

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2011, ÅRGANG 3, NUMMER 1



TEMA:
Dokumentasjon



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

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

Nestleder: Liv-Berit Jordal, 5957 Myking, Mobil: 416 93 056, E-post: livberitjordal@msn.com

Økonomiansvarlig: Kirsten Langåsalden Lund, Tinnesåsen 16, 3675 Notodden, Mobil: 412 32 493, Arbeid: Haugmoen bokollektiv, Notodden kommune,
E-post: kirstenlangaasalden@hotmail.com

Nettansvarlig/medlemsservice: Gunhild Grythe, 2910 Aurdal, Mobil: 920 85 691
E-post: gunhildg@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: Oslo universitetssykehus, Ortopedisk avdeling,
E-post: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Toril Nordeide, Grasholmkroken 32a, 4085 Hundvåg, Mobil: 934 45 895,
E-post: toril.nordeide@stavanger.kommune.no

Lokalgruppeleder i Agder:

Kommer

Lokalgruppeleder i Hordaland:

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

Lokalgruppeleder i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 28
E-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Monja Dammen, Camilla Collettsv. 21, 2813 Gjøvik, Mobil: 473 93 535,
E-post: monj-da@online.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekheim, Nordenstubben 1, 0757 Oslo, Mobil: 95 80 10 93,
E-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, Kvernevikv. 13, 4048 Hafersfjord, Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493
E-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Anne Lise Svanlund, Sauheradvn. 19, 3683 Notodden, Mobil: 412 66 260
E-post: alsvanlund@gmail.com

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

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

Kontaktperson i Buskerud:

Ann-Kathrin Moen Johansen, Blåkllokkeveien 28, 3050 Mjøndalen - Privat: 31 90 30 72
Mobil: 99 40 06 27 - E-post: ann.kathrin.moen.johansen@drmk.no

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:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

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

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som kan være kontaktperson.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatrisk Sykepleie utkommer fire ganger i 2011.

Utgiver: 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.,
Høgskolen i Telemark
Jorunn Drageset, PhD, første-
aman., Høgskolen i Bergen

Layout/trykking

Arendal Trykk & Kopi AS

Abonnement 2011

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

Frister fagartikler 2011

Nr. 1 15. oktober
Nr. 2 15. januar
Nr. 3 15. mai
Nr. 4 15. august

Distribusjonsdato 2011

Nr. 1 20. januar
Nr. 2 20. april
Nr. 3 20. august
Nr. 4 20. november

ISSN: 1891-1889

INNHOOLD

Dokumentasjon og kvalitet
– to sider av samme sak
3

Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i praksis
4

The Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS RAI) – interRAI et dokumentasjons- og vurderingssystem
9

RAI-registrering på Cathinka Gullberg avvikles
13

RAI kan brukes – ifølge ny norsk rapport
14

Landskonferanse 2011
15

Stipend høst 2010 til Gaaserud og Garden
19

Avansert geriatrisk sykepleie – hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge?
20

Kompetanseheving i eldreomsorgen – Bortkastet energi!?
24

Redaksjonskomiteen utvides
25

Thygesen tar doktorgrad i geriatrisk sykepleie
26

Skaalvik – ny PhD-grad i helsevitenskap
27

Ny FGD lokalgruppe i Møre og Romsdal
28

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing
31

Dokumentasjon og kvalitets-sikring – to sider av samme sak

*Karen Bjøro, PhD,
sykepleier og redaktør*



Dokumentasjon av eldre menneskers behov for sykepleie er tema for denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie. Artiklene setter fokus på to standardiserte dokumentasjonssystemer som brukes i Norge – Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Resident Assessment Instrument (RAI).

Gunhild Tøndels artikkel setter fokus på IPLOS som er et obligatorisk dokumentasjonssystem for alle norske kommuner. Hun fant ambivalens blant sykepleierne hun intervjuet i forhold til nytteverdien av IPLOS. Systemet er utviklet av og for myndighetene (1).

Sykepleiere bruker mye tid og ressurser på å mate IPLOS uten at de får nyttig og pålitelig informasjon tilbake. Dette er bekymringsfullt. IPLOS sier lite om sykepleiefaglig kvalitet og helsegevinsten av god sykepleie for eldre mennesker.

Grues artikkel presenterer Resident Assessment Instrument (RAI) som er et system for dokumentasjon og vurdering av eldre menneskers ressurser og behov for helsehjelp (2). Den brukes i bl.a. Finland og Island. Oslo kommune bruker allerede elementer av RAI for å måle kvalitet i kommunens sykehjem. Ellers er det kun Cathinka Gullberg-senteret som har brukt RAI systematisk som dokumentasjonssystem, men fra nyttår 2011 avvikles bruken av RAI her forteller kvalitetsjef Vibe i et intervju i dette nummer av Geriatrisk Sykepleie.

Helse- og sosialdepartementet har som mål å etablere et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – også pleie og omsorgstjenesten (3).

Dokumentasjon av eldre menneskers grunnleggende behov er nødvendig for å planlegge, gjennomføre og evaluere om pleie- og omsorgstjenester er tilpasset eldre menneskers behov. Vi trenger et dokumentasjonssystem som understøtter dette og som bidrar til å sikre kvaliteten av tjenestene vi yter. Slikt sett er kvalitetssikring og dokumentasjon to sider av samme sak.

Dagens nasjonale systemer gir ikke den nødvendige informasjonen om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenester og verdighetgarantien mangler troverdighet så lenge den ikke følges opp med et dokumentasjonssystem som synliggjør eldre menneskers spesielle behov for helsehjelp og sykepleie. Vi må få et egnet system på plass snarest dersom vi skal møte dagens og morgendagens utfordringer innen norsk eldreomsorg!

Karen Bjøro

karen@nsfgeriatridemens.no

Referanser

1. Tøndel G. Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i praksis. Geriatrisk Sykepleie 2011;3(1):4-8.
2. Grue EV. The Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS RAI) – interRAI: et dokumentasjons- og vurderingssystem. Geriatrisk Sykepleie 2011;3(1):9-13.
3. Rygh LH m.fl. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.

Å telle assistansebehov

– en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i praksis



**Gunhild
Tøndel**

Sosiolog, PhD-stipendiat
Institutt for sosiologi og statsvitenskap,
NTNU
NTNU Samfunnsforskning
Gunhild.Tondel@svt.ntnu.no

Sammendrag

Fra 1. mars 2006 ble det obligatorisk for alle kommuner å rapportere inn brukerdata til Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Mottakelsen av IPLOS har vært preget av motstand og uenighet om hva IPLOS-data kan brukes til. Artikkelenes første del beskriver bakgrunnen for at IPLOS ble innført og hvordan myndighetene mener at systemet skal brukes. I artikkelenes andre del analyseres hvordan sykepleiere oppfatter IPLOS i pleie- og omsorgsarbeidet og hvilken nytte som ligger i IPLOS-dataene. Analysen er basert på kvalitative intervju med tjenesteansatte i én kommune, og observasjon av arbeid vedrørende IPLOS-registrering og bruk av data i praksis.

Nøkkelord: IPLOS, dokumentasjon, statistikk, registreringsrutiner, sykepleie

Innledning

Historien om Florence Nightingale er først og fremst en beretning om en altruistisk kvinnes sykepleieinnsats for skadde soldater under Krim-krigen. Men Nightingale var også en ivrig forkjemper for å bygge styringen av helse- og pleiesektoren på grundig statistisk metodearbeid, og var så forført av statistikkens egenskaper at hun så på den som guddommelig (1, s. 54). I dag har statistikken blitt integrert i helsepersonellens arbeid i kanskje større grad enn Nightingale kunne forestille seg.

Det er en internasjonal trend at systematisk utviklede indikatorer taes i bruk for å måle kvalitet og innsats i helse- og omsorgstjenestene (2), på grunnlag av registrering av individuelle pasientdata. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS, er ett uttrykk for denne trenden. IPLOS brukes i alle norske kommuner. Det er et nasjonalt register med data om brukers ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven, og hvilke tjenester som ytes (3, s. 6). Siden innføringen av IPLOS i 2006 har systemet blitt et omdiskutert styringsverktøy. Denne artikkelen redegjør for bakgrunnen til at IPLOS ble innført og hvordan systemet skal brukes i dag, så kommer en kort

beskrivelse av hvilket forskningsmateriale artikkelen bygger på. Til sist diskuteres hvordan sykepleiere oppfatter IPLOS i pleie- og omsorgsarbeidet og hvilken nytte som ligger i IPLOS-dataene.

IPLOS

IPLOS er resultatet av en langvarig utviklingsprosess. Det er et forsøk på å få oversikt over de utfordringer de kommunale helse- og sosialtjenestene står overfor, for bedre å kunne kontrollere tjenestenes utvikling:

”Helse og omsorgstjenesten er under stadig utvikling og forandring. 90-tallet har vist at behovet for tjenestene øker fordi antallet eldre i befolkningen øker og fordi kommunene er blitt og blir tillagt nye oppgaver. (...) Kommunene trenger opplysninger som grunnlag for planlegging og budsjettering og for ressursdisponering i tjenestene. Statlige myndigheter trenger opplysninger for å følge utviklingen i tjenestene (...) og for ulike brukergrupper. Dette må sammenholdes med de velferdspolitiske målsettingene nasjonalt, finansieringen av kommunesektoren og aktuelle lovverk.” (4, s. 5).

Denne tilstandsdiagnosen kom fra en arbeidsgruppe nedsatt i 1998 av Sosial- og helsedepartementet til å utforme

et forslag til et informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten (4). Dette systemet skulle bli det vi i dag kjenner som IPLOS. I etterkant av gruppens arbeid initierte Sosial- og helsedirektoratet et prøveprosjekt for utvikling og tilrettelegging, og innføring og utprøving av IPLOS i kommunene (5). Ifølge Westnes (5, s. 10) ga 16 av 30 prøvekommuner tilbakemelding på hvordan de opplevde innføringen i prøveprosjektet, og kommunene meldte at innføringen gikk greit. Ved spørsmål om på hvilke områder IPLOS bidro til forbedring var svarene blant annet at IPLOS medførte større bevisstgjøring i forhold til dokumentasjon, samhandling mellom de ulike faggruppene, og økt bevisstgjøring i forhold til saksbehandling og vedtak, og registrering av tjenestemottakeres funksjonsnivå. IPLOS bidro til at hele tjenesten snakket samme språk, og tjenestemottakernes behov ble kartlagt likt. På spørsmål om på hvilke områder IPLOS skapte problem var svarene at enkelte faggrupper opplevde at deres arbeid ble for dårlig synliggjort, noen kommuner rapporterte ingen problem, mens andre påpekte mangler knyttet til den elektroniske løsningen for innrapportering av data (5, s. 10).

I 2001 besluttet Sosial- og helsedepartementet at erfaringene fra prosjektet var så gode, at IPLOS skulle

innføres som obligatorisk system for individbasert statistikk til bruk i kommunene og av de statlige myndighetene (5). Dette trådte som sagt i kraft fra 2006. I dag skal helsepersonellet registrere i IPLOS personopplysninger, som navn, sivilstand, boligstatus, omfang av privat hjelp, og personens assistansebehov fra de kommunale helse- og sosialtjenestene. Assistansebehovet beskrives med 15 bistandsvariabler (se tabellen). Hver bistandsvariabel skaleres fra 1-5. Tallet 1 står for *utgjøringen problem/utfordring for søker/tjenestemottaker*, mens 5-tallet tilsvarer *et fullt bistands-/assistansebehov* (3). Dersom den som registrerer ikke opplever en variabel som relevant for den enkelte personen, gitt personens assistansebehov, kan pleieren registrere tallet 9, *ikke relevant*. En tjenestesøker skal ha et assistansebehov i størrelsesorden 3 eller høyere for at søkeren skal kunne motta en tjeneste på grunnlag av dette assistansebehovet (3).

Registreringene fungerer både som *individrapporter*, og anonymiserte *sumrapporter*. Individrapportene bygges på kartleggingen av tjenestesøkernes og mottakernes bistandsbehov. I tjenestevedtaksprosessen skal dette sees i sammenheng med den øvrige dokumentasjonen om brukerens tilstand og behov (6, s. 195). De avidentifiserte sumrapportene sendes til Statistisk Sentralbyrå (SSB) og går inn i IPLOS-registeret, som danner grunnlaget for den nasjonale statistikken for pleie- og omsorgssektoren (6, 3). Den nasjonale statistikken skal gi grunnlag for forskning, overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling, og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial og helseforvaltningen (3, s. 6). IPLOS-data går også inn i KOSTRA, det nasjonale informasjonssystemet for styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet (7). I tillegg brukes IPLOS i noen kommuner ved budsjettering av de kommunale helse- og sosialtjenestene.

Datagrunnlag

Artikkelen representerer ett utsnitt av forfatterens pågående PhD-avhandling i sosiologi, hvor hensikten er å utforske hvordan statistikk fungerer som styringsgrunnlag i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Forskningsmaterialet til avhandlingen er samlet inn i perioden oktober 2007 til oktober 2010.

Innsamlingen pågår fortsatt, og er ikke ferdig (8). Det består av offentlige styringsdokument, kvalitative intervju av tjenestepersonell som registrerer og bruker IPLOS-data i sitt arbeid, og observasjon av vurderingsprosessen som registreringer bygger på, samt den konkrete registreringen og bruken av dataene i tjenesten.

Datainnsamlingen er utført i én stor bykommune og én liten bygdekommune med henholdsvis over 160 000 og rundt 3 000 innbyggere. Drøftingen som blir presentert i denne artikkelen er i hovedsak basert på observasjons- og intervjumaterialet fra bygdekommunen. Her inngår til sammen sju intervju med sykepleiere fra hjemmetjeneste og sykehjem, saksbehandler, og fysioterapeut. Observasjonen ble utført over fire dager i de kommunale tjenestene. Forfatteren fulgte personellet i hjemmesykepleien på møter og under IPLOS-registrering, deltok på inntaksmøter, og hadde kontinuerlig anledning til å stille spørsmål og diskutere relevante tema med personellet.

Alle navn er fiktive. Tjenestemottaker/bruker/pasient blir brukt om hverandre, avhengig av informantens bruk. Analysen kan ikke generaliseres til sykepleieres opplevelse av IPLOS i praksis generelt, men den kan vise tendenser til hvordan denne opplevelsen arter seg, som eventuelt kan bekreftes av leserens egne erfaringer med IPLOS.

Studiet er godkjent av NSD, og finansiert av Norges Forskningsråd.

IPLOS i sykepleiepraksis

Myndighetenes fortelling om hvordan IPLOS fungerer og hva tallene kan si noe om, kan betegnes som den *offentlige* versjonen av systemet. Men, hvordan oppfatter sykepleiere at IPLOS fungerer i deres arbeidshverdag? Hvilken nytte har de av systemet? Og hvilke ulemper opplever de at systemet fører med seg?

Ved iverksettingen av IPLOS i 2006 oppsto sterke protester mot systemet, som særlig ble målbåret av representanter for funksjonshemmede (9, s. 27, 10). IPLOS ble konfrontert gjennom avisoverskrifter som *Registrert mot sin vilje* (11) og *Hvilket tall skal sjelelig smerte ha?* (12). I debatten som fulgte deltok også helse- og pleiefagfolk og deres organisasjoner, og ifølge Solvang, Bartoszko, Bergland, Hanisch

& Woll (9, s. 33) uttrykte de at IPLOS både kan sees på som et viktig redskap for å etablere statistikk og en potensiell trussel mot tilliten til helse- og omsorgsarbeiderne, avhengig av hvilken informasjon som innhentes. Den ensidig positive tilbakemeldingen til direktoratet fra prøveprosjektets tid ble nyansert.

Upresise detaljbeskrivelser?

I 2007 hadde forfatteren et lite innstikk i Sykepleien, hvor det ble annonsert etter sykepleiere som kunne fortelle om hvordan de opplevde IPLOS i sitt arbeid. Responser nyanserte bildet av IPLOS i praksis ytterligere. En sykepleier ga denne tilbakemeldingen per e-post på spørsmålet om hvordan han ville karakterisere IPLOS:

”Et litt upresist verktøy for å registrere en persons (bruker av helsetjeneste) funksjonsnivå. Funksjonsverdi-inndelingene [i bistandsvariablene] er etter min mening tvetydige/upresise/misvisende. Dette har jeg hørt mange andre si også. Ang. andre IPLOS-opplysninger så er det vel nokså uproblematisk, tror jeg. Det er også vektlagt mye somatisk, og mindre på psykisk helse. Litt skjevfordeling der?”

Under den videre, mer formaliserte datainnsamlingen til studiet ble denne karakteristikken gjengitt om og om igjen av helsepersonell. Men mens noen pekte på det upresise ved IPLOS, opplevde andre systemets presisjonsgrad som for detaljert. Informantene var heller ikke enige om hva IPLOS var, hva bistandsvariablene målte, og hvilke avgrensninger som lå i variabeldefinisjonene. En informant kommenterte en annen sykepleiers IPLOS-registrering av en tjenestemottaker slik:

”Der har hun satt 2 på ’å styre egen atferd’. Det synes jeg er merkelig. Og 3 på ’hukommelse’, det synes jeg å huske at hun ikke har problem med. Vi tenker nok litt forskjellig. Hva er det ’å lage mat’? De overlever ved å smøre en brødkive, men...”

Informanten kjenner den registrerte brukeren gjennom jobben fra før. Likevel er hun ikke enig i registreringen. Hva ligger i denne uenigheten? Det trenger ikke være slik at den første registreringen ikke er riktig.

Begges vurderinger kan være like riktige. Assistansebehovet som personellet skal registrere i IPLOS varierer etter situasjonen til tjenestemottakeren og hvordan vurderingsmøtet arter seg, i forhold til hvor mye informasjon den som registrerer får fra tjenestesøkeren/mottakeren. En informant forteller:

”IPLOS blir veldig feil. For hvordan en pasient fungerer, er så avhengig av de som er på jobb. Når Anne er på jobb, så dusjer Frank. For han vet at da må han dusje. Når andre er på jobb, dusjer han ikke selv, men vil ha hjelp til alt. Dette blir feil fremstilt i IPLOS.”

For denne informanten er scoringen av bistandsvariablene i IPLOS temmelig intetsigende. Hun opplever at tallene ikke kan representere pasienten riktig over tid, uavhengig av situasjonen som pasienten og den som er på arbeid befinner seg i. For at IPLOS skal være riktig og pålitelig så må tallene vise til standardiserte forhold. Men pasienten oppfører seg ikke standardisert. Og pasientens behov er ikke standardisert. Derfor kan vi ikke sette et tall på pasientens funksjonsnivå, som kan brukes til å representere denne pasienten hvor som helst, når som helst, i etterkant.

Men samtidig nyttig?

Dersom man ikke stoler på tallene, vil det være utfordrende å integrere tallenes informasjon aktivt i pleiearbeidet som helse- og sosialrelatert dokumentasjon. Mistroen til at scoringene i IPLOS beskriver et assistansebehov adekvat er et gjennomgående trekk i intervjuene med helsepersonellet. Samtidig utfordrer informantene sin egen mistro. Tallene har tidvis praktisk nytteverdi, såfremt man ikke leser tallene som at de skal gjentelle alle detaljene om brukerens funksjon. Å registrere er ikke alltid en vanskelig affære. En informant sier:

”.. det er jo et ganske likefremt system. Om en pasient får en rullator, og går selv rundt, så scorer han to, i motsetning til før, mest sannsynlig en 3, før han fikk rullatoren. For hos oss i hjemmetjenesten var det mest sannsynlig en 3 han fikk, som utløste tjenesten.”

Informanten får mye informasjon ut fra tallene. I de lokale tjenestemiljøene etablerer de ansatte rutiner for hva

hvert tall brukes til. For denne informanten uttrykker tallene 2 og 3 at tjenestemottakeren har vedtak om ergonomiske hjelpemidler. Dersom man kjenner disse rutineene, og følger dem ved registreringen, vil tallenes kvalitet og nytteverdi vurderes etter andre kriterier enn om tallene skal vurderes som sannhetsvitner. Tall kan være praktiske for å få gjort et arbeid, selv om de ikke er riktige. Samtidig, i administrasjonen, opplever en informant tallene som prosjesjonaliserende. Han forteller:

”Jeg synes IPLOS er mer nyttig enn en belastning. Med IPLOS har vi en formell norm, som gjelder uavhengig av tjeneste. (...) I alle fall i større grad enn før. Da hadde vi ikke noe slikt. Nå har vi i alle fall en struktur.”

Informanten opplever at IPLOS-data forfatter en standard, som han kan delegere beslutningsmyndighet til. Ikke lenger trenger han å ta hvert vedtak på sin kappe som en moralsk vurdering. Dette innebærer antagelig en opplevelse av at arbeidet man er pålagt å gjøre rasjonaliseres ved hjelp av dataene. Når man gjør en saksbehandlingsprosess avhengig av data, vil prosessen imidlertid stoppe opp eller kompliseres dersom dataene ikke foreligger i den form de skal. Følelsen av at standarder effektiviserer, kan også virke motsatt. Vurderingen av nytten av IPLOS-dataene fremstår slik sett som avhengig av den avstand man inntar til selve vurderings- og registreringssituasjonen. Jo lenger vekk fra denne situasjonen man befinner seg, desto riktigere fremstår dataene. Logisk sett kan vi også anta at nyttevurderingen avhenger av det tidsperspektiv man anlegger fra registreringen finner sted til man forventer at registreringen brukes til noe, gitt at dataene brukes av styringsaktører med reell beslutningsmyndighet og hensikter i overenskomst med ens egne ønsker om tjenestene. Den som registrerer ser fysisk sett ikke den umiddelbare bruken av tallene. Mens den som administrerer ved hjelp av dataene utfører sitt arbeid idet dataene er tilgjengelige.

Å registrere tall på oppdrag

Som de aller fleste offentlige datainnsamlinger kommer kravet om å registrere IPLOS-data ovenfra, og ikke fra brukerne eller pleierne selv. Informanter opplevde IPLOS som en mengde

informasjon som de produserte, sendte fra seg, og aldri mer så igjen. Som en informant forklarte:

”[IPLOS-registreringene er en] veldig grei oversikt for de som skal gjøre vedtak på assistansevurderingsmøtene. Men [det] føles som noe vi registrerer for dem i de høyere organene. Vi bruker jo ikke scorene. Vi bruker tiltaks- og pleieplanen, ser prøver og undersøkelser osv.”

Informanten opplever ”dem i de høyere organene” som abstrakte størrelser som befaler ordrer hun følger. I denne sammenhengen framstår IPLOS-data som et informasjonsnivå atskilt fra den praksis dataene er samlet inn fra. Hun trekker også en linje mellom saksbehandlingen på huset og den utøvende pleiepraksisen. Hun delegerer eierskapet til de ferdige IPLOS-dataene til saksbehandlingen og til myndighetene. Preger dette datainnsamlingen på noe vis? En informant forteller om hva som motiverer henne for å registrere IPLOS:

”Vi streber jo etter å registrere rettferdig, for de ulike pasientene skal få en rettferdig behandling. Vi registrerer ikke vilkårlig etter hva som passer oss. Det skal være rettferdig. (...) jeg tenker alltid på hvordan jeg fremstiller pasienten. Hva jeg skriver inn i data-systemet, i journalen, i IPLOS, hva jeg sier om pasienten, osv.”

For denne informanten er registreringen en aktivitet som fordrer ettertenksomhet og skjønn. Hun vet at registreringen på et eller annet tidspunkt fremstiller pasienten for noen andre enn henne, og hun vil derfor registrere den informasjon som må registreres for at pasienten skal få den behandling hun mener at pasienten trenger. Dette er først og fremst hennes motivasjon for å registrere så riktig som hun kan, i forhold til IPLOS-veilederens krav. At hun må sende informasjonen fra seg, at hun ikke nødvendigvis ser eller bruker informasjonen igjen selv, eller at hun ser effekter av den for pasienten eller tjenesten, opplever hun som underordnet. Dette er i tråd med en tidligere studie av Eriksson (13), som viser at sykepleierne først og fremst dokumenterer sykepleiearbeid ut fra internaliserte verdier om hva mennesket de

Tabell. Bistand-/assistansevariable i IPLOS (3, s.28-29).

VARIABLE	BESKRIVELSE
Alminnelig husarbeid	Har behov for bistand/assistanse til å utføre vanlig husarbeid som å gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre matvarer og kaste avfall.
Skaffe seg varer og tjenester	Har behov for bistand/assistanse til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet. (Enten via internett/telefon eller direkte i butikk.)
Personlig hygiene	Har behov for bistand/assistanse til å vaske og stelle hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene.
På og avkledning	Har behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram og velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur.
Toalett	Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalettbesøk/-funksjoner.
Lage mat	Har behov for bistand/assistanse til å planlegge, organisere og tilberede enkle og sammensatte måltider, skjære opp maten, smøre brødsiver og tilberede annen tørrmat, varme opp mat og lage kaffe og te.
Spise	Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og å drikke.
Bevege seg innendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Trapper innendørs er ikke med.
Bevege seg utendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, på ujevne underlag mv. Med utenfor bolig menes her alt utenfor egen inngangsdør. Trappeoppganger og trapper ute er utendørs.
Ivareta egen helse	Har behov for bistand/assistanse til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner.
Hukommelse	Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser, finne fram i kjente omgivelser, være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Kommunikasjon	Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.
Beslutninger i dagliglivet	Har behov for bistand/assistanse til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser.
Sosial deltakelse	Har behov for bistand/assistanse til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kolleger og personer i nærmiljøet.
Styre atferd	Har behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre.

møter er verdt. Kanskje er det derfor at det tidvis oppleves ukomfortabelt å bruke språket som ligger i IPLOS, som den som registrerer tvinges til å bruke for å kunne fylle ut IPLOS-skjemaet?

"Før kalte vi det 'datainnsamling', og gjorde det sammen med pasienten. (...) vi evaluerte situasjonen hele tiden ut fra førstehåndsinformasjon. Nå må vi fokusere på registreringen. Skulle vi gjort det riktig, skulle vi ha gjort det med pasienten. Og særlig når det er registreringer av endringer i tilstand. Men det gjør vi ikke. For min del ville det ha vært veldig vanskelig å spørre om de spørsmålene. Det er pleierens mening som kommer fram, ikke sant."

Informanten opplever at det skjer en dreining i fokus fra pasienten og den mellommenneskelige samtalen dem imellom, til en teknisk orientert registrering, som stille avskjærer pasienten sin samtalerett. Dette er ikke unikt for IPLOS. I en gjennomgang av utførte kvalitative studier konkluderer Kärkäinen, Bondas & Eriksson (14) at pasienter og deres syn sjelden kommer til uttrykk i slik dokumentasjon - ikke fordi sykepleierne ikke ønsker å løfte fram pasientens syn - men fordi formatet på rapporteringsskjemaene ikke gir sykepleierne anledning til det. I tillegg kan det fort oppfattes som paternalistisk, når noen skal fortelle hva *andres* behov er, og som Endacott (15) påpeker, er dette en kritikk som offentlige helse- og omsorgspolitiske insentivdokument og skjema ofte møter.

Avslutning

Informantene var ambivalente både i forhold til om IPLOS standardiserer, om IPLOS kan være nyttig for dem, og om IPLOS tynger dem i arbeidet. IPLOS er ikke utviklet for sykepleien i seg selv. Systemet representerer et oppdrag designet og gitt av myndighetene, ikledd et helsefaglig kostyme. Derfor vil det også være stor uenighet om systemets kvalitet innad i tjenestene. Mens pleierne ønsker å bistå tjenestemottakerne så godt de kan, uttrykker ikke IPLOS den samme umiddelbarheten i denne behovsdekkingen. Alle effekter av IPLOS-statistikkens tale for den offentlige styringen er potensielle, uvisse, og fremtidige. Hvor dataene brukes i budsjetteringsøyemed er effektene nærmere i tid. Det vil være interessant

å se hvorvidt budsjettering basert på IPLOS vil skape lignende konflikter som med stykkprisfinansieringen i spesialisthelsetjenesten, hvor det har vært diskutert hvorvidt det forekommer vridninger i rapporteringen av sykehusenes aktivitet i økonomisk vinningsøyemed (16).

Dokumentasjon av arbeid kan heve arbeidets status (17). Helse- og pleiefagfolk og deres organisasjoner kan bruke IPLOS-statistikken for å fremme sin politikk. Samtidig kan dokumentasjon av sykepleieprosesser fungere som et middel for ledelsen til å øke kontrollen utenfra og å standardisere sykepleien (18). Hva ville Nightingale ha sagt om IPLOS? Det er ikke gitt at statistikken må fungere bare som et ledelsesinstrument. Spørsmålet er hva som går tapt i denne tilpasningsprosessen, hva IPLOS-systemet tilfører, og om det er mulig å finne en balanse mellom tap og tilførsel som de involverte partene blir enige om.

Takk

Takk til alle kontaktpersoner og informanter som velvillig har bidratt i datainnsamlingen til min avhandling, og som gjør dette studiet mulig. Takk også til redaktør Karen Bjørø i Tidsskriftet Geriatrik Sykepleie og førsteamanu Liv Wergeland Sørby ved Diakonhjemmet høyskole for konstruktive innspill og råd i forbindelse med skrivingen av artikkelen, samt Sara M. Nilsen, ISM, NTNU og Ann R. Sætman, ISS, NTNU, for gjennomlesning og korrektur.

Referanser

1. Kopf EW. Florence Nightingale as Statistician. *PublAm Stat Assoc* 1916;15:388-404.
2. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2009;46:848-857.
3. Helsedirektoratet. IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
4. Sosial- og helsedepartementet. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA (kommune stat rapporteringen): Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Oslo: Sosial og helsedepartementet; 2000.
5. Westnes A. Prosjekt rapport IPLOS-prøveprosjekt: 27. august 2003. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
6. Sandvand E, Vabo G. Dokumentasjon i sykepleien. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
7. Om KOSTRA. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet; 2010 [hentet 2010-08-

17]. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/om-kostra.html?id=412867>.

8. Clarke A.E. Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
9. Solvang PK, Bartoszko A, Bergland A, Hanisch HM, Woll H. Registrering som overgrep? En gjennomgang og diskusjon av debatten om ressursforvaltning og krenkelse i statistikkssystemet IPLOS. *Tidsskr Velferdsforsk* 2010;13(1):26-42.
10. Tøndel G. Administrating disability: The case of 'assistance need' registration in Norwegian health and care governance. *ALTER, Europ J Disabil Res* 2009;3:45-62.
11. Registrert mot sin vilje. *Bladet Tromsø*. 2007 oktober 15 [sitert 17. okt. 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ret-web05.int.retriever.no/services/archive.html>
12. Hvilket tall skal sjelig smerte ha? *Harstad Tidende*. 2007, 05. juli [sitert 17. okt. 2010]. Tilgjengelig fra: <http://ret-web05.int.retriever.no/services/archive.html>
13. Eriksson K. Om dokumentation – vad den är och vad den inte är. I: Dahlström K, red. Om dokumentasjon. Lund: Studentlitteratur; 1996. s. 9-28.
14. Kärkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nurs Ethics* 2005;12(2):123-132.
15. Endacott R. Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. *J Adv Nurs* 1997;25:471-476.
16. Rønningen L, Hope ØB, Jørgenvåg R. ISF 2001. Aktivitetsutvikling og økonomiske beregninger. Trondheim: SINTEF Unimed; 2001.
17. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs* 2003;43:402-410.
18. Allen D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *J Adv Nurs* 1998;27:1223-30.

Har du sjekket dine medlemsopplysninger?

Mange medlemmer av faggruppa er ikke registrert med e-postadresse.

Gå inn på medlemsnett – Min profil og legg inn e-postadresse, rett opp telefonnummer og andre opplysninger som ikke stemmer.

Husk å trykke på **Lagre** nederst på siden.

The Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS RAI)

– interRAI et dokumentasjons- og vurderingssystem



**Else
Vengnes
Grue**

Foto:
Kurt I. Hjertstedt

Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis, Diakonhjemmet
høgskole, Oslo
grue@diakonhjemmet.no

Sammendrag

InterRAI systemet er et hjelpemiddel for å dokumentere og vurdere Eldres ressurser og behov for helsehjelp. Det tilrettelegger for å innhente helhetlig, standardisert og reproducerbar informasjon om den gamle pasienten inkludert blant annet medisinske og sosiale forhold, funksjon, emosjonell tilstand og kognisjon. Artikkelen beskriver hvilke muligheter interRAI instrumenter gir og oppsummerer bruken av interRAI i Norge i dag.

Nøkkelord: InterRAI, minimum data sett, geriatrikisk vurdering, dokumentasjon, kvalitetsindikator

Bakgrunn

InterRAI er et system utviklet for å dokumentere og vurdere eldre menneskers ressurser og behov for helsehjelp. Systemet skal hjelpe helsepersonell til å gi forsvarlig og omsorgsfull pleie og behandling. Helsevikt og sykdom tiltar ofte med alder og medfører økt behovet for omsorg og helsetjenester. InterRAI organisasjonen har utarbeidet dokumentasjonsinstrumenter tilpasset ulike omsorgsnivå inkludert sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten. Systemet brukes i 30 land, i fire verdensdeler (1). I Norge er Cathinka Guldborg Senteret den eneste institusjon som har benyttet interRAI som dokumentasjonssystem i utarbeidelse av pleieplaner, kvalitetssikring av pleien og i undervisningen av pleiepersonalet (2).

Artikkelen beskriver hvilke muligheter interRAI instrumenter gir for å gjennomføre systematisk datasamling, planlegging og evaluering av sykepleien. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid vil medføre økt overflytting mellom omsorgsnivåer. Det vil kreve et godt dokumentasjon- og kvalitetssikringssystem (3). Innlegget har blant annet til hensikt å vise hvordan InterRAI instrumentene kan bidra til dette og fremme en kvalitativt god omsorg. En kort presentasjon

av utviklingen av interRAI systemet vil bli gitt samt en oversikt over systemets muligheter og bruken i Norge.

Overflytting mellom nivåer

Overflytting mellom ulike omsorgsnivå skjer forholdsvis ofte for eldre med helsevikt, fra hjem til sykehus, fra sykehus til sykehjem, fra hjem til sykehjem (4). InterRAI systemet gir mulighet for en helhetlig tilnærming. Alle vurderingsskjemaene har en kjerne med like spørsmål med standardiserte svaralternativ i tillegg til spørsmål relatert til aktuelt omsorgsnivå (5). Når dette systemet blir brukt i hjemmetjenesten, sykehjem og sykehus vil en raskt kunne få en oversikt over endringer i funksjon og hjelpebehov. Helsepersonellet på neste omsorgsnivå trenger å se endringer som nyoppdaget sykdom eller funksjonstap kan ha på pasientens situasjon, og ikke bare vurdere den nye lidelsen isolert. Mange eldre har flere kroniske lidelser og behovet for tjenester og omsorg som fortsetter å eksistere ved overflytting til et annet omsorgsnivå (6). Ved bruk av interRAI systemet vil en del informasjon være innhentet på et tidligere tidspunkt og unødvendig å gjenta. Dersom dokumentasjon av pasientens helse- og sosiale behov ikke følger ved

overflytting til neste omsorgsnivå, må vurdering og dokumentasjon repeteres med risiko for svekket kontinuitet og ufullstendig helsetjeneste til den gamle pasienten.

Koordinering og integrering av tjenester er vesentlig når gamle pasienter forflytter seg mellom omsorgsnivåer (3). Når en rekke helseprofesjoner deltar med tjenester til pasienten, øker kompleksiteten. InterRAI systemet er tverrfaglig. Intensjonen er at ulike profesjoner skal innhente informasjon eller konsulteres før de endelige dataene nedfelles og informasjonen må være tilgjengelig og nyttig for de som har med pasientene å gjøre (5).

Helserelatert informasjon må overføres i rimelig tid, fra et tjenestested til neste. Elektronisk journal kan forenkle og bidra til rask overføring av data mellom tjenestesteder. InterRAI systemet er tilrettelagt for elektronisk overføring (5). Tilgjengelighet av klinisk informasjon er et vesentlig element i å lykkes bedre med håndteringen av sykdom og funksjonssvikt hos eldre (7). Data må være nøyaktig, gyldig og relevante og InterRAI instrumentene er testet for dette i internasjonale studier (5). Språket i InterRAI vurderingsskjema er omfangsrikt og detaljert (svaralternativer) og dette anses som

nødvendig for å få fram riktige nyanser i problem og kompliserte sammensatte behov, ressurser og den effekt omsorgen har på pasientene (5).

Det er en forutsetning at forståelsen av den kliniske informasjonen er den samme i personalgruppene og på tvers av tjenestesteder. Ved å velge et dokumentasjonssystem som InterRAI, på de ulike tjenestenivåene, vil en kunne bidra til å sikre et felles *helsetjeneste språk* på tjenestestedene. Siden ansatte i helsetjenesten har ulike utdanninger og kommer fra forskjellige land og med store kulturelle variasjoner, er dette et viktig poeng.

InterRAI organisasjonen

InterRAI organisasjonen ble stiftet i 1992 i USA og består nå av nærmere 50 klinikere, forskere og helseadministratører fra 30 land hvor også Norge er representert (1). Målet er å fremme evidensbasert klinisk praksis og politiske avgjørelser gjennom innsamling og tolkning av data av høy kvalitet om karakteristika og resultatene av personer som mottar tjenester på tvers av en rekke helse- og sosiale omsorgsnivå (1).

Det første instrumentet som ble utviklet var beregnet på eldre beboere i langtidsinstitusjoner, the Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set (RAI MDS), senere RAI Long Term Care Facility (RAI LTCF). Instrumentet ble tatt i bruk på alle langtidsinstitusjoner i USA som mottar statlig støtte (Medicare og Medicaid) (8,9). Canada, Finland, Estonia og Island har innført vurderingssystemet i mange av sine sykehjem (1). Studier tyder på at bruken av instrumentene har positiv innvirkning på pleiekvaliteten (10).

The Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) ble laget i 1994 til bruk i hjemmetjenesten. Det brukes blant annet i Canada, i stater i USA, Italia, Sveits, Finland, Island, Hong Kong, Japan og Australia (1, 11). I Norge er RAI HC blitt brukt i forskningssammenheng (12).

Norge har også bidratt i utvikling, validering og reliabilitetstesting av Resident Assessment Instrument – Acute Care (RAI AC) (13, 14). Dette vurderingsverktøy er utviklet for bruk ved akutte sykehusinnleggelse av

eldre mennesker. Instrumentet er blant annet brukt i Finland. I Norge er det blitt brukt i forskningssammenheng (15).

InterRAI har utviklet ti instrument i instrumentfamilien som har fått forstavelser interRAI (5). InterRAI har opphavsrettigheter til instrumentene, men disse kan brukes fritt av ikke-kommersielle organisasjoner og kan innhentes gjennom interRAI (1).

Innhenting av informasjon med interRAI instrumenter

Det er helsepersonell med spesiell opplæring i bruken av instrumentet som utfører vurderingene. Den som skal vurdere må ha direkte kontakt med personen, deres omsorgsgiver(e) og annet personell som utfører omsorg/ behandling med pasienten. Journal og andre tilgjengelige notater om pasienten gjennomgås. Det er først etter å ha innhentet all informasjon at avkryssing i skjemaet blir gjort, basert på egen vurdering, dersom informasjonen divergerer. Enkelte spørsmål som opplevelse av egen helse og depressive symptomer, må personen selv svare på. Ved f.eks. tegn på kommunikasjons- eller kognitiv svikt vil en måtte stole mer på pårørende og personalets informasjon. Intervjuene blir gjennomført som en målrettet samtale. Det er ikke et poeng å formulere spørsmålene likt, men å uttrykke det på en enkel og klar måte for den enkelte pasient/ pårørende. En er opptatt av at de svar som blir gitt, er riktige, med rett nyanse på det en ønsker å få opplysning om. Samtalen er en viktig mellommenneskelig fremgangsmåte hvor en viser sin oppriktige interesse i pasient og familie (5).

InterRAI instrumentenes muligheter

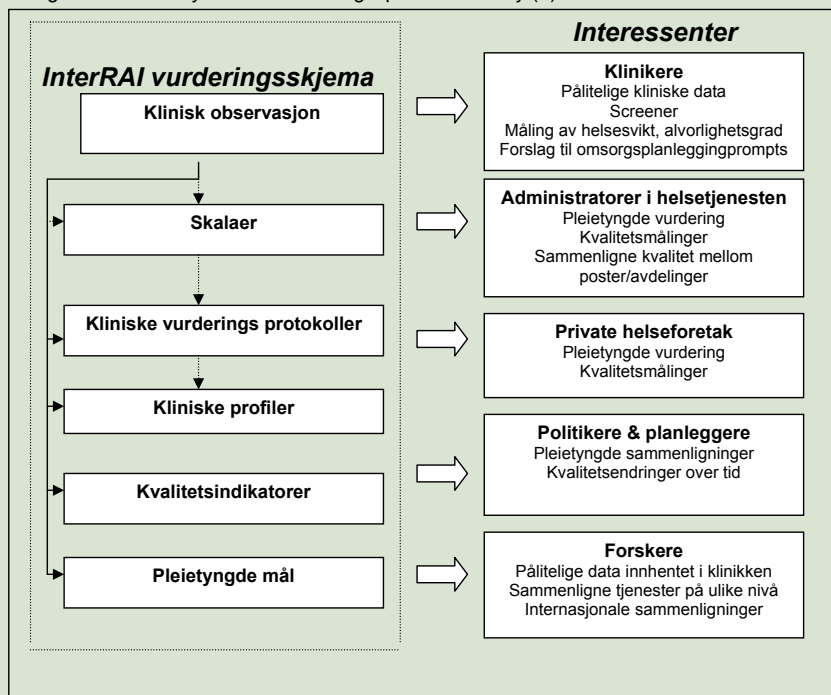
Instrumentenes primære funksjon er å gi *klinisk informasjon* for å planlegge, gjennomføre og evaluere faglig svarlig og omsorgsfull hjelp til gamle pasienter (se Figur 1). Et fullt utviklet interRAI instrument inneholder et sett spørsmål (klinisk datasamling) og en veiledningsmanual. Alle interRAI skjemaene har en kjerne av ca 70 spørsmål som er like; for eksempel om kognitiv funksjon, adferd, kommunikasjon, sansefunksjon, psykososial velvære, kontinens, hud-, munn- og ernæringssta-

tus, ADL, IADL, fall, smerte, diagnose og medikamenter. I tillegg har hvert skjema spørsmål relatert til det aktuelle omsorgsnivået som personen befinner seg på. For eksempel inneholder InterRAI HC informasjon om forhold i bolig og sosial støtte, mens interRAI LTCF etterspør informasjon om deltagelse i sosiale og kulturelle aktiviteter, og interRAI AC og interRAI PC (palliativ omsorg) inneholder informasjon om behandlingsønsker, behandling og prosedyrer. De kliniske spørsmålene har faste svaralternativer med unntak av medikamenter som besvares med Anatomisk Terapeutisk Kjemisk Klassifikasjon System (ATC kode) og diagnoser fra Internasjonal Klassifikasjon av Diagnoser (ICD10 kode). Det sørger for en systematisk, oversiktlig og dekkende beskrivelse av pasienten som få andre instrumenter gir.

InterRAI er et dokumentasjons- og vurderingsverktøy (se Figur 1). InterRAI HC og interRAI LTCF inneholder også et klinisk beslutningsstøtte system. Svaralternativene er koblet i system slik at informasjonen automatisk identifiserer 27 problemområder og utløser kliniske vurderingsprotokoller innen funksjon, kognisjon, sosialt liv og kliniske vanskeligheter. Koblet til elektronisk dataprogram genereres det aktuelle problemområder til hver pasient (1). Disse er til god hjelp i systematisk vurdering og tolking av dataene som er innhentet om pasienten. Det bidrar til å fokusere på nøkkelområder, identifisert gjennom datasamlingsprosessen og kan være til hjelp i planleggingen av sykepleien, om en skal og hvordan en kan intervensere. De kliniske vurderingsprotokollene kan også være utgangspunkt for undervisning av pleiepersonalet. Få andre data-instrumenter har denne muligheten. Hver protokoll er utviklet av ekspertgrupper, validert og testet i forskningsprosjekter.

Det er utarbeidet *skalaer* til å vurdere pasientens funksjonsnivå innen kognisjon (CPS), funksjon [IADL (IADL hierarki), ADL (ADL index og ADL hierarki), sosial aktivitet (SES) og smerte (PainScale), sannsynlighet for depresjon (DRS) og risiko for alvorlig helsetap (CHESS Scale). Avkryssing

Figur 1 InterRAI system innhentet og tilpasset fra Gray (5)



i InterRAI skjema vil med andre ord generere verdier på de ulike skalaene. Verdien som pasienten har på skalaen er en illustrasjon på pasientens funksjonsnivå og grad av plager. Skalaene kan også bli brukt til å sammenligne endringer i klinisk status. Skalaene er validert mot andre instrumenter som er anerkjente standarder (1) (se Figur 1). Det spesielle med InterRAI er at det er innebygd flere skalaer i hvert av instrumentene. Et elektronisk dataprogram forenkler beregningen av skalaene.

InterRAI som ledelsesverktøy

InterRAI instrumentene benyttes også til ledelse og administrasjon av helse-tjenesten (se Figur 1). Informasjonen kan brukes til å lage kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator reflekterer kvaliteten på omsorgen eller resultat av pleie som er gitt (16). Å kvalitets-bedømme helsetjenester er blitt mer vanlig og et krav fra myndigheter. Svaralternativene i interRAI HC, interRAI LTCF og interRAI MH (mental helse) utløser *kvalitetsindikatorer (KI)* for blant annet fall, trykksår, urin-inkontinens og vekt-tap. KI defineres på individuelt nivå som binære variabler, men det endelige resultatet av KI er en sammenfatting av resultatet fra pasientene på avdelingen/posten/institusjonen, f.eks antall beboere på

avdelingen med trykksår av de som er utsatt for det. KI i interRAI systemet er under utvikling (1).

InterRAI data brukes også til økonomistyring. Case-mix er en konstruksjon i interRAI systemet som kategoriserer pasienter i 23-44 *betalings-grupper*. Case-mix verdien reflekterer pleietyngde, eller hvor mye de tjenestene koster som pasienten har behov for. Denne algoritmen er konstruert med tanke på den store utfordringen regjeringer verden over har i rettferdig fordeling av knappe ressurser. Case-mix kan i tillegg til ressursfordelinger brukes til å sammenligne pleietyngde mellom avdelinger, for så å kunne bruke det til å justere omsorgsrutiner og personalrokkeringer. Case-mix i interRAI systemet er under videreutvikling og har potensial i seg til å bli et godt hjelpemiddel for administrasjon av behandling og omsorg (1). Så vidt meg bekjent er det ingen andre datasamlingssystem som har denne muligheten innebygd. Diagnose Relaterte Grupper (DRG) brukes til å beregne pasientkostnader på norske sykehus. De sentrale variabler for vurdering av betalings-sats innhentes fra ulike parametre som diagnoser, prosedyrer, kjønn, alder og utskrivningsstatus (17).

InterRAI systemet er tilrettelagt for elektronisk bruk. Flere kommersielle

firmaer har laget dataprogram. Bruk av et slikt program er gunstig i dagens moderne helsetjeneste og for å få raske svar på algoritmene og skalaene (1, 5). I tillegg til å standardisere og kvalitets-sikre datasamling og pasientvurdering, har interRAI systemet til hensikt å *stimulere læring*. Behovet for undervisning er stor i kommunehelsetjenesten i Norge siden en tredjedel av de ansatte er ufaglærte (18).

Skjemaene er utviklet med tanke på å bli brukt av personer med sosial og helsefaglig utdanning, de helseprofesjoner som er medansvarlig for omsorgen til pasientene. Opplæring i interRAI systemet og i bruk av manual er obligatorisk. Utdanningsprogrammet er utviklet gjennom flere år. Opplæring tar vanligvis 2-3 dager og er tilnærmet likt i alle land. Når en har gjennomgått opplæring i et instrument, tar det kort tid å sette seg inn i de andre. En kjenner igjen begrepene og nyansene for skåringsalternativene. Systemet tilrettelegger med andre ord for tverrfaglig kommunikasjon med et felles språk. Manualer og utdanningsprogram er utviklet for å sikre kvalitet og pålitelighet av dataene (1, 5).

InterRAI som forskningsinstrumenter

InterRAI instrumenter blir brukt i forskningsoyemed. Studier har brukt instrumentene for å sammenligne behov og tjenester på tvers av nasjoner (1, 12, 15, 19). Internasjonale studier har vært til hjelp i instrumentutviklingen for å komme fram til gode allmenngyldige svaralternativer (5).

InterRAI instrumentene i Norge

RAI instrumentet (MDS) ble kjent i Norge på midten av 90-tallet, samtidig som Sosialdepartementet var da i ferd med å utvikle det norske systemet GERIX, i dag Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) (20).

Det kan hende at myndighetene vil vurdere interRAI systemet på nytt som ledd i utvikling av et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. På oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet leverte Nasjonalt Kunnskapssenter rapporten *Vurdering av elementer som kan inngå i et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten* i oktober 2010 (21).



Rapporten konkluderte med at RAI uten tvil er det mest omfattende eksisterende kvalitetssystem for helsetjenesten for eldre. Systemets mange fordeler ble vektlagt som komplementære versjoner for ulike deler av helsetjenesten som muliggjør oppfølging av pasientforløp, samt mulighet for sammenligning på tvers av institusjoner og land. Videre vektlegger rapporten at InterRAI systemet er nyttig både for klinisk praksis, forskning og styring. I rapporten henstilles det til myndighetene om å samarbeide med organisasjonen interRAI om å utarbeide en mindre versjon. Utredningen foreslår også å samkjøre interRAI systemet med IPLOS og innarbeide medisinske faglige kvalitetsindikatorer (21).

Sykehjemmet Cathinka Guldberg Senteret har benyttet interRAI for sykehjem som dokumentasjonssystem i 10 år (2). De har anvendt kliniske vurderingsprotokoller i utvikling av pleieplaner og KI i kvalitetsutvikling av pleien. Systemet er også brukt i undervisning av pleiepersonalet. Institusjonen har erfart at det er nødvendig med en person som har ansvar for opplæring av nyansatte og pådriver til å få gjennomført regelmessige vurderinger av pasientene (hvert halvår og ved endringer i funksjon eller helsetilstand). Andre sykehjem og omsorgsboliger har deltatt i forskningsprosjekter. Dette er dokumentert i en Nordisk rapport (19).

Sykehjemsetaten i Oslo innførte i 2005 registrering av fall, trykksår, urininkontinens, vekttap og kontrakturer. Spørsmålene i registreringskjemaet er hentet fra interRAI instrumenter og resultatene er offentlig på hjemmesiden på Oslo Kommune, Helse- og velferdsetaten, Kvalitet i sykehjem (22).

Hjemmetjenesten i bydeler og kommuner har deltatt i forskningsprosjekter (12, 19) der. I sykehus er RAI AC anvendt i forskningsprosjekter hvor pasienter fra universitets- og lokalsyke-

hus har vært rekruttert (15, 19). RAI instrument for palliativ omsorg (RAI PC) er blitt benyttet i Norge (23-25) Norge har deltatt i internasjonale forskningsprosjekter hvor interRAI instrument er validert (13, 14) og gjort sammenligninger (12, 15, 19). Nordisk samarbeid har pågått siden 1998. En oversikt viser nyttige publikasjoner fra hvert av de nordiske land og artikler med samarbeidsprosjekter (19).

Oppsummering og konklusjon

InterRAI systemet er et hjelpemiddel for å dokumentere og vurdere Eldres ressurser og behov for helsehjelp. Det tilrettelegger for å innhente helhetlig, standardisert og reproducerbar informasjon om den gamle pasienten blant annet medisinske og sosiale forhold, funksjon, emosjonell tilstand og kognisjon. Systemet kan veilede i planlegging av forsvarlig og omsorgsfull pleie og behandling, i evaluering av kvaliteten på tjenester og beskrive pleietyngde og omsorgsnivå. Systemet er under utvikling og forandringer vil skje i takt med endringer i samfunnet samt erfaring og forskningsbaserte forbedringer av helsetjenester til eldre.

Referanser

1. <http://www.interrai.org> besøkt 18. okt 2010.
2. Vibe O, Sørbye LW, Grue EV. Hvordan vet du det? Sykepleien 2003;91(8):36-9.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
4. Jónsén E, Ljunggren G, Jónsson PV, Bucht G. Functional status in elderly people after acute care and quality of life at one-year follow-up. Health Science Journal 2007 Jan-Mar; 1(1):1-14.
5. Gray L, Berg K, Fries BE, Henrard JC, Hirdes J, Steel K, et al. Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. BMC Health Serv Res 2009;9:71.
6. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007 May;55(5):780-91.
7. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. Healthc Q 2009 Oct;13 Spec No:16-23.
8. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. Gerontologist 1990 Jun;30(3):293-307.
9. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing 1997 Sep;26Suppl 2:19-25.
10. Sales AE, Schalm C. Data for improvement of clinical excellence: protocol for an audit feedback intervention in long-term care. Implement Science 2010; 5:74.
11. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. J Am Geriatr Soc 1997 Aug;45(8):1017-24.
12. Sørbye LW. Frail homebound elderly basic nursing challenges of home care: a comparative study across 11 sites in Europe. Tromsø: University of Tromsø, Faculty of Medicine, Department of Clinical Medicine; 2009.
13. Carpenter GI, Teare GF, Steel K, Berg K, Murphy K, Bjornson J, et al. A new assessment for elders admitted to acute care: reliability of the MDS-AC. Aging (Milano) 2001 Aug;13(4):316-30.
14. Gray LC, Bernabei R, Berg K, Finne-Soveri H, Fries BE, Hirdes JP, et al. Standardizing assessment of elderly people in acute care: the interRAI Acute Care Instrument. J Am Geriatr Soc 2008;56:536-41.
15. Grue EV. Vision and hearing impairment in old age. Oslo: Faculty of Medicine Unipub; 2010.
16. http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/nasjonale_kvalitetsindikatorer_6274 besøkt 18. oktober 2010.
17. http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/avdelingar/finansiering_og_drg_7893 besøkt 27. des 2010.
18. Omsorgsplan 2015 – årsrapport 2009 http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/publikasjoner/rsrapport_2009_omsorgsplan_2015_775584 besøkt 28. desember 2010
19. Finne-Soveri H, Noro A, Jonsson P, Ljunggren G, Grue E, Jensdotir AB, et al. Nord RAI Network and Research in the Care for Older Persons Final Report 1998 – 2008. On behalf of the NordRAI group. Helsinki, Finland: STAKES; 2008.
20. Helsedirektoratet. IPLOS: veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
21. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/10712.cms> besøkt 27. des 2010.
22. http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkkehelse/samfunnshelse/kvalitet_i_sykehjem/ besøkt 18. okt 2010.
23. Sørbye LW, Søberg AI S, Nybø E. Hva kjennetegner pasienter i en kreftavdeling versus palliative avdeling? - en kartleggingsstudie ved hjelp av det internasjonale vurderingsvektøyet RAI-PC. Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2005;3:48-57.
24. Sørbye L, Steindal S. Omsorg for døende og deres pårørende - hva har endret seg i løpet av en 30 års periode? . Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2009;4:37-42.
25. Steindal S, Sørbye LW. Er sykehjemmet et verdig sted å dø? Sykepleien Forskning 2010;5(2):138-45.
26. Sørbye LW, Garms-Homolova V, Henrard JC, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E, et al. Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. Maturitas 2009 Mar 20;62(3):235-42.



Olaug Vibe, kvalitetssjef, Cathinka Gullberg-senteret, Oslo

Hva er RAI?

RAI står for Resident Assessment Instrument. RAI er et detaljert og standardisert datasamlings- og vurderingsverktøy for bruk overfor beboere på sykehjem. RAI-instrumenter er også utviklet for hjemme-tjeneste og akutt sykehus.

Når startet dere med RAI?

Vi startet med RAI her på Cathinka Gullberg for litt over 10 år siden som første sykehjem i Norge til å bruke RAI. Jeg var blitt kjent med RAI på Diakonhjemmets sykehus der jeg var assisterende over-sykepleier på Medisinsk avdeling. Jeg oversatte RAI til norsk. Jeg var blitt kjent med RAI gjennom avdelingsoverlege Jan Bjørnson. Han var med i det internasjonale samarbeid, InterRAI, som omfatter fagfolk og forskere innen geriatri fra hele verden som bruker dette verktøyet.

Hvordan fører dere dokumentasjonen med RAI?

Vi bruker et nettbasert dataprogram som er utviklet i Finland. Programmet er lisensbelagt. Programmet vedlikeholdes av Statistisk sentralbyrå i Finland. Finske sykehjem melder seg på og legger inn sine data på nett. Tilbake får de verdifull informasjon om hvordan de ligger an sammenlignet med andre sykehjem på viktige områder for kvalitet. Det blir motiverende i forhold til forbedring. For eksempel er bruk av tvangstiltak sterkt redusert i Finland.

Hvordan bruker dere RAI?

Jeg har lært opp primærkontakter i faste stillinger til å vurdere avdelingens beboere med RAI. Nå er det stort sett en kontakt per avdeling siden vi nå skal utvikle bruken av RAI.

Vi har brukt RAI til egen kvalitetsforbedring. Vi har også samarbeidet med

RAI-registrering på Cathinka Gullberg utvikles

Cathinka Gullberg-senteret er det eneste sykehjem i Norge som bruker Resident Assessment Instrument (RAI). Men nå skal også RAI-bruken utvikles her. Tidsskriftet Geriatrik Sykepleie har intervjuet Olaug Vibe, en ildsjel bak bruken av RAI i Norge.

Liv Wergeland Sørby om enkelte studier. For eksempel har vi deltatt i et prosjekt om Ernæring i forhold til demens og brukt RAI som forskningsinstrument.

Hva er fordelene med å bruke RAI?

RAI gir en helhetlig vurdering av den enkelte beboer. Andre instrumenter måler et og et område om gangen. Noen verktøy er til vurdering av smerte, ernæring eller kognitiv tilstand. RAI derimot tar for seg alle områder i et og samme verktøy. Ta for eksempel beboerens atferd. RAI omfatter både verbal og fysisk utagering. Og dette er viktig på sykehjem. Atferd er imidlertid ikke med i andre datasett.

En annen fordel med RAI er at observasjonsevnen skjerpes. Vi sykepleiere kan formulere oss med passe runde formuleringer når vi skal sette ord på våre observasjoner. Vi blir mer bevisst i forhold til hva vi ser etter hos beboeren. Vi blir mer spisset og nyansert. RAI fordrer at man gjør nøyaktige observasjoner. RAI fordrer at man gjør nøyaktige observasjoner.

Hvordan vil du sammenligne RAI og IPLOS?

IPLOS står for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Det ble obligatorisk for alle norske kommuner å rapportere data til IPLOS-registeret fra 1. mars 2006. Bl.a. omfatter IPLOS opplysninger om behov for bistand/assistanse.

Skalaene tilknyttet de ulike områder rangerer fra en til fem, fra ikke problem til full bistand. IPLOS data skal rapporteres for alle fra 0 til 100 år som mottar hjelp av primærhelsetjenesten.

Det er ikke lett å bruke IPLOS uavhengig av kontekst. Det er tross alt forskjell mellom en hjemmesituasjon og sykehjem. Med IPLOS er det vanskelig å etablere interater reliabilitet og hva da med validitet av dataene. For eksempel, ta området *alminnelig husarbeid*—som er

et område for datasamling i IPLOS. Hva betyr *alminnelig husarbeid* når den som skal vurderes bor på sykehjem? RAI er utviklet spesifikt for sykehjemsbeboere. Og andre verktøy i InterRAI-familien kan brukes for å vurdere brukere av andre typer av tjenester.

Hva er ulempene med å bruke RAI?

RAI er et omfattende dokumentasjons- og vurderingsverktøy – med 250 variabler. Det blir mye å lære seg. Det tar tid å lære å bruke RAI – særlig de første 10-20 vurderinger. Men når man først har lært å bruke verktøyet, går det ganske fort. Ca 30 minutter første gang og på revurderinger tar det ca 15 minutter. Ulempen med RAI er at bruken av det medfører en del dobbelføring for oss.

Vi er pålagt å registrere beboerne tre ganger i året som en del av Oslo kommunes Objektive kvalitetsmåling. Enkelte av dataene i RAI inngår i dette rapporteringssystem også fordi RAI data brukes for å lage kvalitetsindikatorer i Oslo kommune sitt system.

Hva har motivert dere?

Det har vært en sterk motivasjon å delta i det nordiske samarbeidet. Der har vi truffet fagfolk som er sterkt opptatt av kvalitetsforbedring for gamle mennesker. Det skaper entusiasme som er en viktig faktor. Det å kunne sammenligne oss med de beste har gitt oss noe å strekke oss etter. Men i dag er RAI en ildsjelvirk-somhet. For å bruke RAI hensiktsmessig må det komme som et krav fra sykehjemseier eller myndigheter. Informasjon om beboerne må etterspørres.

Hva skal nå erstatte RAI?

Vi har fått lovnad om elektronisk pasientjournal. Gerika skal innføres i alle sykehjem i Oslo.

Intervju ved Karen Bjoro

RAI kan brukes

– konkluderer ny norsk rapport

Et notat om utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester er utarbeidet av Liv Merete Reinart, Lillebeth Larun og Anders Vege ved Nasjonalt Kunnskapssenter for Helse-tjenesten i november 2010. ISBN 978-82-8121-372-2. Geriatrik Sykepleie gjengir sammendraget her.

Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som skulle vurdere kvalitetssystemer for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirk-somhet i institusjon. Data er samlet inn med systematiske litteratursøk (12. juli 2010), kontakt med fagmiljøer, eksperter og kommuner, samt en pilotundersøkelse.

Hovedkonklusjon

Resident Assessment Instrument (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten slik at både struktur- og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot Individbasert Pleie- og omsorgs-Statistikk (IPLOS). Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteyt-ternes praksis.

Kvalitetsutvikling

Det var få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og det var inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall. En randomisert kontrollert studie (87 sykehjem) viste at kun tilbakemelding, ikke endrer pasientutfall. Sykehjemmene som mottok tilbakemelding med tilrettelagt individuell veiledning viste derimot reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitets-

nivå og liggesår. Dette støttes av en pilotundersøkelse blant sykehjemsledere (2010) som påpeker at når KI avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid, mens objektive kvalitetsindikatorer og brukermåling blir etterlyst. En norsk studie (aksjonsforskning) viser at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen samt styrke dokumentasjonsformen.

Kvalitetssystemer

Minimum Data Set (MDS) brukes for å utvikle kvalitetsindikatorer (KI) i sykehjem i USA. De inkluderer prosess og utfallsmål, samt prevalens og innsidens: Kvalitetsindikatorer kan risikostyres og brukes på individnivå og til sammenligning på tvers. Områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømning, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie dekkes. Det er gjort kliniske vurderinger, empiriske analyser, valideringsstudier og pilottester som fant disse kvalitetsindikatorer nøyaktige, reliable og gode verktøy i kvalitetskartlegging. MDS danner basis for verktøyet kalt *Resident Assessment Instrument* (RAI) (<http://www.interrai.org>). RAI-verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemmebehandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. og kan kartlegge både på pasient- og systemnivå.

Det er laget en oversikt av sykepleie-sensitiv indikatorer innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester. Alle indikatorer viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. For *legevirk-somhet* i sykehjem i Norge er det foreslått et hierarkisk klassifiseringssystem for legemidler som består

av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet) med 12 underkategorier. Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek. "Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions" (STOPP) er et verktøy for å vurdere medisiner. I Norge er Norwegian General Practice (NORGE) utviklet for samme formål.

Brukermedvirkning

De fleste kommuner i Norge gjennomfører brukerundersøkelser og har systemer for tilbakemelding på opplevd kvalitet både fra brukere og pårørende. For det videre arbeid med kvalitetssystemer er det viktig at disse data inkluderes og er tilgjengelig i samme IKT-system som brukes for kvalitetsindikatorer. Det kan være mulig å trekke ut/beslutte felles indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse. En studie fra USA fant at det å ha data fra kvalitetsindikatorer tilgjengelig på internett i seg selv ikke førte til verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukerne på noen meningsfull måte.

Les hele rapporten på: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/10519.cms>



NSF FGD Ekstraordinær Generalforsamling

Det innkalles til ekstraordinær generalforsamling i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens
TORS DAG 31. MARS 2011
kl. 17.30-18.00 på Radisson Blu Atlantic Hotell, Stavanger.

Sakspapirer blir lagt ut på fag-gruppens nettside:
www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

LANDSKONFERANSE 2011

Pasientsikkerhet for den gamle pasient

Det er i våre hender



31. mars - 1. april

**RADISSON BLU ATLANTIC HOTELL
STAVANGER**

Påmeldingsfrist: 10. februar 2011



NSF FGD inviterer til Landskonferanse

Både nasjonalt og internasjonalt settes det nå større fokus på pasientsikkerhet i helsetjenesten. Eldre mennesker er blant de mest sårbare når systemene for pasientsikkerhet svikter og en uheldig hendelse oppstår. Gode systemer og tverrfaglig kompetanse er nødvendig for å ivareta gamle menneskers sikkerhet. Leger, sykepleiere, hjelpepleiere, farmasøyter, fysioterapeuter og ergoterapeuter er alle en del av det tverrfaglige team som eldre mennesker har behov for. Det er betimelig med en landskonferanse som setter fokus på pasientsikkerhet for den gamle pasienten. Hensikten er å heve kompetansen innen et viktig område som har stor betydning for eldre menneskers trygghet, sikkerhet, helse og livskvalitet.

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er et forum for alle sykepleiere som har interesse av eldreomsorg og demensomsorg. Ett av våre formål er å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. I tillegg ønsker vi å skape en møteplass for fag- og kunnskapsutveksling. NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens utgjør et slagkraftig fellesskap. Bli med i dette faglige fellesskapet, du også!

Velkommen til Landskonferansen i Stavanger!
Hilde Fryberg Eilertsen, faggruppelider

PROGRAM TORSDAG, 31. MARS 2011

- 09.00-10.00 Registrering. Kaffe og rundstykker
- 10.00- 10.10 **Velkommen** *Hilde F. Eilertsen*
- 10.10-10.20 **Innledning** *Fylkesleder NSF Rogaland*
- 10.20 – 10.50 **Kvalitet og pasientsikkerhet, et kollektivt ansvar**
Inger-Margrethe Holter, sykepleier, PhD, prosjektkoordinator, NSFs Hovedkontor
- 10.50 – 11.30 **Hvem skal si fra når det er vanskelig å si fra selv?**
Tord Dale, sykepleier, Politisk rådgiver, Helse og omsorgsdepartementet
- 11.30 – 11.50 Pause med besøk i utstillingslokalet
- 11.50 – 12.30 **Kvalitet og sikkerhet innen eldreomsorg – et fokus på samhandling og overganger**
Karina Aase, professor i pasientsikkerhet, Institutt for Helsefag, Univ i Stavanger
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.30 **Parallele sesjoner med presentasjoner av frie bidrag**

Sesjon I	Sesjon II	Sesjon III
Veien ut—et samhandlingsprosjekt for å bedre utskrivning og mottak av eldre sykehuspasienter A. Fjermeros, G.V. Berg, Sykehuset Innlandet Lillehammer	Akutt syke sykehjemsbeboere og innleggelse i sykehus B. Graverholt, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen	Norskopplæring for ansatte i Sykehjemsetaten, Oslo kommune. R. Høisæth og M. Borgan, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
Ivaretagelse og kontinuitet i sykepleie til pasienter som veksler jevnlig mellom sykehjem og eget hjem. M. Rusdal, Univ Stavanger	Sykepleieres tanker om å forsøke gjenoppliving av de eldste eldre pasientene. T.J. Sævareid, Diakonhjemmet sykehus:	Kompetanseheving lindrende behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende pasienter. S. Karlstad, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
Fra oppgavebasert til pasientsentrert praksis – Hvordan kan pasienten sikres på en best mulig måte? A. Norheim, Univ. i Stavanger:	Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport? Pleiepersonalets erfaringer. B. Bø, Helse Stavanger HF	Fagringer som middel til forbedring av pasientsikkerhet. L I Ruud, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen:

- 14.30 --15.00 Pause med besøk i utstillingslokale
- 15.00 –15.30 **Fallgruber og sorte hull ved sykehusinnleggelse av gamle pasienter**
Marit Apeland Alfsvåg, overlege, Geriatrisk avd., Stavanger universitetssykehus
- 15.30 – 16.00 **I trygge hender-- Den norske pasientsikkerhetskampanjen—Hvilke innsatsområder i kampanjen omfatter geriatrien**
Anne Grete Skjellanger, Nasjonalt kunnskapscenter
- 16.00 --16.30 **Faglig forsvarlighet er også pasientsikkerhet**
Geir Sverre Braut, underdirektør, Statens helsetilsyn
- 16.30 –17.00 Besøk i utstillingslokalet
- 17.00 –17.30 NSF FGD Ekstraordinær generalforsamling
- 19.00 Festmiddag

FREDAG 1. APRIL 2010

- 09.00 - 09.30 **Sykepleiefaglig ansvar for multisyke eldre – et grenseløst og uklart fenomen?**
Gro Næss, sykepleier, høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold
- 09.30- 10.00 **Omsorgsteknologi i demensomsorgen – erfaringer og utfordringer**
Torhild Holthe, ergoterapispesialist i Eldres helse, MSc, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- 10.00 – 10.30 **Ny omsorgsteknologi og lovverket**
Rådgiver Kjersti Roalsvig, cand.jur., Fylkeslegen i Rogaland
- 10.30 -11.00 Pause med besøk i utstillingslokale
- 11.00 – 12.30 **Parallele sesjoner med innsendte bidrag**

Sesjon I	Sesjon II	Sesjon III
Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demens A.-M. Støback, Universitetet i Tromsø	Kan elektroniske verktøy bidra til å forbedre kvalitet i sykehjem? Kjell Krüger, undervisn.sykehjemmet i Bergen, m.fl.	En optimal fremtidig eldreomsorg i Norden - slik topp ledere og topp politikere ser det. E Finnbakk, Lovisenberg diakonale høgskole
Fall og tilstand etter fall blant personer med demens R. Slåsetten, Høgskolen i Gjøvik	Sammen om kompetanseheving i Pasientrettighets-loven kap 4A et samarbeidsprosjekt i Oppland. M. Schiager, Haugtun omsorgssenter, Utviklingssenter for sykehjem i Oppland	Strukturerte, kunnskapsbaserte sykepleieplaner i ernæring hos eldre på sykehjem M.S. Berge, Høgskolen i Bergen, K. Synnevåg, Løvåsen Undervisningssykehjem i Bergen
Sansesvikt hos eldre og fall. E.Vengnes Grue, Diakonhjemmet høgskole	Samhandlingsprosjekt: 3IV studien: (IntraVenøs – Ved Infeksjon – I Vestfold) V. Bostrøm. Utviklingssenter for sykehjem og hjemme-tjenester	Tiltak for bedre ernæringsrutiner i sykehjem T. Wibe, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, Utviklingssenter for sykehjem i Oslo
Pasientsikkerhet for den hjemmeboende kronisk syke eldre. A. Moe, Høgskolen i Nord-Trøndelag	Erfaringer fra et samhandlingsprosjekt mellom Sandnes kommune og Stavanger Univ.sykehus som skal sikre den som har diabetes et helhetlig, tilstrekkelig og likeverdig tilbud. MF Hausken, G Holmefjord ² , M Graue ² , ¹ Stavanger Univ.sykehus	Kompetanseheving og økt kunnskap bedrer Pasientsikkerheten. Prosjekt om demens og korttidsplasser ved Kolstihagen sykehjem i Bergen. K.B.Wågsæther, Høgskolen i Bergen, A.B. Karlsen, Kolstihagen sykehjem

12.30 – 13.30	Lunsj
13.30 – 14.00	Administrasjon av legemidler i sykehjem Øyvind Kirkevold, sykepleier, dr.philos, seniorforsker/forsknings sjef Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse og Førsteaman., Univ. i Agder
14.00 – 14.30	Forebygging av fall på sykehjem – Erfaringer fra Blidensol sykehjem Francois Wilems, sykehjemslege, Blidensol sykehjem
14.30 – 15.00	Pause / Besøk i utstillingslokale
15.00 – 15.30	Pasientsikkerhet knyttet til personer med demens Ingelin Testad, sykepleier, PhD, Stipendiat SUS, Leder for Seksjon for fagutvikling og forskning, Stokka undervisningssykehjem
15.30-15.45	Oppsummering og avslutning Hilde F. Eilertsen

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Påmelding	Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema. Følg lenken for påmeldingen på: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere eller via følgende lenke hos vår konferansepartner http://crm.i-tools.no/ams/?id=215
Overnatting	Rom bestilles i samme påmeldingsskjema
Registreringsavgift: (medlem= medlem av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens)	Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe To dager medlem NSF FGD: kr 3.200 Torsdag medlem NSF FGD: kr 2.000 Fredag medlem NSF FGD: kr 2.000 2 dager ikke medlem: kr 4200 Torsdag ikke medlem: kr 2500 Fredag ikke medlem: kr 2500
Rabatt på deltakeravgift	Rabatt for muntlig presentasjon kr 1000 Rabatt for poster kr 500
Overnatting Radisson Blu Atlantic	Enkeltrom 30. mars – 1. april: kr 3190 Dobbelrom 30. mars – 1. april: kr 1790 per person Enkeltrom: 31. mars – 1. april: kr 1595 Dobbelrom: 31. mars – 1. april: kr 895 per person Enkeltrom: 30. mars – 2. april: kr 4785 Dobbelrom: 30 mars – 2. april: 2685 per person Enkeltrom: 30. mars-3. april: kr 6380
Festmiddag 31. mars	Kr 680
Bli medlem	Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanse-avgift. Bare gå til: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere
Godkjenning	Konferansen er godkjent som meritterende til klinisk spesialist fra NSF med 12 timer
Produktutstilling	Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen. Se vår nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere eller kontakt Døvre Event / Marketing, kongress@online.no , tlf. 90593275



Monica Gaaserud, Biri

Monica Gaaserud fra Biri og May-Hilde Garden fra Rælingen mottar NSF FGDs utdanningsstipend for høsten 2010. Det var fem kvalifiserte søkere i alt. NSF FGD stipend er på kr 5000 og lyses ut to ganger i året.

Monica Gaaserud tar videreutdanning i palliativ omsorg ved Høgskolen i Gjøvik. Hun er særlig opptatt av psykisk omsorg i livets slutfase. Monica skriver at selv om døden er en naturlig del av livet er det mange gamle som trenger å bearbeide dette. Personalets fokus i det daglige er ofte stell og pleie, og den psykiske omsorgen blir ofte litt nedprioritert. Det er viktig å sette fokuset på psykisk omsorg og selvfølgelig også symptomlindring også til døende eldre. Det er for liten kunnskap om hvordan vi skal ivareta gamle pasienter på en god måte. Monica har vært medlem i NSF FGD siden 2007. Hun arbeider på Lillehammer sykehjem og Biri Omsorgssenter.

May-Hilde Garden startet høsten 2009 masterstudie i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Det siste året av det to-årige studiet er viet masteroppgaven. May-Hilde har valgt å fokusere på det fenomenologiske aspektet ved tvangsbruk i demensomsorgen. Hun ønsker å utforske hjelperens opplevelse av situasjoner der det benyttes tvangstiltak i hverdagslige aktiviteter og hvordan hjelperen forstår disse opplevelsene. May-Hilde har etterutdanning i aldersdemens samt studier i utredning,

Stipend høst 2010 til Gaaserud og Garden

behandling og omsorg til personer med demens. Hun har vært medlem siden desember 2009. May-Hilde har arbeidet innen fagfeltet alderspsykiatri og demensomsorg siden 1999. Hun arbeider på Fjerdingby Omsorgssenter i Rælingen kommune.

Med Monica og May-Hilde har 10 medlemmer fått stipend på kr 5000, sier Hilde Fryberg Eilertsen, leder av NSF FGD. Dette er tredje året faggruppen lyser ut utdanningsstipend. I 2009 og 2010 ble det lyst ut fire stipend på kr 5000 hver. Utdanningsstipend er et viktig medlemstilbud. Faggruppen har et medansvar for å stimulere til utvikling og kompetanseheving av faggruppens medlemmer. Så dette tilbudet skal videreføres. Vi registrerer at antall søkere varierer fra utlysning til utlysning. Får man ikke stipend ved første søknad, er det viktig å søke om igjen, da tre av medlemmene har fått stipend ved andre gangs søknad.

Objektive kriterier er viktig for en rettfærdig vurdering av søknadene. Hvor langt søkeren er kommet i et utdanningsløp er et av de viktigste punktene. De som nærmer seg avslutning har kanskje ikke mulighet for å søke om igjen. Har man søkt tidligere og ikke blitt prioritert tas det med i betraktning. Ansiennitet i faggruppen teller også med.



May-Hilde Garden, Rælingen

I dette nummer av Geriatrisk Sykepleie utlyser faggruppen fire stipend for 2011, to deles ut vår og to høst.

I tillegg er det flere av våre lokale faggrupper som lyser ut stipend som medlemmer av lokalgruppene kan søke på. Dette gjelder bl.a. lokalgruppene for Oslo/Akershus, Troms og Rogaland. Søknadsfrist og stipendbeløp varierer, så her må man sjekke med sin lokalgruppe. Lykke til! sier Hilde Fryberg Eilertsen.

Reportasje: Karen Bjørø

Avansert geriatrisk sykepleie – hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge?



**Solveig
Hauge**

*Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis ved Institutt for
helse og samfunn, Avdeling for syke-
pleievitenskap og helsefag, Univer-
sitetet i Oslo*



**Margaret
Hestetun**

*Sykepleier, Cand san
Førstelektor ved Lovisenberg diako-
nale høyskole*



**Marit
Kirkevold**

*Sykepleier, Ed.D
Professor ved Institutt for helse og
samfunn, Avdeling for sykepleie-
vitenskap og helsefag, Universitetet
i Oslo*

Korrespondanse til:
solveig.hauge@medisin.uio.no

Sammendrag

Avansert geriatrisk sykepleier er en ny type sykepleier i Norge. En avansert geriatrisk sykepleier (AGS) er en offentlig godkjent sykepleier som har spesialisert seg i sykepleie til eldre. En AGS skal kunne gjennomføre systematiske kartlegginger av eldre menneskers helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter i å utrede og behandle vanlige helseplager hos eldre. For å kunne fungere i denne selvstendige og avanserte yrkesrolle, er det nødvendig med fordypet kunnskap på flere felt. Teoretisk må sykepleieren tilegne seg kunnskap av både sykepleiefaglig og medisinskfaglig art. Videre skal sykepleierne gjennom praktiske studier oppøve ferdigheter i å gjennomføre systematiske kliniske observasjoner og i å iverksette helsehjelp i samhandling med den eldre og deres pårørende, samt med andre aktuelle samarbeidspartnere. Den overordnede hensikten med en master i avansert geriatrisk sykepleie i Norge er å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestetilbudet til de sykeste gamle, spesielt i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelord:

Geriatrisk sykepleie, avansert klinisk sykepleier, masterprogram, kommunehelsetjeneste

Introduksjon

Ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, er det utarbeidet et masterprogram i avansert geriatrisk sykepleie. Masterprogrammet er støttet av Medisinsk Fakultet og er klart til oppstart fra høsten 2011 dersom det lykkes å finansiere studieprogrammet. Det arbeides for tiden med å skaffe midler til oppstart, men foreløpig er ikke finansieringen på plass. Dersom det lykkes å finansiere masterprogrammet, vil dette utdanningstilbudet bli det første i sitt slag i Norge.

Internasjonalt har det i over 40 år vært utdannet sykepleiere i avansert klinisk sykepleie, såkalte Nurse Practitioner (NP) eller Advanced Nurse Practitioner (ANP) (1). Den første utdanningen startet i USA i 1965 og fra 1990 har utdanningen blitt etablert både i Australia og i England (1). I Skandinavia ble den første utdanningen i avansert klinisk

sykepleie startet i Skövde i Sverige i 2003 og i Vasa i Finland i 2007 (1, 2). Utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie finnes nå i over 30 land i alle verdensdeler (3).

Yrkesrollen som avansert sykepleier varierer ut fra hvilket fokus de ulike utdanningene har hatt og hvilke spesielle behov som finnes i de enkelte land. I litteraturen beskrives for eksempel avanserte sykepleiere som arbeider i legesentra sammen med allmennpraktiserende leger (4), de driver egne poliklinikker og de kan arbeide i hjemmetjenesten eller i sykehjem (5).

Hensikten med samtlige internasjonale masterprogrammer er å kvalifisere sykepleiere til å kunne inneha et utvidet funksjons- og ansvarsområde. En avansert sykepleier skal, på et selvstendig og kunnskapsbasert grunnlag, gjennomføre kliniske vurderinger av pasientens helsetilstand, planlegge et helhetlig helsetjenestetilbud, og iverk-

sette og følge opp tilbudet (1, 5, 6). For å oppnå en slik kompetanse inngår kliniske studier som en sentral læringsform i utdanningen (7, 8).

Den overordnede hensikten med en master i avansert geriatrisk sykepleie i Norge er å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestetilbudet til de sykeste gamle, spesielt i kommunehelsetjenesten.

Hva er en avansert geriatrisk sykepleier?

En avansert geriatrisk sykepleier (AGS) er en offentlig godkjent sykepleier som har spesialisert seg i sykepleie til eldre. En AGS skal kunne gjennomføre systematiske kartlegginger av eldre menneskers helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter i å utrede vanlige helseplager hos eldre. Videre skal en AGS kunne ta ansvar for å vurdere og iverksette nødvendig helsehjelp til eldre mennesker som har behov for helsefremmende, sykdomsforebyggende, behandlende, lindrende og/eller rehabiliterende helsehjelp. En AGS skal også ha utvidet kompetanse å følge opp den medisinske behandlingen, samt koordinere og legge til rette for en sammenhengende helsehjelp i samhandling med pasienter, pårørende, ulike faggrupper og med ulike tjenestestnivå. Andre viktig fokus er veiledning og opplæring til pasienter, pårørende og ansatte.

Internasjonalt er det utviklet kompetansekrav som må oppfylles for at noen kan kalle seg avansert sykepleier. Disse kompetansekravene er svært detaljerte og omfattende, og er tilpasset ulike typer spesialiseringer. Kompetansekravene tar som oftest utgangspunkt i Patricia Benners (9) beskrivelse av kompetanseutvikling til avansert sykepleiepraksis og Karen Brykczynskis (10, 11) sin forskning på utvikling av rollen som avansert sykepleier. For å illustrere hva en avansert geriatrisk sykepleier kan bidra med, har vi i Rammen valgt å presentere noen sentrale kompetansekrav hentet fra Royal College of Nursing (12). Kompetansekravene er omsatt og tilpasset norske forhold av forfatterne.

Beskrivelsene av ferdigheter og kompetanse som det vises til her, er

ikke fullstendig, men gir et bilde av de mest sentrale kjennetegnene ved en avansert geriatrisk sykepleier. På en faglig forsvarlig måte skal en AGS kunne hjelpe skrøpelige eldre med de mest vanlig forekommende helseplagene der de bor eller oppholder seg. Samtidig er det helt grunnleggende at en AGS har kunnskaper og kompetanse til å vurdere når legebesøk eller innleggelse faktisk er nødvendig. I noen land som Storbritannia, USA og Australia (13), har AGS rett til å foreskrive enkelte medikamenter og medisinske undersøkelser som for eksempel røntgenundersøkelser. Rett til slik type foreskrivelse er knyttet kun til det utvidede kunnskapsfeltet AGS har fordypet seg i. I andre land, som for eksempel Nederland, har ikke AGS en slik rett, men der kommer AGS med forslag til foreskrivelser som så blir bekreftet av lege (14).

Skal rollen som avansert geriatrisk sykepleier bli et nyttig bidrag til en bedre helsetjeneste for eldre, er det viktig å vurdere hvor stillingen organisatorisk skal plasseres og hvilken funksjon og myndighetsområde en skal tillegge stillingen. En avansert geriatrisk sykepleier arbeider som oftest overordnet og fleksibelt, og er tilgjengelig for pleieteam når det trengs større kompetanse for å vurdere en pasients helsemessige situasjon. For eksempel kan et sykehjem, et hjemmetjenestedistrikt, en legevakt eller et helsesenter for eldre ha ansatt en eller flere avanserte geriatriske sykepleiere som arbeider systematisk med å vurdere pasientenes helsestatus og som forordner ulike typer ikke-medikamentelle tiltak. De kan videre brukes som førsteinstans ved endringer i helsetilstand. AGS skal ha kompetanse til å vurdere en akutt situasjon, sette iverk nødvendige tiltak og vurdere når det må henvises til andre tjenester eller tjenestestnivå. I og med at vi i Norge enda ikke har utdannet avanserte kliniske sykepleiere, må rollen som AGS utprøves innenfor våre helsetjenestesystemer.

Hvordan utdanne sykepleiere til rollen som avansert geriatrisk sykepleier?

For å kunne fungere i den selvstendige og avanserte yrkesrolle som er beskrevet over, er det nødvendig med fordypet kunnskap på flere felt. Teoretisk

må sykepleieren tilegne seg kunnskap av både sykepleiefaglig og medisinskfaglig art. De må lære om normal fysisk og psykososial aldring, og ha gode kunnskaper om de mest vanlige sykdommene og plagene hos eldre. Videre skal sykepleierne gjennom praktiske studier oppøve ferdigheter i å gjennomføre systematiske kliniske observasjoner og i å iverksette helsehjelp i samhandling med den eldre og deres pårørende, samt med andre aktuelle samarbeidspartnere.

Det planlagte studieprogrammet ved Universitetet i Oslo inneholder sykepleieteoretiske perspektiver, medisinske fag, forskningskunnskap og kliniske ferdigheter. I USA er det krav om ca 500 timer praksis for å bli godkjent som avansert sykepleier (7).

I norsk sammenheng legger vi opp til at antall timer kliniske studier skal være i tråd med de internasjonale kravene. Kliniske studier vil foregå både i øvingsavdelinger, i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. En kan også tenke seg at kliniske studier kan tilrettelegges i andre land som har en etablert AGS-rolle.

Det planlagte studieprogrammet er delt i fire hovedemner. Det første emnet har vi valgt å kalle *Avansert klinisk sykepleie* (25 studiepoeng). Her skal studentene arbeide med ulike kliniske problemstillinger, både teoretisk og praktisk. Spesielt skal studentene arbeide med vurdering og håndtering av komplekse helsemessige utfordringer. Videre er det planlagt et emne av mer teoretisk karakter der det skal fokuseres på *Sykepleievitenskapens idégrunnlag* (20 studiepoeng). Her er det planlagt at studentene skal arbeide med relevante kliniske teorier og modeller, og med fagets verdigrunnlag og verdier.

Tretti studiepoeng er avsatt til kunnskap knyttet til temaene *Basalfag og sykdomslære*. Her skal studenten få fordypet kunnskap om normal fysisk og psykososial aldring, og om de mest vanlige fysiske og psykososiale lidelsene hos eldre.

Studenten skal også få en grundig skoleing i *Vitenskapelig tenkning og metoder* (15 studiepoeng). Kunnskapen her danner grunnlag både for kunnskapsbasert praksis og for arbeidet med

Kompetansekrav: I forhold til å kunne vurdere helsestatus og diagnostisere helseproblemer skal AGS blant annet:

- ha kunnskap om behandlingen av akutte og kroniske sykdommer og helseplager som ofte manifesterer seg hos eldre, så som; inkontinens, fall, obstipasjon, tap av funksjonelle ferdigheter, dehydrering, demens, depresjon, delirium, og feilernæring
- ha kunnskap om farmakodynamikk og farmakokinetiske prosesser hos eldre med høyt potensial for bivirkninger og polyfarmasi
- utføre en omfattende kartlegging av den gamles fysiologiske helsetilstand, funksjonsstatus, mentale status, sosiale nettverk og ernæringsstatus
- analysere forholdet mellom normal fysiologi og spesifikke endringer forårsaket av aldring og sykdom
- gjennomføre screening ved hjelp av egnede, aldersspesifikke instrumenter og retningslinjer, og tolke resultatene i lys av forventede endringer knyttet til aldring
- tolke resultater fra laboratorietester, kliniske prosedyrer, og andre tester som brukes i diagnostisering og behandling av eldre med spesielle organsystemiske endringer

Kompetansekrav: I forhold til å kunne planlegge, iverksette, koordinere og kvalitetssikre pleie og behandlingen, skal AGS blant annet:

- iverksette og koordinere helsehjelpen, og legge til rette for sammenhengende helsetjenester til eldre
- ta ansvar for å innhente kunnskaper om, og ta hensyn til den eldres preferanser i planlegging og gjennomføring av helsehjelp
- bidra til å skape et stimulerende læringsmiljø for den gamle og hans/hennes pårørende, og anerkjenne og utnytte bidragene fra pårørende for å motivere den gamle i forhold til både forebyggende, behandlende og rehabiliterende aktiviteter
- arbeide tverrfaglig for å tilbakeføre pasienten til en stabil tilstand, minimere fysiske og psykologiske komplikasjoner, og maksimere pasientens helsepotensialer
- mestre håndtering av relevante medisinsktekniske hjelpemidler
- arbeide aktivt med å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet til den eldre og initiere problemstillinger som er sentrale i videreutviklingen av et optimalt helsetjenestetilbud til eldre
- arbeide kunnskapsbasert og delta i forsknings- og utviklingsarbeid

Kompetansekrav er hentet fra Royal College of Nursing (12) og tilpasset norsk sykepleie av Hauge, Hestetun & Kirkevold

masteroppgaven. Masterprogrammet avsluttes med en masteroppgave på 30 studiepoeng.

Progresjonen i studieprogrammet er inspirert av Kirkevolds (15, 16) beskrivelse av ulike pasientsituasjoner og kompetansebehov. Studiets første del retter seg mot vurdering og håndtering av stabile og avklarte situasjoner, og situasjoner med behov for forebygging. I siste del av studiet rettes fokus mot ustabile og uavklarte pasientsituasjoner.

Hele studieprogrammet er inspirert av WHO (2005) sine komponenter for å bedre kvaliteten på helsetjenester til kronisk syke: pasientsentrert omsorg, partnerskap, kvalitetsforbedring, IKT, og et folkehelseperspektiv. Alle disse elementene, som for øvrig gjenspeiles i mange av de internasjonale masterprogrammene i avansert sykepleie, er innarbeidet i studieprogrammet.

Hvorfor trenger vi AGS i Norge?

Det er flere grunner til at vi trenger avanserte geriatriske sykepleiere. For det første vet vi at antall eldre kommer til å øke betydelig fra ca 2030. Antall eldre over 80 år vil øke fra vel 218 tusen i 2007 til nesten 325 tusen i 2030 og over 500 tusen i 2050 (17, s 42). Dersom vi skal være i stand til å møte eldres helsebehov på en kvalifisert måte, er det nødvendig å øke kompetansen og kvalifisere sykepleiere til en mer selvstendig rolle i kommunehelsetjenesten.

For det andre står vi foran en reform der en større del av behandlingen skal gjennomføres der den gamle befinner seg, nemlig i kommunene. I *Utkast til ny lov om helsetjenester i kommunene*, som for tiden er på høring, legges det opp til at en stadig større del av helsetjenestetilbudet skal overføres fra spesialisthelsetjenestene til kommunene (18). For at det ikke skal utvikle seg en ubalanse mellom kompleksiteten i pasientsituasjonene og tilgjengelig kompetanse, trenger kommunene kompetansen og ferdighetene en avansert geriatrisk sykepleier kan bidra med. Forskning fra land der en har etablert rollen, viser at dyktige avanserte sykepleiere fører til færre unødvendige sykehusinnleggelses og mer

aktiv behandling der pasienten befinner seg (8, 19, 20). I to oversiktsartikler vises det til at avanserte sykepleiere ansatt i primærhelsetjenesten tilbyr helsetjenester av like høy kvalitet som legen innenfor et avgrenset kompetanseområde, og at pasientene er meget tilfreds med sykepleiernes tjenestetilbud (21, 22).

For det tredje er behovet for å forbedre helsetjenesten til eldre vel dokumentert (23). Forskning viser at avanserte sykepleiere er aktive aktører i fagmiljøet og bidrar til å heve kvaliteten på helsetjenestetilbudet (5, 8). Kvalitetsforbedringen viser seg å henge sammen med at de avanserte sykepleierne er rollemodeller for god praksis som bidrar til at andre ansatte ser behov for læring og systematisk endringsarbeid. Dette vises i studier både fra Australia (8), Storbritannia (20) og Canada (5).

Avslutning

Utvikling av AGS i Norge vil kunne gi muligheter for en mer differensiert og lettere tilgjengelig helsetjeneste for kronisk syke eldre. Samtidig vil det kunne bety at legetjenesten i kommunene vil kunne prioritere oppgaver hvor legekompentansen er påkrevd. Et slikt tilbud vil være helt i tråd med tanken i Samhandlingsmeldingen (17) og WHO's rapport om situasjonen for kronisk syke (24).

Referanser

1. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Sch* 2008;40(3):204-11.
2. Glasberg A, Fagerström L, Riihå G, Jungerstam S. Experiences of the "new" advanced practice nurse role -- a qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2009;29(2):33-7.
3. Pulcini J, Loke AY, Gull R, Jelice M. An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice and Regulatory Issues. <http://icn-apnetwork.org/>; 2008 [cited 2010 Jan. 7th].
4. Dierick-van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWC, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2009;65(2):391-401.
5. Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Griffiths N, Borrie MJ. Examining the nurse practitioner role in long-term care: evaluation of a pilot project in Canada. *J Gerontol Nurs* 2006;32(10):28-36.
6. Fagerström L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *Int Nurs Rev* 2009;56(2):269-72.
7. Cotter VT, Bradway CK, Cross D, Melissa AT. Clinical evaluation tools for dual track adult

- and gerontology nurse practitioner students. *J Am Acad Nurse Pract* 2009;21(12):658-62.
8. Arbon P, Bail K, Eggert M, Gardner A, Hogan S, Phillips C, et al. Reporting a research project on the potential of aged care nurse practitioners in the Australian Capital Territory. *J Clin Nurs* 2008;18(2):255-62.
9. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice: Addison-Wesley Publishing; 1984.
10. Bryczynski KA. An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners. *Sch Inq Nurs Pract* 1989;3(2):75-104.
11. Bryczynski KA. An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners... including commentary by Brown MA with author response... originally printed in *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, Vol. 3, No. 2, Summer, 1989, pp. 75-104. *Sch Inq Nurs Pract* 1999;13(2):141.
12. Royal College of Nursing. Advanced nurse practitioners - an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation. London: Royal College of Nursing 2008 Contract No.: 003 207.
13. Neal LJ. The nurse practitioner in home care. *Home Health Care Management & Practice*. 2004;16(5):383-8.
14. Ter Maten A, Garcia-Maas L. Dutch advanced nursing practice students: role development through international short-term immersion. *J Nurs Educ* 2009;48(4):226-3.
15. Kirkevold M. Klinisk sykepleie - refleksjoner over fagets kerne og grænser. *Klinisk sykepleie. Praksis og utvikling*. København: Akademisk forlag; 2000.
16. Kirkevold M. Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen? *Videnskab og samfund*. København: Munksgaard; 2002. s. 56-72.
17. HOD. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
18. HOD. Høringsnotat - forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I: omsorgsdepartementet H-o, red. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010. s. 472.
19. Klaasen K, Lamont L, Krishnan P. Setting a new standard of care in nursing homes. *Can Nurse* 2009;105(9):24-30.
20. Szczepura A, Nelson S, Wild D. In-reach specialist nursing teams for residential care homes: uptake of services, impact on care provision and cost-effectiveness. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:269.
21. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324(7341):819-23.
22. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD001271.
23. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole2009 Kontrakt nr. : 5.
24. WHO. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic condition.: World Health Organization2005 Contract No.: ISBN 92 4 156280 3.

Kompetanseheving i eldreomsorgen – Bortkastet energi!?

Det har den siste tiden gått mange og høylydte diskusjoner om kompetansenivået i sykehjem og hjemmesykepleie. Det er både arbeidskrevende og kostbart å utdanne og videreutdanne sykepleiere til eldreomsorgen. Er det bortkastet energi å bruke så mye tid og penger på å øke sykepleiekompetansen til våre gamle pasienter? Det finnes bare et svar: NEI!

Lisbet Normann uttalte i en nyhetsartikkel på NSF's nettsider at Sykepleierforbundet har bidratt aktivt med å utvikle en masterstudie i klinisk geriatrisk sykepleie for å styrke kompetansen og forskningen innen eldreomsorgen. Faggruppen har deltatt i referansegruppen for prosjektet ved Universitetet i Oslo. Det har gitt oss gode muligheter til å gi råd og bidra med klinisk kompetanse til dette viktige arbeidet.

I over 40 år har det internasjonalt vært utdannet sykepleiere med en avansert klinisk kompetanseprofil, såkalte Nurse Practitioners eller Advanced Nurse Practitioners. I Skandinavia kom denne typen utdanning innen avansert klinisk sykepleie i gang i Sverige i 2003 og i Finland i 2007. Utviklingen av denne typen utdanning er i full gang både i Danmark og på Island. Hvordan er det her i Norge? Skal vi bli forbikjørt av alle de andre nordiske landene, eller klarer vi å få en slik utdanning opp innen rimelig tid?

Etterspørselen etter geriatrisk kompetanse er stor og økende. Sykepleiere som jobber i eldreomsorgen sier at deres jobb ofte blir undervurdert. Mange bruker mye av sin fritid på å oppdatere seg faglig. Er det noen som tar videreutdanning, blir bindings-tiden til arbeidsplassen lang. Mange

føler seg alene og usikre på avanserte prosedyrer. En utdanning som kan heve det kliniske kompetansenivået og trygge sykepleiere som daglig står i tøffe situasjoner, vil komme alle til gode. Trygge sykepleiere gir trygge pasienter! Hvordan skal vi klare å øke den faglige interessen og heve kompetansenivået i sykehjem og hjemmesykepleie slik at det blir enda mer attraktivt å jobbe der? Ett alternativ er nettopp å få dratt i gang dette mastergradsstudiet i avansert geriatrisk sykepleie. Planen for utdanningen ligger klar på Universitetet i Oslo, men finansieringen mangler!

Kompetanseløftet er omtalt i Regjeringens Omsorgsplan 2015. I kompetanseløftets handlingsplan er det lagt vekt på at videreutdanningstilbudet innen blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering vil øke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen. I tillegg har Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund gjennom avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft bl.a. gjennom å øke andelen med høyskoleutdannelse.

Planene er klare fra mange hold. Bli det bare fine ord fra politisk hold? Ruth Bjerkeli sier at: *"Politikerne har vært enig i å stå på for eldreomsorgen, og de har kappkjørt for å få ut flest løfter. Men ingen av dem har sprengt fartsgrensen for å kontrollere om løftene nådde frem"* (1).

Det er på tide at de som sitter på penge-sekken, åpner den – og det raskest mulig! Innsats og energibruk i forhold til eldre, vil aldri være bortkastet. Men, gamle mennesker har ikke ubegrenset tid! Det er nå vi trenger penger for å sikre dem den beste pleien vi kan gi.



Vi må stå samlet og å kreve å få heve sykepleiekompetansen vår uten at det skal koste oss skjorta!

Kommunevalgkampen i 2011 vil gi oss anledning til å delta i debatten om geriatrisk kompetanse. I tiden fremover mot høstens valg må vi synliggjøre eldre menneskers behov for sykepleie og omsorg. Geriatrisk sykepleiekompetanse er nøkkelen til en god eldreomsorg!

Ha en flott og læringsrik vinter!

Hilde F. Eilertsen

Hilde Fryberg Eilertsen



Redaksjonskomiteen i Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie. Fra venstre: Liv Wergeland Sørbye, Karen Bjørø, Siri Meyer, Jorunn Drageset og Solveig Hauge.

Redaksjonskomiteen utvides

Førsteamanuensis Jorunn Drageset fra Høgskolen i Bergen ble ønsket velkommen som nytt medlem i redaksjonskomiteen i Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie 18. oktober. Redaksjonskomiteen ble etablert allerede i 2009 for å støtte redaktøren i det faglige arbeidet med tidsskriftet.

Fra før av har komiteen bestått av tre medlemmer i tillegg til redaktøren. Liv Wergeland Sørbye er førsteamanuensis på Diakonhjemmet høgskole i Oslo. Solveig Hauge er fra Vestfold og er førsteamanuensis på Høgskolen i Telemark. Siri Meyer er tidligere nestleder i NSF FGD og er førstelektor på Høgskolen i Buskerud. Tidsskriftets redaktør Karen Bjørø er styremedlem i FGD og forsker på Oslo universitetssykehus.

Utvidelsen av komiteen gir tidsskriftet større kontaktflate inn mot fagmiljøet i geriatrisk sykepleie og demensomsorg. Hele komiteen gjør en viktig innsats for tidsskriftet og faggruppen. Det holdes tre-fire møter i året i komiteen.

Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie kom ut første gang i 2009 og går nå inn i sitt tredje år. Det første året ble det utgitt tre nummer med tema depresjon, smerte og ernæring. I 2010 ble det utgitt tre nummer av GS med tema medvirkning/bruk av

tvang, legemidler, samt delirium. Etter planen skulle det utgis et fjerde nummer i 2010, men det viste seg å være et litt for ambisiøst mål. Produksjonen av GS er en hobbyvirksomhet og tar tid å produsere. Det er bakgrunnen for at dette nummeret som opprinnelig var planlagt som nummer 4 i 2010, er blitt forskjøvet og utkommer som nummer 1 i 2011.

Artikler utgitt i Geriatrisk Sykepleie står nå på pensumlistene på flere sykepleierhøgskoler. Vi har også registrert at tidsskriftets artikler er blitt sitert i offentlige dokumenter. Dette viser at det er behov for et fagtidsskrift med fokus på sykepleie til gamle mennesker og personer med demens.

Tidsskriftet er indeksert i SweMed+. Alle fagartiklene er kvalitetsvurdert av redaktør og redaksjonskomiteen. GS skal videreutvikles i 2011. Det blir fire nummer og alle artiklene vil også etter hvert ha med engelsk abstrakt som blir lagt ut på SweMed+. GS utkommer som temanummer. Det fortsetter vi med inntil videre. En nyhet i 2011 vil være inviterte gjesteredaktører som er eksperter innen det aktuelle tema. De vil da bidra med å planlegge temanummeret i samarbeid med redaktøren og invitere fagfolk som kan skrive artikler.

I tillegg til inviterte temaartikler publiserer GS også egeninnsendte artikler. Disse blir kvalitetsvurdert av fagfeller – slik som for eksempel Sykepleien Forskning. Faggruppen ønsker at Geriatrisk Sykepleie blir et foretrukket tidsskrift for norske sykepleiere innen eldreomsorg.

Redaksjonen i GS oppfordrer til innsending av fagartikler om sykepleie til eldre. Vi tenker at GS også vil kunne utgis som et elektronisk tidsskrift i fremtiden, men dette er foreløpig fortsatt i idefasen.

Nyheter er også viktig å bringe ut til medlemmene av faggruppen. Det er mye spennende som skjer i helse-tjenesten og våre medlemmer jobber både i kommunal pleie- og omsorgs- sektor og spesialisthelsetjenesten samt høgskoler og universiteter.

Har du observert eller erfart noe du synes er viktig at norske sykepleiere innen eldreomsorg kan ha interesse å lese om? Send en melding til redaktøren karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonen

Kunngjøringer – Lokale Faggrupper i NSF FGD

OSLO/AKERSHUS

Fagseminar

Lokalgruppen Oslo og Akershus har fagseminar 17. februar 2011 kl 16. På Diakonhjemmet sykehus på møterom 1-2.

Tema: Fall hos eldre

Foredragsholdere: Marte Melling-sæter og Else Vengnes Grue
Påmelding: ingen forhånds-påmelding
Pris: kr 100 betales ved fremmøte
Pizza serveres i pausen

Årsmøte

Årsmøte i NSF FGD Lokalgruppe Oslo og Akershus holdes 17. februar 2011 kl 18. På Diakonhjemmet sykehus på møterom 1-2 (like etter fagseminar). Alle medlemmer i lokalgruppen er velkommen. Sakspapirer for årsmøtet blir tilsendt.

ROGALAND

Årsmøte

Årsmøte i NSF FGD Rogaland holdes 24. januar 2011 kl.19 på Blidensol sykehjem i Stavanger. Alle medlemmer er hjertelig velkommen.

Ettermiddagsseminar

Lokalgruppen i Rogaland holder ettermiddagsseminar 8. februar kl 14-17 på Universitet i Stavanger, Ullandhaug, Avd. Helse og Sosial, Aud. A2.

Tema: Ulike verktøy til bruk i utredning og oppfølging av personer med demenssykdom: MMS, NPI, Cornell, Klokketest osv.

Foredragsholder: Allan Øvereng, Poliklinikkleder Alderspsykiatriske poliklinikk, SUS
Seminaravgift:
Medlemmer i FGD og spl.studenter: Kr 250.

Ikke-medlemmer i FGD: Kr. 350.
Påmelding til Torhild Warland,
E-post: torhild@nsfgeriatriemens.no
Telefon: 51552875
Mobil: 99030493

Thygesen tar doktorgrad i geriatrisk sykepleie



Elin Thygesen disputerte for doktorgraden 1. november 2010 ved Universitetet i Bergen med avhandlingen *Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home.*

Hensikten med studien var å avdekke helse- og mestringsressurser som bidrar til at eldre mestrer dagliglivets utfordringer. Med mestringsressurser menes personlige ressurser og sosial støtte. Avhandlingen bygger på en undersøkelse blant 242 hjemmeboende eldre i syv kommuner i Agder som er over 75 år og mottakere av hjemme-sykepleie.

Resultatene viser at mange eldre hjelpetrengende oppgir å ha god helse til tross for kronisk sykdom og funksjonssvikt og at kvinner og menn vektlegger delvis ulike forhold når de vurderer helsen som god eller dårlig. I tillegg til kjente faktorer som kognitiv svikt og svikt i daglig funksjon (ADL), påvirker subjektive vurderinger, som egenvurdert helse og opplevelse av sosial støtte, risikoen for innleggelse på sykehjem. Blant de eldre var det få som hadde psykiske plager. Videre viser studien at mestringsressurser er sterkt relatert til psykisk helse og til opplevelsen av subjektive helseplager. Studien fant derimot ingen sammenheng mellom kroniske sykdommer eller funksjonssvekkelse og psykisk helse.

Avhandlingen oppsummerer med at det ser ut til at gamle personer ser på fysiske helseproblemer som mer eller mindre unngåelige og som naturlige for alderen og at de derfor tilpasser

forventninger og målsettinger ut fra sin kapasitet. Mestringsressurser ser ut til å bidra til at hjelpetrengende gamle opplever mindre psykisk stress ved at de ignorerer, refortolker eller kompenserer for følgene av helsesvikt. Mestringsressurser beskytter ikke mot sykehjemsinnleggelse, men kan heller ses som en ressurs i forhold til å realisere enten muligheten til å bo hjemme lenge, men også til å få sykehjems plass når det trengs.

Elin Thygesen arbeider som førsteamanuensis ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder. Hun er for tiden med i en studie der en vurderer ulike intervensjoner i forbindelse med rehabilitering av kvinner som er ferdigbehandlet for gynekologisk kreft. Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Seksjon for gynekologisk kreft ved Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus, Høyskolen i Bergen, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Agder.

Kontakt: elin.thygesen@uia.no

Har du spørsmål om demens?
815 33 032
Demenslinjen
E-post: demenslinjen@nasjonalforeningen.no

Skaalvik – Ny PhD-grad i helsevitenskap



Mari Skaalvik disputerte for graden PhD i helsevitenskap 3. juni på Universitetet i Tromsø med avhandlingen *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses*. Avhandlingen bygger på 12 sykepleiestudenters erfaringer og oppfatninger om sykehjem som læringsmiljø for praksisstudier i eldreomsorg, og hvordan et utvalg på 407 norske sykepleierstudenter evaluerer læringsmiljøet i sykehjem og sykehus. Videre har jeg intervjuet 11 sykepleiere om deres syn på læringsmiljøet i sykehjem.

Levealderen i Norge ventes å øke, og man må regne med at fremtidens kommunale helsetjeneste vil stå overfor store utfordringer. Flere studier viser at få studenter ønsker eldreomsorg som fremtidig karrierevei, og det er dokumentert at sykepleierstudenter ofte vender tilbake til steder hvor de har hatt positive praksiserfaringer.

Forskningen er gjennomført ved hjelp av kvalitative og kvantitative metoder. Artiklene I, II og III bygger på datamateriale fra feltobservasjoner, feltnotater og intervjuer med sykepleierstudenter og deres kontaktsykepleiere i 2006. Dette datamaterialet er analysert ved hjelp av innholdsanalyse og fokuserer på: læringsmiljø (I), læring av personsentrerte tilnærminger til personer med demenssykdom (II) og rapporten som en potensiell lærings situasjon (III). I artikkel IV presenteres et utvalg av norske sykepleierstudenters evalueringer av det kliniske læringsmiljøet i henholdsvis sykehjem og sykehus fra 2009.

Studiens funn viste varierende erfaringer og oppfatninger vedrørende læringsmiljøet i sykehjemmene.

Avhandlingen viser at det eksisterer utfordringer innenfor de områdene de fire artiklene omhandler. Et godt læringsmiljø inkluderer veiledning, tilbakemelding, faglige diskusjoner og kritiske refleksjonsprosesser i et inkluderende faglig fellesskap. (I). Det var variasjoner i sykepleierstudentenes og kontaktsykepleierne oppfatninger med hensyn til læring av pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Sykepleierstudentene erfarte begrenset læring av personsentrerte tilnærminger i pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Kontaktsykepleierne oppfattet sykehjemmet som et praksissted med rike muligheter for å lære personsentrert omsorg (II). Funnene viser at muntlige rapporter kan utgjøre en viktig lærings situasjon. Dette gjelder spesielt hvis studentene engasjeres i faglige diskusjoner med personalet. Funnene peker på tiltak for å styrke muntlige rapporters læringsverdi for sykepleierstudenter (III). Data fra spørreskjemaundersøkelsen viste at sykepleierstudenter evaluerte sykepleiepraksis i sykehjem alt overveiende mer negativt enn de som evaluerte praksis i sykehus (IV).

Mari Skaalvik er førsteamanuensis og postdoc ved Universitetet i Tromsø, Faggruppe for master- og PhD-utdanning. Hun driver nå forskningsprosjektet *Identitetsbevarende omsorg for personer med Alzheimers sykdom og deres familier*. Mari er også ansatt i 20 % stilling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Fag – og forskningsavdelingen, hvor fokus for hennes arbeid er læring og utdanning.

Kontakt e-post: mari.skaalvik@uit.no

Kunngjøringer – Lokale Faggrupper i NSF FGD

TROMS

Dagsseminar

Lokalgruppen i Troms holder dagsseminar torsdag 3. mars 2011 på Sydspissen hotell i Tromsø.

Tema: Meningsfylte dager i alderdommen.

Pris: medlemmer NSF FGD: Kr 700 / ikke-medlem: kr 1.000.

Påmelding til:

Ragnhild Listad Sveinsen,
Borgensvingen 102,
9100 Kvaløysletta,
e-post: listsvei@online.no

Detaljert program finner du på faggruppens nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere. Se under Aktuelt.

Se ellers kunngjøringer

på Faggruppens nettside:

www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

NY NSF FGD Lokalgruppe i Møre og Romsdal



FGD Møre og Romsdal sitt nye styre: Fra venstre: Anna Sofie Furesund, Lisbeth Tallberg, Beate Hjemli Holen, Kari Eikrem, Linda Rønning og Solgunn Thue Kvernberg.

NSF FGD Møre og Romsdal holder møter i NSF's lokaler i Molde. Så langt er det holdt tre styremøter og arrangert en fagkveld. NSF FGD har 27 medlemmer i Møre og Romsdal i dag. Det lokale styret har satt som mål å øke medlemskapet til det dobbelte i 2011, forteller Linda Rønning som er nyvalgt leder i lokalgruppen.

Linda Rønning jobber til daglig som avdelingssykepleier på Glomstua Omorgssenter i Molde kommune. Anna Sofie Furesund er avdelingssykepleier i Gjemnes kommune og er blant annet Marte Meo terapeut. Lisbeth Tallberg er geriatrisk sykepleier og jobber på sykehuset i Molde. Kari Eikrem ar-

beider til daglig i rehabteamet i Molde kommune. Beate Hjemli Holen er avdelingssykepleier på Bergmo Omorgssenter i Molde Kommune og Solgunn Thue Kvernberg er oversykepleier i hjemmesykepleien distrikt Kleive i Molde kommune.

Den nye faggruppen har et tett samarbeid med NSF's fylkeskontor i Møre og Romsdal. Det er god støtte fra fylkeskontoret. I Møre og Romsdal har vi et lokalt fagforum som har møte en gang i året. Faggruppen kan kontaktes ved leder Linda Rønning på mail linda.ronning@molde.kommune.no



NSF FGD Oslo og Akershus ut- lyser utdannings- stipend - 2011

Styret i NSF FGD Oslo Akershus lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2011. 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 Oslo og Akershus som er ajour med medlemskontingenten og som har vært medlem i NSF FGD Oslo og Akershus de siste 6 måneder før søknadsfristen for stipendet kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, E-postadresse, Medlemsnummer i NSF, samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes støtte 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 2011.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa Christineekrheim@hotmail.no.

Søknadene blir behandlet av NSF FGD Oslo og Akershus styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2011.

Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2011 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 er interessert i fagfeltet kan tegne abonnement..

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie i 2011:

Utgivelse	Materiell frister	Distribusjon
Nr. 1	15. oktober	20. januar
Nr. 2	15. januar	20. april
Nr. 3	15. april	20. august
Nr. 4	15. august	20. november
Nr. 1/2012	15. oktober	20. januar

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 Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Eller send samme informasjon til karen@nsfgeriatridemens.no

Navn på abonnenten:

.....

.....

Adresse:

Postnummer: Sted:

Personlig abonnement



Institusjonsabonnement



.....
Signatur for bestilling av abonnement

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 2011 utgis Geriatrisk Sykepleie fire ganger i året.

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



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2011

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2011. 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 2011, 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 2011.

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 2011.

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKE- PLEIE

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 Vancouver-modellen 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.

FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe, gunhildg@nsfgeriatridemens.no

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.



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 medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

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 2011

(Pensjonister, uføre (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50 % av kontingent).

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD
Gunhild Grythe,
N-2910 Aurdal

eller send samme informasjon i en e-post til: gunhildg@nsfgeriatridemens.no

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing

– Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Dette er hovedmålet for en ny strategi som er utarbeidet av Helsedirektoratet. Sentrene skal være en ressurs i det lokale arbeidet med kunnskap og kvalitetsutvikling i sitt fylke.

Tirsdag 23. november ble Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester lansert som en nasjonal satsing.

Strategien er en videreutvikling av satsingen på undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester. Hele 40 kommunale enheter omfattes av den nye organiseringen. Fra før av er det 19 undervisningssykehjem og 19 undervisningshjemmetjenester. Rogaland har to undervisningssykehjem. Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen i Karasjøk omfattes også av den nye ordningen.

Helsedirektoratets visjon for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er Utvikling gjennom kunnskap og uttrykker et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling. Dette innebærer tjenester av høy kvalitet der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap.

Sentrene er pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder. Pådriverrollen betyr at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal gå foran og få med seg andre. Dette målet forutsetter utstrakt samarbeid og nettverksutvikling for eksempel mot andre kommuner i fylket. Erfaringsdeling og felles fag-, kompetanse- og tjenesteutviklingstiltak er sentrale virkemidler i arbeidet.

Sentrene skal også være pådrivere for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. Som arena for kunnskapsbasert praksis er UHST også godt egnet som læringssarena for alle faggrupper i helse- og sosialtjenesten. Samarbeid med utdanningsinstitusjonene på alle nivå vil være viktig.

Pådriverrollen i forhold til kompetanseutvikling hos ansatte er en annen viktig oppgave for USHT. Opplæringsbehovet i pleie- og omsorgstjenesten er stort og UHST vil være en arena for å utprøve og dokumentere kompetanseutviklingstiltak.

Gjennom rollen som tilrettelegger for forskning og utvikling har USHT en viktig oppgave. I følge strategidokumentet er forskningsaktiviteten på flere av helse- og omsorgstjenestenes felt i dag uforholdsmessig lav i forhold til praksisfeltets behov. Forskning er viktig for å skape ny kunnskap for pleie- og omsorgstjenesten. USHT skal også være pådriver for implementering av forskning i praksis.



Etter hvert vil alle interesserte kunne følge med på hva som skjer på nettsiden www.utviklingssenter.no som er under utvikling. Nettsiden skal være en kommunikasjonskanal på internett for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Redaksjonen

RETURADRESSE:
Gunhild Grythe
2910 AURDAL

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Landskonferanse 2011

Pasientsikkerhet for den gamle pasient

Se hele programmet i bladet

31. mars – 1. april

Radisson Blu Atlantic Hotell Stavanger

