

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Sykepleien



**Aktive eldre
lever lenger**

Side 16

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONSKOMITÉ / FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen på Vestlandet.

Liv Halvorsrud, førsteamanuensis, OsloMet – Storbyuniversitetet.

Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis, VID vitenskapelige høyskole.

Gørill Haugan, førsteamanuensis, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi-ann.tingvoll@uit.no
Pris: I Norge kr 400, internasjonalt kr 500. Institusjonsabonnement i Norge / biblioteker: kr 1000

ANNONSER

Liv Inger Korsnes Nilsen
Tlf. 90 06 71 42
linilse@online.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E.H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Printall
FORSIDEFOTO: Mostphotos

NESTE UTGAVE:
27. september 2018

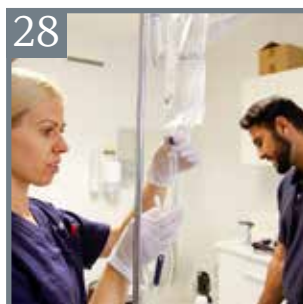
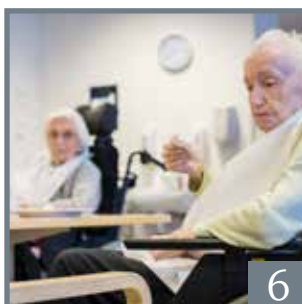
ANNONSERING

Geriatrisk sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2018 utgis Geriatrisk sykepleie to ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no

Innhold

01 - 2018

- 3 Leder
- 4 Landsstyret
- 5 Gjesteredaktør: Liv Wergeland Sørbye
- 6 Fra sykehjem til livsgledeshjem
- 14 Smånytt
- 16 Frivillige må med for å aktivisere våre eldre
- 18 Bedre pasientbehandling med medisinsk simulering
- 22 Tilbakeblikk
- 24 Sett helsefremmende sykepleie på timeplanen
- 28 De kommer som sykepleiere, ikke som studenter
- 36 Gratis medlemskap for studenter
- 37 Faggruppe i vinden
- 38 Ny NOU
- 40 Program for landskonferansen
- 42 Støtter aktive eldre
- 42 Besøk på Ladegården
- 44 Søk stipend





FAKTA

Tor Engevik

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Hva er verdighet?

Et av årets faglige høydepunkt for medlemmer i Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er landskonferansen i Bergen den 19.–20. april 2018. Tema for konferansen er «livets siste faser – god sykepleie – verdighet – medbestemmelse». Dette er aktuelle og viktige, men også komplisert, tema. For hva er egentlig god sykepleie i livets siste faser og hva er verdighet for deg, for meg og ikke minst for dem vi gir pleie, behandling og omsorg til. Kunnskapsrike foredragsholdere skal prøve å gi oss svaret på det.

Ifølge tidligere generalsekretær i Special Olympics Norge, Geir Smeby, stammer begrepet verdighet «fra prinsippet om at alle mennesker har sitt iboende, medfødte menneskeverd. Denne umistelige verdien har man utelukkende i kraft av å være menneske. Vår verdighet kan styrkes når vi opplever at våre rettigheter og frihet respekteres og når vi lever i en situasjon der vi kan gjøre valg og handlinger som bygger opp vår selvrespekt, integritet og nestekjærlighet». Det er ikke tilfeldig at ordet verdighet ligger i midten som tema for vår konferanse, for det er i spenningsfeltet mellom god sykepleie og selvbestemmelse vi må være for å finne opplevelsen av verdighet for den enkelte.

Etiske dilemmaer

Landskonferansen skal innledes av eldrerådets leder i Bergen, Inger Johanne Knudsen, som

blant annet vil snakke om aldringens utfordringer. Videre kan vi love gode foredrag om ernæring, helhetlig pleie og åndelig omsorg. Dr.med. professor i geriatri Torgeir Bruun Wyller vil i sitt foredrag «Når er nok nok» ta for seg etiske dilemmaer i livets siste fase og Odny Miljeteig, og andre med pasient- og pårøndererfaring, vil dele sine opplevelser.

En annen spennende foredragsholder er Trine Jaksland Graff. Hun driver Facebook-siden «Verdig eldreomsorg», som har over 88 000 følgere og fungerer som kunnskapsformidler og vaktbikkje. Responsen har ikke uteblitt på hennes mange innlegg om det som er bra og mindre bra i norsk eldreomsorg.

Ord til ettertanke

Mange har forsket på temaet verdighet. En av dem er sykepleier og postdoktor Oscar Tranvåg ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitet i Bergen. Han stiller spørsmålet: Hvilken plass har menneskets verdighet i møte med dine pasienter? Jeg lar hans ord henge til ettertanke og konkluderer for egen del med at verdighet både er komplisert og enkelt. Et leserbrev fra en kvinne til Kirkens SOS gir kanskje en god tilnærming til selve begrepet: «Møt meg med verdighet. Mer krever jeg ikke, men heller ikke mindre – for da er jeg et menneske på lik linje med deg ...» ■



Landsstyret NSF FGD 2018

LANDSSTYRET

Leder:

Tor Engevik
Mobil: 90 54 62 28
e-post: tor.engevik@hotmail.no

Nestleder:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Sekretær og styremedlem:

Katrine Linnom Pedersen
Mobil: 93 01 40 58
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

Styremedlem,

landskonferanseansvarlig:
Liv-Berit L. Jordal
Mobil: 41 69 30 56
e-post: livberitjordal@msn.com

Styremedlem/redaktør:

Wivi-Ann Tingvoll
Mobil: 97 53 95 55
e-post: wivi-ann.tingvoll
@hin.no/vat@hin.no

Styremedlem/kasserer:

Elin Grønsveen
Mobil: 41 26 28 84
e-post: elingron1@hotmail.com

1. vara:

Siren Anderassen
Mobil: 97 83 42 88
e-post: sirenandreassen@yahoo.no

2. vara:

Frank Eide
Mobil: 99 32 15 76
e-post: eidefrank@hotmail.com

Nettsideansvarlig/ medlemskontakt:

Gunhild Grythe
Mobil: 92 08 56 91
e-post: gunhil-g@
online.no

Facebook-ansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Hordaland:

Trond Eirik Bergflødt
Mobil: 90 59 68 24
e-post: Trond.Bergflodt@bergen.
kommune.no

Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Vestfold:

Katrine Linnom Pedersen
Mobil: 93 01 40 58
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

Oppland:

Kari-Ågot K. Taralrud
Mobil: 91 64 69 61
e-post: k.taralrud@hotmail.com

Buskerud:

Heidi Hobbestad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

Oslo/Akershus:

Christine Jærv Erkheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineerkheim@
hotmail.com

Trøndelag:

Linda Vinje
Mobil: 930 26 793
e-post: lindavinje@hotmail.com

Møre og Romsdal:

Heidi K. Opsvik Aandal
e-post: heidiopsvik@hotmail.com

KONTAKTPERSONER

Agder:

Kari Benneche Neteland
e-post: karianne.benneche.
neteland@sshf.no

Rogaland:

Ragnhild Kalstveit
Mobil: 90 92 72 00
e-post: r_karstveit@
hotmail.com

Telemark:

Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Nordland:

Ann Iren Nikolaisen
Mobil: 91108478
e-post: ann.iren.nikolaisen@narvik.
kommune.no

Møre og Romsdal:

Anne Merete Hage
e-post: anmeha61@gmail.com

Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Hedmark:

Renate Andersen
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes
i Sogn og Fjordane

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. For forfatterveiledning og nærmere informasjon, se nettsiden www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens



FAKTA

Liv Wergeland SørbyeGjesteredaktør
Geriatrisk
sykepleie

Ferdighetskompetanse

I dette nummeret av *Geriatrisk sykepleie* er kompetanse et viktig tema. Emneplanen for bachelorstudiet i sykepleie legger vekt på at det forventete kunnskapsnivået til studentene i siste semester av utdanningen skal ligge nært opp til det som forventes av en nyutdannet sykepleier.

Artikkelen «De kommer som sykepleiere, ikke som studenter» beskriver hvordan studentene ble involvert i alle sykepleieoppgavene i sin praksis på sykehjem. Studentene tok etter hvert over ansvaret for arbeidsfordeling og pasientoppfølging på avdelingen. I stedet for å bli behandlet som studenter ble de sett på som sykepleiere i en opplæringsfase. Dette virket stimulerende på studentene, og forfatterne mener at det kan bidra til at de etter hvert ser på sykehjem som en aktuell arbeidsplass.

Prøving og feiling

Å jobbe på et sykehjem er utfordrende, spesielt utenom normal kontortid, når den tverrfaglige kompetansen er redusert til pleiepersonalet. En må ofte være ekstra årvåken for å kunne tolke tegn på akutt svikt i vitale organer hos skrøpelige eldre.

Artikkelen «Bedre pasientbehandling med medisinsk simulering» viser hvor viktig det er å oppdage endringer i normaltstanden og kunne førstehjelp, i tillegg til å vite når en skal tilkalle medisinsk ekspertise. «Den kunstige pasienten» kan programmeres til å ha forskjellige lidelser, med ulike symptomer. Studentene lærer ved prøving og feiling. Etter gradvis mestring blir de klare for å møte virkelige pasienter med den indre trykningen akutte situasjoner krever.

Kompetanseheving står også sentralt i NOU 2017: 16 På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende. Viktig fag- og forskningsutvikling foregår gjerne i

sykehusmiljø, selv om 65 prosent av alle dødsfall skjer i kommunehelsetjenesten. Et sentralt anliggende er tilstrekkelig lindrende behandling; her kreves bedre opplæring og ressurser.

Et annet viktig poeng er mangel på en forberedende samtale når personalet skjønner at pasienten har kort igjen å leve. Ofte er det ansvarlig lege som kontakter de nærmeste pårørende. Den døende selv blir gjerne vurdert å være for svekket. I hjemmetjenesten blir ofte spørsmål rundt livets siste faser vurdert i forhold til innleggelse på sykehus eller sykehjem. Tro om ikke kompetanse og mot til å gjennomføre en slik samtale på et tidlig tidspunkt i sykdoms- eller aldringsforløpet vil kunne skape en åpenhet og livsmening for både pasienter og nære pårørende.

Livsgledehjem

Livsglede var et tema i *Geriatrisk sykepleie* nr. 03/2017. Livsglede henger sammen med begrepet sosial identitet, som litt avgrenset kan sies å handle om gjenkjennelse. Livsglede forutsetter en relasjon der ansatte verdsetter den Eldres kontakt med hjemmemiljøet, dyr, naturen eller en høyere makt. Det å bli sertifisert som et livsgledehjem handler med andre ord om å bekrefte den Eldres livsverden. Det forutsetter en (institusjonell) ramme, et språk og opplevelser der ansatte, frivillige og pårørende bekrefter den Eldres mangfoldige identitet og livsanskuelse og handler i skjønnhet og glede.

I dette nummeret får vi kjennskap til hvordan arbeidet med livsgledesertifisering skjedde parallelt med et nyåpnet sykehjem og sammenslåing av personale fra ulike «tradisjoner». Arbeidet var ikke helt enkelt; prøving og feiling førte likevel frem, og sykehjemmet ble sertifisert. ■



Fra sykehjem til livsgledehjem

Denne artikkelen tar for seg implementering av et livsgledekonsept i et nytt og moderne sykehjem i Harstad.

FAKTA

Av **Gunn-Tove Minde**,
førstelektor, Institutt for
vernepleie, UiT – Norges
arktiske universitet

Hanne Nydal,
universitetslektor,
Institutt for vernepleie,
UiT – Norges arktiske
universitet

Harstad kommune vedtok i 2016 at Bergsodden sykehjem skulle starte en prosess for å bli sertifisert som livsgledehjem som det første i Nord-Norge. Sertifiseringsordningen «Livsgledehjem» er et systemverktøy for å oppfylle kravene i verdighetsgarantien og forbedre kvaliteten i omsorgen for eldre (1). Dette innebærer en endring av pleiekultur fra en oppgaveorientert til en personsentrert kultur (2). Målet for Livsglede for eldre (LFE) er å skape rutiner i hverdagen slik at sosiale, kulturelle og åndelige behov til beboerne blir ivaretatt. I kjølvannet av dette laget Bergsodden sine egne prosedyrer for livsgledearbeid, der de presiserte hvordan de skulle oppfylle livsgledekriteriene.

Vi valgte å følge Bergsodden sykehjem sin sertifiseringsprosess som er et nytt og moderne sykehjem som ble tatt i bruk i oktober 2014. Endringer i organisasjoner innebærer at de ansatte kan bli stilt ovenfor nye og til dels krevende utfordringer som igjen kan skape reaksjoner som usikkerhet og motstand i personalgruppa. I vår undersøkelse ser det ut til at de ansatte ved Bergsodden sykehjem står i to endringsprosesser som pågår mer eller mindre

«Prosjektet førte blant annet til forandringer i måten å tenke på.»

parallelt. På den ene siden finner vi at ansatte fra to ulike sykehjem, som skal legges ned, slås sammen og skal utgjøre grunnstammen i bemanningen ved nye Bergsodden sykehjem med en felles visjon for



arbeidet. På den andre siden, og mer eller mindre jevnslidende, finner vi at ledergruppen ved Bergsodden sykehjem beslutter å starte en prosess for å bli sertifisert som livsgledehjem.

Harstad er en by som opprinnelig består av byfolk, innflyttere fra de omkringliggende øyer og distrikter som også innbefatter folk fra de samiske og kvenske miljøene (3). Harstad hadde en stor flyktningleir fra 1944 for evakuerte fra Finnmark og Nord-Troms. Mange ble boende i byen etter at leiren ble nedlagt. Byen har med andre ord en mangfoldig befolkning, men har fremstått som en by med en homogen



befolkning. Sammensetningen av befolkningen gjenpeiles i hvem som er beboere på sykehjemmene i Harstad, og de utfordringer og muligheter som vil være knyttet til det å skape livsglede for alle beboere på sykehjemmene.

Problemstillinger

Hvordan forløp sertifiseringsprosessen?

Hvordan håndterte ledergruppa og de ansatte arbeidet med å bli sertifisert som et livsgledehjem, og hvilke «livsgledeendringer» er det eventuelt mulig å få øye på underveis i prosessen?

Førte innføring av nye rutiner i prosessen til økt fokus på individets livsverden?

Forskning

Det er gjort lite forskning på livsgledehjem. Senter for omsorgsforskning i Trøndelag har gjort en følgestudie av et sykehjem i Verdal kommune, der forskerne Moe og Brataas identifiserer noen suksessfaktorer under sertifiseringsprosessen. Forutsetninger for å lykkes var ansettelse av livsgledekonsulent tidlig i prosessen og at vedkommende skulle være delaktig gjennom hele forløpet. Dessuten foregikk sertifiseringen både

LIVSGLEDE PÅ MENYEN: Beboerne på Bergsodden livsgledehjem. Foto: Frank R. Roksvøy, Harstad Tidende





på systemnivå og på individnivå. Ansatte i avdelingene hadde en nøkkelrolle i planlegging og tilrettelegging av beboernes aktiviteter (4).

En sammenliknbar studie i Meløy kommune kalt Frisklivsdosetten hadde til hensikten å studere implementeringen av en innovasjonsidé i kommunale

«Ledergruppa mente å kunne se at forandringer var på gang.»

sykehjem i kommunen. Målsettingen var å gi sykehjemsbeboerne en bedre hverdag og økt livskvalitet ved å systematisere arbeidet rundt aktivisering. Prosjektet førte blant annet til forandringer i måten å tenke på, brudd med vante arbeidsmåter, etablering av samarbeid med frivillige og bedre samhandling med de ulike aktører på alle nivå (5).

I en masteroppgave skrevet av Kristensen med livsglede som tematikk er livsglede studert i relasjon

til menneskerettighetene. Spørsmålet som stilles er hvorvidt livsglede er en menneskerett for personer med heldøgns omsorgstilbud. Som tilnærming velger en å se nærmere på livsglede på ulike nivå, nærmere bestemt på mikro-, meso- og makronivå.

Livsglede på makronivå er å skape rom for realisering av selvbestemmelse gjennom et bredt aktivitets-tilbud og fleksibilitet i tilbudet, hevder Kristensen. Det er også å skape rom for kulturell deltakelse som innebærer at det tilrettelegges for eldre skal inkluderes i den kulturelle aktiviteten som allerede eksisterer i samfunnet. Livsglede på meso- og mikronivå er at ansatte er fleksible, samt et bredt tilbud av aktiviteter og arrangementer der eldre får bestemme selv om de ønsker eller ikke å være med på aktiviteter (6).

Å fremme livsglede

Det å kalle et sykehjem et livsgledehjem avhenger av hva man legger i begrepet livsglede. Det er vanskelig å gi en eksakt definisjon på livsglede og hva som fremmer livsglede. Den engelske oversettelsen brukt er «joy of

Sammendrag

Bakgrunn: Harstad kommune vedtok i 2016 å starte en prosess for å få Bergsodden sykehjem sertifisert som livsgledehjem. Vi valgte å følge dette sykehjemmet som er et nytt og moderne sykehjem som ble tatt i bruk i oktober 2014. Bygningen ligger litt utenfor sentrum, idyllisk til ved sjøkanten med et stort uteområde. Sykehjemmet har 72 beboere på ulike avdelinger. En av dem er tilrettelagt for demente beboere.

Hensikt: Hensikten var å følge en sertifiseringsprosess som metode for å bedre kvaliteten på miljøarbeidet. Hvordan forløp prosessen og hvordan håndterte de ansatte og ledergruppa arbeidet med å bli sertifisert som et livsgledehjem? Hvilke «livsgledeendringer» var det mulig å identifisere undervegs i prosessen?

Metode: Data er basert på observasjonsstudier av ledergruppa sine møter som førte fram til at sykehjemmet ble sertifisert som et livsgledehjem. Vi har også benyttet intervju med ansatte som er innhentet av bachelorstudenter som en del av deres avsluttende eksamener. Disse dataene er det gjort en sekundæranalyse av.

Funn: Til tross for flere samtidige prosesser og stor skepsis blant ansatte gjennom hele prosessen, lyktes ledergruppa å innføre livsglede som nytt systemverktøy.

Konklusjon: Det skjer positive endringer i sertifiseringsprosessen men systemmessige forhold gjør det krevende å ha samme fokus på livsglede for den enkelte beboer.

Nøkkelord: livsglede, eldre, sykehjem, sertifiseringsprosess.

Summary

Background: In 2016, Harstad municipality decided to initiate a process for getting Bergsodden nursing home certified as a «livsgledehjem». We chose to follow this nursing home, which is a new and modern nursing home that was put into use in October 2014. The building is located outside the town center, idyllically on the seaside with a large outdoor area. The nursing home has 72 residents in different departments. One of them is designed for demented residents.

Aim: The aim was to follow a certification process as a way to improve the quality of environmental work. How did the process proceed and how did the employees and management team handle the work of being certified as a «livsgledehjem»? What «lifestyle changes» was possible to identify underway in the process?

Method: Data is based on observation studies by the management team's meetings that led to the nursing home being certified as a «livsgledehjem». We have also used an interview with employees obtained by bachelor students as part of their final exam. These data have made a secondary analysis of.

Findings: Despite several simultaneous processes and great skepticism among employees throughout the process, the management team succeeds in introducing «livsglede» (life happiness) as a new system tool.

Conclusion: There are positive changes in the certification process, but systemic conditions make it challenging to have the same focus on the joy of life for the individual resident.

Keywords: life happiness, elderly, nursing home, certification process.

life» (6). Livsglede er nært knyttet til begrepet self-transcendens. En av de første som har beskjeftiget seg med begrepet transcendens eller gerotranscendens, er sosiopsykologen Tornstam. Det innebærer en forandring i livsperspektivet, og menneskets plass i universet (7). Teorien forutsetter at mennesket blir klokere og mer vis med alderen.

Haugen og medarbeidere (8) skiller mellom et indre og en ytre styrt forståelse. Den indrestyrte forståelsen går ut på å akseptere seg selv; tilpasse seg situasjonen og ens fysiske forutsetninger; mening (her-og-nå og i tidligere livserfaringer); finne styrke i sin åndelige tro/overbevisning; aksept av døden som del av livet. En mer ytre styrt self-transcendens går ut på å engasjere seg i andre; kontakt med omgivelsene; å hjelpe andre; å ta imot hjelp; hobbyer-interesser; lære noe og dele sin visdom med andre (8).

Sammen med identiteten og selvbildet ligger personligheten som en grunnmur i oss gjennom hele sykdomsforløpet som preger den enkeltes atferd og evne til å takle sykdommen og livet (9). Livsglede henger sammen med begrepet «sosial identitet» som litt avgrenset kan sies å handle om gjenkjenning. Et annet beslektet begrep er tilhørighet; blant annet å tilhøre en familie, slekt, miljø, sted, etnisk gruppe som kan sies å være en del av den eldre livsverden.

Livsglede forutsetter en relasjon der ansatte verdsetter den eldre kontakt med hjemmemiljøet, dyr, naturen og en høyere makt (Gud). Det å bli sertifisert som et livsgledehjem, handler med andre ord om å bekrefte den eldre livsverden (10, 11). Det forutsetter en (institusjons) ramme, et språk og opplevelser der ansatte, frivillige og pårørende bekrefter de eldre mangfoldige identitet og livsanskuelse og handler i skjønnhet og glede (12).

Metode

Denne artikkelen er basert på en kvalitetsforbedringsprosess som førte fram til at Bergsodden sykehjem ble sertifisert som et livsgledehjem (april 2017). Som en del av arbeidet, besøkte førsteforfatter stiftelsen Livsglede for eldre (LFE) i Trondheim samt Ranheim livsgledehjem. Førsteforfatter deltok også på kick-off møte i Harstad (april 2016) samt på ni ledermøter inkludert sertifiseringsmøtet med LFE. Utover dette er det benyttet sekundærdata knyttet til en intervjuundersøkelse av tre ansatte (to sykepleiere og en hjelpepleier: Fatima, Tordis og Arne) på Bergsodden sykehjem.

Intervjuene ble utført av bachelorstudenter i vernepleie våren 2017 som en del av deres eksamen (13). Fokus i studentenes undersøkelse var hvordan de ansatte erfarte det å stå i en livsgledesertifiseringspro-



LEDERGRUPPA: Ansatte ved Bergsodden livsgledehjem. Foto: Gunn-Tove Minde

sess. Vi har i etterkant intervjuet en folkevalgt pluss leder av eldrerådet. Foruten observasjon, uformelle samtaler og samtaleintervju har vi hatt tilgang til skriftlig materiell som overordnede prosedyrer, systematisert årshjul samt diverse skjemaer.

Ledergruppa ble informert om undersøkelsen og ga muntlig samtykke. Studien er også vurdert av personvernombudet for forskning 22.9.2017 (Prosjekt 52338).

To samtidige prosesser

Da Bergsodden nye sykehjem sto ferdig ble Heggen og Sama sykehjem lagt ned. Ansatte ble flyttet over til nye Bergsodden. Personalet – som var sammensatt av ansatte fra to sykehjem – skulle bemanne Bergsodden sykehjem. I samtale med en av de folkevalgte pekes det på at det var krevende å sette sammen to ulike personalgrupper til det som skulle bli en samlet personalgruppe ved det nye sykehjemmet. Samtidig kom det flere oppslag i lokalavisen om forhold ved det nye sykehjemmet som ikke fungerte optimalt. Det gjorde at en fra politisk hold signaliserte til administrasjonen om at det måtte jobbes frem en sterkere felles plattform blant de ansatte også for at beboerne skulle få det bedre.

Mer eller mindre parallelt med dette startet selve livsgledesertifiseringsarbeidet på Bergsodden. Livsgledeskonsulentene som ble ansatt skulle drive prosessen videre sammen med enhetsleder. Det ble også laget en overordnet prosedyre for livsgledearbeidet på Bergsodden sykehjem. Her ble det stilt krav om at alle ansatte skulle kjenne til livsgledekriteriene slik at de kunne

begynte å se resultater av arbeidet, ifølge informanten. De ansatte hadde mange innvendinger:

- «Livsgledehjem, og alt arbeidet i forbindelse med det [...] flere har jo rynket på nesen og sagt at det her orker de ikke. Det blir bare mer arbeid og mindre tid til andre ting igjen.» (Fatima)
- «En ting som ble tredd nedover hodet på de ansatte.» (Tordis)
- «De er noen vanedyr og det vil være vanskelig å få alle med på tanken om at de skal gjennomføre dette her.» (Arne)

For ledergruppa tegnet det seg et bilde om at det var relativt tungt å møte denne type innvendinger blant de ansatte:

- «Ennå mye motstand blant enkelte. Hva gjør vi? Hvordan møter vi ansatte som er negativt innstilt til livsglede? Er det noe allment på sykehjem som er i en endringsprosess?»

Samstundes – med iverksettingen av selve sertifiseringsprosessen – skulle nye arbeids- og personalkulturer etableres. Ansatte fra ulike sykehjem skulle bli kjent med nye kollegaer og finne tonen. Det gjør at spørsmål og innvendinger mot livsgledekonseptet trolig må ses i sammenheng med en større og pågående omstillingsprosess ved sykehjemmet. Det kunne by på større utfordringer, eller motsatt. At det ville gjøre kulturenringene lettere når en likevel skulle gjennom et endringsarbeid.

Endring av livsgledebegrepet

Det ble observert stor aktivitet i ledergruppen underveis i prosessen med jevnlig ledermøter, avdelingsmøter og vikarmøter med delegert ansvar. Fokus var også å få gjort avtaler med aktører lokalt. Blant annet var samarbeid med frivillige som skoler, barnehage og organisasjoner viktige å få på plass. Både fra livsgledeskonsulentens side og avdelingslederne ble det diskutert hvor viktig det var å få systematisert det tilgjengelige aktivitetstilbudet ute i lokalsamfunnet.

For at sykehjemmet skal være et livsgledehjem, må ledelsen legge til rette for å ivareta personalet på sykehjemmet. Hva slags endringer skjedde underveis hos de ansatte?

- «Hvis du har vært på et møte i startfasen, og sammenliknet det med innstillinga hos de ansatte nå. Så hadde du tenkt; er det de samme folkene?» (Arne)
- Men det skjedde også endringer i forhold til hvordan ansatte så på beboerne. Arne, Tordis og Fatima som sto i den pågående prosessen uttrykte at livsglede kunne observeres på kroppsspråket til de eldre:

«Gjennom de ulike aktivitetene hadde de ansatte observert at beboerne opplevde gyldne øyeblikk.»

utføre livsglede i hverdagen for beboerne ved sykehjemmet. «Nå har vi endelig klart å få dem til å gjøre det», er et utsagn som kom fra en av lederne.

Utgangspunktet for dette var en uttalt motstand blant enkelte ansatte mot sertifiseringsprosessen. Et tiltak som ble satt i verk for å imøtekomme noen av innvendingene var å inkludere de som hadde rollen som assisterende avdelingsledere ved sykehjemmet på ledermøter. Dette skulle vi ha gjort tidligere, mente en av lederne. De skulle ha vært med på det første møte vi hadde med LFE i Trondheim. Det var først når de som hadde denne ble inkludert på ledermøtene at man



- «Å ha det så bra som mulig. Når det er sangstund, så kan kanskje han [...] tralle litt når han kommer inn [...] da har han utbytte av det.» (Arne)
- «At du kan videreføre de interessene du har. At det skjer noe og at du kan få fortsette å være sosial. Aktiviteter på dine premisser, altså som du synes er interessant. Det at du ikke skal tvinges til å delta på en andakt dersom man ikke har noen religiøs tilhørighet [...] at du kan være delaktig og velge hvordan ting du har lyst til å delta på [...] at du ikke blir bare sittende i en stol, helt apatisk å sove, sånn som jeg vet at mange dessverre gjør. Så noen har jo funnet nye venner eller de har oppdaget hverandre. Eller at pårørende i kartleggingen har skrevet noe. Folk som har jobbet sammen tidligere, som bare har vært gamle kjente.» (Tordis)
- «Det er jo at du skal få lov å kunne gjøre ting de har gjort tidligere, hvis de fremdeles har lyst til å gjøre det. Altså få gjøre ting som de tidligere har trivdes med [...] Ja, det er det de blir glad av. Får lov å være glad og smile.» (Fatima)

Knapphet på ressurser

I siste fase av sertifiseringsprosessen ble det ansatt frivillighetskoordinator i 50 prosent stilling. Det ble en ekstra ressurs i livsgledearbeidet på systemnivå.

Da det nærmet seg avtalt sertifiseringsdag, arrangerte ledergruppa en generalprøve. Konklusjonen etter generalprøven var at en kunne identifisere konturene

av en mer helhetlig omsorg der behov utover de pleiemessige behovene ble ivaretatt. Ledergruppa hadde fått på plass flere samarbeidsavtaler med aktører ute i lokalsamfunnet samt avtaler med aktører som skulle komme inn og bidra med fellesaktiviteter på Bergsodden.

Videre la avdelingslederne og de assisterende lederne frem hvordan de hadde jobbet strukturert og målrettet for å oppfylle de ni livsgledekriteriene. Samtidig som de var klar på at positive endringer skjedde sakte men sikkert, observerte de også utfordringer knyttet til det å omsette livsgledekonseptet til praktisk handling. Ledergruppa mente også å kunne se at forandringer var på gang:

- «Vi ser mye positivitet blant pårørende. Livsgledekonseptet har forsterket det individuelle fokuset. Vi ser individet mer. Men vi har mye å gå på.»
- I denne prosessen erfarte vi ikke spesifikke diskusjoner i ledergruppa i retning av at konseptet ville kreve større ressurser i avdelingene. De ansatte derimot berørte spørsmålet om økte ressurser på flere måter:
- «Dersom en vil ut, så kan ikke den ene pleieren av de to på den fløya forlate, for da er det sju igjen som er der. Vi kan vi ikke sitte og lese hele avisen. Det kan bli én side før man må springe videre. Vi har ikke tiden til å ivareta det her, så de velger å ikke sende ut noen av beboerne på aktiviteter.» (Fatima).
 - «Vi går konstant hjem med dårlig samvittighet, for det vi skulle ønske vi kunne gjøre for beboerne, men

UTSIKT FRA BERGSODDEN: Friluftsdag med vernepleierstudentene. Foto: Gunn-Tove Minde





som ikke er mulighet til. Og det er følt å ha det sånn.» (Tordis).

Implementeringen av noen av livsgledekriteriene vil i liten grad være forbundet med økte kostnader som for eksempel det å legge til rette for kontakt med dyr og sang, musikk og kultur i hverdagen. Ser en på kriteriene knyttet til individuelle behov kan det være forbundet med større kostnader som for eksempel det at beboerne skal kunne opprettholde sine interesser og fritidssysler. Det vil kreve økt tilstedeværelse av personell.

Diskusjon

Å komme inn i en pågående prosess, har sine utfordringer. Vi kom inn i prosessen januar 2017 på et tidspunkt hvor ledergruppa på Bergsodden sto ovenfor et krevende arbeid med å implementere livsgledekriteriene i avdelingene. Det er vanlig å tenke på motstand mot endring som noe negativt. I mange sammenhenger skaper motstand mot endring noe positivt som det å tenke nytt. Hva skjedde etter hvert som prosessen skred fram og sertifiseringsdagen nærmet seg?

Samstundes med prosessen som skulle sertifisere Bergsodden som livsgledehjem, skulle en smelte sammen Heggen sykehjem og Sama sykehjem som

«Positive opplevelser kunne være samtaleemne dagen etter.»

hadde ulike arbeids- og personalkulturer. Denne sammensetningen av personal skulle bemanne Bergsodden sykehjem. En leder kommenterte det slik på slutten: «Det var en stor utfordring å lede to personalgrupper. Vi er gått fra kaos til entusiastiske medarbeidere. Vi gjør noe som er rett. Dynamikken mellom primær- og sekundærbehovene ble viktig.»

Det at spørsmål og innvendinger kom i starten og vedvarte utover i sertifiseringsprosessen kan forstås i lys av at de ansatte sto i flere prosesser samtidig. Det å etablere nye arbeids- og personalkulturer, er å bli kjent med nye kollegaer og finne tonen. «Samspillet er vesentlig for å få til gode endringsprosesser», hevder forskerne Storlien og Sørli (13).

Å få til gode endringsprosesser krever åpen dialog og kritisk refleksjon. Men hvordan skape betingelser for dialog og kritisk refleksjon når to ulike personalgrupper skal inn og bemanne et nytt sykehjem? Det er ikke gjort på kort tid å bygge et lag når to nye arbeids- og personalkulturer skal smelte sammen. Spørsmål og

innvendingene var helt betimelig og nødvendig å stille og et viktig bidrag for å lykkes med sertifiseringen.

Intervju med ansatte viser at sertifiseringsprosessen kan beskrives i termer av faser; med en start-, en midt- og en slutfase. Informantene ga uttrykk for at de opplevde prosessen som mer forankret i ledergruppa enn blant de ansatte og at de selv var lite involvert ifra starten. På tross av det de selv beskriver som betenkeligheter med livsgledekonseptet i starten, ble de i gjennomføringsfasen mer bevisst på at livsglede er mer enn medisiner. I slutfasen og gjennom de mange fellesaktivitetene begynte de ansatte å se på de eldre med et noe annet blikk – et blikk som i større grad kunne se mennesket bak kategorien eldre.

Vi tenker at poenget her må være at de innvendinger som kom både kan forstås i lys av sammenslåing av flere personalgrupper og som en del av en sertifiseringsprosessen. Det vil således være vanskelig å hevde at motstand mot endring spesifikt kan tilskrives den ene eller andre prosessen. Mer interessant å peke på er kompleksiteten i det å skulle ivareta, følge opp og lykkes med en så mangefasettert endringsprosess som sammenslåings- og sertifiseringsprosessen representerer. En kan kanskje tenke at disse to prosessene gjensidig forsterket hverandre.

Det kan være positivt i den forstand at den store sammenslåingsprosessen som allerede var iverksatt ved sykehjemmet gjorde de ansatte mer rustet til å håndtere introduksjonen av livsgledekonseptet. På den annen side er det mulig å se for seg en krevende hverdag hvor de ansatte skulle forholde seg til både organisatoriske, administrative og faglige endringer på én og samme gang. Det kan muligens forklare utfordringer knyttet til det å engasjere seg i livsgledeprosessen, at personalet ble slitne og at ledergruppa kunne oppleve dette som motstand. Til tross for en tung start, endret livsgledebegrepet innhold til et større fokus på livets sosiale, kulturelle og åndelige aspekter.

Gjennom de ulike aktivitetene hadde de ansatte observert at beboerne opplevde gylne øyeblikk. Mange beboere fant hverandre på tvers av fløyene gjennom fellesaktiviteter. Endringene som skjedde underveis viste at Bergsodden oppnådde å bli sertifisert som livsgledehjem i slutten av april. De eldre erfarte at positive opplevelser i hverdagen kunne være samtaleemne dagen etter. Noen opplevelser snakker de om hele uka, ifølge ansatte.

I kjølvannet av aktivitetene blir minner om levd liv aktivert og bidrar til mange gylne øyeblikk for beboerne. Men ikke alle tar imot tilbud om å være med på fellesaktivitetene som foregår i dagligstua nede i hallen. Enten har beboerne ikke lyst å delta eller så greier de

ikke å bestemme seg på grunn av dagsformen. Mange er sengeliggende. Mangel på ressurser gjør at det blir vanskelig å ivareta eldre som vil delta på fellesaktivitetene og de som ligger på avdelingene. .

Forståelsen av livsglede både i ledergruppa og blant de ansatte er i stor grad relatert til gode opplevelser i fellesskap med andre beboere og pårørende. I intervju med Fatima, Arne og Tordis forteller de om de mange positive tilbakemeldinger de fikk fra pårørende og beboere i løpet av sertifiseringsprosessen. De pårørende gir tilbakemelding om hvor glade de er for at deres foreldre får være med på aktiviteter som de har interesse av og selv er aktive i (14).

Den enkelte beboer får anledning til å møte andre beboere, naboer, gamle kolleger og gamle venner samt at nye vennskap oppstår. Denne gjenkjennelsesprosessen beboerne imellom aktiverer en ikke-hierarkisk livsform der de lever i gjensidig frihet og avhengighet. I gamle dager var man mer avhengig av hverandres hjelp og støtte da de levde under andre livsbetingelser. På den måten internaliserte de en praksis der de i gjensidighet hjalp og støttet hverandre (12).

Det å få delta samt å få bestemme selv hva de vil være med på, og det å kunne si nei når de ikke vil delta, fremmer livsglede. Det handler om kontinuitet og autonomi i det levde livet. Alle disse livsaspekter blir utfordret innenfor en institusjonsramme som tradisjonelt beskrives i termer av en hierarkisk struktur. Våre funn viser at livsgledekonseptet ser ut til å kunne bidra til å skape positive endringer i den tradisjonelle måten å organisere og drifte et sykehjem på. Tross motstand og betenkeligheter i starten og fokus på det å få daglig drift i det nye sykehjemmet til å fungere, så fremkommer en del positive signaler fra de som står i prosessen og som har ansvaret for å komme i mål med den.

På den annen siden kan det se ut som at den enkelte beboer kanskje ikke ble gjenstand for samme type oppmerksomhet som de systemmessige forhold fikk under vegs i prosessen. Hvis vi tenker slik kan vi stille oss spørrende til balansen mellom system – og livsverden (10, 11, 15). Dette kan vi ikke si noe mer om uten å undersøke hvordan situasjonen ser ut ved sykehjemmet i dag – hvilke resultater er mulig å få øye på etter implementeringen av de ni livsgledekriteriene, hvilken betydning har de fått for den enkelte, for avdelingene og for sykehjemmet som helhet?

Sammendrag

Oppmerksomheten har vært rettet mot prosessen rundt implementering av livsgledekonseptet i et

nytt og moderne sykehjem i Harstad. Sykehjemmet lyktes med å bli sertifisert og trass i utfordringer observerte vi signaler underveis i prosessen som var positive, både for sykehjemmet og for den enkelte beboer. Erfaringer fra denne endringsprosessen viser at ledergruppa hadde mye fokus på å få på plass økt samspill med lokalmiljøet, nettverksbygging, systematisering av det frivillige arbeid samt tilbud om et variert kultur- og aktivitetstilbud. Enkeltmennesket syntes ikke i samme grad å ha vært gjenstand for oppmerksomhet og diskusjoner i ledergruppa eller – sagt på en annen måte – den eldres livsverden. Utfordringene fremover, slik vi ser det, vil være å holde fast ved å fremme livsglede på system- og individnivå samtidig. Hvor godt Bergsodden klarer dette, må bli gjenstand for nærmere undersøkelser i etterkant av sertifiseringsprosessen og for vår del i en ny artikkel. ■

Referanser

1. Livsglede for eldre. Tilgjengelig fra: www.livsgledeforeldre.no (nedlastet 10.01.18).
2. Rokstad AMM, Smebye KL. Personer med demens, møte og samhandling. Oslo: Akribes; 2008.
3. Harstad Historielag. Samisk nærvær på Hinnøya. Særhefte nr. 4, Harstad; 2017.
4. Moe A, Brataas H. Veien mot å bli et sykehjem. En følgestudie. Rapportserie nr. 10, HINT. Senter for omsorgsforskning; 2014.
5. Anvik C, Waldahl RH, Gjertsen H. Frå idé til aktiv hverdag? En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy. Arbeidsnotat nr. 1005. Bodø: Nordlandsforskning; 2017.
6. Kristensen G. Eldre og menneskerettigheter – i et helsefremmende perspektiv. Livsglede for eldre, en menneskerett? (Masteroppgave.) Høgskolen i Gjøvik; 2013.
7. Tornstam L. Åldrandes sosialpsykologi. Stockholm: Raben Prisma; 1998.
8. Haugen G, Drageset J, Rinnan E, André B. Livsglede og self-transendens hos sykehjems pasienten – to sider av samme sak? Geriatrisk sykepleie. 2017;(3):14–21.
9. Solheim G. Demensguiden. Holdninger og handlinger i eldreomsorgen. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
10. Berglund M. Att ta roddet i sitt liv. Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom. Växjö: Linnéuniversitetet; 2011.
11. Minde GT. Helsefremming på sykehjem i de siste årene. I: Kassah B, Tingvoll WA, Nordahl-Pedersen H, red. Forebyggende helsearbeid – sykepleie i kommunal helse og omsorgstjeneste. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2017.
12. Minde GT. Å leve sin sjel. Helse og livskraft blant kvinner i Nord-Troms. Bodø: Licentia forlag; 2010.
13. Storlien MS. Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem. Geriatrisk sykepleie. 2015;(1):17–23.
14. Heggland BØ. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Sykepleien. 2012. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/meningsfulle-aktiviteter-p%C3%A5-sykehjemmet> (nedlastet 10.01.17).
15. Eriksen EO, Weigård J. Kommunikativ handling og deliberativt demokrati: Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget; 1999.



Første eldreminister

Åse Michaelsen (Frp) har blitt utnevnt som Norges første eldreminister. Dette er en post Frp har ønsket seg i mange år, skriver NRK på sine nettsider. Den nye statsråden (57) blir plassert i Helse- og omsorgsdepartementet.

Kilde: Nrk.no



Foto: Stortinget

Sosialt med poteter

Hvilken betydning har frivillig-sentraller for dem som stiller opp? Dette har Nord universitet forsket på sammen med Norske kvinners Sanitetsforening. De har undersøkt hvilket utbytte de eldste – fra 65 år og oppover – har av frivillig arbeid. Det å, blant annet, skrelle poteter i selskap med flere andre ble trukket frem som givende. Sosialt samvær og opplevelsen av å være en del av et fellesskap, viser seg å være viktigere med økende alder.

Kilde: Nord universitet



«Du vet at du holder på å bli gammel når lysene koster mer enn kaken.» *Bob Hope*

Få eldre i media

Færre enn to prosent av dem som uttaler seg i norske nyhetsmedier er over 67 år, selv om de utgjør om lag 14 prosent av befolkningen. Det viser en undersøkelse av mer enn 900 saker fra 14 mediehus i 2015. Tre lektorer i journalistikk har undersøkt hva og hvem mediene skriver om. De har sett på artikler på papir og nett, samt en sending fra NRK Dagsrevyen. Når journalistene får noen i tale, er det som oftest en mann mellom 20 og 66 år. Hele 86 prosent av kildene er i denne aldersgruppa, og 64 prosent er menn.

Kilde: Forskning.no



Fornøyd med sykehusene

Innbyggerne på Vestlandet har tillit til at de vil få hjelp når de trenger det, og har et godt inntrykk av sykehusene i regionene. Det viser resultater fra årets omdømmeundersøkelse. Over 2000 personer over 18 år fikk spørsmål om deres inntrykk av sykehusene. Innbyggerne har et godt inntrykk av sykehusene når det gjelder pasientbehandling, den etiske standarden og at sykehusene er gode arbeidsplasser. Sykehusene får dårligere score på ledelse, organisering og i hvilken grad de forvalter offentlige midler på en god måte.

Kilde: helse-vest.no

Musikk mot angst

Musikk kan lindre depresjon og angst, slik at man kan fungere bedre i hverdagen, i følge forskere ved Uni Research Helse. De har tatt for seg to typer musikkterapi – at personene selv synger eller spiller instrumenter, eller at de bare lytter til musikk. I følge forskerne bak studien «Music therapy for depression» var det ikke mulig å påvise hvilken type musikkterapi som fungerte best.

Kilde: Uni Research Helse



Vold mot eldre

Mellom 56 000 og 76 000 hjemmeboende eldre har vært utsatt for vold eller overgrep etter at de fylte 65 år, viser en forskningsrapport signert Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hensikten med studien er å få kunnskap om vold og overgrep mot eldre, og hvilke relasjoner de voldsutsatte har til utøverne.



Kilde: Nkvt.no

Lytter til seniorenene

Forskere tilknyttet OsloMet – Storbyuniversitetet har sett nærmere på metoder som kan gi mer aldersvennlige lokalsamfunn. Derfor har de undersøkt hvordan og i hvilken grad eldre selv kan være en ressurs og aktivt delta i dette arbeidet. Metodene har vært prøvd ut blant eldre i Sarpsborg, på Skotterud i Eidskog kommune og på Sagene i Oslo. Geografisk sett utgjorde er dette tre ulike typer lokalsamfunn, men oppfatninger om hva som er verdifullt for eldre er ganske likt. Gruppene var også enige om hva de anser drar ned opplevelse og aktiv bruk av nærmiljøet.

Kilde: OsloMet



Eldre utsatt for brann

25 personer omkom i brann i 2017, viser tall fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Eldre og pleietrengende, personer med nedsatt funksjonsevne og rusmisbrukere er spesielt utsatt for brann. Tall fra DSB viser at 75 prosent av dem som omkommer i brann tilhører disse gruppene. Personer over 70 år har fire til fem ganger høyere risiko for å omkomme i brann sammenlignet med resten av befolkningen. Spesielt høy er risikoen for eldre som bor alene.

Kilde: dsb.no





Frivillige må med for å aktivisere våre eldre

Eldre kan forbedre både kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og bevegelighet til de er langt oppe i årene. Fysisk aktivitet kan påvirke risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, og gi økt muskelmasse og muskelstyrke.

Tekst **Sari Johanna Lindgren**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet, **Ann-Iren Nikolaisen**, leder av faggruppen geriatri og demens Nordland og avdelingssykepleier, Villa Solborg, Narvik kommune

Regjeringens frivillighetserklæring slår fast at samarbeidet mellom offentlig sektor og frivilligheten skal styrkes. I helse- og omsorgsfeltet er det både et behov og et potensial for å ta i bruk lokalsamfunnets samlede ressurser for å beholde og utvikle et godt velferdssamfunn: ressursene hos eldre, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet.

Faggruppen for geriatri og demens i Narvik gjennomførte i samarbeid med bachelorutdanningen i sykepleie ved UiT Narvik en fagdag under overskriften *Leve hele livet* – aktivitet som helsefremming hos eldre. Det var en åpen fagdag for alle i lokalsamfunnet, og et konkret eksempel på et tiltak som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom frivillig sektor, offentlig sektor og utdanningen.

Gevinster

Helsegevinsten av fysisk aktivitet er stort sett den samme for eldre som for de øvrige aldersgruppene. Men hvem er «de eldre»? Eldre er en mangfoldig gruppe med ulike sosiale bakgrunner, kultur og helse og ikke minst forskjellige interesser. Eldre kan forbedre både

kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og bevegelighet til de er langt opp i årene. Fysisk aktivitet kan påvirke risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, og gi økt muskelmasse og muskelstyrke.

I tillegg bedrer fysisk aktivitet funksjonsevnen ved å virke positivt på balanse og koordinasjon. Dette er særlig viktig med tanke på å redusere risikoen for fallulykker og brudd, som er et relativt stort problem blant hjemmeboende eldre.

Det viktigste er kanskje likevel at

«Aktivitet og trening kan ha positiv virkning på opplevelsen av livskvalitet.»

aktivitet og trening kan ha positiv virkning på ulike psykologiske faktorer og opplevelsen av livskvalitet. Studier har påvist mulige sammenhenger mellom fysisk aktivitet og kognitive funksjoner,

for eksempel hukommelse, konsentrasjon og oppmerksomhet.

Leve hele livet

Tross denne kunnskapen er mangelen på fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter en av de største svakhetene ved dagens omsorgstjeneste. Regjeringen har startet arbeidet med kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Ifølge reformens nettsider er målet at «alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. *Leve hele livet* skal handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene».

Derfor bør det tilrettelegges for varierte og tilpassete aktiviteter for beboere på sykehjem og eldre som bor i eget hjem. For at aktivitetene skal oppleves meningsfulle, er det viktig å kjenne til hva den enkelte er interessert i. Forskning viser at eldre på sykehjem ønsker aktiviteter der de selv er aktive, for eksempel håndarbeid, baking, hagearbeid, sang og bingo. De ønsker i mindre grad aktiviteter der de kun blir underholdt av andre.

Det sosiale miljøet skal heller ikke undervurderes, altså hvor aktiviteter og trening finner sted, og hvem som deltar.



AKTIVE VENNER: Anne-Lise Christensen og Guri Indregard fra Narvik demensforening leder aktivitetsvennprosjektet og hadde innlegg på fagdagen. Foto: Marielle Eriksen / Fremover

Miljøet har sannsynligvis også betydning for den positive virkningen på hukommelse og humør. Det er viktig å skape et variert aktivitetstilbud som appellerer til den enkelte, samtidig som vi også må ha respekt for at noen kanskje ikke ønsker å delta på aktiviteter.

Det anbefales at de eldre stimuleres til forskjellige former for fysisk aktivitet og trening, og at aktivitetene er noe de trives med og synes er morsomme. En aktivitet som gir mening for den enkelte, trenger ikke å være krevende. Å skape de små, gode opplevelsene i hverdagen kan bety mye. En spasertur ut i frisk luft, kjenne vinden i ansiktet og høre fugler kvitre, se på gamle, kjente filmer, spille sjakk, høre på musikk, besøke museer og shopping kan være aktiviteter enkelte kan være interessert i.

Frivillige må med

Frivillige er en viktig ressurs for å kunne gi eldre muligheten til å komme ut i

«Eldre på sykehjem ønsker aktiviteter der de selv er aktive.»

naturen eller å delta på ulike arenaer og aktiviteter. Aktiviseringen av våre eldre forutsetter at frivillige og helsepersonell samarbeider, og at kompetansen om betydningen av aktivitet som helsefremmende gevinst styrkes.

På fagdagen bidro både frivillige og

fagfolk til å belyse betydningen av ulike aktiviteter for eldre. Blant annet ble det presentert et nasjonalt sittedansprosjekt, som eies av Seniordans Norge. Prosjektet er et viktig tiltak for hjemmeboende personer, og kan bidra til mer fellesskap og forebygge vår tids store folkesykdom, ensomhet.

En annen frivillig aktør i lokalsammenheng er Nasjonalforeningen for folkehelsen, som blant annet jobber med demens. De påpekte viktigheten av ulike aktiviteter for personer med demens og hvilken betydning aktivitetsvenner har i dette arbeidet. Flere fagfolk viste til behovet for økt samarbeid med frivillige og bevisstgjøring blant helsepersonell på hvor viktig det er å gjøre seg kjent med og spille på lag med frivillige organisasjoner. ■



Bedre pasientbehandling

Tilstanden hos skrøpelige eldre pasienter kan forverre seg raskt. Gjennom medisinsk simulering forberedes studentene på å sette i verk tiltak i kritiske situasjoner.

FAKTA

Av Line Lindenskov,
høgskolelektor, VID
vitenskapelige høgskole

Vi lever i dag i en høyteknologisk verden. For å kunne utdanne til en moderne arbeidshverdag introduserte Verdens helseorganisasjon (WHO) simuleringsbasert trening tidlig i 2000 (1).

Her i Norge førte denne satsingen til pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender. Kampanjen utfordret helsepersonell til å utvikle sikkerhetstiltak knyttet til ny teknologi og avansert pasientbehandling. Det medførte nye rutiner for opplæring av helsepersonell og kvalitets-sikring av teknisk utstyr i helsetjenesten (2). Også nytt teknologisk utstyr og nye rutiner for opplæring måtte introduseres i profesjonsutdanningene, noe som medførte et behov for moderne pedagogiske metoder (3, 4).

VID vitenskapelige høgskole registrerte at studentene var uforberedte på et moderne og komplekst helsevesen (5). Høgskolen etterlyste en didaktisk tilnærming som overfører avansert teori til praktisk utøvelse, og som bidrar til innøving av konkrete prosedyrer (5, 6).

Pasientsikkerhet

Endringer i pasientens tilstand kan oppstå ubemerket. Pasienter i Norge har krav på kvalitet og sikkerhet i behandling utført av kompetent helsepersonell. Foringelse av pasientens tilstand krever at kvalifisert sykepleiepersonale utfører raske og nøyaktige vurderinger. Medisinsk simulering viste seg å være et egnet kliniskdidaktisk verktøy som kan heve ytelsesferdigheter og sikre kvalitet i pasientbehandlingen. Slike ferdigheter er nødvendige i sykepleierutdanningen.

Med «pasientsikkerhet» forstås vi reduksjon av risiko for unødvendig skade som følge av helsetjenestens ytelser ved å organisere helsetjenesten slik at uønskete hendelser forebygges.

Helsetjenesten består av helsepersonell som daglig gir behandling og pleie til syke og sårbare pasienter. Helsepersonell må jobbe i team, og teamarbeidet påvirkes av samspillet mellom de enkelte ansatte. Samspillet i teamet påvirker kvaliteten og tryggheten for pasientene.



med medisinsk simulering



SIMULERING: Under simuleringstrening kan studenter, sykepleiere og leger trene på utfordrende situasjoner, sjeldne hendelser og kommunikasjon i teamet. Illustrasjonsfoto: Laerdal Medical



Kvalifikasjoner

Kvalitet i pasientbehandling bygger på faglig kompetanse og samspillet mellom mennesker og elementer i komplekse situasjoner og systemer. Erfaring viser at mennesker feiler, og at uønskete hendelser oppstår i pasientbehandlingen. Slike hendelser forklares gjerne som en kombinasjon av aktive feil og latente forhold i systemet (7). Identifiserte uhell og nesten-hendelser kan gjenskapes og omdannes til treningssituasjoner i sikre omgivelser.

Ferdighetssentre med simulatorer gir helsepersonell anledning til å trene på den virkeligheten de er en del av. Helsearbeidere kan dermed erfare «ekte pasientsituasjoner» under trygge forhold som ikke skader pasientene. Under veiledning av utdannet personell kan man øve på å gi profesjonell omsorg

«Under simulering konfronteres studentene med handlingsvalg på samme måte som i en ekte klinisk situasjon.»

ved å identifisere pasientens behov og deretter vurdere, prioritere og handle til pasientens beste.

Under simuleringstrening kan studenter, sykepleiere og leger trene på utfordrende situasjoner, sjeldne hendelser og kommunikasjon i teamet. Simulering gir anledning til å utvikle evnen til selvrefleksjon og kunne være i stand til å evaluere egen og andres praksis (8). Medisinsk simulering kan være et viktig bidrag i læringsprosessen fra nybegynner (novise) til ekspert.

Aksjonsforskning

I perioden 2013 til 2016 gjennomførte VID vitenskapelige høyskole (Campus Oslo) i samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus i Oslo et aksjonsforskningsprosjekt (9) med mål om å videreutvikle medisinsk simulering som didaktisk tilnærming i sykepleiefaget. Fire hundre sykepleierstudenter fra andre og tredje år samt 151 ansatte (primært sykepleiere, men også leger) fra sykehuset deltok i prosjektet.

Prosjektet hadde et aksjonsforskningsdesign og ble evaluert ved hjelp av et spørreskjema som besto av både åpne og lukkede spørsmål (10).

Med ansvar for å gi deltakerne respons via simulatoren bidro en fasilitator til at det ble øvd

på adekvate observasjoner og tiltak. En slik umiddelbar respons under simuleringssøkten bidrar til konkretisering av teori under praktisk handling (2).

«Det ga litt mer press, og økte stressnivået – noe som er bra med tanke på at stress vil utløses i en reell situasjon.» Sykepleierstudent, tredje år, 2015.

Det savnes fortsatt god dokumentasjon på om simuleringstrening kan erstatte erfaring fra klinisk praksis. Utfordringen består blant annet i at det er vanskelig å trekke direkte sammenlikninger mellom simuleringer og klinisk praksis, da alle pasientsituasjoner i klinisk praksis er unike. Her viser en større studie at simulering under sykepleierutdanning kan erstatte opptil 50 prosent av tradisjonell klinisk praksis i studietiden (11).

Erfaringer

Akutte situasjoner er krevende for de fleste fordi man ikke opplever dem så ofte. Det er i den første fasen av en akutt situasjon de fleste feilene begås. Predefinerte og godt øvde team er nøkkelfaktorer for kvalitetssikring i disse situasjonene. Det som har avgjørende betydning for den enkelte pasient, er ikke hva et enkelt teammedlem presterer, men hvordan teamet som helhet agerer.

«Man blir bevisst hvor viktig samarbeid og kommunikasjon med hverandre under akutte situasjoner er, og lærer gjennom erfaring hva som kan lønne seg med tanke på fordeling av arbeidsoppgaver.» Sykepleierstudent, tredje år, 2015.

Det var spesielt sammenheng mellom teamarbeid og kommunikasjon i akutte situasjoner som ble fremhevet. Liknende funn fant man i en annen norsk studie. Her viste det seg at også kommunikasjonsferdighetene var blitt bedre etter simuleringen (12).

Debrifningen gir studentene mulighet til å reflektere over egne ferdigheter (13). I dette prosjektet definerer vi «debrifning» som ettertanke etter gjennomført simulering i den hensikt å skape et følelsesmessig klima som tillater at hendelsen og innsatsen bearbeides fornuftsmessig og følelsesmessig. Debrifning kan sammenliknes med veiledning og må derfor være rettet mot et læringsutbytte som er tydelig beskrevet på forhånd.

Debrifning, slik det ble gjennomført i prosjektet, har tre faser: beskrivelsesfasen, analysefasen og anvendelsesfasen. Det er her det bygges bro mellom kunnskap lært gjennom simulering og anvendelsen av kunnskapen i praksis (12, 14). Etter gjennomført simulering tok fasilitatoren ansvaret for å gjennomføre en strukturert debrifning som er innrettet mot læringsmålene.

Etiske drøftinger

Simulering har til hensikt å oppøve ferdigheter som kan redde liv, forebygge sykdom og bedre folks helse. Helsepersonell og studenter oppfordres til å delta i denne læringsaktiviteten. Simulering har et moralsk formål ved at det kan bedre livet for personer som befinner seg i kritiske eller sårbare tilstander.

Læringsmetoden er utfordrende, men skal ikke være så utfordrende at det ikke er mulig for deltakerne å gjennomføre den. Simulering skal praktiseres innenfor trygge rammer, og deltakerne må kunne gjøre feil uten at dette kommer andre studenter eller kolleger for øre (15). Derfor må simuleringen kvalitetssikres, og resultatene må undersøkes, vurderes og dokumenteres i en skriftlig rapport.

Kunnskapen som nedfelles i rapporten, er viktig for å kunne videreutvikle simuleringsteknikken. Her vil audiovisuelle opptak være til stor nytte. Opptakene gir mulighet til etterpå å kunne betrakte seg selv utenfor settingen, og i kombinasjon med debriefingen kan dette stimulere til selvrefleksjon (16, 17). Skulle man ønske å utvide simuleringen ved bruk av audiovisuelle opptak, bør man påse både at det er gitt informert samtykke, og at det finnes adekvate rutiner for oppbevaring og sletting av alt materiale (15).

Oppsummering

Mye tyder på at studentene opplever simulering som krevende, men samtidig spennende og morsomt. Under simulering konfronteres de med handlingsvalg på samme måte som i en ekte klinisk situasjon. Mangel på kunnskap, selvinnsikt og vurderingsevne blir synliggjort hos både studenter og helsepersonell. Slike situasjoner kan utfordre fasilitatorene og utløse etiske dilemmaer knyttet til simuleringstedets ansvar i henhold til pasientsikkerhet og deltakernes integritet. Helsepersonelloven lovfester en plikt til å melde fra om alvorlige hendelser som inntreffer under simulering.

Både Diakonhjemmet Sykehus og VID vitenskapelige høyskole er svært opptatte av kvalitetssikring av helsetjenesten, utdanning av helsepersonell og av pasientsikkerhet. Ved å dra vekslers på hverandres kliniske og pedagogiske kompetanse vil scenariobasert simulering kunne bli en viktig læringsarena for både studenter og ansatte, og fremstår som et sentralt virkemiddel i arbeidet med kvalitetssikring og pasientsikkerhet.

Eldre pasienter har krav på kunnskapsbasert og sikker behandling utført av kompetent helsepersonell.

Endringer i pasientens tilstand kan oppstå raskt og ubemerket. Erfaringer viser at medisinsk simulering har en stor og positiv innvirkning på studenters ferdigheter i systematiske observasjoner, vurderinger og tiltak innenfor sykepleierens ansvarsområde. Liknende positive effekter fant vi også på helsepersonells handlingskompetanse, forberedthet og samarbeid i komplekse pasientsituasjoner. ■

Referanser

1. WHO. The world health report 2000. Genève; 2000. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=13 (nedlastet 28.06.2017).
2. Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B, red. Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
3. Andfossen NB, Lied KB, Struksnes S, Ødegården T. Kort innføring i simuleringsteknikk. I: Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B, red. Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 11–42.
4. Benner P. Educating nurses: a call for radical transformation. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
5. Lied KB. Simulering som didaktisk metode: en studie av sykepleierstudenters oppfatning av læring ved fullskalasilulering. (Masteroppgave.) Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer; 2010.
6. Løviknes R, Struksnes S. Indre motivasjon og ytre krav. Sykepleiestudenters utvikling av klinisk blikk. Nordisk sykeplejeforskning. 2013;3(3):164–75.
7. Ballangrud R. Pasientsikkerhet og simulering. I: Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B, red. Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 62–70.
8. Tosterud R. Simulering – en hensiktsmessig læringsmetode. I: Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B, red. Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 78–87.
9. Reason P, Bradbury H. The SAGE handbook of action research. Thousand Oaks: Sage; 2008.
10. Lindenskov L, Goth US. Livets ABC. Medisinsk simulering som kvalitetssikring for pasientbehandling. Et samarbeidsprosjekt mellom Diakonhjemmet Sykehus og VID vitenskapelige høyskole. Oslo: VID vitenskapelige høyskole; 2017. VID rapport 2017/6. Tilgjengelig fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2450637/Lindenskov%20goth%20vidrapport%202017.pdf?sequence=6&isAllowed=soft%20hyphen> (nedlastet 08.01.2018).
11. Hayden JK, Smiley RA, Alexander M, Kardong-Edgren S, Jerjes PR. The NCSBN national simulation study: a longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. Journal of Nursing Regulation. 2014;5(2):3–40.
12. Gabrielsen AK, Karlsen MMW, Falch AL, Stubberud DG. Kommunikasjonskurs med simulering. Sykepleien Forskning. 2016;11(2):184–92. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/kommunikasjonskurs-med-simulering> (nedlastet 11.01.2018).
13. Cant RP, Cooper SJ. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: an umbrella systematic review. Nurse Educ Today. 2016;49:63–71.
14. Tosterud R, Hall-Lord ML, Petzäll K, Hedelin B. Debriefing in simulation conducted in small and large groups – nursing students' experiences. Journal of Nursing Education and Practice. 2014;4(9):173–82.
15. Hofmann BM. Etiske og juridiske aspekter ved simulering. I: Ødegården T, Struksnes S, Hofmann B, red. Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 71–77.
16. Thidemann IJ. High-fidelity simulation among bachelor students in simulation groups and use of different roles. Nurse Educ Today. 2013;33(12):599–604.
17. Thidemann IJ, Tønnessen VH. Simulerer akutsituasjoner. Sykepleien. 2011;99(10):64–5. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/09/simulerer-akutsituasjoner> (nedlastet 11.01.2018).





RADIOHJELPEN: Ikke alle hadde råd til å kjøpe radio på 1950-tallet, da dette bildet ble tatt. Noen eldre var så heldige at de fikk radio av NRKs Radiogavefond. Radiogavefondet hadde som formål å skaffe radio til gamle og syke som ikke selv kunne kjøpe en. Finansieringen besto blant annet av innsamlende midler fra Ønskekonserter. Utdelingen foregikk etter søknad, men på grunn av trang økonomi gikk det ofte et par år før søknaden ble innvilget. Her mottar en gammel sengeliggende mann sin radio fra Radiogavefondet, og det er fondets formann John Bergh som overrekker gaven. NRKs Radiogavefond ble stiftet i 1937.

Kilde: NTB/Scanpix

Sett helsefremmende sykepleie på timeplanen

Sykepleierstudenter får mer kunnskap om helsefremmende og forebyggende sykepleie blant eldre, når de må løse oppgaver som omhandler disse temaene i praksis på sykehjem og i hjemmetjenesten.

FAKTA

Av **Karin Ravn Pedersen**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Narvik, Universitet i Tromsø

Anne Svelstad Evju, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, Narvik, Universitet i Tromsø

denne artikkelen ønsker vi å belyse hvordan sykepleierstudenter kan få styrket kunnskap og ferdigheter innenfor helsefremmende og forebyggende sykepleie, og gir eksempel på hvordan praksis i sykehjem og hjemmetjenesten kan bidra til det.

Folkehelsearbeid har fått økt oppmerksomhet de siste årene, særlig etter at innføringen av folkehelseloven (1) og folkehelseperspektivet skal synliggjøres på samfunns-, gruppe- og individnivå (2). Sykepleiere er viktige aktører i folkehelsearbeidet i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid. Sykepleieutdanningen må utdanne sykepleiere i takt med samfunnets utvikling og bidra til kunnskap om å fremme helse og forebygge sykdom. Det viser seg at vi som utdanning kanskje ikke har lyktes med dette. En studie viser at sykepleiere angir at de ikke lærte mye om helsefremmende og forebyggende arbeid i sykepleierutdanningen, men at det var på arbeidsplassen etter endt utdanning de lærte mest om denne delen av sykepleiefaget (3). Studien peker på at det bør skje

er læringsutbyttet innenfor dette emnet lite konkret og oppdatert i forhold til nye nasjonale føringer. Hvis helsefremmende og forebyggende sykepleie skal bli tydelig forankret i utdanningene, bør det være et gjennomgående tema i alle tre studieårene og det bør få større fokus når studenten er ute i praksis. Flere trekker tvil om praksisarenaens kompetanse er tilstrekkelig innenfor helsefremmende arbeid (5, 6). Hvis vi skal få styrket kompetanse hos nyutdannede sykepleiere, og praksisfeltet skal få økt fokus på helsefremmende og forebyggende sykepleie, så må utdanningen og praksis samarbeide.

Praksis som læringsarena

Tradisjonelt har sykepleieutdanningen fokusert på helsefremming og forebygging blant barn og unge, og fortsatt velger enkelte utdanninger praksis i helsestasjon med fokus på denne tematikken. I de øvrige praksisperiodene kan det se ut som at helsefremming og forebygging ikke blir vektlagt i like stor grad (4). Sykehjem og hjemmetjenesten er etter vårt syn en god arena for å jobbe med helsefremmende og forebyggende sykepleie. Her får studentene en større forståelse av hvordan omgivelsene har betydning for pasientens helse, og studentene har mulighet til å ha fokus også på helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Praksisperiodene går over åtte uker og de har mulighet til å ha tett oppfølging av noen pasienter over tid, og dermed se effekten av tiltakene både på individ og gruppenivå. Vi har innført arbeidsoppgaver i praksis som synliggjør dette fokuset både i sykehjem og hjemmetjenesten. Det overordnede læringsutbyttet har vært at studentene skal ha handlingskompetanse

«Studentene fikk erfare hvordan manglende rutiner fikk betydning for en hel pasientgruppe.»

en styrking av folkehelsearbeid i utdanningene, og at praksisfeltet representerer en sentral læringsarena.

En annen studie (4) med fokus på hvordan sykepleieutdanningene vektlegger helsefremmende og forebyggende arbeid, viser at etter endt utdanning



PÅ TUR: I hjemmetjenesten kan det å hjelpe den eldre til å være mer i aktivitet, være et helsefremmende tiltak. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

til å delta i helsefremmende sykepleie og fokusere på å styrke positive faktorer hos pasienten, og at de skal kjenne til risikofaktorer og iverksette tiltak for å forebygge sykdom. Forebyggende helsearbeid til eldre omhandler forebygging av sykdom, skade og tidlig død. Det handler om å bedre bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (7). I hjemmetjenesten vil målsettingen være å forebygge innleggelse i institusjon og opprettholde de funksjoner som den enkelte innehar. I sykehjem vil målsettingen kanskje være at pasienten unngår sekundære lidelser som går utover pasientens livskvalitet, men også her er det mulig å ha fokus på helsefremmende og primærforebyggende sykepleie.

Ulike begreper

Vi har erfart at noe av utfordringene ved å innføre arbeidsoppgaver knyttet til dette sykepleieperspektivet, handler om begrepsforståelsen. Begrepsmessig så skilles det mellom et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Tidligere forskning tyder på at sykepleiere har en uklar forståelse av disse begrepene (3, 6), og

«Vi som utdanning ønsker større fokus også på primærforebyggende og helsefremmende tiltak.»

hvordan de som begrep kan integreres og utøves innenfor ulike helse- og omsorgstjenester (3). Forebygging brukes ofte som et fellesbegrep for begge perspektivene (8). Sykdomsforebygging har sitt utgangspunkt i problem og sykdom, og målet er å forhindre, utsette eller minske følgetilstander av sykdom. Ofte skilles det mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging omhandler innsats som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår (8). Hos eldre vil primærforebyggende tiltak ha to hovedmålsettinger; å forebygge aldersrelaterede sykdommer og forebygge skrøpeligheit (frailty). Det sekundærforebyggende arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Tertiærforebygging har som mål å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager (3). I sykepleien kan sistnevnte ofte grense opp mot rehabilitering og pleietiltak, og er i praksis ofte uklare (9). Helsefremming har derimot helse, velvære og livskvalitet som mål, og en

leter etter det som kan gjøre at helsen blir styrket (8).

Erfaringene våre er at studentene vektlegger hva som bidrar til sykdom og har mindre fokus på hva som fremmer helse. Sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid har størst fokus i praksisfeltet og med unntak av helsesøstre, så jobber sykepleiere i mindre grad primærforebyggende (3). Vi som utdanning ønsker større fokus også på primærforebyggende og helsefremmende tiltak. Hvordan kan vi få dette til?

Oppgaver i praksis

I praksisstudier i hjemmetjenesten og sykehjem har studentene ved vår utdanning arbeidsoppgaver med fokus på den helsefremmende og forebyggende sykepleiefunksjonen. Studentene må beskrive og vise til nyere forskning på forekomst, årsakssammenheng, risikofaktorer og tiltak innenfor de områdene de har valgt å vektlegge. I sykehjem valgte studentene å rette oppmerksomhet mot forebygging av underernæring og gjennomførte ernæringscreening på alle pasientene i avdelingen. Studentene mente at arbeidsoppgaven ga dem større forståelse av betydningen av systematikk innenfor forebyggende arbeid. Å arbeide systematisk med forebyggende innsats krever en tydelig forankring i ledelsen. Studentene fikk erfare hvordan manglende rutiner fikk betydning for en hel pasientgruppe, da ernærings tiltakene ble iverksatt på bakgrunn av tilfeldig vurdering av enkeltpasienter. Ernæringscreening skal gjøres rutinemessig på alle pasienter innlagt i sykehjem og pasientene skal ikke kartlegges ut ifra skjønnsmessig vurdering (10, 11). I dette tilfellet resulterte det til foreslåtte tiltak og rutineendringer i avdelingene. Denne måten å sette forebyggende arbeid på dagsordenen, kan ha stor verdi for studentenes evne til å se hvordan temaet knyttes til eldre i sykehjem.

Gjennomgående tema i hjemmetjenesten er forebygging og helsefremmende tiltak ved for eksempel overvekt, inaktivitet, ensomhet og falltendens. Her må de kartlegge risikofaktorer for den enkelte pasient og i samarbeid med pasienten sette i verk tiltak. Hjemmetjenesten er den praksisarenaen hvor studentene har størst mulighet til å se pasienten i hans omgivelser og få bedre innsikt i mulighetene som ligger i hjemmemiljøet. Her får de større forståelse for hvem personen er, interesser og hva som preger den enkeltes hverdagsliv. Gjennom arbeidsoppgaven i denne praksisen forsøker vi å bevisstgjøre studenten på å hva helse er for den enkelte pasient i hjemmetjenesten. Helse er et subjektivt begrep som gjerne ilegges ulik betydning ut ifra

den enkeltes situasjon. En studie om eldres forståelse av helse viser at de vektlegger betydningen av å være i stand til å være den man er, å kunne gjøre det man pleier å gjøre og kjenne seg vel og ha krefter (5, 12). Det kan være utfordrende å forstå hva dette innebærer for en frisk og ung sykepleiestudent, men viktig for å forstå hva helsefremmende sykepleie til eldre innebærer.

Evalueringen tyder på at arbeidsoppgaven i hjemmetjenesten gir studentene større innsikt og forståelse av helse og helsefremming, der de ser mennesket som en del av en større helhet. I hjemmetjenesten har studentene lettere for å få tak på den gamles historie og interesser. For å støtte personen i opplevelsen av å være den en er, er det grunnleggende å bli kjent med den eldre som person og finne ut om den eldre familie og sosiale forhold (5). En student fortalte at hun hadde møtt samme pasient i sykehus og hadde blitt overrasket da hun kom hjem til pasienten og fikk sett mer av det hun kalte «pasientens levde liv». «Jeg ble så overrasket da jeg skjønte at dette var en svært bereist mann og da vi snakket sammen skjønte jeg også at han var svært kunnskapsrik. Jeg tenkte ikke over det da han lå i den blå sykehusskjorten på sykehuset». For denne studenten ble det viktig å bekrefte pasienten og hun opplevde også at hun ble mer bevisst på pasientens ressurser og muligheter enn hun var da hun møtte pasienten i sykehus.

Helsefremmende sykepleie i hjemmetjenesten kan også omfatte motivasjon til livsstilsendring eller motivasjon til å ivareta egenomsorg. Studentene har fått kjenne på hvor fort dette blir nedprioritert i en travelt hverdag der det er begrensede ressurser tildelt den enkelte pasient.

Tidligere studier viser at den helsefremmende og rehabiliterende funksjonen ofte blir nedprioritert i hjemmetjenesten (9) og at brukermedvirkning ofte blir oversett når det er mangel på tid og ressurser til den enkelte pasient (13). Vi opplever at studentene argumenterer godt for behov for helsefremmende og rehabiliterende tiltak hos pasientene. En student sa «nå ser jeg hvor viktig det er at vi pusher pasienten til å gjøre ting selv og at han trener, han vil jo kjenne på at han har krefter til å klare det selv, selv om det tar mindre tid om jeg gjør det». Mange av studentene opplever at pasientene av og til motarbeidet dem når de kommer med forslag til helsefremmende tiltak. Sykepleiere har en viktig oppgave i å synliggjøre pasientens ressurser.

Mange pasienter i hjemmetjenesten har mere ressurser enn de gir uttrykk for og noen ønsker å være i sykerollen, noe som kan være utfordrende når målet er egenomsorg (9). Dette er dilemmaer som blir pro-

blematisert og som vi diskuterer i gruppeveiledninger.

Samarbeid med praksisfeltet

Vi har stor tro på studentenes arbeidsoppgaver som involverer deltakelse fra praksisfeltet. Ved å lysette tematikken kan det engasjere praksisfeltet og kanskje også synliggjøre manglende fokus innad på arbeidsplassen. Vi ønsker at studentene, gjennom arbeidsoppgaver og diskusjoner med sine veiledere i praksis, har fokus på hva som skal til for at de har gode nok rammer for å jobbe helsefremmende og forebyggende.

Vi anser også det som viktig å gi noe tilbake til praksisfeltet ved at utdanningen arrangerer fagdager der dette temaet belyses. Ved sykepleieutdanningen UIT, Narvik har vi arrangert fagdager for helsepersonell og studenter der forebyggende og helsefremmende innsats i forhold til for eksempel ernæring og fysisk aktivitet hos eldre har vært vektlagt. Det er vårt bidrag til å styrke kompetansen og interessen for forebyggende og helsefremmende sykepleie for både studenter og sykepleiere fra praksis. ■

Referanser

1. Folkehelsesloven. Lov om folkehelsearbeid 2012.
2. Meld. St. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Melby L, Mandal R. Forebyggende og helsefremmende arbeid (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten. 2015. Report No.: 8214059720.
4. Pedersen KR, Tingvoll W-A, Vestly S. Folkehelseperspektivet i sykepleierutdanningens fagplaner. I: Kassah BL, Tingvoll W-A, Nordahl-Pedersen H, red. Forebyggende helsearbeid: sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
5. Berg GV. Eldre sykehuspasienter - helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien. I: Larsen T, Gammersvik Å, red. Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
6. Gammersvik Å, Alvsvåg H. Forståelse av helsefremming i sykepleie. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2009;5(2):18–29.
7. Ranhoff AH. Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
8. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
9. Evju AS, Pedersen KR, Tingvoll W-A. Sykepleiernes møte med rehabiliteringspasienten/brukeren i kommunehelsetjenesten. I: Kassah BL, Tingvoll W-A, Nordahl-Pedersen H, red. Forebyggende helsearbeid: sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
10. Guttormsen AB. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring; 2009.
11. Evju AS, Lindgren S. Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen? Geriatrisk sykepleie. 2017;1:26–9.
12. Berg GV, Sarvimäki A, Hedelin B. Hospitalized older peoples' views of health and health promotion. International Journal of Older People Nursing. 2006;1(1):25–33.
13. Jenssen AG. Brukermedvirkning i sosialtjenesten: en studie av sosialarbeidernes perspektiv. Trondheim: NTNUI; 2009.



– De kommer som sykepleiere,

FAKTA

Av **Karin Ravn Pedersen**, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet

Wivi-Ann Tingvoll, førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet

Randi Inger Johanne Nymo, førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT – Norges arktiske universitet

For å gi sykepleierstudentene erfaring med faglig ledelse utviklet UiT Narvik et nytt praksisemne på sykehjem. Praksisveilederne opplevde etter hvert studentene som likeverdige parter.

Denne artikkelen omhandler praksisveilederes erfaringer som veiledere for sykepleierstudenter på kommunale sykehjem. Praksisveilederne skal bidra til å utvikle studentenes handlingskompetanse i faglig ledelse for å styrke dem til å møte komplekse oppgaver som nyutdannede sykepleiere.

I henhold til Rammepplan for sykepleierutdanning (1) skal nyutdannede sykepleiere ha handlingskompetanse til å møte et mangfold av oppgaver og funksjoner på ulike nivåer i dagens helse- og omsorgstjeneste.

Det vil si at sykepleiere skal ha handlingskompetanse innen flere felt: lindring, behandling, helsefremming, forebygging, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (1, 2). Disse ulike oppgavene og funksjonene ved sykepleie skal veves sammen til en helhet i utøvelsen av sykepleiefaget.

Manglende kompetanse

Flere peker imidlertid på at nyutdannede sykepleiere mangler kompetanse i administrasjon og ledelse, og at de er usikre på hvordan de skal organisere eget arbeid og delegerer arbeidsoppgaver (3–8).

Sammendrag

Bakgrunn: Ved UiT Narvik er det utviklet et nytt praksisemne i sjettede semester på sykehjem, hvor studentene skal fungere som faglige ledere, delta i kvalitetsarbeid og veilede studenter og medarbeidere.

Hensikt: Artikkelen belyser noen praksisveilederes erfaringer med å veilede siste års sykepleierstudenter etter ny praksismodell med faglig ledelse på sykehjem.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Fokusgrupper ble benyttet til datainnsamling. Det ble gjennomført to fokusgrupper med deltakere fra fem ulike sykehjem. Analysen av dataene er inspirert av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.



Resultat: Studien viser at det stilles større krav til praksisveileder som fagpersoner. Den nye praksismodellen utfordret praksisveilederne til å overlate mer ansvar til studentene enn det de var vant til som veiledere. Praksisveilederne mente at studentene i denne praksisperioden ble sett på som sykepleiere i en opplæringsfase, og ikke som studenter.

Konklusjon: Innføringen av en ny praksismodell kan få studentene til å se sykehjem som en interessant og fremtidig arbeidsplass. Emneplanens vektlegging av faglig ledelse kan også bidra til at sykepleiere går til en jobb på et sykehjem med en handlingskompetanse som gir mindre usikkerhet, og at de er bedre i stand til å takle det store ansvaret som nyutdannede sykepleiere.

ikke som studenter



TRAVELT: Mangelen på sykepleiere og medisinsk ansvarlige fører til at sykepleierne må ta mange beslutninger alene, uten mulighet til å rådføre seg med andre kollegaer. Illustrasjonsfoto: Michael Erhardsson / Mostphotos

Summary

Background: A new practical training course for nursing homes has been developed for 6th term students at UIT Narvik. The students are expected to function as professional managers, participate in quality control routines, and supervise students and fellow workers.

Objective: The article highlights some of the experiences of the practical training supervisors during their supervision of the final year nursing students.

Method: The study followed a qualitative design where focus groups were used for data collection. Two focus groups were used with participants from five different nursing homes. Data were analysed according to Granheim and Lundhamns content analysis.

Results: The study finds that the practical training supervisor

experiences increasing demands as a professional manager. The new practice model challenged supervisors to delegate greater responsibility to students than they were used to. The practical training supervisors came to view the students as nurses-in-training rather than students.

Conclusion: The introduction of a new practical training model may contribute towards a change in perceptions about nursing homes among students and promote nursing homes as an interesting future workplaces. The curriculum's focus on professional management may furthermore lessen insecurities among newly appointed nursing staff at these institutions such that they are better equipped to cope with this great responsibility as recently graduated nurses.



Mangel på støtte og veiledning i rollen som faglig leder og mangel på muligheter til å reflektere omkring funksjonen som teamleder er problematisert i andre studier (4). De fant også at sykepleieres lederrolle ikke er god nok tydeliggjort gjennom utdanningen, noe som fører til usikkerhet hos nyutdannede sykepleiere.

Utdanningen skal forberede sykepleierstudentene på en arbeidshverdag der det forventes at de mestrer et mangfold av oppgaver og situasjoner. I en studie av nyutdannede sykepleieres meninger om hva som bør vektlegges mer under utdanningen, er utvikling av lederegenskaper noe som løftes frem (9).

Muligheten til å praktisere som faglige ledere, i motsetning til kun å observere, kan være begrenset i løpet av studentenes praksis (8). Ledelse består av en rekke ulike aktiviteter, som å vurdere pasienters behov for sykepleie, delegere oppgaver, følge opp og samarbeide med medarbeidere og samhandle på tvers av profesjoner (10).

Når studentene får praktisere som faglige ledere og gjennomføre ledelsesoppgaver og -aktiviteter, får de en bedre forståelse av hva som kreves av nyutdannede sykepleiere (8). Studier viser at en kombinasjon av tilstrekkelige utfordringer og veiledning fra praksisveiledere bidrar til å styrke studentenes handlingskompetanse som faglige ledere (8, 11).

Ledelse på sykehjem

Sykehjemmene er en del av kommunens helse- og omsorgstjeneste, og har i kjølvannet av samhandlingsreformen fått tilført nye oppgaver (12). Som en følge av kortere liggetid på sykehus har sykehjemmene fått pasienter med omfattende behov for medisinsk behandling, pasienter til rehabilitering, og pasienter som trenger palliativ omsorg og pleie (13). I tillegg er det økte krav til dokumentasjon og til å mestre avanserte teknologiske hjelpemidler.

Sett under ett krever de mange og store oppgavene som er tillagt sykehjemmene, en helhetlig organisering, hvor komplekse individuelt tilpassete behandlingsforløp skal ivaretas.

Sykepleiere på sykehjem arbeider under et kraftig rasjonaliserings- og effektivitetspress. Underbemanning fører til stort arbeidspress, som igjen fører til manglende rekruttering og høyt frafall (14). Dette medfører et stort press på en utsatt sykepleiergruppe til å møte den enkelte beboers behov for blant annet pleie og omsorg (15), noe som krever tett dialog med pasienten og en bevissthet om den konteksten pasienter lever i, og hvilke nettverk han inngår i.

Prioritere og delegere

Sykepleierne må kjenne til sykehjemets oppgaver, funksjon, organisering og styringsstrukturer – det som legger rammene for sykepleiernes arbeid. Det betyr at sykepleierne, i tillegg til å ha kunnskap om pasientenes grunnleggende behov, også må ha kunnskap om og erfaring med andre faggruppers kompetanse og arbeidsfelt (10).

En sykepleier som er leder på et sykehjem, må derfor bygge relasjoner med andre faggrupper og være med på å utvikle og lede teamarbeid. Sykepleiere som har det faglige ansvaret i en kompleks organisasjon, må dermed være bevisst på hvordan de organiserer eget arbeid, delegerer arbeid til andre og utfordrer sine medarbeidere.

En utfordring er at sykehjemmene har et stort antall ufaglærte og mangel på sykepleiere (14). Dette gjør det vanskelig for sykepleierne å prioritere og delegere arbeidsoppgaver i hverdagen. Mangelen på sykepleiere og medisinsk ansvarlige fører til at sykepleierne må ta mange beslutninger alene, uten mulighet til å rådføre seg med andre kollegaer (14, 16, 17).

Det omfattende tjenestetilbudet som sykehjem skal ivareta, er likevel en viktig læringsarena for studentene, fordi de blir utfordret til å bli selvstendige og utvikle seg faglig til sykepleiere. Studentene har mulighet til å bli bevisst ledelse av eget fag og betydningen av samhandling med andre kollegaer i en presset hverdag.

Ny praksismodell

For å styrke sykepleierstudentenes handlingskompetanse i faglig ledelse ble det utviklet et praksisemne på sykehjem sjette semester. Emnet ble utarbeidet i tett samarbeid med ledere og veiledere på sykehjem for å få en felles forståelse av det faglige innholdet i emnet og hvilke forpliktelser utdanningen og praksisplassen har for gjennomføringen. Ledere og praksisveiledere får dermed en mer aktiv rolle med tanke på studentenes læringsutbytte. I tillegg er målet med emneplanen (18) å utfordre sykehjemmene til å jobbe kunnskapsbasert.

Ifølge emnebeskrivelsen skal studentene ha oppnådd handlingskompetanse i å lede og organisere sykepleie for en gruppe pasienter, samarbeide på flere nivåer, delta i tverrprofesjonelt samarbeid og veilede førsteårsstudenter, pasienter og pårørende. Videre skal studentene ha kunnskap om og bidra til kvalitetsforbedrende tiltak, internkontroll og avviksrapportering.

Disse oppgavene er ikke knyttet til den daglige driften av avdelingen, og blir dermed mindre vektlagt i tidligere praksisstudier (6). Det er valgt et høyere kunnskapsnivå enn det som er beskrevet i

rammeplanen for sykepleierutdanningen (1). Årsaken er store, strukturelle endringer på sykehjem de senere årene og større krav til kompetanse hos nyutdannede sykepleiere.

I denne studien har vi undersøkt praksisveilederes erfaringer med å veilede siste års sykepleierestudenter, i en sykehjemspraksis hvor målet har vært faglig ledelse og selvstendig yrkesutøvelse. Forskningsspørsmålet er: «Hvilke erfaringer har praksisveilederne i møte med sykepleierestudenter etter ny praksismodell?»

Metode

Studien har et kvalitativt design. Som metode for datainnsamlingen ble det valgt fokusgrupper. Det er to kjerneelementer i bruken av fokusgrupper. Det første er at gruppen ledes av en moderator, som skal presentere et klart tema og hjelpe til med å holde fokus uten å påvirke gruppen. Det andre er fokusgruppens mål om å bringe frem deltakernes oppfatninger, holdninger og følelser knyttet til temaet som blir presentert (19).

Interaksjonen – den gjensidige påvirkningen mellom deltakerne i gruppen – påvirker diskusjonen og setter i gang refleksjon. Gruppedynamikken genererer rikere data enn ved individuelle intervjuer (19, 20).

Det ble høsten 2016 gjennomført to fokusgrupper med fire praksisveiledere i hver gruppe samt moderator og observatør. Deltakerne var strategisk utvalgte praksisveiledere ved fem sykehjem som hadde veiledet studenter etter ny praksismodell. To av sykehjemmene var i en bykommune, mens tre sykehjem var i mindre kommuner. Alle praksisveilederne som ble forespurt, takket ja til deltakelse i fokusgrupper.

Temaene som ble diskutert i gruppene, var erfaringer med ny emneplan og studentenes utvikling av selvstendighet i lederrollen. Synliggjøring av overordnede faglige krav, kvalitetsarbeid og utvikling av kompetanse til å ta sykepleiefaglige beslutninger ble også tematisert. Bevisstgjøring av dem selv som veiledere og rollemodeller for studentene ble også diskutert. Fokusgruppesamtalene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert ordrett.

Etiske overveielser

Det ble delt ut informasjonsskriv og forespørsel om å delta i prosjektet til noen utvalgte sykepleiere som hadde veiledet i praksis i sjettemåned på sykehjem. Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Studien ble meldt inn

til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen. Data er lagret etter gjeldende retningslinjer.

Metodekritikk

Moderatorer for og observatører i fokusgruppene var også lærerveiledere for noen av studentene i praksis. Forskerne har således vært delaktige i hele prosessen, fra å være veiledere og lede fokusgrupper til å analysere og tolke dataene. Dette kan være en svakhet ved studien. Som forskere har vi vært bevisste på å distansere oss fra eierforholdet til praksismodellen og prøvd å forholde oss nøytralt til innsamlete data.

Analyse

I analysen ble det benyttet en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (21). Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk analyse av tekst, der man ønsker å forstå hvordan teksten gir mening og innhold til et bestemt fenomen.

I den første delen av analysen ble all tekst lest gjennom for å få en oversikt over datamaterialet. Etter første gjennomlesing var det noen temaer som dukket frem.

«Veilederne mente at det manglet respekt for sykepleierne på enkelte av institusjonene.»

Teksten ble så kondensert i meningsenheter, abstrahert og kodet i kategorier og subkategorier. Praksisveilederens erfaringer ble sortert under tre hovedoverskrifter: 1) synliggjøring av ansvaret som faglig leder, 2) utfordret på egen yrkesidentitet og 3) likeverdige parter.

Funn

Synliggjøring av ansvaret som faglig leder

Praksisveilederne var opptatt av at rollen som sykepleier på et sykehjem også innebattet et stort ansvar for å ha oversikt over avdelingen og å kunne delegerer oppgaver til medarbeidere. De må ha kunnskap om medarbeidernes kompetanse og kunne delegerer arbeidsoppgaver ut fra tilgjengelige ressurser og pasientenes behov for tjenester.

Kunnskapen om de øvrige ansattes kompetanse var en del av det faglige lederansvaret. Samtidig hadde de mange oppgaver som ikke var synlige for andre. Veiledning av studentene etter ny emneplan førte til mer





inkludering av studentene og at oppgaver som studentene ikke hadde sett i tidligere praksis, ble synliggjort. En praksisveileder omtalte tidligere erfaringer med studentene slik: «[Studentene] har bare sett at noen forsvinner inn på et kontor for å gjøre et eller annet, og plutselig er den hemmelige døren åpen.»

Flere poengterte at deres rolle som praksisveiledere var å gjøre studentene mer bevisste på den faglige lederrollen. En sa det slik: «Når du er ferdig utdannet sykepleier, da er du leder og skal lede andre. De må bli mer bevisste på den rollen, ja.»

I løpet av diskusjonen kom det frem at veilederne mente at det manglet respekt for sykepleierne på enkelte av institusjonene. De hadde problemer med å formidle hvilket ansvar som var tillagt dem som faglige ledere, fordi de ofte var alene som sykepleiere på vaktene. Det gjorde det utfordrende for dem å prioritere arbeidsoppgavene.

En praksisveileder sa det slik: «Du er veldig ofte alene på vakt, du har mye ansvar og må ta avgjørelser når ting skjer.» En annen sa: «Du må prioritere de oppgavene som bare du kan gjøre – så delegere. Lage en struktur i arbeidet.» En tredje mente: «Det er for få sykepleiere, vi er ikke sterke som gruppe på de stedene vi jobber.»

Flere av deltakerne i gruppene hadde mange års arbeidserfaring, og poengterte at det var en styrke for å kunne være tydelige som faglige ledere. Det gjaldt overfor både medarbeidere og pårørende. En av deltakerne sa: «Den respekten de har til deg, bygger på faglig argumentasjon i enhver situasjon ... Det kommer med årene.» En annen sa: «Det der å snakke med pårørende er liksom noe du lærer etter hvert og blir bedre på år etter år.»

Gruppene var også opptatt av sitt ansvar som faglige ledere for å tilby kvalitativt gode tjenester, og fremhevet hvor viktig det var å være oppdatert på nasjonale føringer. De diskuterte viktigheten av kunnskap om lovverk og kvalitetsforbedring ved bruk av avviksregistrering. En av deltakerne poengterte følgende: «Det skal være mer fokus på lovverket, fordi pasienter og pårørende som vi har i dag, er bevisste på det meste.»

Det var ulike erfaringer med avvikshåndtering ut fra hvilken institusjon praksisveilederne jobbet på. En sa: «Vi skriver ut statistikk og bruker det når vi har personalmøter. Vi samarbeider for å få kvaliteten bedre.» En annen sa det slik: «Det går i glemmeboken, det er mangelfull oppfølging av avvikene.»

Felles for alle praksisveilederne var at studentene

fikk veiledning og deltok i dokumentasjon og registrering av de avvikene som hadde oppstått i løpet av praksisperioden.

Utfordret på egen yrkesidentitet

Praksisveilederne fikk utdelt emneplanen for sjette semester før praksisstart. Emneplanen beskriver



LEDE: En sykepleier som er leder på et sykehjem, må bygge relasjoner med andre faggrupper og være med på å utvikle og lede teamarbeid. Illustrasjonsfoto: Michael Erhardsson / Mostphotos

studentenes læringsutbytte etter endt praksis. Praksisveilederne hadde god kjennskap til innholdet i planen. De mente at den var annerledes enn det de hadde sett tidligere, og de ble utfordret som fagpersoner.

En sa at «det var noe annet ... Det utfordrer deg til å tenke som leder», mens en annen uttalte at «når jeg leste gjennom den, så tenkte jeg: Kan jeg nå alt dette?».



En deltaker sa det slik: «Man føler et større press for å skjerpe seg ... Det oppleves kanskje litt som en eksamen hver dag å ha en tredjeårsstudent.»

Praksisveilederne diskuterte erfaringer med egen veiledning. De måtte tenke på en annen måte og tørre å gi studentene tillit og ansvar. Noen opplevde det som en utfordring å overlate oppgaver til studentene. En deltaker uttalte følgende: «Vi må ha tillit til [studentene], ikke overkontrollere dem hele tiden.» En annen sa: «Vi tenker heller sånn: Her er en nyutdannet sykepleier som er på opplæring.»

Noen praksisveiledere sa at den beste måten å lære bort på er å være gode rollemodeller for studentene. En

«Praksisveilederne la vekt på at studentene skulle bidra til nytenkning i pasientomsorgen.»

sa at det var viktig «at jeg er et eksempel som lar seg adoptere ... Man vil jo være et forbilde på en måte». En annen deltaker uttalte følgende: «Man kan ikke gjøre noe annet enn å være en rollemodell. De observerer deg som leder, din personlighet i forbindelse med stress ... Å være rollemodell er den beste måten å lære bort.»

Enkelte av deltakerne snakket også om at de opplevde seg som overflødige når studentene skulle ha veilederansvar for førsteårsstudenter. En sa det slik: «I begynnelsen var det litt utfordrende ... for hva ble min rolle da?»

Samtidig mente de fleste i gruppene at veilederoppgaven var viktig fordi studentene får en viss erfaring før de selv skal ivareta studenter. En sa det slik: «Det er det som er veldig bra med denne praksisen – de får kjenne på veilederrollen. Den ble mer ekte på en måte.»

Likeverdige parter

Praksisveilederne var i stor grad positive til å være veiledere for tredjeårsstudenter. Studentene bidro til faglig utvikling i avdelingene med internopplæring og kritiske spørsmål. En deltaker sa følgende: «De kom inn med nye tanker og nye ideer.»

En av deltakerne fortalte at studentene hadde tatt ansvar i en krevende sak som til slutt hadde endt med at Fylkesmannen måtte koples inn. Studenten hadde tatt initiativ til undervisning og nytt stor respekt i personalgruppen i etterkant. «Den rollen [studenten] tok som leder og underviste, det viste at hun var moden, og hun fant plassen sin ganske fort.»



I en hverdag der praksisveilederne ofte er eneste sykepleier på vakt, beskrev de samarbeidet med studentene som viktig på flere måter. De fikk avlastning med sykepleieoppgaver samtidig som de fikk en å drøfte aktuelle problemstillinger med. Som en sa det: «Du får en partner sammen med deg som du kan prate med, reflektere sammen med og som hjelper deg.» En annen sa det slik: «De kommer hit som sykepleiere, ikke egentlig som studenter.»

Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å få frem praksisveilederes erfaringer med å veilede siste års sykepleierstudenter med fokus på faglig ledelse og selvstendig yrkesutøvelse på sykehjem.

Positive veiledere

Studien viser at praksisveilederne var positive til å veilede studentene i siste semester, og at det ble stilt større krav til dem som fagpersoner. Praksisveilederne ble utfordret i funksjonen som faglige ledere, og kravene til dem gjennom emneplanen gjorde at de måtte veilede på en annen måte enn de hadde gjort tidligere.

Veilederes usikkerhet om studentenes kompetansenivå kan føre til at de ikke vet hvilke krav som kan stilles til studentene (22). Studien viser at praksisveilederne hadde god innsikt og eierforhold til emneplanen for praksis (18) og var kjent med hva som var studentenes læringsutbytte. En studie viser viktigheten av at utdanningen og praksisveiledere samarbeider og har samme mål for best mulig å forberede studentene til yrket som sykepleier (8).

Faglig ledelse

Sykepleiernes faglige lederansvar var sentralt i emneplanen, noe som bidro til at praksisveilederne i fellesskap med studentene diskuterte mål, verdigrunnlag og organisering av sykepleietjenesten på sykehjem. Dette blir omtalt som organisering og organisatorisk kompetanse (10). Det kan synes som at den nye praksismodellen ga en tydeligere forståelse av hva faglig ledelse på sykehjem innebærer.

Veiledning i faglig ledelse var nytt for praksisveilederne. De diskuterte hvordan de best mulig kunne veilede studentene gjennom å opptre som gode rollemodeller: Studentene så praksisveilederne i rollen som faglige ledere og observerte hvordan de utførte arbeidsoppgavene og taklet stress. Å være gode rollemodeller innebærer å være ressurspersoner, lærere, konsulenter og rådgivere for andre.

Balansen mellom å overlate ansvaret til studentene samtidig som de ønsket å opptre som gode rollemodeller, krever fleksibilitet og en evne til å styrke studentenes tro på seg selv (8). Praksisveiledere kom i en konflikt mellom behovet for å kontrollere studentene på den ene siden og at studentene skulle få nok utfordringer på den andre. For å få kunnskap om og mulighet til å utvikle seg som faglige ledere er det viktig at studentene får praktisere og utøve aktiviteter samtidig som de får støtte og veiledning (4, 7).

Utfordret yrkesidentitet

Studien viser at praksisveilederne kom i en uvant situasjon der de ble usikre på hva som var deres rolle når studentene tok over enkelte oppgaver. Deres yrkesidentitet ble på en måte truet. Den nye praksismodellen utfordret praksisveilederne til å overlate et større ansvar til studentene enn det de var vant til som veiledere.

Utdanningens emneplan kan gi muligheter til vekst og utvikling hos praksisveilederne, noe som anses som viktig for sykepleiere på sykehjem (17). Samhandlingsreformen (12) krever sykepleiere som har god faglig kompetanse og ser muligheter til endring i arbeidsform og organisering av avdelingens drift.

Vår studie viser at praksisveilederne ikke klarte å synliggjøre til det øvrige personalet hva som ligger i ansvaret som faglig leder, og dermed opplevde manglende respekt som sykepleiere. Det er behov for en tydeligere anerkjennelse av sykepleierrollen på sykehjem (15). Sykepleierne opplever forventninger om å delta i alle oppgavene i avdelingen, og det blir lite tid til sykepleiefaglige og administrative oppgaver. Rollen som faglig leder kan dermed mangle legitimitet blant de øvrige ansatte (4).

Studentene ble diskusjonspartnere

Muligheten til å diskutere faglige problemstillinger og beslutninger i det daglige er mangelfull på sykehjem (17). Det er heller ikke anledning til å diskutere og reflektere over lederrollen i et faglig fellesskap (4). En av årsakene kan være mangel på sykepleiere, og dermed få sykepleiere på hver vakt.

Studien viser at studentene ble viktige diskusjons- og samarbeidspartnere for praksisveilederne. Veilederne så verdien av at studentene kunne bidra i faglige diskusjoner og med kritiske innspill til den daglige driften av sykehjemsavdelingen. Sykepleiere har behov for arenaer for å diskutere faglige problemstillinger og ha mulighet til å tilegne seg ny kunnskap for å være tilfredse i jobben på sykehjem (15).

Faglig utvikling

Emneplanen vektlegger det å kunne jobbe kunnskapsbasert på sykehjem. Studentene hadde før praksisstart fått undervisning i kommune- og helsepolitikk, sentrale styringsdokumenter, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Studien viser at kvalitetsutvikling og det å kunne se sammenhengen mellom oppdatert kunnskap og faglig forsvarlig praksis ble tydeliggjort. Praksisveilederne la vekt på at studentene skulle bidra til nytenkning i og nye ideer for pasientomsorgen.

I sine arbeidskrav i praksisperioden skal studentene bruke ny forskning og krav fra forskrifter og retningslinjer. Gjennomføringen av arbeidskrav ble gjort i tett dialog med praksisveilederne, og resultatet ble lagt frem for de andre ansatte. Dette kan bidra til faglig utvikling og diskusjoner rundt avdelingens praksis.

Emneplanen (18) legger også vekt på at det forventede kunnskapsnivået til studentene i siste semester av utdanningen skal ligge nært opp til det som forventes av en nyutdannet sykepleier. Studentene ble involvert i alle oppgavene til sykepleierne, og tok etter hvert over ansvaret for arbeidsfordeling og pasientoppfølging i løpet av vaktene. Praksisveilederne mente at studentene i denne praksisperioden ble sett på som sykepleiere i en opplæringsfase, og ikke som studenter. Det at praksisveilederne betraktet studentene som likeverdige parter, kan bidra til at studentene blir bedre forberedt som nyutdannede sykepleiere.

Konklusjon

Denne studien viser at sykepleiere på sykehjem som veiledet sykepleierstudenter siste semester, ble mer bevisste på rollen som faglige ledere. Praksisveilederne ble utfordret på egen yrkesidentitet, og de satte pris på studentene som diskusjonspartnere i avdelingen.

Det er mulig at utdanningens oppbygging og fagprofil påvirker studentenes valg av arbeidssted etter endt utdanning. Derfor kan innføringen av en ny praksismodell stimulere studentene til å se sykehjem som en interessant fremtidig arbeidsplass. Emneplanens vektlegging av faglig ledelse kan bidra til at sykepleiere begynner arbeidet på et sykehjem med en handlingskompetanse som gir mindre usikkerhet, samt at de er bedre i stand til å takle det store ansvaret som nyutdannede sykepleiere. ■

Referanser

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanningen. Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 08.01.2018).
2. Kristoffersen NJ. Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skag EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon. Bind 1. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
3. Orvik A. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Sykepleien. 2002; 90(8):42–6.
4. Ekström L, Idvall E. Being a team leader: newly registered nurses relate their experiences. J Nurs Manag. 2015;23(1):75–86.
5. Nilsen SR, Gjellebæk C, Brynhildsen S, Tjøstolsen I, Johansen, SG. Studenter trenger å lære organisering. Sykepleien. 2015;103(11):60–3. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/10/organisasjonskompetanse> (nedlastet 08.01.2018).
6. Blekken LE, Medby AO, Forbord T. Læringsutbytte i sykepleiefaglig ledelse etter praksis der sykepleierstudenter overtok ansvaret for en avdeling. Sykepleien Forskning. 2013;8(4):34452. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/laeringsutbytte-i-sykepleiefaglig-ledelse-etter-praksis-der-sykepleierstudenter> (nedlastet 08.01.2018).
7. Curtis EA, de Vries J, Sheerin, FK. Developing leadership in nursing: exploring core factors. Br J Nurs. 2011;20(5):306–9.
8. Démeh W, Rosengren K. The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education – a qualitative study of nursing students' experiences. Nurse Educ Today. 2015;35(7):888–93.
9. Alvsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. Nordic Journal of Nursing Research. 2006;26(3):34–8.
10. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
11. Nymo R, Pedersen KR, Tingvoll WA. Sykepleierstudenters utvikling av handlingskompetanse i faglig ledelse. Upublisert materiale; 2017.
12. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
13. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepleien Forskning. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem> (nedlastet 08.01.2018).
14. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: NOVA, Velferdsforskningsinstituttet; 2016. Rapport 6/16.
15. Bergland Å, Vibe O, Martinussen N. Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? Sykepleien. 2010;98(1):52–4. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/01/hvordan-fa-sykepleiere-til-se-pa-sykehjem-som-en-fremtidig-arbeidsplass> (nedlastet 08.01.2018).
16. Pedersen KR, Tingvoll WA. Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdags situasjoner. I: Kassah BL, Tingvoll WA, Kassah AK, red. Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Bergen: Fagbokforlaget; 2014.
17. Jacobsen TI, Ruud I, Gladhus L. Avgangsstudenter i sykepleie planla kommunehelsetjenesten som arbeidssted. Klinisk Sykepleie. 2012;32(1):53–61.
18. UiT, studiestedet Narvik. Læreplan for praksisstudier kommunehelsetjenesten 6. semester. Upublisert materiale; 2017.
19. Halkier B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
20. Karlsson B, Lerdal A. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3(3):172–5.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105–12.
22. Aigeltinger E, Haugan G, Sørlie V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning. 2012;7(2). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/06/utfordringer-med-veilede-sykepleierstudenter-i-praksisstudier> (nedlastet 08.01.2018).



Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

Styret i NSF FGD (faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens) har bestemt at bachelorstudenter får tilbud om gratis medlemskap under hele studiene og ut det året de er ferdige med studiet. Som eneste faggruppe har vi et tidsskrift som er vitenskaplig indeksert nivå 1 blad. Det er to utgivelser i året. Vi deler også ut utdanningsstipender og pris til årets sykepleier. Håper alle kan spre «det glade budskap» til studentmedlemmene! Hvordan bli medlem? Send sms med kodeord GERIATRI til 02409

Mvh Gunhild Grythe,
medlemskontakt i NSF FGD



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Faggruppe i vinden

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er nå landets raskest økende faggruppe.

Tekst **Tor Engevik**, leder i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

desember 2017 passerte Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens 2000 medlemmer. Medlemmer som er brennende engasjert i eldrehelse og eldreomsorg arrangerer fagdager og fagkvelder over hele vårt langstrakte land. Vi har årlig en landskonferanse som samler opptil flere hundre deltakere. Ikke minst har vi et meget godt fagblad som du nå holder i hånden. Faggruppen er nå NSF's tredje største, men vi gir oss ikke der og håper at alle våre dedikerte medlemmer fortsetter med å verve medlemmer til det beste for fagutvikling og engasjement for den geriatriske pasient. Med vennlig hilsen et offensivt landsstyre i NSF FGD. ■



LEDER FAGGRUPPEN: Styret i Faggruppen for geriatri og demens 2017-2019, stående fra venstre: vara Frank Eide, nestleder Hilde Fryberg Eilertsen, styremedlemmer Elin Grønsvæn, Wivi-Ann Tingvoll, Katrine Linnom Pedersen og leder Tor Engevik. Sittende: styremedlem Liv Berit Jordal og vara Siren Andreassen.

Magene våre liker å gjenkjenne det vi spiser, derfor er det godt for magen med vanlig mat. Isosource Mix er en sondenæring som består av ekte råvarer som grønne erter, kyllingkjøtt, grønne bønner, fersken, appelsinjuice, vegetabiliske oljer og fiskeolje. At Isosource Mix etterligner vanlig mat i så stor grad som mulig kan ha flere fordeler. Sondenæring basert på vanlig mat kan redusere toleranseproblem samtidig som det kan gi pasienten en følelse av å ha en god matopplevelse*
HURRA FOR EKTE MAT!

Ekte råvarer valgt med omhu

*Hurt RT et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. Nutrition in Clinical Practice. Vol 30, Number 6, December 2015, 824-829.

For helsepersonell



Nestlé Health Science
Tlf. 67817400 www.nestlehealthscience.no



Ny NOU om palliative tjenester

Utredningen NOU 2017: 16 På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende ble avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 20. desember 2017.

Tekst **Liv Wergeland Sørbye**, professor emerita, VID vitenskapelige høyskole

Utvalget bak utredningen besto av elleve personer, deriblant de tre sykepleierne Astrid Rønsen, Anne Marie Flovik og Joran Slaaen. I mandatet ble utvalget bedt om å vurdere innholdet i helsetjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og frem til livets avslutning.

Utvalget har avholdt 13 møter rundt om i landet med navngitte ressurspersoner. Spesielle temamøter har inkludert juridiske, pastoralkliniske og sosialfaglige miljøer samt frivillige.

NOU-en inneholder kartlegginger av hvor befolkningen ønsker å motta behandling og pleie den siste tiden, innholdet i palliasjonen og en kunnskapsoppsummering om palliasjon i andre land.

Manglende forskning på palliasjon

NOU-en slår fast at vi i dag ikke klarer å gi gode palliative tjenester til alle som trenger det. Vi vet at to tredeler av alle dødsfall skjer i kommunehelsetjenesten – den største andelen på sykehjem. Til tross for dette er det meste av ressursene til palliasjon knyttet til sykehusmedisin. Det finnes ingen oversikt over midlene som brukes til forskning. Det finnes heller ingen

egne forskningsprogram for palliasjon i Norge.

Dissens

I det følgende vil to områder hvor det var dissens i utvalget, bli omtalt: Hospiceomsorg og barnepalliasjon. I tillegg vises det til et område med stort

«Det finnes ingen egne forskningsprogram for palliasjon i Norge.»

engasjement: Livets siste dager (tidligere Liverpool care path way). Her er utvalget noe avventende.

Lindrende behandling ble tydeliggjort av Cicely Saunders med åpningen av St. Christopher's Hospice i 1967. I Norge ble hospicefilosofien manifestert i 1995 med åpningen av Seksjon lindrende behandling i Trondheim. Her var den medisinske ledelsen bevisst på at behandlingen skulle være basert på evidensbasert medisin.

I Norge er det i dag fire hospicer som er bygget på hospicefilosofien til Cicely

Saunders. Hospicene er bygget opp og drives av ildsjeler, men sliter økonomisk. Barnehospice er ikke utprøvd i Norge. Internasjonalt er hospicer viktige satsingsområder, hvor frivillige hjelpere og private gaver er godt integrert.

To av utvalgets medlemmer leverte hver sin dissens. Astrid Rønsen beskrev at egne hospice kunne fungere som fyrtårn i større kommuner, med et nært samarbeid med hjemmetjenesten. Natasha Kjærstad Pedersen var opptatt av barnepalliasjon med et eget barnehospice som senter.

Begge dissensene ble avvist. Fagpersonene som er ansvarlige for tradisjonelle medisinske tilbud, ser ikke at tiden er moden for slike ordninger. Utvalget anbefaler imidlertid at erfaringer med palliative hjemmesykehus for barn ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus skal evalueres.

Livets siste dager

Utvalget viser til at i løpet av de siste fem-ti årene har pleieplanen Livets siste dager blitt brukt mange steder i Norge. Kompetansesenter for lindrende behandling ved Helseregion Vest

På liv og død

Palliasjon til alvorlig syke og døende



NY NOU: Utvalget bak utredningen stilte seg avventende til pleieplanen Livets siste dager.

FAKTA
Begrepsavklaringer

Både for utvalget og aktuelle lesere er det vært viktig å holde ulike begrep fra hverandre (hentet fra tabell 3.1):

- Palliasjon: Palliasjon er behandling av plagsomme symptomer samt annen hjelp og støtte ved alvorlig/livstruende sykdom. Omtales også som palliativ behandling eller lindrende behandling.
- Livets sluttfase: Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager.
- Omsorg ved livets slutt: Behandling, pleie og omsorg i de siste dager eller uker av livet
- Livshjelp: Tiltak for at den enkelte skal få hjelp til å leve best mulig i egne omgivelser, med minst mulig plager.
- Advanced care planning (ACP): Forhåndssamtaler. En planlegging for livets siste fase basert på pasientens ønsker, verdier og preferanser. Planen er først og fremst ment å være i forkant av en situasjon der pasienten ikke selv lenger er i stand til å ta avgjørelser.
- Døende: Med døende forstås at pasienten vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av timer eller få dager.

«sertifiserer» bruk av undervisningsopplegg og plan for den omsorgen. NOU-en viser til at opplegget for Livets siste dager per november 2017 har 445 brukersteder. Den største andelen – tre firedeler – er i sykehjem.

Det har vært sterke følelser og debatter i fagtidsskrift og media, hvor både fagpersoner og pårørende har engasjert seg. Et viktig anliggende har vært: Er det etiske forsvarlig å avslutte livsforlengende tiltak? Spesielt pleie-

«To av utvalgets medlemmer leverte hver sin dissens.»

personalet har sett det som en fordel at pasient og pårørende er orientert om at døden nærmer seg, og at tilfreds-

stillende lindrende behandling blir innført rutinemessig.

Utvalget er noe avventende i sin vurdering. Anbefalt tiltak er derfor: «Det skal igangsettes en nasjonal evaluering av pasientforløpet Livets siste dager.»

NOU-en inneholder viktig kunnskapsstoff og innspill fra et bredt fagfelt. Pasienten skal alltid stå i sentrum, og de pårørende skal være delaktige i hele prosessen, så langt det er ønskelig. ■

Bli med på 19.–20. april 2018 landskonferansen

I år arrangeres NSF FGDs landskonferanse i Bergen i april.
Tema for konferansen er
«Livets siste faser – god sykepleie – verdighet – medbestemmelse».

NSF FGD inviterer til landskonferanse:

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens (NSF FGD) er et forum for alle sykepleiere som har interesser av eldreomsorg og demensomsorg. Et av våre formål er å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. I tillegg ønsker vi å skape møteplasser for fag- og kunnskapsutveksling.

Alderdommen vil gradvis redusere reservekapasiteten i organene våre og gjøre oss mer utsatt for sykdom. Samtidig kan symptomene være utydelige og annerledes enn for yngre. For å kunne ivareta den enkelte er det viktig å skille mellom sykdom og vanlige aldersforandringer. Den eldre har behov for sykepleie som utføres på en måte som ivaretar den eldre verdighet og selvbestemmelse.

Temaet for landskonferansen vår i 2018 er «Livets siste faser – god sykepleie – verdighet – medbestemmelse», og vi har fått en rekke kunnskapsrike mennesker med pasienterfaring, pårørendeerfaring og fagkunnskap til å holde foredrag rundt dette temaet.

Velkommen til konferanse i Bergen, og til å delta i vårt faglige og slagkraftige fellesskap.

Tor Engevik, leder NSF FGD

Praktiske opplysninger:

Påmelding:

Bindende påmelding, som gjøres elektronisk på følgende lenke:

Early bird t.o.m. 20.02.18 <http://www.trippus.net/fgd2018/deltakertidlig>
Fra 21.02.18 <http://www.trippus.net/fgd2018/deltaker>

Overnatting:

Rom på Radisson Blu Royal Hotel Bryggen bestilles i samme påmeldingslink.

Enkeltrom to dager,

18.–20.04.18 kr 3.190,-

Dobbeltrom to dager, 18.–20.04.18

Pr. person når to deler rom, kr 1.790,-

Enkeltrom en dag,

19.–20.04.18 kr 1.595,-

Dobbeltrom en dag, 19.–20.04.18

Pr. person når to deler rom, kr 895,-

Registreringsavgift:

Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe

Early bird: Meld deg på før 20. februar 2018 og spar penger!

Medlem i NSF FGD:

To dager: kr 2.900,-

En dag: kr 1.700,-

Student*/pensjonist, to dager:

kr 2.200,-

Student*/pensjonist en dag: kr 1.200,-

*Student i bachelorutdanning

Ikke medlem i NSF FGD:

To dager: kr 3.900,-

En dag: kr 2.200,-

Ordinær pris, f.o.m. februar 2018

Medlem i NSF FGD:

To dager: kr 3.400,-

En dag: kr 2.200,-

Student*/pensjonist to dager:

kr 2.700,-

Student*/pensjonist en dag: kr 1.700,-

Ikke medlem i NSF FGD:

To dager: kr 4.400,-

En dag: kr 2.700,-

Rabatt på deltakeravgift:

Rabatt for muntlig presentasjon:

kr 1.000,- for en person pr. presentasjon.

Rabatt for poster: kr 500,- pr. poster

(Det oppnås bare rabatt for enten presentasjon eller poster, ikke begge samtidig.)

Festaften 19. april: kr 775,-

Bli medlem:

Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppa og oppnå redusert konferanseavgift.

Enkel innmelding: Send SMS med GERIATRI til 02409

Ev. send en e-post: gunhil-g@online.no

Godkjenning:

Konferansen er godkjent som meritterende til klinisk spesialist i NSF med 12 timer.

Produktutstilling:

Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen.

Påmelding for utstillere: <http://www.trippus.net/fgd18/utstillere>

Kontaktpersoner:

Døvre Event/Marketing: kongress@dovre.as, mobil: 90 59 32 75

Tor Engevik: mobil: 90 54 62 28, e-post: tor.engevik@hotmail.no

Program:

Møteleder begge dager: Terje Årsvoll Olsen, høyskolelektor, HIB

Torsdag den 19. april 2018:

09.15–10.00 Registrering/kaffe

10.00–10.10 **Velkommen** v/styreleder

Tor Engevik, NSF FGD

10.10–10.15 **Hilsen ved ordfører** i Bergen

Marte Mjøs Persen

10.15–10.30 **Aldringens utfordringer**

v/Inger Johanne Knudsen, Leder av Bergen Eldreråd

10.30 – 11.15 **Livets siste faser** v/Tor Jakob

Moe. Psykiater, tidligere avdelingsoverlege ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

11.15–11.45 Pause med besøk i utstillingslokalet

11.45–12.30 **Polyfarmasi** v/Paal Naalsund, seksjonsoverlege geriatrikks seksjon, HDS

12.30–13.00 **Hørsel hele livet – tilrettelegging** v/Kari Mowatt Haugland, audio-pedagog

13.00–14.00 Lunsj

14.00–14.40 **Helhetlig pleie – åndelig**

omsorg v/Tove Giske, sykepleier/professor, FoU-leder, Fakultetet for helsefag, Bergen vitenskapelige høyskole

14.40–15.20 **Sykepleierens plass i ernæringsarbeidet** v/Britt Moene Kuven, sykepleier/can san/førstelektor i sykepleie ved Institutt for sykepleiefag ved Høyskolen på Vestlandet

15.20–15.50 Pause med besøk i utstillingslokalet

15.50–16.20 **Hørselstap** – innvirkning på muskel/skjelett v/Inger Anita Herheim, fysioterapeut

16.20–16.50 **Mitt første møte med hjelpeapparatet** v/Oddny Miljeteig

19.00 Festaften i Galleri Nygaten

Fredag den 20. april 2018:

09.00–09.45 **Kroppens evner i eldre år** v/Torgeir Bruun Wyller, dr.med. professor i

geriatri ved Universitetet i Oslo. Overlege ved medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus

09.45–10.30 **Når er nok – nok?** Fortsetter med Torgeir Bruun Wyller

10.30–10.45 Pause og utsjekk

10.45–11.05 **Aktivitetsdosett – erfaring fra Bjønnesåsen bo- og aktivitetssenter** v/Lynn Sevik, miljøterapeut

11.05–11.30 Erfaring fra pårørende til utviklingshemmet i sykehjem v/Monica Andreassen

11.30–12.00 Pause med besøk i utstillingslokalet

12.00–13.00 Parallele sesjoner – gode sykepleieprosjekt

13.00–14.00 Lunsj

14.00–14.30 **Verdig eldreomsorg** v/Trine Jaksland Graff, sykepleier

14.30–15.15 **Verdighet** v/Oscar Tranvåg, ph.d./sykepleier, Høgskolen i Bergen

15.15–15.30 **Oppsummering og vel hjem** v/Tor Engevik, leder, NSF FGD

Det tas forbehold om endringer i programmet.

Alle som er med i NSF, kan søke om opptil 6000 kroner i stipend for å være med på konferansen. Mer info: https://www.nsf.no/www/artikkelside?p_dimension_id=539625&p_document_id=629394





Støtter aktive eldre

Sammen med norgesrekordholder i styrkeløft, Unni Olsen (72), har undertegnede mottatt støtte til prosjektet «Aktive eldre – en levende alderdom med styrketrening og fysisk aktivitet».

Tekst **Tor Engevik**, leder, faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Overrekkelsen skjedde 6. januar på Olympiatoppen sportshotell.

Unni Oslen har beinskjørhet, men har nå fått påviselig sterkere beinstruktur etter at hun begynte med styrketrening som 62 åring. Turen er nå kommet for å bedre helsen og livsgleden til dem som bor på sykehjem og som er prisgitt pleiere for å komme i bedre fysisk form.

Gratis treningskasser

Unni og jeg reiser derfor rundt til sykehjem landet over og deler ut gratis treningskasser samtidig som vi holder foredrag. Vi forteller om de positive effektene av musikk, trening og reminisens. Treningsopplegget er enkelt og kassene inneholder treningsprogram, diktbok og 15–20 strikk som er nok til å aktivisere de fleste sykehjemsavdelinger.

«Vi forteller om de positive effektene.»

Vi takker ekstrastiftelsen for støtte og oppfordrer interesserte å ta kontakt med undertegnede på mail: tor.engevik@hotmail.no. ■

Besøk på Ladegården

NSF og faggruppen var på et førjulsbesøk på Ladegården sykehjem i midten av desember. Et pepperkakehus – en tro kopi av sykehjemmet – laget av beboere og pleiere vitnet om et sosialt miljø.

Tekst **Frank Eide**, hovedtillitsvalgt, NSF Bergen

Tor Engevik, leder for faggruppen Geriatri og demens og undertegnede tok turen til sykehjemmet i Bergen 13. desember.

På Ladegården møtte vi Kristine T. Yildirim – som er tillitsvalgt – og mange av de 34 andre NSF-medlemmene på Ladegården. Det ble tid til prat og fagdiskusjoner med hyggelige

og engasjerte medlemmer, sykepleiere og andre ansatte. Vi delte ut NSF-sekker – noe medlemmene satte stor pris på.

Et levende pepperkakemiljø

I lobbyen sto et fantastisk pepperkakehus av Ladegården sykehjem som beboere og pleiere på ene korttidsav-

delingen hadde laget. Det var en tro kopi av med pepperkakepasienter, pårørende og pleiere som gikk med rullatorer, satt i rullestoler og bedrev aktiviteter i et rimelig detaljert bomiljø. Det er ingen tvil om at det er et aktivt og sosialt miljø på Ladegården sykehjem. Vi fra NSF takker for den gode måten vi ble tatt imot på. ■



Foto: Frank Eide



◀ **PÅ TRENINGSTURNÉ:** Norgesmester i styrkeløft, Unni Olsen, fra Bergen Styrkeløftklubb og faggrupeleder Tor Engevik. Foto: Thomas Aasen

▲ **ENKELT OG EFFEKTIVT:** Lilly og Sigrun – to aktive beboere ved Løvåsen sykehjem. Fotograf: Thomas Aasen



PÅ LADEGÅRDEN: Frank Eide (t.v.), hovedtillitsvalgt i Bergen kommune og Tor Engevik (t.h.), faggrupeleder, sammen med tillitsvalgt sykepleier Kristine T. Yildirim. Foto: Kari Irene Hamre

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

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

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

Tre stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og tre på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbun-det.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost (sovolve@online.no) som videreformidler søknaden til stipend-utvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

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

