annet av Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 2003 (1). Her slås det fast at kommunen skal sikre at brukerne av disse tjenestene får ivarett sine grunnleggende behov og disse defineres blant annet til å være: oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, selvstendighet og styring av eget liv, fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og følge en normal livs- og døgnrytme. Fokus er mer og mer satt på hvordan eldre har det i sykehjem og både ansatte, pårørende og beboere selv har stått fram i media og fortalt om eldre i institusjoner som ikke får nok mat, som må ligge i sengen hele dagen, som blir fratatt medbestemmelse, som opplever å bli krenket.

Studier viser at det stort sett er høy kvalitet på tjenestene som gis i sykehjem i Norge (2-4). Men, inadekvat pleie og omsorg, inkludert overgrep og krenkelser er funnet å være en del

av dagliglivet for beboere i sykehjem i mange land (5-9), og kan også sies å gjelde for norske sykehjem (2, 10-12). Selv om de mest vanlige handlingene som rapporteres kan defineres som forsømmelser og av psykologisk karakter, og dermed kanskje ikke blir betraktet som så alvorlig, så finnes det nok bevis på at beboere i sykehjem utsettes for unødig lidelse på grunn av overgrep og krenkelser (5, 7, 12).

Hensikten med denne sykehjemsstudien har vært å belyse konkrete hendelser som kan defineres som overgrep og krenkelser, og forsøke å forstå personalet som delaktige i disse hendelsene ved å studere interaksjon, kultur og rammer rundt hendelsene.

Metode

Dette er en kvalitativt beskrivende studie som er gjennomført ved hjelp av dybdeintervjuer med åtte ansatte i sykehjem i en bykommune i Midt-Norge. Tre ulike sykehjem er representert i studien og utvalget består av sykepleiere med og uten spesialutdanning, hjelpepleiere med og uten spesialutdanning, og vernepleier. Det er sju kvinner og en mann. Av anonymiseringshensyn vil disse bli referert til som informanter. Informantene var fra ca.

30 til ca. 50 år. De fikk selv velge sted for intervjuene, og rundt halvparten ble gjennomført på mitt kontor, ett ble gjennomført hjemme hos informanten, mens resten ble gjennomført på et eget rom på informantenes arbeidsplass. Hvert intervju varte fra 1,5-2 timer og ble, etter godkjenning fra informantene, tapet.

Etter innledende spørsmål om informantenes bakgrunn ble de bedt om å beskrive situasjoner der de hadde observert kolleger begå handlinger som informantene ville definere som overgrep eller krenkelser. Deretter ble de bedt om å fortelle om situasjoner der de selv hadde begått handlinger som de ville definere som overgrep eller krenkelser. Med intervjuguide som hjelpemiddel ble relevante aspekter rundt handlingene berørt og reflektert over. For å kunne gå i dybden på enkelte tema ble en temasentrert analysemetode benyttet (13). Alle intervjuene ble transkribert til tekst og første fase i analysen var å eliminere overflødig materiale. Gjennom å lytte til intervjuene samtidig som jeg hadde utskriften foran meg, kunne jeg enklere bestemme hva som ikke var relevant og på den måten redusere mengden data før videre analyse. En forløpig grov-

sortering av tema ut fra hovedtemaene i intervjuguiden var første skritt i kodingen. Deretter ble de ulike hovedkategoriene igjen delt inn i undertema. Målet har vært å oppdage mønstre gjennom å ha fokus på likheter og forskjeller og så se sammenhenger som kan gi økt forståelse.

Etiske overveininger

Studien berører et svært sensitivt tema. Å spørre om noen har vært delaktige i overgrep, er noe som krever at en har tenkt gjennom på forhånd hvordan en skal nærme seg informanten. Dette er forsøkt ufarliggjort gjennom oppbyggingen av intervjuet ved å starte med *ufarlige* tema som faktaopplysninger om informanten selv, deretter om avdelingen og beboerne, og etter hvert komme inn på mer sensitive ting som arbeidsmiljø, kollegers delaktighet i overgrep og krenkelser, og eventuell egen deltakelse i slike handlinger. Å forsøke å formidle en atmosfære av trygghet og tillit, og innta en ikke-for dømmende holdning er av stor betydning. Det ser ut til å være tilfelle at der det er et klima av sympati og forståelse mellom forsker og informant, er informantene i stand til å snakke om egen negativ atferd (14). Spesielt ser det ut til å være tilfelle der *stressede hjelpere* kan oppleve forståelse og støtte. Det er derfor trolig at forskere som selv er helse- og sosialarbeidere har en større mulighet for tilgang til slike situasjoner. Alle informantene underskrev erklæring om informert samtykke.

Resultat og diskusjon

I denne artikkelen presenteres deler av funnene fra studien, begrenset til beskrivelser av ulike typer overgrepshandlinger, samt informantenes refleksjoner rundt årsaker til at slike hendelser finner sted.

Fysiske overgrep

Et gjennomgående trekk i intervjuene er at få har sett eller deltatt i handlinger som kan defineres som *grove* fysiske overgrep. Dette er sammenfallende med beskrivelser fra andre undersøkelser, som har funnet at grove fysiske overgrep var rapportert langt sjeldnere enn andre former (5).

Men flere informanter i denne studien beskriver episoder som kan sies

å være av fysisk karakter. Dette med overmedisinering tas opp. Beboere som er urolige, blir gitt så store doser beroligende medisin at de blir helt sløv, og sovetabletter gis tidlig på kvelden "*for å bli kvitt maset*". En informant sier at hun reagerer på at det ble gitt så mye psykofarmaka til eldre folk, når en vet at det blir advart mot det. Til tross for kunnskap om at antipsykotiske middel kan forringe livskvaliteten til eldre, så brukes det likevel. Dette bekreftes av nyere norske studier (15,16).

Det ser ut til å være ulik praksis med hensyn til fastbinding med belter og vester. En av informantene forteller at på avdelingen hun jobber, blir ikke urolige beboere bundet fast til stoler, seng etc. Men hun forteller om en pleier som nå har sluttet ved avdelingen, som bant alle uansett. En annen informant forteller fra sin avdeling at de vet at det ikke er lov, men at det gjøres likevel. Noen opplever også et dilemma ved at pårørende ønsker at det skal brukes mer mekanisk tvang enn det de ansatte mener er nødvendig og forsvarlig.

Det fortelles også om personale som har vært svært hardhendt i stell slik at beboere har hatt tydelige blåmerker etterpå. Når informantene beskrev episoder som ble rapportert videre i systemet, så var det helst episoder av fysiske overgrep.

Å unnlate å gi nok mat og drikke kan defineres som et overgrep. Dette er noe som flere av informantene tar opp. En vet hvor stort væskebehovet er, men en unnlater likevel å sikre at beboeren får i seg nok i løpet av et døgn. Eller det at beboere som ber om mat fordi de er sulten, ikke får det fordi det er utenom faste måltider. En informant sier:

"Jeg ser hele tiden at beboerne sulter. De får for lite mat, det tar for lang tid. Det dreier seg om rutine rundt matsituasjonen. Folk ber om mat på kveldene. Jeg har hørt flere si når beboerne ber om mat på kveldene at: Du har fått mat."

Psykiske overgrep

Informantene beskriver mange eksempler på handlinger av psykisk karakter. Det å isolere beboere på rommet som straff for upassende oppførsel, nevnes

av flere. Ofte er man da ikke nok personale på jobb til at beboeren kan ha noen hos seg. Det ble også fortalt om episoder der beboeren ble låst inne på rommet.

Informantene har også mange eksempler på personale som har kjeftet på beboere og ellers vært ufin verbalt. Utsagn som: "sett deg ned, nå er vi lei av deg", "hvis du ikke er snill nå, så får du ikke mat", "hvis du ikke slutter å ringe på nå, så tar jeg ut ringeklokken din" er bare noen som nevnes.

Latterliggjøring av den eldre forekommer også. Et eksempel på det er å framprovosere en reaksjon hos beboere som personalet synes er morsom, for deretter å le av beboeren.

En informant forteller om en beboer som var bekymret for pengene sine. Beboeren spurte personalet: Hvor er pengene mine? Nei, dem har du da brukt opp til jul, svarer en pleier idet hun går forbi. Informanten sier at dette svaret gjorde at beboeren ble redd og fikk panikk. Skyldes en slik reaksjon fra pleieren ren tankeløshet? Kan en slik handling som det denne pleieren gjør, være et uttrykk for mangel på respekt, eller endatil forakt? Det å skape så mye angst hos beboeren og påføre denne ekstra lidelse, kan det avfeies med tankeløshet?

Eriksson (1995) snakker om pleielidelse (17), dvs. den lidelsen som påføres pasienten på grunn av pleie eller mangel på pleie. Hun nevner fire former for pleielidelse: krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Å svare en bekymret beboer på en slik måte som denne pleieren gjør, vil ut fra Erikssons kategorier være en krenkelse av verdighet. Hvilken opplevelse gir dette beboeren? Når du har behov for å bli beroliget, men blir skremt og oppskaket, vil du likevel fortsette å henvende deg til personalet?

Å nekte rettigheter som valg, mening og privatliv er noe som trekkes fram. Det ser ut til at det er en utbredt oppfatning blant informantene at sykehjemsbeboere fratas mange av disse rettighetene. En informant hevder: "*De vanlige menneskerettighetene blir krenket på institusjon.*" Hun sier at å la beboeren få bestemme selv når daglige gjøremål som å stå opp, legge seg, spise, hvile etc. skal skje, ser ut

til å gå så på tvers av de innarbeidede rutinene i sykehjemmene at det ofte er vanskelig. Faste badetider nevnes, og dersom ikke beboeren ønsker å bade på oppsatte tider, er det helt vanlig at da må han eller hun vente til neste mulighet, som gjerne er om 14 dager. Du må spise selv om du ikke er sulten når maten serveres, for du får ikke mat før neste måltid, sier hun.

Dører låses for å hindre beboere i å stikke av. Skapdører blir låst. En informant sier at hun synes at det ofte låses mer enn det som er nødvendig. Selv om noen kan komme til å rote litt, tror hun det er mer personalets problem. Hun sier at mange av de eldre har behov for å finne ut: Hvor er klærne mine? Noen småroter, sier hun, men det er ikke noe stort problem.

Flere nevner episoder der den Eldres bluferdighet er blitt krenket. En informant sier at det er vanlig at beboerne blir fulgt på bad og toalett uten annet enn nattskjorte på seg. Hun sier at alle har morgenkåpe på rommet, men at personalet stort sett ikke tar seg tid til å hjelpe beboeren på med den. Noen av pleierne har også opplevd at beboerne ikke har hatt noe på seg. En av informantene forteller om en sjokkerende opplevelse en morgen hun kom på jobb:

“Det er en opplevelse som sitter i meg, det er så fælt egentlig, venninna mi kjørte meg på jobb en morgen. Så sa jeg ‘Nå må du være med opp og se på avdelingen.’, for hun hadde aldri vært der før. Og hun ble med meg opp og kikket. Og så skulle jeg følge henne ut, for vi har sånn brukersystem på dørene.. Og så kom det to pleiere med en bruker i mellom seg som var naken. Hun var sjokkert, altså...”

Hva er det som kan få ansatte til å gjøre noe slik mot beboerne? Tenker de at det ikke spiller noen rolle for den gamle, at han er så *bortreist* at han ikke merker noe likevel? Blir det ikke nettopp da en viktig oppgave å sørge for at beboeren bevarer verdigheten?

Forsømmelser

Alle informantene har enten opplevd at de selv har neglisjert beboere, eller at andre personale har gjort det. Eksempler på slike handlinger er: det å gå rett

forbi en beboer som signaliserer at hun/han vil ha kontakt, det å la være å skifte på en beboer som er bløt, det å la en beboer ligge i sengen hele dagen når vedkommende fysisk er i stand til å være oppe, det å la beboerne sitte på stuen alene uten personale tilstede og uten noe form for stimuli, det å la en beboer bli isolert på rommet. Å ikke svare beboere når de henvender seg til personalet, beskrives som ganske vanlig. Det kan være fordi dette er en beboer som glemmer fort og derfor gjentar det samme spørsmålet om igjen og om igjen, og da: *“blir vi så lei av mas at vi til slutt lukker øyne og ører og går rett forbi”*. Pleierne beskriver også situasjoner der de har så dårlig tid at hvis de skulle svare skikkelig, ville det gått ut over noen andre på grunn av tidsnød. Derfor lar de heller være. Men beboere kan også overses på andre måter. Dersom pleierne går to og to i stellet, kan det lett bli til at de samtaler med hverandre i stedet for med beboeren. Eller hvis flere pleiere sitter sammen ved matbordet eller på stua, så kan også beboeren bli oversett.

Hva skjer med beboere som føler seg oversett? Asplund (1987) sier at voldshandlinger kan inntreffe som en reaksjon på mangel på feedback, og at dette er: ”i desperation efterlämnade spår, de siste försöken att påminna om sin existens och att bokstavligen frambringa en skillnad” (18, s.150). Kan man forstå mye av uroen og aggresjonen i sykehjem som et forsøk på å bli sett?

Hvordan kan vi forstå overgrep og krenkelser?

I følge informantene er holdninger, institusjonsmiljø, karakteristika ved personalet og karakteristika ved beboerne sentrale utgangspunkt for å forstå overgrep og krenkelser i sykehjem. Informantene ser ut til å mene at dårlige holdninger er en viktig grunn til at overgrep og krenkelser skjer. Ikke alle er like tydelige på hva de legger i holdninger, men sammenhengen mellom holdninger og kunnskap trekkes fram som særdeles viktig. Institusjonskultur og holdninger ser også ut til å ha en sammenheng, og kulturen kan sies å være en del av institusjonsmiljøet.

Andre forhold ved institusjonsmiljøet som informantene vektlegger

er: rammer, rutiner og ledelse. Rutiner og regler kan være slik at det ikke kan tas individuelle hensyn, og selvbestemmelsen krenkes. Travelhet og lav pleiefaktor som skyldes trange økonomiske rammer, nevnes også. Ens nærmeste leder tillegges stor betydning i det å skape et godt miljø både for de ansatte og beboere. Informantene stiller store krav til sin leder, men er ikke alltid like fornøyd med måten lederen utfører de ulike funksjonene på.

Hvilke beboere en har med å gjøre, ser ut til å være viktig for risikoen for overgrep. Utagerende og voldelige beboere, samt beboere som oppleves som ikke samarbeidsvillige, kan utløse aggressive følelser hos personalet, og disse kan igjen vendes mot beboeren.

Avsluttende refleksjoner

Informantene har mange eksempler på overgrep og krenkelser, og de fleste har en del refleksjoner rundt dette. Er det likevel noe jeg ikke har fanget opp gjennom intervjuene? De handlinger en reflekterer over, er i det minste kommet opp til overflaten, og en har mulighet til å kunne endre på praksis eller sette i gang tiltak for å forhindre at det skjer. Skjer det mye som er så innarbeidet i rutinene at ingen engang reflekterer over om det er overgrep eller ikke? En av informantene har en uttalelse om dette:

“Jeg vil tro at det hele tiden er småtteri som foregår og som jeg selv er med på, men som ikke noen reagerer på, skjønner du? Kanskje andre enn brukeren, eller det du ville ha tenkt på... hvis det hadde vært meg selv, satt meg selv i de situasjonene, ikke sant, så...”

Det ser ut til at hun mener at det foregår ting som beboerne reagerer på, men ingen andre. Teller det ikke så lenge det bare er beboerne som reagerer? Hvis vi virkelig går inn i dybden på denne uttalelsen blir perspektivet skremmende: Du aner (vet?) at du selv og andre gjør ting mot beboeren som beboeren oppfatter som overgrep, men så lenge ingen sier noe, fortsetter vi. Hvor blir det av de etiske refleksjonene? Hvordan ville det være å sette seg i den andres sted? Informanten sier at hvis det hadde vært henne det ble gjort mot, så ville hun ha reagert. Når

beboerne selv ikke sier fra, hvorfor reageres det ikke på vegne av dem?

Hvordan kan denne studien være med på å peke på noen mulige veier å gå framover, for forskningen og for det kliniske feltet? Studien avslører stort behov for mer kunnskap også om de negative aspektene ved sykehjemstilværelsen. Men sykehjemmene må ikke vente på alle svarene før noe gjøres. Beboere utsettes for inadekvat pleie og omsorg og lider under det, hvordan kan vi gripe det an i sykehjemmene? Hvordan forhindre at slike negative hendelser skjer, var et av temaene som ble trukket fram i intervjuene. Og informantene hadde mange tanker om dette. De pekte blant annet på bemanningssituasjonen, på behov for kurs og veiledning, på leders viktige rolle, på problemene med å bli kvitt uegnede pleiere, på viktigheten av et godt arbeidsmiljø, og på hvor viktig det er å ha den riktige holdningen til jobben sin og til beboerne.

Som i all problemløsning er det her også nødvendig å først erkjenne problemet. At overgrep og krenkelser kan forekomme i sykehjem, vet de som jobber der, de som bor der og deres pårørende. Som en av informantene uttalte: *“Det foregår hele tiden ting som ikke burde skje”*. Internundervisninger og personalmøter må brukes til å sette temaet på dagsorden, og gjennom diskusjoner i personalgruppa kan den enkeltes forståelse økes. En gjennomgang av avdelingens rutiner for å se på hva som fremmer og hemmer risikoen for overgrep er også viktig. Gjennom prosjekter i noen sykehjem kan gode forebyggende programmer utvikles. Hovedvekten må være lagt på opplæring av personalet. Det å øke personalets oppmerksomhet på faktiske overgrep og mulige overgrep, samt øke personalets handlingskompetanse i å takle konfliktsituasjoner, vil redusere konflikter mellom personale og beboer, og overgrepssatferd blant personale.

Informantene i denne studien peker på lav bemanning, store avdelinger, lav lønn, lite muligheter for kurs og faglig oppdatering som noen av de negative sidene ved arbeidet i sykehjem. Disse forholdene gjør at de ikke greier å oppfylle de mål som myndighetene har satt for omsorgen i sykehjemmene. Det ser dermed ut til å være et gap mellom de

idealer som er beskrevet i offentlige dokumenter, og den virkelighet som de ansatte står oppe i til daglig, og som beboerne lever i 24 timer i døgnet. Å rette på disse forholdene, vil, i tillegg til andre tiltak selvsagt fordrø økte ressurser. Beslutningstakerne krever dokumentasjon på forholdene, og her har forskningen og det kliniske feltet et felles ansvar.

Takksigelser

Takk til dere åtte modige, flotte mennesker som stilte opp på fritida og lot dere intervjuet om dette vanskelige temaet. Dere delte villig deres erfaringer og gjennom kloke og innsiktsfulle refleksjoner bidro dere til at jeg fikk ny innsikt.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. FOR 2003-06-27 nr 792.
2. Hofseth C & Norvoll R. Kommunehelsetjenesten: Gamle og nye utfordringer. Rapport No: STF78 A033501. Oslo: SINTEF; 2003.
3. Kirkevold Ø & Engedal K. The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2006; 20(2):177-183.
4. Huseby B & Paulsen BM. Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden? Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning; 2009.
5. Pillemer K & Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989;29(3):314-320.
6. Saveman BI, Åström S, Bucht G, Norberg A. Elder abuse in residential settings in Sweden. *J Elder Abuse Negl* 1999;10(1/2):43-60.
7. Goergen T. Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *J Elder Abuse Negl* 2001;13(1):1-26.
8. Wagner K. Nursing homes' organizational factors and resident mistreatment [avhandling]. Denver (CO): University of Colorado Health Sciences Center; 2008.
9. Buzgova R, & Ivanová K. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics* 2009;16(1):110-126.
10. Malmedal W. Noen må følge bedre med- Om overgrep i sykehjem. [Hovedfagsoppgave i Helsefag. Trondheim]. Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet; 1998.
11. Kirkevold Ø, Sandvik L, Engedal K. Quality of care in Norwegian nursing homes - deficiencies and their correlates. *Scand J Caring Sci* 2008;22:560-567.
12. Malmedal W, Ingebrigsten O, Savemann BI. Inadequate care in Norwegian nursing homes, as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci* 2009;23(2):231-42.
13. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
14. Bennet G & Kingston P. Elder Abuse.

Concepts, theories and interventions. London: Chapman & Hall; 1993.

15. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes- diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:523-528.

16. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Intl J Geriatr Psychiatry* 2007;22: 843-849.

17. Eriksson K. Det lidende menneske. Oslo: Tano; 1995.

18. Asplund J. Det sociale livets elementära former. Göteborg: Bokförlaget Körpen; 1987.

FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe.

For å finne vår nettside, går du inn på: <http://www.sykepleierforbundet.no>.

Under Faggrupper finner du FGD Faggruppe i geriatri og demens. Der legges det inn aktuelt stoff fortløpende, og det er fint om jeg kan få tips om aktuelle artikler og annet interessant stoff som du tror andre kan ha glede av å lese.

E-postadresse og tlf.nr finner du øverst på denne side.

Faggruppa har også en nettside her: www.nsfgeriatriidemens.no.



Man vil jo ikke forstyrre

– Eldre menneskers erfaring med medvirkning i sykehus



Christina Foss

Sykepleier, dr.polit. Førsteamanuensis, Institutt for helse og samfunn, Avd. sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Studien som presenteres fokuserer eldre menneskers erfaringer med pasientmedvirkning under et sykehusopphold. Ut ifra tanken om at den kontekst vi befinner oss i legger føringer for samhandlingen som skjer, rettes blikket mot den rammen dagens sykehus utgjør. Målet er å få innsikt i hvilke føringer eldre pasienter selv erfarer at moderne sykehus legger for deres muligheter for medvirkning. I denne kvalitative studie ble åpent intervju benyttet. Atten pasienter 80 år eller eldre ble intervjuet en til to uker etter hjemkomst fra sykehus. Respondentenes utsagn indikerer at eldre erfarer tempoet i dagens effektive sykehus som overveldende, og som en faktor som vanskeliggjør medvirkning.

Nøkkelord: Pasienterfaringer, sykehus, gamle, pasientmedvirkning, New Public Management

Innledning

Fokus for denne artikkelen er hvordan sykehuset framstår som ramme for eldre pasienter som ønsker medvirkning i egen pleie- og omsorg. I internasjonal forskningslitteratur har ulike sider ved medvirkning blitt drøftet siden tidlig på 1980-tallet (1). Det debatteres fremdeles når og hvordan pasienter kan og bør delta i beslutninger (2-4), og ikke minst om hvilke pasienter som kan, vil og/eller bør medvirke i beslutninger knyttet til egen behandling og pleie (5,6). Forbehold knyttet til pasientmedvirkning er ofte relatert til eldre pasienter (5,7-11). Flere studier konkluderer med at eldre i langt mindre grad enn yngre ønsker en aktiv pasientrolle (12,13). Bildet av at eldre ikke ønsker innflytelse er imidlertid ikke entydig. Det er også studier som finner at eldres medvirkning hindres gjennom at personalet ikke trekker de eldre inn i avgjørelser (14,15), eller gjennom mangelfull kommunikasjon som leder til at personalet og de eldre pasientene har helt ulikt fokus (9,10,17-20). Likevel, gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet gir et hovedinntrykk av at eldre ikke ønsker en aktiv og deltagende rolle på linje med hva yngre pasientgrupper ønsker.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en relativt ny ideologi i Norge som har vokst fram fra tidlig på 1990-tallet (21). Gjennom ulike lovverk men kanskje først og fremst gjennom pasientrettighetsloven har medvirkning blitt en lovfestet rettighet og etableres i økende grad som praksis blant helsevesenets aktører. Det økte fokuset på medvirkning kan forstås som del av en ny og mer demokratisk orientering innen helsevesenet, en utvikling styrt av ønsket om styrking av et tradisjonelt kristent/humanistisk ideal knyttet til å lytte til pasienten, ivareta pasientens autonomi og å gi individuelt tilpasset omsorg. Men medvirkningsideologien kan også forstås på en annen måte, nemlig som knyttet til politiske strømninger. Dagens forståelse av medvirkning er situert innenfor en markedsliberalistisk diskurs hvor helsevesenet preges av økonomiske incentiver bygget på prinsipper hentet fra det private næringsliv. Innenfor denne *forbrukerdiskursen* (22) er troen på at konkurranse skaper kvalitet bærende, og denne underliggende forutsetningen operasjonaliseres ved for eksempel fritt sykehusvalg, pasienterfaringer som (en av flere) kvalitetsindikatorer og ved lovfestede rettigheter til *medvirkning* (23). Forskere beskriver en prosess hvor vi har beveget oss mot et helsevesen hvor faktorer som kostnadseffek-

tivitet og konkurranse står sentralt (24,25). Denne politikken blir ofte betegnet som New Public Management (NPM) (26,27). Et aspekt ved NPM reformen er fokusering av brukermedvirkning hvor man, i tråd med markedsprinsipper, beveger seg fra å se pasient som en pasient til en (for) bruker. Det innebærer at pasientrollen er i endring mot det som har blitt betegnet *den moderne pasient* (22) hvor pasienter ikke lenger er *pasienter*, men *brukere*. Det er en vesensforskjell på en pasient og en bruker, og medvirkningsideologien er derved noe *annet enn* en forsterkning og videreføring av et tradisjonelt humanistisk ideal om å lytte til pasienten. Et av dagens slagord er *ansvar for egen helse*, og brukere av dagens helsevesen møter nye krav til økt egeninnsats, for eksempel i form av aktivt å søke informasjon og delta i beslutninger. For noen pasienter er den nye brukerrollen naturlig og selvsagt, men ikke for alle. Forskning viser at noen grupper av pasienter får problemer innenfor et helsevesen som er tuftet på en slik brukerrolle (5,6). Eldre kan være en slik gruppe.

Sykehuset

Fokus for sykehusets drift er kostnadseffektivitet. Finansieringssystemet innen rammene av NPM impliserer at diagnoser og problemstillinger som raskt

og effektivt lar seg reparere er de mest *lønnsomme*, og disse blir derved ansett som de ideelle. Eldre er en pasientgruppe som ofte har komplekse og sammensatte lidelser og eldre fremstår derved som en problemgruppe, om enn uintendert og ubevisst. I internasjonal litteratur er eldre ofte referert til som sykehusets *bed-blockers* (28). Steder skaper forståelser, slik sett kan vi si at sykehuset skaper en forståelse av den eldre pasient. Denne forståelsen er ikke konstant eller statisk, men vil hele tiden skapes og re-skapes av incentiver både innenfor og utenfor sykehuset og av både personale og pasienter.

Vi vet lite om hvordan dagens eldre ser på medvirkning. Vi mangler også mer spesifikke kunnskaper om hvordan ulike kontekster setter rammer for interaksjonen mellom helsepersonell og pasient og påvirker de eldres form for deltagelse og medvirkning.

Mål og hensikt

Data som presenteres her er hentet fra en studie hvor eldre mennesker ble intervjuet om ulike sider av hvordan de selv erfarte og vurderte medvirkning under et sykehusopphold. I denne artikkelen rettes et spesifikt fokus på den rammen eller konteksten som dagens sykehus utgjør. Målet er å få innsikt i hvilke føringer de eldre pasientene selv erfarer at moderne sykehus legger for deres muligheter for medvirkning. Kunnskaper om hvordan eldre mennesker forstår sine muligheter og begrensninger for medvirkning under sykehusopphold vil kunne bidra til videreutvikling av eksisterende kunnskaper og praksiser knyttet til medvirkning innenfor ulike kontekster og overfor mennesker med ulik bakgrunn.

Metode

Siden man har lite kunnskaper om hvordan pasientene selv betrakter og beskriver medvirkning, ble en kvalitativ utforskende studie utformet med dybdeintervjuer som metode for datainnsamling.

Atten pasienter, 10 mannlige og 8 kvinnelige ble rekruttert fra et norsk universitetssykehus. Inklusjonskriteriene var at pasienten var 80 år eller eldre, utskrivningsklar og at vedkommende ble vurdert av sykepleier til ikke å være for svekket fysisk eller kognitivt til å kunne delta i studien. Sykepleiere fra flere ulike medisinske og kirurgiske

poster rekrutterte pasientene. Rekrutteringen foregikk ved at pasienter ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studiens mål og hensikt og om hvordan datainnsamlingen skulle foregå. De pasienter som ga skriftlig samtykke til å bli kontaktet av forsker en til to uker etter utskrivelsen oppga samtidig sitt telefonnummer som forsker så ringte for å avtale intervju. Prosjektet ble meldt NSD og ble anbefalt av REK.

Rekrutteringen av pasienter viste seg å være vanskelig. Sykepleierne som rekrutterte registrerte ikke hvor mange som ble forespurt, men de anslo at halvparten av de som ble forespurt svarte nei på forespørselen. Pasientene, som stort sett ble forespurt dagen før eller samme dag som utskrivelsen, oppga at de var for medtatte og syke til å orke å tenke på en eventuell deltagelse i et intervju.

Informantenes alder varierte fra 80-92 år, det var både gifte, enker/enslige og en som bodde med annet familied medlem blant informantene, og deres bakgrunn varierte fra hjemmeværende til ulike yrker med varierende utdannelsesbakgrunn.

I tråd med informantenes eget ønske ble alle 18 intervjuene foretatt hjemme hos informantene. Ettersom medvirkning er et relativt nytt begrep, ble det i intervjuet brukt beskrivelser som: *å bli hørt, få mulighet til å si hva du mener er viktig, ta del i avgjørelser knyttet til din pleie eller behandling* og lignende. Intervjueren forsøkte hele tiden å la informanten snakke så fritt som mulig omkring studiens tema. En tematisk intervjuguide ble benyttet for å bidra til å hjelpe informanter og intervjuer til å holde fokus på studiens tema; deres erfaringer med medvirkning under sykehusoppholdet, deres syn på - og erfaringer med hva medvirkning er, hvordan de så på sine muligheter for medvirkning og hva de gjorde for å oppnå medvirkning hvis det var slik at de ønsket dette. Seksten av intervjuene ble tapet, to av respondentene ønsket ikke at samtalen skulle tapes og det ble da tatt notater i stedet.

Intervjuene ble fortløpende transkribert, noe som ga anledning til refleksjon slik at intervjuer kunne bruke erfaringer fra et intervju til justeringer med sikte på best mulig kvalitet på de videre intervjuer. Analysen ble gjen-

nomført med støtte i kvalitativ innholdsanalyse (29). Alle intervjuer først ble lest flere ganger, noe som ga et helhetsinntrykk, men som samtidig også fikk ulike emner fram gjennom at de framsto som tilbakevendende tema. Materialet ble så lest om igjen i en stadig gang fram og tilbake mellom respondenter og utsagn i en prosess av å knytte utsagnene sammen til tematiske kategorier på tvers av intervjuene. I denne prosessen ble det stadig gjort justeringer og nyanseringer av de framvoksende tema. I en tredje fase ble analysen beveget videre gjennom å kontekstualisere temaene til sykehuset som ramme for respondentenes erfaringer.

Jeg har i fremstillingen valgt å fremstille både sitater og diskusjon under ett og samme kapittel. Det er flere grunner til dette valget. Valg av sitater er allerede et uttrykk for fortolkning av hva som er meningsbærende for det jeg ser som viktig og derfor ønsker å løfte frem for leseren. Jeg ser derved ikke sitater som *nøytrale data*. Kommentarene jeg knytter til data (sitatene) fungerer som en redegjørelse for hvordan jeg har forstått respondentenes utsagn og samtidig en begrunnelse for hvorfor jeg har valgt å presentere akkurat de valgte sitatene. Slik tilstreber jeg å gjøre analyseprosessen mest mulig transparent for leseren. Det finnes ikke en riktig eller *sann* tolkning av et intervju, flere forståelser er alltid mulig. Poenget er heller at tolkningen skal være fruktbar gjennom at den løfter fram aspekter vi ellers kunne ha oversett.

Funn og diskusjon

I den innledende analyseprosessen framkom flere tema. I det følgende har jeg valgt å bruke et moment som omdreiningspunkt fordi det framsto som helt sentralt i pasientenes erfaringer med medvirkning, nemlig travelheten. Jeg presenterer respondentens utsagn om egne erfaringer fra sykehusoppholdet knyttet til medvirkning under tre tema; tid, strategier og den eldre som bruker.

Medvirkning og tid

Intervjuene startet med en innledende invitasjon til informantene om å høre deres erfaringer med det å få sagt det de mente var viktig og å bli hørt under sykehusoppholdet. Invitasjonen

til å fortelle om egne erfaringer med medvirkning ble møtt med en ganske entydig respons fra informantene hvor de fortalte om tempoet på sykehuset. Følgende utsagn er valgt til å illustrere inntrykket datamaterialet ga. ”De springer og de løper og de gjør alle mulige slags ting.” og ”Når jeg tenker på leger så tenker jeg på personer som svirrer hit og dit ...” var typiske utsagn som ikke bare formidlet et høyt tempo, men som også kan sies som å formidle et inntrykk av uoversiktlig kaos. Et uoversiktlig miljø er ikke et miljø som inviterer besøkende i miljøet til å ytre sin mening eller forsøke å påvirke. Likevel var det også slik at mange av disse utsagnene koblet beskrivelser av høyt tempo med positive utsagn om hjelpsomhet og vennlighet fra det travle personalet; ”Alle er veldig hjelpsomme, de løper,” og ”Jeg har aldri sett en sånn sverm av hvitkledd som mennesker fare frem og tilbake sånn som det, men de var jo så vennlige og oppmerksomme”. Utsagnene formidler en kobling mellom travleheten og positive egenskaper som vennlighet eller hjelpsomhet – noe som både viser velvillighet og en slags legitimering av travleheten. Kanskje formidler dette også en forståelse av sykehusets vesen; sykehus er travle, noe som gjør at travleheten til en viss grad er unndratt kritikk. Dessuten innebærer travleheten jo at de ansatte arbeider hardt, og det kan man jo ikke kritisere. Likevel, det er interessant at de eldre informantene assosierer det høye tempoet med sine muligheter for å bli hørt. At sykehusets travlehet har betydning for hvordan de eldre opplever sine muligheter for medvirkning sies også mer direkte av enkelte av informantene gjennom utsagn som: ”Ja, det skal gå fort unna, de må jo raska på og man vil ikke forstyrre dem ” og ”De liksom bare feier forbi” og ”Alle løp, det var ikke noe dikkedarier eller noe sånt”. Det er nærliggende å se informantens kobling mellom spørsmål om medvirkning og fortellinger om høyt tempo som et uttrykk for at de eldre informantene erfarte tempoet som relatert til deres muligheter for medvirkning.

Strategier for medvirkning

Flere av respondentene nevnte ikke bare tempoet som vanskelig, men knyttet også problemer med å få innpass til for eksempel nedsatt hørsel: ”Når de



Eldre erfarer tempoet i dagens effektive sykehus som overveldende, og som en faktor som vanskeliggjør medvirkning.

snakker seg imellom da er jeg helt utafør, jeg hører ikke hva de sier heller. De har en haug med papirer i hendene”, sa en respondent. Nedsatt hørsel er et problem som kan gjelde mange eldre. I praksis vil nok ofte dagens ramme rundt samtaler med legen være knyttet til visitten. Flere nevnte problemer ikke bare med både å høre, men med i det hele tatt å få en plass inn i denne samtalen: ”Være med å bestemme ... nei ikke så veldig, leger og kandidater snakker sammen og da er pasienten utenfor, men de spør jo.”

Når mange avgjørelser tas på visitten og dette samtidig er en arena som oppleves som vanskelig å få innpass i for eldre pasienter, vil alternativet til visitten bli å forsøke å få personalet på tomannshånd. Respondentene beskrev en rekke strategier for å finne en god anledning og et godt tidspunkt å nærme seg sykepleiere for en samtale. En av de mer erfarne pasientene uttrykte seg som følger: ”Jeg har nokså fin teft. Jeg ser på måten de går på og er på og ansiktet. Du må til enhver tid ha klart for deg når det passer, da mykner de til og du kan prate.” En annen av respondentene hadde registrert andre muligheter for å finne personale de følte det var mulig å forstyrre: ”En må finne en som ikke er på slutten av vekten når man skal ta opp noe”. Disse og flere lignende utsagn peker mot at pasientene erfarer at de må overvinne eller overliste det de oppfatter som et overarbeidet personale gjennom ganske så ressurskrevende strategier for å kunne bli hørt.

Det er selvsagt ikke mange av pasientene som har kreftene til dette under et sykehusopphold.

En oppfatning av sykehuspersonale som stresset syntes også å ha en annen effekt. Mange ga uttrykk for at når det var så mange som hadde behov for hjelp og personalet hadde så mye å gjøre, så måtte man tenke seg godt om før man forsøkte å få oppmerksomhet for egen del rett og slett fordi noen kunne trenge det bedre. Utsagn som: ”Jeg var forberedt på at jeg måtte avgi sengeplassen min til en annen. Det sto sikkert en i gangen og ventet” er utsagn som peker mot at respondentene har fokus på andres behov. Det var også flere respondenter som pekte på redselen for å være egoistisk i å kreve personalets oppmerksomhet med å peke på at: ”Vi er jo en del av et hele alle sammen”. Det å skulle stille krav på egne vegne ble både direkte og indirekte framstilt som en egoistisk væremåte. Slik formidlet de eldre respondentene ikke bare fysiske barrierer for medvirkning, men også normbaserte barrierer som kan være et hinder for medvirkning. For de sprekeste og mest erfarne eldre kunne dette hinderet likevel til en viss grad overvinnes ved hjelp av ulike strategier.

Pasient eller bruker?

Sykehuset kan beskrives som et sosialt rom i den forstand at sykehuset legger føringer for hvem som kan tillate seg hva, hvem som kan gå hvor, hvem som har bestemte rettigheter og

derved kan definere reglene. Sosiale rom er ikke bare en ramme eller en kontekst for våre erfaringer, sosiale rom *skaper* vår forståelse og derved også våre handlingsrom (30). Når en av informantene hevder at: *"Det er jo sånn at selvfølgelig så vil man jo gjerne bestemme litt. Men det er jo de som er på sykehuset og sånn som steller med oss som har rett på tingene"*, kan utsagnet forstås som å illustrere hvordan sykehuset blir en kontekst som faktisk bidrar til å sette rammer for de posisjonene den eldre pasienten kan innta, og derved også rammer for medvirkningen.

Etter en fortelling om hvor vanskelig det var å få formidlet en slitsom hjemmesituasjon, avsluttet en av respondentene med å si at slikt måtte man bare ta med godt humør og ikke la seg merke med noe. Han konkluderte fortellingen med følgende utsagn: *"Det er min tro og overbevisning at når du blir avhengig av andre, så må du vite at det er det du er"*. Slik jeg forstår dette utsagnet så peker respondenten på at han som avhengig er i en posisjon hvor han ikke kan stille krav – rett og slett på grunn av sin avhengighet. Utsagnet viser at pasienten slett ikke ser seg selv som *likeverdig partner* slik ideologien knyttet til pasienten som bruker er basert på, og slett ikke for som en *bruker*. Det er forskjell på en pasient og en bruker, og respondentenes utsagn indikerer at eldre mennesker i stor grad befinner seg innenfor den tradisjonelle pasientrollen.

Avsluttende kommentar

At tid og tempo var den første assosiasjonen respondentene hadde på det innledende spørsmålet om hvilke erfaringer de hadde med det å bli hørt og få sagt sitt under oppholdet kan ses som et paradoks. Medvirkning inngår innenfor en diskursiv ramme hvor effektivisering og rasjonell sykehusdrift er sentralt. Reformen presenterer økt brukerorientering som et av flere virkemiddel til nettopp effektivisering av sykehusene. Utsagnene presentert her kan sees som en indikasjon på at det er det motsatte som skjer i forhold til eldre mennesker, idet nettopp effektiviteten synes å være et hinder for deres muligheter til medvirkning.

Brukermedvirkning er knyttet til samfunn hvor liberalismen med den individuelle valgfrihet settes i høyse-

ted; vi skal velge sykehus og sykehjem (akkurat som vi velger strømleverandør eller fastleige), og vi skal, i tråd med brukermedvirkningens idealer ta ansvar for å formidle våre egne behov og ønsker overfor våre *leverandører*. Det er viktig å huske at verdier knyttet til enkeltindividets rettigheter står i en tydelig kontrast til de verdier den eldre generasjon gjennom sitt liv har lært seg å sette høyt. Under og etter krigen var samhold og solidaritet; det å tenke fellesskap i stedet for individ nettopp verdier som gjorde det mulig å "bygge landet". Fellesskap og solidaritet var en underliggende premiss i de helse- og velferdsordningene som ble skapt. Dagens medvirkningsideologi er basert på en forventning om at den enkelte er aktiv i å fremme egne ønsker og behov. For eldre mennesker kan en slik tankegang innebærer et brudd med deres verdier, og oppfattes som egoistisk oppførsel.

I en drøfting av ulike konsekvenser av pasientrollens dreining mot en kunderolle hevder Lian (23) at den mest negative endringen som kunde-metaforen har medført finner vi i sykehussektoren, fordi den her har ført til prioritering av antatt økonomisk lønnsomme pasienter. Denne grunnleggende forventningen til sykehusets funksjon gir flere føringer – ikke minst for eldre pasienter. Når diagnoser og problemstillinger som raskt og effektivt lar seg reparere er det som anses som de ideelle, blir pasientgrupper som oftest har komplekse og sammensatte lidelser lett konstruert som en problemgruppe. Eldre er en slik kategori. Forskning viser at det ytes motstand mot å se eldre pasienter som *bed blockers* blant annet fra sykepleiere (31), og det har også vært reaksjoner mot fremstillinger av eldre som en byrde i media. Likevel er det et spørsmål om ikke forestillingen om eldre som en byrde har så å si satt seg i bevisstheten. En slik underliggende forståelse gir føringer for ikke bare hvordan samfunn og sykehuspersonale (bevisst eller ubevisst) ser på pasientene, men også for hvordan eldre pasienter oppfatter seg selv. At eldre har en helsetilstand slik at de er avhengig av hjelp og pleie i større grad enn yngre pasienter, blir derved en faktor som i seg selv gjør det vanskelig å være bruker.

Sykehus burde anses som en del av eldreomsorgen hevdet Romøren alle-

rede i 2001 (32). Etter den tid har vi hatt et tiltagende fokus på økt antall eldre i befolkningen, og delvis som svar på dette; en økt fokusering på effektivisering av helsevesenet blant annet gjennom Management-tankegangen med sitt sterke fokus på økonomisk styring og 'lønnsom drift'. Sett med pasientenes øyne synes ikke denne reformen å ha gjort sykehusomsorgen i større grad til en del av eldreomsorgen.

Bildet av eldre som mindre interessert i medvirkning var ikke det bildet som tegnet seg gjennom intervjuene i denne studien. Tvert imot viste data at eldre gikk til ganske store anstrengelser for å bli hørt. Det tegnet seg likevel et bilde av at Eldres ønsker om medvirkning ble formidlet mindre tydelig. Respondentene formidlet ikke sine ønsker om medvirkning som et tydelig krav, men mer som et forsiktig ønske. Medvirkning fremsto i de Eldres beskrivelser ikke som en rettighet, men heller som en mulighet. Det betyr at personalet aktivt må *se etter og hjelpe frem* Eldres ønsker og preferanser dersom de skal bli synliggjorte i en travel hverdag.

Ulike fokus på samme data vil generere ulike fremstillinger. I denne fremstillingen har jeg sett respondentenes utsagn i lys av den forståelse av medvirkning som dagens helsepolitiske reformer gir. Hadde jeg valgt andre perspektiv, ville andre utsagn blitt tydeligere og de utsagn som er sitert ville kunne ha blitt forstått annerledes. Det finnes altså mange *sannheter*. Likevel er det fristende å hevde at en mulig konklusjon på data er at markedsliberalistiske tiltak faktisk kan bidra til å forsterke trekk ved sykehuset som gjør det vanskeligere å være aktiv og medvirkende som eldre pasient i dagens sykehus i forhold til tidligere.

Takksgelser

Jeg takker travle sykepleiere ved medisinske og kirurgiske avdelinger ved Aker Universitetssykehus for hjelp til rekruttering av pasienter.

Referanser

1. Cahill J. 1998. Patient participation – a review of the literature. *J Clin Nurs* 1998;7:119-28.
2. Coulter A. Editorial. *Health Expect* 2005;8:95-6.
3. McQueen A. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *J Clin Nurs* 2000;5:723-31.

4. Wellard S, Lillibridge JL, Beanland C, Lewis M. Consumer participation in acute care settings: An Australian experience. *Int J Nurs Pract* 2003;9:255-66.
5. Deber RB, Kraetchmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect* 2007;10:248-58.
6. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20(6):531-5.
7. Bentley J. Older people as health service consumers 4: disempowered or disinterested? *Br J Community Nurs* 2003;8:181-87.
8. Dewar BJ. Beyond tokenistic involvement of older people in research – a framework for future development and understanding. *J Clin Nurs* 2005;14:48-53.
9. Doherty C, Doherty W. Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *J Nurs Manag* 2005;13:119-27.
10. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perspectives. *J Clin Nurs* 2006;15:1498-1508.
11. Penney W, Wellard SJ. Hearing what older consumers say about participation in their care. *Int J Nurs Pract* 2007;3:1-8.
12. Arora N, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000;38:335-41.
13. Say R, Murtagh M, Thompson R. Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Educ Couns* 2006;60:102-14.
14. Berg GV, Hedelin B, Sarvimäki A. A holistic approach to the promotion of older hospital patient's health. *Int Nurs Rev* 2005;52:73-80.
15. Jacelon CS. Attitudes and behaviours of hospital staff towards elders in an acute care setting. *Appl Nurs Res* 2002;15: 227-34.
16. Huby G, Holt BJ, Thompson A, Tierney A. Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *J Interprofess Care* 2007;21:55-67.
17. Efraimsson E, Sandman PO, Hydén LC, Rasmussen BH. Discharge planning: 'fooling ourselves?' – patient participation in conferences. *J Clin Nurs* 2004;13:562-70.
18. Tjia J, Givens JL, Karlawish JH, Okoli-Umeweni A, Barg FK. Beneath the surface: discovering the unvoiced concerns of older adults with Type 2 diabetes mellitus. *Health Educ Res* 2008;23:40-52.
19. LeClerc CM, Wells DL, Craig D, Wilson JL. Falling short of the mark. Tales of life after hospital discharge. *Clin Nurs Res* 2002;11:242-263.
20. Wetzels R, Geest TA, Wemsong M, Ferreira LP, Grol R, Bakler R. GP's views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Educ Couns* 2004;53:183-88.
21. Tjora A. Den moderne pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
22. Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Soc Sci Med* 1997;3:373-81.
23. Lian OS. Pasienten som kunde. I: Tjora A, red. Den moderne pasienten. Oslo: Gyldendal

Akademisk; 2008.

24. Sarvimäki A, Benkö SS. Values and evaluation in health care. *J Nurs Manag* 2001;9:129-37.
25. Wilkinson MJ. Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service. *J Adv Nurs* 1995;21:980-87.
26. Vabö M. Forbrukermakt – en kilde til bedre omsorgstjenester? I: Thorsen K, Dahle R, Vabö M, redaktører. Makt og avmakt i helse - og omsorgstjenestene. Rapport 18/08. Oslo: NOVA; 2001. s.7-27.
27. Klausen KK. New Public Management – en fortolkningsramme for reformer. I: Bush T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO, redaktører. Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis. Oslo:Universitetsforlaget; 2001. s. 24-35.
28. Cheek J, Gibson T. Issues impacting on registered nurses providing care to older people in an acute care setting. *Nurs Times Res* 2003; 2:1344-49.
29. Thorne S. Interpretive description. Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2008.
30. Lefevre H. The production of space. London: Blackwell; 1991.
31. Hau WW. Caring holistically within New Managerism. *Nurs Inq* 2004;1:2-13.
32. Rømøren TI. Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo: Gyldendal; 2001.

20th Nordic Congress of Gerontology

HEALTH AGING IN THE 21ST CENTURY

30 May – 2 June 2010
Reykjavik, Iceland

www.ngf-geronord.se/

Early registration deadline:
March 31, 2010

Aakre engasjerte i Bergen

Ikke en ledig stol i salen 11. febr. da NSF Hordaland og NSF FGD lokal faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens sammen arrangerte fagkveld i Bergen.

Marie Aakre hadde en engasjerende innledning om den nye veilederen om begrensning til livsforlengende behandling. Aakre er leder av NSF's Råd for sykepleieetikk. Faggruppe rekrutterte 17 nye medlemmer.

Årsmøte i NSF FGD lokalgruppen ble arrangert samme kveld og det ble valgt nytt styre. Bente Fløisand-Larsen fortsetter som leder og har med seg, Liv Skutlberg, Gullborg Aasgaard, Cecilie Olsen og Hans Einar Eriksen. Liv-Berit Jordal fortsetter som revisor.



Marie Aakre engasjerte sykepleiere i Bergen.

Alderdom – helse, omsorg og kultur

Dette er en personlig og faglig bok. Den tar for seg alderdommen både slik den oppleves av forfatteren, men den gjør noe mer, den er også en faglig bok om den normale aldringen og om sykdommer og hvordan vi håndterer dem. Det har blitt en varm, klok og innsiktsfull bok med mye humor, hvor også den nyeste forskning innenfor fagfeltet geriatri er referert.

I bokens første del er alderdom hovedtema. Her er det primært Hjorts egne opplevelser som står sentralt. De fremstilles på en fengende og lettfattelig måte.

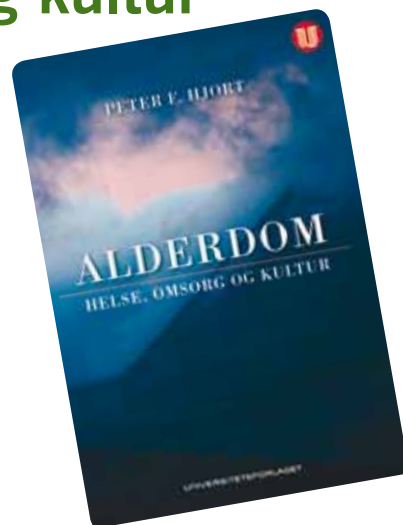
Bokens andre del har overskriften Helsetjenesten og eldreomsorgen. Her er det fagpersonen doktor Hjort som skriver. Viktige etiske dilemma i praksis løftes frem. –Når skal en pasient få slutte å spise og drikke? Vet vi forskjell på depresjon og livstretthet? Hvor går grensen mellom bruk av tvang og nødvendig helsehjelp? Forfatteren gir ingen klare svar, men presenterer viktige refleksjoner om problemstillinger som helsepersonell møter og lever med i kommunehelsetjenesten. Hjort gir også leseren nyttig verktøy. I denne delen

sender han en bekymringsmelding til leger om å slutte å behandle pasienter som kun en sykdom, men se hele mennesket. Som sykepleier gleder det meg å registrere denne oppfordringen.

Bokens tredje del har overskriften Kultur, helse og alderdom, inneholder Hjorts tanker og refleksjoner rundt temaer som blant annet oppbygging av ulike kulturer og verdier. Han spør: – Hva er det som danner grunnlaget for våre verdier? Hva er viktig og hvorfor? Her henter forfatteren også tanker fra filosofien. Han ser tilbake på tiden som forsker i geriatri og oppbyggingen av Senter for aldersforskning i Tromsø.

Boken avsluttes med forfatterens synspunkter om hva som bør prioriteres i framtiden når det gjelder temaet helse og alderdom.

Denne boken er som en oppsummering av Peter Hjorts alle fasetter. For meg fremstår den som et viktig bidrag til å forberede sin egen alderdom og som et bidrag til alle som jobber innen eldreomsorg til å heve tankene ut av hverdagen og gi innsprut av klokskap.



Skrevet av: Siri Meyer, sykepleier, Førstelektor, Høgskolen i Buskerud

Forfatter: Peter Hjort

Utgivelsesår: 2010
Forlag: Universitetsforlaget
Norsk, bokmål
ISBN: 9788215015552
Antall sider: 256

Pris: kr 299,-

Ny rapport om skrøpelige eldre

Diakonhjemmet Høgskole har på oppdrag fra Helsetilsynet sammenfattet nyere norsk forskning angående skrøpelig eldre sin situasjon relatert til helse- og sosialtjenester. I 2008 utgjorde aldersgruppen 80 år+ 4,5% av befolkningen, men de sto for 16,4% av sykehusdøgnene. Eldre personer med langtkommet aldersforandring, flere sykdommer, fysisk og mental funksjonsvikt, bør ved akutt sykdom bli innlagt i sykehusavdelinger med tverrfaglig spesialkompetanse i geriatri. Dokumentasjon av behov for tjenester og rapporter om behandling er ofte mangelfulle både i spesialist- og kommunehelse samt sosialtjenesten. Individuell plan blir ofte ikke laget for eldre. Vi har dokumentert ulike utfordringer

relatert til gamle som er akutt kritisk syke, er døende, pasienter med hoftebrudd eller hjerneslag som er i rehabiliteringsfasen, har demenslidelse, diabetes, har psykiatriske lidelser som angst, depresjon. Det er lite dokumentasjon på tjenestetilbud til eldre med rusproblemer eller psykiske problemer, utover andel som bruker psykofarmaka. Eldre av utenlandsk opprinnelse med behov for helsetjenester antas å stige, og vil skape behov for nytenkning. Forskning viser store geografiske forskjeller både i forhold til kvalitet og omfang. Likeverdige tilbud som er en grunnleggende verdi for norsk helsepolitikk, burde ha gode muligheter for å videreutvikles.



Rapportens tittel: Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre

Forfattere: Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E.

Utgivelsesår: 2009

Utgiver: Diakonhjemmet høgskole

Tilgjengelighet:
<http://www.diaconhjemmet.no>

ISBN: 978-82-8048-081-1.

Helsetjenester til eldre

– fokus for ny masterutdanning



Dekan Ingunn Moser, Diakonhjemmet høgskole

Helsetjenester til eldre er navnet på en ny masterutdanning som starter opp i september 2010 på Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo. Denne utdanningen er det første master-tilbud som kun har fokus på eldre og deres behov for helsetjenester. Masteren er tværfaglig og retter seg mot helsepersonell med en treårig høgskoleutdanning. Geriatrikisk Sykepleie har intervjuet dekan Ingunn Moser som er en av initiativtakerne til den nye utdanningen.

Hva er bakgrunnen for at dere har etablert denne utdanningen?

– Andelen eldre i det norske samfunn er stadig økende og andelen som blir svært gamle er også økende. I 2050 vil det være nesten tre ganger flere over 80 år sammenlignet med i dag! Og med høyere alder øker også forekomst av sykdom – som demens, for eksempel, som øker kraftig i antall og alvorlighetsgrad hos eldre fra 80 års alderen og oppover. Forebyggende helsearbeid blir stadig viktigere. Men likevel vil mange eldre ha komplekse sykdomsbilder og funksjonssvikt i kortere eller lengre perioder. Dette innebærer behov for tilpassede helsetjenester både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. For mange eldre vil helseplagene være av kronisk art, slik at det må settes inn langsiktige tiltak hvor samhandling mellom tjenestenivåene blir sentralt.

Helsetjenester til eldre krever fagkunnskap på mange felt og evne til å samarbeide både på tvers av fagområder og tjenestenivåer. Samtidig blir det vanskeligere å rekruttere høgskoleutdannet helsepersonell til kommunehelsetjenesten og særlig sykehjemmene. Disse tjenestene lider av mange ufaglærte og stor utskiftning, i tillegg til svake tradisjoner for systematisk kompetanse- og tjenesteutvikling.

Og denne masterutdanningen skal bedre situasjonen?

– Ja! Dette har vi tenkt å gjøre noe med! Kompetanse- og tjenesteutvikling trengs i en sektor som står overfor store utfordringer og krav til endring og forbedring. –Vi skal utdanne endringsaktører som nettopp er engasjerte for eldre. Studentene skal få kompetanse til å sette igang og lede kvalitetsutviklingsprosjekter i ulike deler av helsetjenesten til eldre.

Masteroppgaven kan bestå av planlegging og gjennomføring av et slikt prosjekt på eget arbeidssted. Studentene skal også utfordres på verdi- og kunnskapsgrunnlaget i egen profesjon og på etiske utfordringer innenfor helsetjenester til eldre.

Hvordan er den nye utdanningen bygget opp?

– Vi starter opp til høsten med bare deltidstudiet over fire år med to til tre samlinger i semesteret på høgskolene. Mellom samlingene skal studentene arbeide nettbasert med studieoppgaver og gruppediskusjoner. Fra 2011 vil utdanningen også tilbys som heltidstudie over to år. Masterstudiet omfatter både obligatoriske og valgfrie emner – tilsammen 120 studiepoeng. Nasjonalt Organ for Kvalitet i Utdanning (NOKUT) har akkreditert masterstudiet og Kunnskapsdepartementet har gitt høgskolene tillatelse til å etablere utdanningen.

Diakonhjemmet og Lovisenberg etablerer den nye utdanningen sammen. Hva går samarbeidet ut på?

Samarbeidet vil først og fremst styrke fagfeltet. Hensikten er økt kvalitet og omfang på undervisningen, fagutvikling og forskning. Vi utgjør idag to senter for kunnskap og kompetanse – ved å samle ressurser og innsatsen vil vi kunne stimulere rekrutteringen og utdanningen av høyt kvalifiserte fagpersoner til sektoren.

Våre to diakonale utdanningsinstitusjoner har en felles historisk og verdimeisig forankring. Både Diakonhjemmet og Diakonissehuset (Lovisenberg) ble etablert som et resultat av de religiøse vekkelserne i siste halvdel av 1800 tallet. Den diakonale tradisjonen oppstod med en skarp og kritisk stemme rettet mot mangler i datidens offentlige helsetjeneste. De diakonale institusjonene var pådrivere for endring og utvikling av det offentlige helsetilbudet gjennom å vektlegge kunnskap, ansvar og respekt for den enkelte. Den diakonale tradisjonen er en inspirasjonskilde. Utdanningstilbud skal bidra til utvikling av et godt helsetjenestetilbud til eldre mennesker.

Hvordan henger utdanningen og helse-tjenester til eldre sammen her?

Diakonhjemmet har vedtatt en større, felles strategisk satsning på utvikling av fagfeltet aldring og eldreomsorg. På sykehuset etableres Senter for Helse-tjenester til Eldre med målsetting å sette en god standard for helsetjenester til eldre. Høgskolen fokuserer på kompetanseheving og utdanning og utviklingen av masterstudiet er et sentralt ledd i dette arbeidet. En videre målsetting for den strategiske satsningen er å få til en god utnyttelse av ressursene på tvers av høgskole og sykehus.

Lovisenberg diakonale høgskole har lenge hatt fokus på aldring og eldreomsorg. Det var her den første norske videreutdanning i aldring og eldreomsorg ble etablert allerede i 1982. Begge høgskolene har samarbeid med Cathinka Guldbergsenteret, Lovisenberg.

– og hva med krav til lærerkrefter?

Institusjonene må ha et stabilt fagmiljø knyttet til studiet. Kravet er at minst halvparten av lærerne skal ha førstestillingskompetanse, av disse skal minst en fjerdedel være professorer. Professor Maud Söderlund har vært tilknyttet fagmiljøet i full stilling siden august 2009. Jeg er også professor og vil være mer tilknyttet masterstudiet. Og ved Lovisenberg diakonale høyskole er man i ferd med å tilsette ny professor. Tilsammen vil de to høyskolene ha 2 professorer med ulik stillingsbrøk, fem førsteamanuenser, fem førstelektorer og fem høgskolelektorer/ PhD-stipendiater tilknyttet fagmiljøet ved masterstudiet i totalt fem årsverk.

Begge høyskolene har et bredt fagmiljø med vitenskapelig ansatte i hovedstillinger som underviser, veileder og driver forsknings- og utviklingsvirksomhet innenfor kjerneområde eldre og helsetjenester til eldre – som også er et krav for å oppnå godkjenning av utdanningen.



Hvem tror du kommer til å søke på utdanningen?

– Det er vi veldig spente på. Så langt har vi fått mange henvendelser fra sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter. Det lover godt for at det første kullet blir bredt sammensatt.

Utdanningen gir mulighet for helsepersonell med relevante videreutdanninger fra før til å få godskrevet deler av tidligere videreutdanninger på bakgrunn av individuelle søknader. Semesteravgiften er på 11.000 kroner.
Intervju rapportasje: Karen Bjøro

4th European Nursing Congress

OLDER PERSONS: THE FUTURE OF CARE

4-7 October 2010
Rotterdam,
The Netherlands

Including:
14th Research Congress
of the Workgroup
of European Nurse
Researches
WENR

www.rotterdam2010.eu

Early registration deadline:
Before June 1st 2010



NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem 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 leder Hilde Fryberg Eilertsen.

I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2010 (med forbehold om godkjenning av generalforsamlingen).

(Pensjonister, uføre (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent).
Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD v/Hilde Fryberg Eilertsen, Vikaveien 21, N-9022 Krokeldalen

Informasjonskampanje om demens

Informasjonskampanjen *Leve med demens* ble lansert i Helsedirektoratet 3. februar. Kampanjen skal bidra til mer åpenhet og kunnskap om demenssykdommene og føre til at flere mennesker oppdager symptomer på et tidlig tidspunkt – sa helsedirektør Bjørn-Inge Larsens under lanseringen.

Åpenhet trengs

Om lag 70 000 personer i Norge har demenssykdom nå og tallet øker med 10 000 personer hvert år. Det betyr en fordobling innen 2040. Økt åpenhet om demenssykdommene vil gi bedre livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Det er lettere å snakke om sykdom når flere vet, og kan forholde seg naturlig til den som har en demenssykdom. Når en vet mer, er det lettere å gjenkjenne symptomene, ta kontakt og få et svar. Økt kunnskap og god informasjon vil vise at det er gode stunder selv om man får en demenssykdom. Kampanjens målgrupper er barn av personer over 70 år, ektefeller/samboere og de som selv blir syke.

FGD er med

Helsedirektoratet har samarbeidet bredt for å tilrettelegge kampanjen. Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens har deltatt i arbeidet og NSF FGD leder Hilde Fryberg Eilertsen var til stede på lanseringen av kampanjen. – Dette har vært et viktig arbeid for faggruppen å være med på. Jeg har store forventninger – og forhåpninger – til kampanjen. Behov for informasjon om demens er stort i hele samfunnet. Nå blir det viktig at alle medlemmer i faggruppen bidrar til at informasjonen når frem til kampanjens målgrupper. Vi må også, som en sentral profesjon i demensomsorgen, sikre at vi har nødvendig kompetanse, sier Eilertsen.

Demenslinjen

Nasjonalforeningen er en viktig samarbeidspartner i informasjonsformidlingen. Demenslinjen på 815 33 032 er Nasjonalforeningens opplysnings-telefon som formidler kunnskap. Demenslinjen er et tilbud for alle som har spørsmål om demens, og bemannes

bare av kvalifisert helsepersonell med taushetsplikt. Demenslinjen holder ekstra åpent i kampanjeperioden for å ta seg av henvendelser.

Pårørendeskole

Pårørendeskole er et annet viktig tiltak for å gi informasjon, støtte og hjelp til selvhjelp til pårørende til personer med demens. Sykepleiere har vært sterkt engasjert i etablering av slike tilbud over hele landet. Nasjonalforeningen er en viktig samarbeidspartner for de som driver pårørendeskole.

Kampanjefilm

En kampanjefilm "Leve med demens" er lagt ut på Helsedirektoratets sider og på YouTube og skal også sendes på TV. Helsedirektoratet oppfordrer til å spre filmen til venner via Facebook eller lignende, eller bruke filmen i foredrag og som innledning til en diskusjon om temaet *Hvordan leve med demens?* Filmen henviser den som har spørsmål om demens til Demenslinjen for mer informasjon. Også andre kanaler for formidling av informasjon er viktig som avis, radio, kino, dags og ukepresse.

Tidlige demenstegn

Det er behov for omfattende folkeopplysning om demenssykdommen. Kunnskap om 10 tidlige tegn på demens kan bidra til tidlig oppdagelse av sykdommen. Disse fremgår av rammen.

Demensplan 2015

Informasjonskampanjen er et ledd i Demensplan 2015 *Den gode dagen*. Dette er Regjeringens plan for hvordan det norske samfunnet skal imøtekomme de store utfordringer som vil følge av den kraftige økning av demenssykdom i befolkningen i årene som kommer.

Reportasje: Karen Bjørø



Elisabeth Fjelstad forteller fra pårørendes ståsted. Hennes mann fikk Alzheimers demens i ung alder.

Nyttige nettsteder

www.helsedirektoratet.no/demens/

www.nasjonalforeningen.no

www.nordemens.no

www.vestvagoy.kommune.no/

www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/demens/

www.undervisningssykehjem.no/

www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/demens_og_alderspsykiatri/

www.demensinfo.no



Kjenner du de 10 tidlige tegn på demens?

Demens fører til varig svikt, med symptomer som dårlig hukommelse, redusert orienteringsevne, problemer med dagligdagse gjøremål og personlighetsendringer. Utvikling av symptomer er ofte snikende. De ti tidlige tegn på demens.

Hypelig glemsomhet som påvirker arbeidsevnen
Demens kan gjøre at glemmesomheten blir markert. Rutiner i hverdagen kan bli borte og forvirring oppstår når det som før var selvsagt nå må minnes om eller forklares hvordan utføres. Dette er tegn på at noe er galt og som krever nærmere undersøkelse.

Vanskeligheten med å utføre vanlige oppgaver
Personer med demens kan lage et måltid, men glemme å servere det. Varmmat blir svidd og kokeplaten ikke skrudd av.

Språkproblemer
En person med demens kan glemme helt enkle ord, eller bruke ord som er meningsløse i sammenhengen, slik at setninger blir vanskelig å forstå.

Desorientering i forhold til tid og sted
Personer kan snu døgn og gjøre dag om til natt. De kan gå seg bort i sitt eget nabolag og få vansker hvordan de skal finne veien tilbake til eget hjem.

Svekket dømmekraft
En person med demenssykdom kan få problemer med å kle seg etter forhold og etter årstidene. Det kan bli vanskelig å gjøre innkjøp og håndtere økonomi.

Problemer med abstrakt tenkning
For en person med demens kan det være helt umulig å forstå tall og symboler som for eksempel er brukt på trafikkskilt.

Feilplassering av gjenstander
En person med demens kan legge gjenstander på gale steder som for eksempel: Strykejern i kjøleskapet og kopper i skap på badet og de har ingen forklaring på hvorfor tingene ble plassert der.

Forandringer i humør og atferd
Personer med demens kan ha raskere svingninger i humøret uten at det er en åpenbar årsak.

Atferdsforandringer
En person med demenssykdom kan gjennomgå en forandring i væremåte, enten plutselig eller over lengre tid. En person som tidligere var ubekymret og sorgløs kan bli sint, mistenksom eller engstelig.

Tap av initiativ
En person med demens kan miste interessen for det som var viktig før. En tidligere aktiv personen kan endre livsførsel og få et stort søvnbehov og tilbringe mye stillesitting foran TV.

Kilde: www.helsedirektoratet.no/demens/

ER DU ENGASJERT FOR ELDRE?

Ta master i helsetjenester til eldre. Deltid 4 år med oppstart høst 2010. Mulighet for å ta enkelt-emner

Søknadsfrist: 15.april 2010



Kontakt:
BERGLAND@DIAKONHJEMMET.NO REIDUN.LARSEN@LDH.NO
WWW.DIAKONHJEMMET.NO/ELDRE WWW.LDH.NO/ELDRE



NSF FGD ROGALAND arrangerer seminarer:

Urininkontinens – Oddvar Mestad, Urolog
Stavanger universitetssykehus 2. mars 2010
kl. 14 – 17
Universitetet i Stavanger

Seminaravgift:
Kr. 250,- for medlemmer i FGD
Kr. 300,- for ikke medlemmer

Bindende påmelding innen 23. februar til:
torhild@nsfgeriatridemens.no

Nye retningslinjer:
Ernæring i sykehjem og hjemmetjenesten
v/ Camilla Nybø, klinisk ernæringsfysiolog
Universitetet i Stavanger 28. september
Kl. 14 – 17

Seminaravgift:
Kr. 250,- for medlemmer i FGD
Kr. 300,- for ikke medlemmer

Bindende påmelding til: torhild@nsfgeriatridemens.no,
eller tlf: 51 55 28 75.

GF 2010 nærmer seg

Faggruppens generalforsamling holdes 18. mars kl 18 i Bergen. GF er faggruppens høyeste organ og holdes annet hvert år i henhold til vedtektene. I år er begivenheten lagt til Radisson Blue Royal Hotel Bryggen i forbindelse med FGDs landskonferanse 2010. GF er en viktig møteplass for medlemmene og et forum der medlemmene er med på å bestemme utviklingen i faggruppen. Alle medlemmer i faggruppen har stemmerett på GF. Det er bare å møte opp så er man med.

I år er det fremmet flere saker til GF. Disse vil bli lagt frem, debattert og besluttet. De fleste saker på GF blir fremmet av faggruppens styre. Men alle medlemmer i faggruppen har rett til å melde inn saker til GF.

Handlingsplan 2010

Faggruppens handlingsplan skal legges frem og diskuteres på GF. Gjennom debatten mottar styret viktige signaler fra medlemmer om hva som er bra og hva man ønsker annerledes. Slik kan GF fungere som et verksted for nye ideer.

Vedtekter for lokale grupper

Styret fremmer forslag om endring av faggruppens vedtekter slik at de passer bedre for de lokale faggrupper. Faggruppens vedtekter gir anledning til å danne lokale faggrupper. Seks lokale grupper har vi alt, og flere kan det bli. De lokale faggrupper har ikke egne vedtekter, men bruker faggruppens. Men dagens vedtekter er ikke spesi-

fikke nok i forhold til lokale faggruppers situasjon. Ved å ta inn de foreslåtte endringene, slipper de lokale faggruppene å lage egne varianter av faggruppens vedtekter. I tillegg blir alle områder i vedtektene som angår de lokale faggruppene samlet under en felles paragraf, § 4 Lokale faggrupper. For eksempel, det foreslås at lokale faggrupper skal ha et styre som består av minimum leder og tre medlemmer. Det vil bety større fleksibilitet på dette område for å imøtegå ulike størrelse og aktivitetsnivå i de lokale faggrupper.

Styret foreslår også å vedtektsfeste funksjonen som kontaktperson i et fylke. Flere fylker har ikke lokale faggrupper, men styret har over tid bygget ut et kontaktnettverk for å sikre seg kontakt med medlemmer over hele landet. Vedtektene er viktig for at faggruppen skal kunne holde orden i eget hus og er stadig viktigere nå ettersom vi blir stadig større.

Frikjøp av leder

En annen sak som styret fremmer handler om frikjøp av faggruppens leder. Bakgrunnen for dette forslaget er den økende mengde oppdrag som leder av faggruppa har. Saken er nært knyttet til faggruppens årsberetning som synliggjør hvordan faggruppen har vokst i medlemstall de siste to år. Oppgavene blir stadig flere. Geriatri og demensgruppens deltakelse blir stadig oftere etterspurt på mange arenaer. Det er viktig at faggruppen er representert. Vi

skal være et talerør for eldre pasienter og delta i den helsepolitiske debatten. Og medlemmenes interesser skal også fremmes. Etter hvert er dette vanskelig å få til på fritid.

Styret fremmer forslag om frikjøp av faggruppens leder tilsvarende en femtedels stilling i første omgang – og dette bør utvides etter hvert som faggruppen får mer solid økonomi.

Kontingentøkning foreslås

Den tredje saken handler om medlemskontingent. Styret foreslår å heve kontingenten fra kr 252 til kr 300. Kontingenten har stått på samme nivå i noen år. De fleste faggrupper har høyere kontingent enn FGD. Samtidig ønsker vi at flest mulig sykepleiere innen geriatri og demensomsorg skal kunne bli medlem. Vi vil være et lavterskeltilbud. Men vi ønsker samtidig å kunne tilby medlemmene et godt utvalg av goder – som fagblad, kurs og konferanser til rimelig pris samt stipendordninger. Så det blir en balansegang.

Valg av styre

På generalforsamlingen skal det også holdes valg av nytt styre. Nominasjonskomiteen har arbeidet en stund med å skaffe aktuelle kandidater til styreverv. Det knytter seg ofte stor spenning til dette punktet på saklisten. Styret håper det blir stort fremmøte på GF!

Reportasje ved Karen Bjørø

Styrevalg 2010-2012

FGDs generalforsamling skal velge nytt styre 18. mars. I forkant av GF gjør nominasjonskomiteen et viktig grunnlagsarbeid med å skaffe kandidater. Det er ønskelig med et bredt sammensatt styre som avspeiler en mangfoldig medlemsmasse.

Det skal velges leder, nestleder, tre styremedlemmer og to varamedlemmer i følge faggruppens vedtekter.

Har du forslag til kandidater eller ønsker å stille til valg er det bare å ta kontakt med nominasjonskomiteens leder for nærmere informasjon.

Viviane Mellbye er fra Gjøvik og kan kontaktes på mobil: 90090821 eller e-post: tomelb@online.no



Hilde stiller til gjenvalg

Hilde Fryberg Eilertsen stiller til gjenvalg som leder i faggruppen. Til daglig er Hilde ansatt som spesialsykepleier i hjemmetjenesten i Omsorgstjenesten Fastlandet i Tromsø kommune. Det gir faggruppen forankring i den virkelige hverdagen til sykepleiere innen eldre og demensomsorgen. Den nå 46 år gamle Tromsøværing tok bachelorgrad i sykepleie i voksen alder som 35-åring på Høgskolen i Tromsø. Fra før av hadde hun sekretærutdanning og grunnfag i juss fra Universitetet i Tromsø. Etter sykepleierutdanning har Hilde tatt både klinisk spesialist i sykepleie og videreutdanning i aldring og eldreomsorg.

To år har gått siden Hilde Fryberg Eilertsen ble valgt til leder i Faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens på GF i 2008. Hilde var eneste fra det forrige styret som stilte til gjenvalg. Med en styreperiode som kasserer bak seg, var Hilde mest fortrolig med å fortsette å håndtere faggruppens økonomi. Men på oppfordring fra nominasjonskomiteen og oppmuntring fra medlemmene på GF, sto hun frem som lederkandidat og ble valgt.

Den 18. mars er det valg under faggruppens generalforsamling i Bergen. Geriatrisk Sykepleie har intervjuet Hilde i forkant av valget.

Hvorfor stiller du til gjenvalg?

– Rollen som faggruppeleder er spennende, utfordrende og interessant. Faggruppen har fått være med i flere fora, utvalg og prosjektgrupper som kan ha direkte innflytelse på hvordan eldreomsorgen vil bli fremover i tid. Våre eldre medmennesker trenger en representant til å tale deres sak, og jeg ønsker å være den representanten. Det er viktig å få satt eldres fysiske og psykiske helse på dagsorden, slik at eldre mennesker kan oppleve å ha et verdig liv til tross for både sykdom og plager.

En annen grunn til at jeg stiller til gjenvalg, er at jeg er svært opptatt av å heve kompetansen innen eldreomsorgen. Jeg er opptatt av at vi tar vare på de sykepleierne som har kompetanse og lar dem få lov til å bruke den kompetansen de har. I tillegg mener jeg at de sykepleierne som ikke har like stor kompetanse, må få anledning til å skaffe seg det. Det er viktig å legge til

rette arbeidssituasjonen slik at alle som ønsker det har mulighet til å øke kompetansen, enten ved intern-undervisning, eksternt undervisning eller ved kliniske forskningsprosjekter. Ved å arrangere konferanser som gir sykepleierne øket kompetanse, og ikke minst, øket inspirasjon til å fortsette å jobbe innen eldreomsorgen, synes jeg at jeg er med på å få gjøre en forskjell for de som jobber innen eldreomsorgen.

Hva har du oppnådd som leder i disse to år?

– Jeg tror at jeg har vært med på å få satt både faggruppen og hva den står for på kartet. Faggruppen har vært invitert til å delta i mange ulike fora de to siste år. Jeg har vært faggruppens og NSF's representant i Helse og omsorgsdepartementet i arbeidet med Samhandlingsreformen under gruppen: Eldre med sammensatte problemer og lidelser. Det samme har jeg gjort i Helsedirektoratet som lanserer i disse dager en informasjonskampanje om demens. NSF har iverksatt et stort prosjektarbeid for å meisle ut forbundets plattform hva angår psykisk helse. Der har jeg frontet viktigheten av å få satt eldres psykiske helse på dagsorden—og fått gehør for det.

Vi har også videreutviklet faggruppens tilbud til medlemmer – har holdt landskonferanse. Vi har styrket faggruppens økonomi slik at vi bl.a. kan tilby utdanningsstipend. Vi har også utviklet et nytt medlemsblad som profilerer fag og faggruppen på en god måte.

Hva er din visjon for FGD?

– At faggruppen skal bli en selvskreven deltaker i de fora som angår eldre mennesker og mennesker med demens.
– At medlemsmassen skal passere 1.000 medlemmer innen utgangen av 2012, 100-års jubileet for NSF.

– At faggruppen skal ha lokalgrupper eller kontaktpersoner i alle landets fylker.

Hva ser du som den største utfordringen for faggruppen i de nærmeste to år?

– Rekruttere og beholde medlemmer, kommer det spontant fra Fryberg Eilertsen. –Medlemmene er vår første



Foto: Marie

prioritet. Det er medlemmene som gir oss legitimitet. Og medlemmene våre er opptatt av kvalitet og kompetanse i forhold til eldre mennesker.

Hva er du mest stolt av ift din første periode?

– At vi har klart å få kontaktpersoner i nesten alle landets fylker, og har økt medlemsmassen med mer enn 150 medlemmer på under to år. Vi i styret visste at faggruppen hadde et stort potensiale, men å se disse resultater som kommer av hardt arbeid og profilering er veldig givende.

Jeg er også stolt av at faggruppen regnes for å ha så mye tyngde at jeg stadig får forespørsler om vi har mulighet til å delta i viktige prosjekter – og at dette gir mulighet for å fronte faggruppen enda mer.

Hva mener du er faggruppens oppgave ift helsepolitikken?

– Helsedirektoratet spør at vil vi mangle 14000 sykepleiere og 40000 helsefagarbeidere innen 2050 og dette henger i stor grad sammen med økende antall eldre i befolkningen. Dette betyr store utfordringer innen eldreomsorg og demensomsorg og det angår faggruppen og våre medlemmer. Faggruppen er en svært viktig aktør. Vi må synliggjøre vårt ansvar, og kompetanse i en situasjon der knallharde prioriteringer vil bli påkrevet. Faggruppen må satse på å få med representanter i de utvalg og fora som har betydning for hvordan eldreomsorgen kommer til å bli fremover. Faggruppen må fange opp pågående debatter i nyhetene og avisene som omhandler aktuelle tema vedr. eldre, og samarbeide om å svare på dette, sier Eilertsen.

Redaksjonen i Geriatrisk Sykepleie

NYHET

Nutridrink Compact

Mindre volum, mer næring



www.kontis.no November 2009



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact

Tariffavtale for sykepleiere nå!

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens hilser våre sykepleierkollegaer som ble tatt ut i streik i Oslo, Stavanger, og Bergen. Dere har gjort en formidabel innsats i vår felles kamp for verdige lønn- og ansettelsesforhold. Selv om vår lovlige streik ble brått avbrutt av tvungen lønnsnemnd, går kampen videre. Dette er en felles kamp for å sikre alle sykepleiere grunnleggende rettigheter som vi har opparbeidet oss gjennom mange år og som nå står i fare.

Tariffavtaler skal sikre ansatte et minimum av rettigheter i lønn og arbeidsvilkår. Alle ansatte i offentlig sektor omfattes av tariffavtaler. Men i privat sektor gjelder dette knappe 60% av de ansatte. NSF har forhandlet med NHO Service om en tariffavtale i tre år uten å komme til enighet. NHO Service gir sykepleierne mye dårligere lønns- og arbeidsbetingelser enn i andre private bedrifter, eller i offentlig sektor. Lønn som er kr. 21.000 under minstelønns-satser og uten ansiennitetsstige er uakseptabelt. Men attpåtil – NHO Service tilbyr ikke engang full lønn under sykdom, svangerskap, fødsel og adopsjon, tariffestede pensjonsrettigheter eller anstendige arbeidstidsbestemmelser. På denne måten kan NHO-bedriftene spare penger og utkonkurrere andre private og offentlige aktører – på bekostning av sykepleierne. Direkte piratvirksomhet, med andre ord.

Konkurransetsetting av sykehjem skal spare samfunnet store penger. I Oslo og Akershus, Stavanger, Bergen er konkurranseutsetting av offentlige tjenester vedtatt politikken. Hensikten er å spare penger. I Oslo skal bystyret behandle forslag om konkurranseutsetting av 8 nye sykehjem. Piratsektor med NHO Service bedrifter som Carema, Adecco, Norlandia og Attendo er garantert å vinne anbudene. De tilbyr sine ansatte en lønns- og pensjonsordning som er svært mye dårligere enn alle konkurrenter – så vel de ideelle



organisasjoner som kommunens eget foretak. Streiken som nå er avsluttet synliggjør hvem som betaler regningen i eldreomsorgen. Når de eldre blir lagt ut på anbud, er det de private kommersielle aktører som stikker av med den økonomiske gevinsten – og de ansatte sitter igjen med tapet. Politikere må sette stopp for kommersialisering av sykehjem og eldreomsorgen.

Mangelen på sykepleiere og helsefagarbeidere er stor og økende. I følge Helsedirektoratets tall vil norsk helse-tjeneste mangle 12000 sykepleiere og 40000 helsefagarbeidere innen 2050! Vi trenger en nasjonal dugnad for å mobilisere dagens sykepleiere og helsefagarbeidere til å arbeide på sykehjem og i eldreomsorgen. Vi trenger å motivere ungdommen til å velge sykepleier og helsefagarbeider som yrke. Kommersialiseringen av pleie- og omsorgstjenester passer svært dårlig i en nasjonal strategi for å sikre god bemanning for fremtiden. Vi krever en verdighetsgaranti for de ansatte i pleie- og omsorgssektoren! Gi oss en tariffavtale som garanti for en verdig lønns- og ansettelsesforhold!

Stå på alle sammen!

Hilde F. Eilertsen

hilde@nsfgeriatridemens.no



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2010

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2010. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2010, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, e-postadresse og Medlemsnummer i NSF.

I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2010.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatridemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2010.

Ny doktor i geriatrisk sykepleie

Björg Dale forsvarte sitt doktorgradsarbeid 27. november 2009 på Universitetet i Oslo, Seksjon for sykepleievitenskap, med avhandlingen *Compensatory care. Cross-sectional studies among older home-living care-dependent individuals in southern Norway*.

Hovedmålet var å undersøke kompensatorisk omsorg blant hjelpavhengige hjemmeboende eldre. Kompensatorisk omsorg inkluderte formell omsorg, hovedsakelig hjemmesykepleie og hjemmehjelp, og uformell omsorg gitt av ektefelle, familie eller andre.

Designet var en tverrsnittsstudie. Strukturerte intervjuer ble gjennomført blant 242 registrerte mottakere av hjemmesykepleie; personer var 75 år eller eldre i syv kommuner på Agder. I tillegg til sosiodemografisk bakgrunnsinformasjon ble følgende faktorer undersøkt: evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (ADL), psykisk helse, sosialt nettverk og opplevelse av sosial støtte relatert til mottak av kompensatorisk omsorg. Opplevelse av den hjemmesykepleie og familieomsorg de mottok ble også undersøkt.

Gjennomsnittsalder i utvalget var 84,6 år, og de fleste var enker/enkemenn, bodde alene og i ikke-tilrettelagte boliger. På tross av at egenomsorg relatert til fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne var god, mottok pasientene et betydelig omfang av kompensatorisk omsorg. Den formelle og uformelle omsorgen så ut til å komplementere hverandre. Gjennomsnittsskår på ADL var høy, men likevel klart relatert til mottak av hjemmesykepleie og familiehjelp. Personlige ADL oppgaver ble hovedsakelig utført av hjemmesykepleien, mens instrumentelle ADL oppgaver hovedsakelig ble utført av hjemmehjelpen eller omsorgspersoner innen familien. Det var ingen sammenheng mellom psykisk helse



Björg Dale

og kompensatorisk omsorg. Kvinnene opplevde generelt flere depressive symptomer og angst enn mennene, mens de aller eldste og de som bodde i landlige omgivelser oppga å ha bedre psykisk helse enn de som bodde i byen. Opplevd sosial støtte var klart relatert til ADL funksjon, hyppighet av besøk fra hjemmesykepleien og hyppighet av familiehjelp. Informantene hadde ofte kontakt med ulike typer sosialt nettverk. De fleste pasientene var fornøyd med hjemmesykepleien, selv om mange opplevde en mangel på kontinuitet og informasjon om tjenestetilbudet. De fleste var også komfortable med å motta hjelp fra familien.

Resultatene av studien tyder på at det kan være andre faktorer enn de som ble fanget opp i de anvendte instrumentene som er viktige for å motta hjemmesykepleie. En kontinuerlig og grundig kartlegging av pasientenes faktiske egenomsorgsbehov og -evne er avgjørende for å kunne gi hensiktsmessig type, mengde og fordeling av kompenserende omsorg.

Nesten alle pasientene var tilfreds med den omsorgen de mottok. En mulig forklaring kan være at omsorgsoppgavene var hensiktsmessig fordelt mellom formelle og uformelle omsorgsgivere. Utfordringer knyttet til en forventet økning i omsorgsbehov blant eldre understreker betydningen av å utnytte omsorgsressursene best mulig. Hjemmesykepleiere bør også være

bevisst på uformelle omsorgsgiveres situasjon og behov, og samarbeide tett med familien og andre i det uformelle nettverket.

Björg Dale arbeider som førsteamanuensis på Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, og er allerede i gang med prosjekt med foreløpig tittel *Self-care and health among older home dwelling people in rural areas in southern Norway*. Prosjektet er finansiert av Forskningsrådet, og er tilknyttet Senter for omsorgsforskning Sør.

Kontakt: bjorg.dale@uia.no

Oslo og Akerhus går sammen

NSF FGD medlemmer i Oslo og Akershus holdt fagmøte 18. februar om tema Hva skjer med geriatri i forbindelse med Oslo-prosessen.

Tre sykehus Aker, Rikshospitalet og Ullevål er slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS).

Med så store endringer er det mange spørsmål sykepleiere sitter inne med i forhold til geriatrisk fagfelt.

Representanter fra OUS, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Akershus universitetssykehus formidlet om de organisatoriske endringer som iverksettes i disse dager.

Årsmøtet besluttet å danne felles lokal faggruppe for Oslo og Akershus – som i tidligere år.

Christine Jærv Ekrheim ble valgt som leder og har med seg Trygve Johannes Sævareid, Elisabet Sigurdjonsdottir, Mette Vinke og Karen Bjøro i styret.

Ny doktor i geriatrisk sykepleie

Jorunn Drageset disputerte for doktorgraden 20. mai 2009 med avhandlingen *Helse – relatert livskvalitet blant sykehjemsbeboere* på Universitet i Bergen.

Hensikt med studien var å få kunnskap om helserelatert livskvalitet blant sykehjemsbeboerne, og om det er forskjell i helserelatert livskvalitet mellom sykehjemsbeboere og befolkninga elles i Noreg. Videre ble det undersøkt om mestring (definert som oppleving av sammenheng) og sosial støtte er knyttet til helserelatert livskvalitet.

Et utvalg av 227 sykehjemsbeboere uten kognitiv svikt fra 30 sykehjem i Bergen kommune ble intervjuet. I tillegg ble et utvalg fra den generelle befolkning med tilsvarende alder og kjønn (n = 1137) brukt som sammenligning angående livskvalitet. Utvalget svarte på spørreskjemaer: Short Form questionnaire (SF-36) som måler helserelatert livskvalitet, Social Provisions Scale, som måler sosial støtte og SOC-13 som måler opplevelse av sammenheng. I tillegg ble medisiner og diagnoser registrert.

Resultatene viste at sykehjemsbeboere hadde betydelig lavere helserelatert livskvalitet enn befolkninga elles, med unntak av kroppslige smerter og begrensinger forårsaket av fysisk og følelsesmessig helse. Opplevelse av mestring hadde betydning for helserelatert livskvalitet. Å ha personer som står en nær, er av betydning for sykehjemsbeboerne si mentale helse, og opplevelse av at en sjølv fremdeles har betydning for andre er viktig for å fungere godt sosialt. Resultatene viser også at det å bli respektert og anerkjent har betydning for tiltakslyst og energi. Oppleving av mestring endrer ikke sammenhengen mellom sosial støtte og helserelatert livskvalitet. Studien viser at sykehjemsbeboerne hadde svært begrenset fysisk funksjon og mindre



Jorunn Drageset

begrenset sosial funksjon. Mestring og sosial støtte synes dermed å være en viktig ressurs for bedre helserelatert livskvalitet blant sykehjemsbeboere uten kognitiv svikt.

Selv om livskvalitet er aktuelt for alle områder i sykepleien er det sannsynlig spesielt relevant i pleie/ behandling av skrøpelige eldre mennesker. Mennesker som bor på sykehjem har som oftest multiple helsemessige problemer som kan være av fysisk, sosial, og emosjonell art og som stiller store krav til mestring av dagliglivet. Ved å innhente opplysninger av objektiv og subjektiv karakter, kan en få økt kjennskap til hva som er viktig for eldre mennesker som bor i somatiske sykehjem, og dermed iverksette virksomme tiltak som kan bedre og opprettholde helse og livskvalitet.

Jorunn Drageset er ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for sykepleievitenskap, Høgskolen i Bergen. Hun holder for tiden på med en fem-års oppfølgingsstudie der en undersøker ulike variabler som bl.a. helserelatert livskvalitet, opplevelse av sammenheng, sosial støtte, legemiddelbruk og sykdommer i forhold til overlevelse. Videre ser en på om de nevnte variabler endrer seg over tid i livets siste fase.

Drageset har fått postdoktorale midler i tre år fra Den norske kreftforening for å gjennomføre en studie på kreftpasienter på sykehjem. Kontakt: jorunn.drageset@hib.no

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusive mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.
- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten. Referanselisten skal angis med Vancouvermodellen som referansestil.
- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte innsendt materiell/manuskripter.
- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.
- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.

RETURADRESSE:
Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21
9022 Krokeldalen

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



**NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS**

arrangerer

**LANDSKONFERANSE 2010
med utstilling**

TEMA: LEGEMIDLER OG ELDRE MENNESKER

18. - 19. MARS 2010

RADISSON BLU ROYAL HOTEL BRYGGEN, BERGEN

www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

**Generalforsamling i faggruppen
18. mars kl 18-20**