

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2011, ÅRGANG 3, NUMMER 2



T E M A :

Sansesvikt hos eldre mennesker, del 1



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Avansert geriatriisk sykepleie

- ny utdanning for en ny rolle

I siste utgave av Tidsskriftet Geriatriisk Sykepleie publiserte vi artikkel om et nytt masterprogram i avansert geriatriisk sykepleie som høsten 2011 starter opp på Universitetet i Oslo, Institutt for Helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap. I følge artikkelforfatterne Solveig Hauge, Margrete Hestetun og Marit Kirkevold er Avansert geriatriisk sykepleie en ny type sykepleier i Norge (1). Rollen som AGS har imidlertid eksistert internasjonalt i over 40 år og er godt etablert i mange land. Utdanningen på UiO blir det første i sitt slag i Norge.

En avansert geriatriisk sykepleier (AGS) er en klinisk ekspertsykepleier-nurse practitioner på engelsk. AGS er en autorisert sykepleier som har spesialisert seg i sykepleie til eldre og gjennomfører systematiske vurderinger av eldre menneskers helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne. AGS har kunnskaper og ferdigheter i å utrede og behandle vanlige helseplager hos eldre.

Frem mot 2050 vil antall eldre over 80 år øke med om lag 50%. Denne gruppen vil være utsatt for omfattende funksjonssvikt og en rekke kroniske og akutte sykdommer som vil kreve oppfølging av kompetent helsepersonell. Internasjonale studier viser at systematisk behandling, oppfølging og iverksetting av forebyggende og helsefremmende tiltak overfor syke eldre i kommunehelsetjenesten av geriatriiske ekspertsykepleiere er kostnadseffektivt. Slike tjenester kan bidra til reduksjon av unødvendige sykehusinnleggelser og tidligere behandling av vanlige helseproblemer.

Samhandlingsreformen betyr økt krav om forebygging i kommunene og at eldre og langtidssyke skal behandles i kommunehelsetjeneste. Men i kommunene mangler nødvendig kompetanse til å gjennomføre reformen i dag. Hensikten med den nye master i avansert geriatriisk sykepleie er å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestetilbudet til de sykeste gamle, spesielt i kommunene.

AGS er en selvstendig og avansert sykepleierrolle som forutsetter fordypet kunnskap og praktiske ferdigheter på det sykepleiefaglige og medisinske felt. Evnen til å gjennomføre systematiske kliniske observasjoner og i å iverksette helsehjelp i samhandling med den eldre og deres pårørende, samt med andre aktuelle samarbeidspartnere er et kjenne-merke for den nye avanserte rollen. Sykepleierne tilegner seg de nye kunnskaper og ferdigheter gjennom teori-undervisning og veiledet praksis.

Redaksjonen i Tidsskriftet Geriatriisk Sykepleie ønsker professor Marit Kirkevold, hennes medarbeidere og det første masterkullet på 15 sykepleiere lykke med AGS utdanningen. Programmet er det første i sitt slag i Norge og blir utvilsomt standardsettende. Vi vil følge godt med på denne utdanningen som er et eksempel til etterfølgelse for andre norske høyskoler og universiteter.

God sommer!

*Karen Bjørø, PhD,
sykepleier og redaktør*

1. Hauge S, Hestetun M, Kirkevold M. Avansert geriatriisk sykepleie—hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge? Geriatriisk Sykepleie 2011;3(1):20-23.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatriisk Sykepleie utkommer fire ganger i 2011.

Utgiver: Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Redaktør

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

Redaksjonskomite/ Faglige medarbeidere

Siri Meyer, Høgskolelektor,
Høgskolen i Buskerud
Liv Wergeland Sørbye, PhD, første-
aman., Diakonhjemmet høyskole
Solveig Hauge, PhD, førsteaman.,
Høgskolen i Telemark
Jorunn Drageset, PhD, første-
aman., Høgskolen i Bergen

Layout/trykking

Arendal Trykk & Kopi AS

Abonnement 2011

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

Annonser

Karen Bjørø
karen@nsfgeriatridemens.no

Frister fagartikler 2011

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

Distribusjonsdato 2011

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

ISSN: 1891-1889

Avansert geriatrikisk sykepleie – ny utdanning for en ny rolle	2
Sansesvikt hos eldre	3
Syn- og hørselsvikt hos eldre – sykepleierens rolle	4
Hørselstap hos eldre	9
Trykksårkonferansen 2011	13
Frisk og kronisk syk	17
Bygg flere plasser for personer med demens	18
Tiltak for å støtte pårørende	19
Landskonferanse 2012	19
Pasientsikkerhet må også gjelde for de eldste pasienter	20
NSF FGD medlem nr. 1000	22
Rogaland størst	22
Torvik tar doktorgrad i smerte på sykehjem	23
Kunngjøringer	24
Utdanningsstipend 2011	24
Fosmark og Lyngvær valgt	26
Hjemmesykepleie må styrkes	27

Sanse- svikt hos eldre

*Else Grue, PhD,
sykepleier og gjesteredaktør*



Denne og neste utgave av Geriatrikisk sykepleie retter fokus på sansesvikt hos eldre. Det er godt dokumentert og allment kjent at syn og hørsel svekkes med alderen. En rekke eldre ser på sansesvikt som uungåelig, en del av det å bli gammel, og unnlater å søke hjelp. En møter også helsepersonell med denne holdningen. Svekkelse av syn og hørsel inntreffer som regel ved høy alder og en rekke øyensykdommer har høy forekomst blant eldre. Men de aller fleste kan få hjelp.

Å se og høre godt er viktig for blant annet å kunne oppleve og ta innover seg det som skjer rundt en, følge med, føle at en er med i en sosial sammenheng, utføre dagligdagse aktiviteter, erfare vakre inntrykk, bli varslet om farer og for å opprettholde fysisk balanse.

Sansesvikt kan ha mange negative konsekvenser som begge artiklene pensler inn på. Grue sin fagartikkel omhandler sykepleierens rolle og funksjon relatert til kartlegging, forebygging, behandling og rehabilitering av sansesvikt hos eldre¹. Solheim sin forskningsartikkel tar opp generelle problemer knyttet til det å få et hørselstap, med særlig vekt på negative sosiale følger. Kvalitative intervju avdekker mangel på kunnskap og forståelse hørselshemmede opplever i forhold til sitt funksjonshinder både blant den nære familie og i samfunnet for øvrig².

Med behandling, tilrettelegging av forhold og oppfølging i bruk av hjelpe-

midler, innlevelse og forståelsesfull fremgangsmåte og riktig kommunikasjonsteknikk, er det mulig å hjelpe den gamle til å se og høre bedre. Dette er det viktig at sykepleiere og helsefagarbeidere har kjennskap og kompetanse i siden sansesvikt er svært vanlig blant eldre som får helsetjenester.

God lesing!

Else Grue

Referanser

1. Grue EV. Syn og hørselsvikt hos eldre – sykepleierens rolle. Geriatrikisk Sykepleie 2011; 3(2):3-7.
2. Solheim J. Hørselstap hos eldre. Geriatrikisk Sykepleie 2011; 3(2):9-12.



Syn- og hørselsvikt hos eldre – sykepleierens rolle



**Else
Vengnes
Grue**

Foto:
Kurt I. Hjertstedt

*Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis,
Diakonhjemmet høyskole, Oslo
grue@diakonhjemmet.no*

Sammendrag

Syn- og hørselsvikt forekommer hyppig blant eldre og øker med alderen. Forekomst av syn og hørsel svikt var stor i våre undersøkelser av eldre som fikk hjemmetjenester og behandling på sykehus. Sansesvikt hos eldre er følgelig et viktig sykepleiefaglig anliggende. Sykepleieres oppgaver omfatter kartlegging av sansesvikt, hjelp med henvisning til spesialist, tiltak for å fremme optimal syn og hørsel, oppfølging av medisinsk behandling samt tverrfaglig samarbeid med pasient og familie om rehabilitering. Artikkelen presenterer en anonymisert og omskrevet kasuistikk fra vår studie av eldre med hoftebrudd. Årsaker og uheldige konsekvenser av sansesvikt gjennomgås kort som et bakteppe for å utdype sykepleierens rolle og funksjon relatert til sansesvikt.

Nøkkelord: syn, hørsel, kartlegging, rehabilitering

Innledning

Eldre personer med sansesvikt må anstrenge seg for å lytte når andre hører, granske nøye når andre kan se ubesværet eller gjette når andre vet og alltid være på vakt, spørre om igjen og få informasjon repetert. Når eldre får svekket syn og hørsel kreves større konsentrasjon, hukommelse, gjentagelse og tilpassing enn for en med normal sansefunksjon, samtidig som mental reservekapasitet kan være begrenset.

Forekomsten av syn- og hørselsvikt øker med alder og er svært vanlig blant eldre med behov for helsetjenester (1). Sansesvikt hos eldre er følgelig et viktig sykepleiefaglig anliggende. Sykepleieres oppgaver omfatter kartlegging av sansesvikt, hjelp med henvisning til spesialist, tiltak for å fremme optimal syn- og hørselsfunksjon, tilrettelegging og oppfølging av medisinsk behandling samt tverrfaglig samarbeid med pasient og familie om rehabilitering. Artikkelen innledes med en anonymisert og omskrevet kasuistikk fra Hoftebruddsstudien (2,3) som inngikk i artikkelforfatterens avhandling om sansesvikt hos eldre (1). Videre presenteres kort mulige årsaker og uheldige konsekvenser av sansesvikt som et bakteppe for å utdype sykepleierens rolle og funksjon relatert til sansesvikt.

I denne artikkelen er sansesvikt brukt synonymt med syn- og hørselsvikt.

Sansesvikt - kasuistikk

Anne Hansen var 79 år, bodde alene, uten slektninger, men tidligere kolleger kontaktet henne regelmessig. Hun hadde hatt problemer med sidesyn en stund på grunn av glaukom, men greide seg bra. En dag måtte hun flytte ut av bygården som hun hadde bodd i hele sitt voksne liv. Den skulle renoveres. Hun kom til et nytt og ukjent strøk av byen og oppsøkte ikke fastlegen da det var tid for å fornye resepten på øyedråpene. Etter en tid ble det vanskelig å orientere seg utendørs.

Hun gikk sjeldnere ut, mistet interessen for tidligere aktiviteter, teater og tur med sine gamle kolleger. Etter hvert fikk hun hjemmehjelp til handling og rengjøring. Når hjemmehjelpen kom var som regel gardinene trukket for, radioen sto vanligvis høyt på og ofte hørte hun ikke dørklokka.

En kveld falt hun inne. Naboene reagerte på bankelyder og varslet helsetjenesten. På sykehuset ble det konstatert hoftebrudd.

Etter sykehusoppholdet fortsatte rehabiliteringen på et sykehjem. Det var sommer og ferietid. Opptreningen ble ikke optimal, likeledes den videre rehabiliteringen i hjemmet etterpå. Hun nektet etter hvert å stå opp og ble sen-

geliggende. Vedtak om hjemmetjenester til personlig hygiene, matlaging, husarbeid, handling og tømning av bekkene, ble gitt. Hun leste ikke lenger, sluttet å se på TV men hørte radio.

Etter fem år i sengen, falt Anna Hansen en natt mellom sengen og toalettstolen. Ved ankomsten til sykehuset var hun uflidd, engstelig, lei seg, irriterbar, urolig og hallusinert. Hun hadde kroppsmasseindeks på 17, urinveisinfeksjon og sannsynligvis delirium, Confusion Assessment Method (CAM) var positiv. Røntgen viste hoftebrudd nummer to.

Operasjonen ble utført umiddelbart og nødvendig behandling og omsorgstiltak satt i verk. Hun kunne kun se skygger, lys og konturer. Øyelege konstaterte avansert glaukom. Hun hørte svært dårlig og kommuniserte med hjelp av samtaleforsterker. Rehabiliteringspotensialet var marginalt og det ble gjort vedtak om fast institusjonsplass. På sykehjemmet ble det bestilt undersøkelse på hørselssentralen i byen, og hun fikk tilpasset høreapparat og andre hørselshjelpemidler. Personalet tilrettela miljøet, tilpasset lys og lydforhold og la vekt på god kommunikasjon.

Årsaker til sansesvikt

Presbyopi betyr aldersrelatert synsvekkelse og betegner nedsatt evne til å se skarpt, noe som kommer av at øyelinsen og småøyemuskler blir mindre elastisk med alderen. Tilstanden melder seg allerede i 40-årsalderen med tretthet i øynene ved langvarig lesning og behov for lengre avstand for å kunne se tydelig (4).

Synsskarphet i et aldrende øye svekkes ytterligere i dårlig belysning, i svake kontraster, og i gjenskin. Øyets tilpassing til skarpt lys og mørke omgivelser tar lengre tid og er svekket blant annet på grunn av endringer i netthinnen og pupilledilatasjon.

Synsfelt og synsoppfatning er avhengig av prosesser i sentralnervesystemet. Studier har vist at mange eldre får redusert dybdesyn, svekket farge-diskriminering og begrenset synsfelt når det kreves konsentrasjon om flere sansestimuli samtidig. Synskrevende oppgaver som å lese og gjenkjenne ansikter kan svekkes med alder selv ved intakt synsskarphet (5).

Presbycusis er det latinske ordet for aldersrelatert hørselsvikt og betegner progressiv dobbeltsidig tap av hørsel. Tilstanden skyldes hovedsakelig degenerasjon av hårceller i ørets sneglehus (cochlea). Hørsel avtar vanligvis først i den høyfrekvente delen av skalaen, der konsonantlydene k, t, f, p, og s er lokalisert.

Endringer i sentralnervesystemet har også betydning for eldres oppfattelse og tolking av lydsignaler. Med økende alder blir det gjerne problematisk å forstå rask tale, ukjente aksenter, og tale som overføres via dårlig utstyr eller under dårlige akustiske forhold. Lydnivået blir generelt svekket (6). Selv mildt hørselstap kan forårsake at den gamle går glipp av vesentlige deler av samtalen. Lyden kan også være vanskelig å lokalisere ved bruk av kun ett høreapparat og for de med forskjellig hørsel på venstre og høyre øre. Har personen også dårlig syn, kan det være vanskelig å oppfatte ansiktsuttrykk og nonverbale signaler og evnen til å forstå et budskap blir ytterligere svekket (7). I tillegg til aldersrelatert syn- og hørselsvikt er eldre mennesker utsatt for sykdomstilstander i sanseorganene, som listet i rammen.

Ramme.

Sykdommer og tilstander som rammer syn og hørsel hos eldre (4,6,8-14)

Øyesykdommer

- Katarakt
- Aldersrelatert makula degenerasjon
- Glaukom
- Diabetes retinopati

Øresykdommer og -tilstander

- Otosklerose
- Menieres sykdom
- Legemiddel bivirkning
- Støy

Andre sykdommer og tilstander

- Hjerneslag
- Hypertensjon
- Autoimmune sykdommer
- Degenerative sykdommer som demens
- Kreft
- Infeksjon
- Skader i øye, øret, hjernen
- Lidelser i sentralnervesystem

Forekomst og konsekvenser

Få epidemiologiske studier av sansesvikt blant eldre med behov for helse-tjenester er utført. Våre studier viste at frekvensen av sansesvikt var høy (se Figuren). Sansesvikt synes å være størst blant eldre innlagt på sykehus med hoftebrudd. I dette utvalget var hørselsvikt på 69 %, synssvikt 46 %, og kombinert svikt 30 % (2). På medisinske avdelinger, var tilsvarende andel på 48 %, 32 %, og 20 % (15). Blant brukere av hjemmetjenester var svikten på henholdsvis 37 %, 35 %, og 18 % (16). Gjennomsnittsalderen var høy i alle utvalgene, lavest blant brukere av hjemmetjenester (1).

Anna Hansen var en blant mange i Hoftebruddstudien med både syn og hørselsvikt. I tillegg til sansedeprivasjon har den eldre som trenger helse-tjenester gjerne andre funksjonssvikter, svekket kognitiv kapasitet og kroniske sykdommer. Sansesvikt som rammer både syn og hørsel er langt mer problematisk enn svikt i kun en av sansene siden en mister muligheten for å

kompensere synssvikt med å høre og å se hvor hørselen er svekket (17), noe en kunne se hos Anna Hansen.

Sansedeprivasjonen kan skje gradvis eller akutt. For Anna Hansen utviklet det seg gradvis. Uten kartlegging, diagnostisering og adekvat behandling og rehabilitering av sansesvikt vil en rekke negative konsekvenser kunne oppstå.

Konsekvenser av sansesvikt

Sansesvikt kan medføre dårlig egenrapportert helse, svekket livskvalitet og velvære (18). Videre kan sviktende sansefunksjon gi irritabilitet, humørsvingninger, tristhet, ensomhet, angst og depresjon (19-23).

Sansesvikt kan ha alvorlige sosiale konsekvenser på grunn av kommunikasjonsproblemer som kan lede til psykososial svikt, sosial isolasjon, svekket interesse for deltagelse i tidligere aktiviteter og endringer i sosiale roller (18,24). Svekket sansefunksjon kan ha en mental virkning og gi redusert språkoppfattelse og svekket kognitiv funksjon (25,26).

Sansesvikt kan føre til fall med fatale følger som hode- og alvorlige bruddskader. Fall kan føre til frykt for nye fall, inaktivitet og økt avhengighet av andre i dagliglivets aktiviteter (27-30). Andre negative innvirkninger er økt sannsynlighet for institusjonalisering (31). Anna Hansen opplevde psykiske, sosiale, mentale og fysiske konsekvenser av sin sansesvikt. Hun mistet evnen til å ta vare på seg selv i eget hjem.

Sykepleierrollen i kartlegging av sansesvikt

Sansesvikt hos eldre er ofte progredierende og regelmessig kontroll anbefales. Det var 44 % av hoftebruddspasientene som i løpet av de siste to årene ikke hadde fått kontrollert synet hos øyelege eller optiker og 73 % hadde ikke sjekket hørselen sin hos spesialist (2). Tradisjonelt sett har diagnostisering av sansesvikt vært ubetinget en legeoppgave hvor optiker, audiopedagog og audiograf har en rolle i å bidra med informasjon. Har så sykepleieren en rolle i diagnostisering av sansesvikt?

I følge helsepersonelloven "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifi-

kasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (32). Forsvarlighet er knyttet til hva en kan regne med sykepleieren har lært i utdanningen og det hun må kunne for å arbeide med den pasientkategorien hun har omsorg for. Sykepleiere som arbeider med gamle mennesker forventes å kunne kartlegge sansesvikt og hvordan svikten virker inn på funksjon og evnen til å ta vare på seg selv. Den etiologiske diagnosen eller sykdomsdiagnosen er legens ansvarsområde.

Sykepleieren kan vurdere sanse- svikt med hjelp av observasjon og tester. Spørsmål som: *"Har du vanskelig for å se, selv om du har briller på deg?"* og *"Har du et hørselsproblem?"* er enkle, men egnede screening-spørsmål (33,34).

Det å observere om den gamle kan lese vanlig tekst med de brillene som personen vanligvis bruker, er en alminnelig måte å teste synet på. Geriatrik leseprøve er en hyppig brukt test (35). I forhold til makula degerasjon er det viktig å teste om linjene som leses er rette eller bølgete. Amsler grid er et enkelt hjelpemiddel til dette og kan brukes av den gamle selv, pårørende eller helsepersonell. Ellers observerer en gjerne om pasienten kniper igjen øyne, myser, holder ting nært øynene, snubler eller støter borti ting, beveger seg usikkert, går forbi personer eller ting uten å se dem, gir uttrykk for hodepine, er lysømfintlig og har vondt i øyne, eller viser liten interesse for TV (36). En enkel måte å vurdere hørselen på kan være å observere om personen hører når flere deltar i samtalen eller med bakgrunnsstøy. Ellers kan manglende interesse for det som foregår,

TV/radio, hører ikke telefon, dørklokka eller svarer *"goddagmannøkseskaft"* tyde på svikt. Mindre sosial aktivitet enn tidligere kan være tegn på syn og hørselsnedsettelse (13,16).

Det er ikke pensum i sykepleiers bachelorutdanning å kunne utføre enkle screeningtester av syn- og hørselsfunksjonen. Helsesøster tar imidlertid enkle sanstester på barn og henviser til spesialister ved mistanke om medisinske problem. Siden sansesvikt er vanlig blant eldre, er det hensiktsmessig at sykepleiere som arbeider med eldre mennesker, får kompetanse i sanse- screening. Studier har vist at sykepleiere kan foreta nøyaktig undersøkelse av synet hos eldre etter at de har fått spesiell opplæring (37).

Kommunenes kartleggingsverktøy Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), inneholder vurdering av syn og hørsel (38). Følgelig er det et krav å dokumentere sansefunksjonen i kommunehelsetjenesten. Det er ønskelig at registreringen blir fulgt opp med nødvendig intervensjon. Kartleggingsverktøy for identifisering av kombinerte, alvorlige sansetap (KAS-Screen) (39) blant eldre kan være et godt hjelpemiddel. Både IPLOS og KAS-Screen ville vært nyttige å bruke i vurderingen av Anna Hansen. En kombinasjon av observasjon, egenrapportering og tester av syn og hørsel gir sannsynligvis de mest riktige resultatene.

Det trengs også en felles holdning, en kultur blant de som yter helsehjelp til eldre mennesker, at det er viktig å ha fokus på syn og hørsel. Det tyder på at en felles kultur manglet blant de som hadde omsorg for Anna Hansen.

Når tegn og symptomer gir mistanke til at sansesvikt bunner i et medisinsk problem, skal sykepleier søke råd/bistand og sørge for at den gamle får henvisning til andre med kompetanse og myndighet til å ta beslutninger om videre avgjørelser (32). Å motivere, legge til rette for og eventuelt følge til undersøkelse, kan også være en helsetjenesteoppgave når pårørende mangler. I alt 46 % av pasientene i studien vår oppsøkte ikke øyelege som anbefalt og 25 % begrunnet det med tretthet, at de ikke ønsket det, eller at de ikke hadde noen til å følge dem. Femtiåtte prosent møtte ikke til avtalt time hos øre-nese-halslege hvorav 47 % begrunnet sitt forfall med tretthet,

at de ikke syntes det var behov for undersøkelse eller hadde ingen til å følge dem (3).

Sykepleierrollen ved sanse- svikt

Sykepleier har en selvstendig funksjon relatert til å forebygge, behandle, rehabilitere i følge helsetjenesteloven (32). Statens helsetilsyn har utviklet en veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med synstap og hørselstap (40).

Forebygging

Når det gjelder forebygging er sykepleier medansvarlig for å informere om viktigheten av å behandle sykdommer som diabetes og hypertensjon, verdien av fullverdig kost, fysisk aktivitet, å beskytte øynene mot sollys og regelmessig kontroll av syn og hørsel (11,13,14,). Sykepleier kan bidra til å forhindre forverring av sansesvikt med å motivere til å oppsøke spesialister for videre utredning når kartlegging tyder på svikt.

Behandling

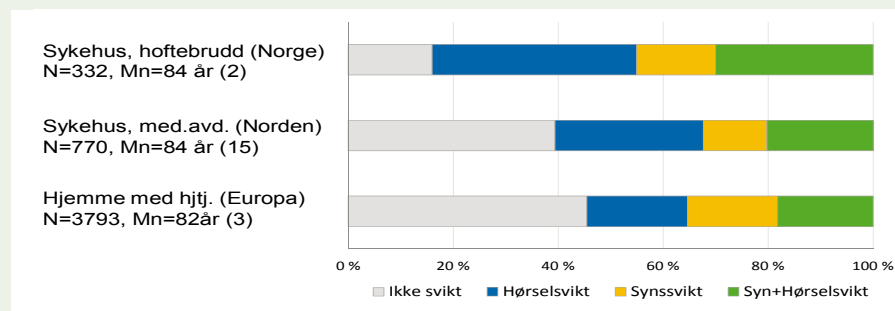
Behandling innebatter blant annet å administrere medisinsk behandling på en faglig forsvarlig måte slik at skader og komplikasjoner ikke oppstår. Administrasjon av øyedråper ved glaukom og etter katarakteroperasjon, stell av øyner og ører samt sørge for å få fjernet ørevoks er viktig (41-43). Anna Hansen fikk sannsynligvis forringet syn etter at behandlingen for glaukom opphørte.

Rehabilitering

Heine og Browning peker ut aspekter en helsearbeider må overveie i forbindelse med sansesvikt hos eldre; akseptasjon av sansesvikten, holdning til rehabilitering og sosial kontakt (44). Akseptasjon av sansesvikten innebærer å godta situasjonen uten å gi seg over. Watson anbefaler en støttende fremgangsmåte som tar hensyn til det psykologiske stress som ofte er forbundet med sansesvikt hos eldre (45). Sykepleier kan formidle fakta om sansesvikt, hvor en kan få hjelp, om behandlingsmuligheter og rehabilitering. Hun kan hjelpe med å trene på ADL aktiviteter med hjelpemidler tilpasset syn og hørselsvikt. Det finnes også tilrettelagte kurs for personer med sansesvikt (40). Praktisk hjelp, bistå



Figur 1 Forekomst av hørsel-, syn- og kombinert hørsel og synssvikt i utvalg av eldre innlagt på ortogeriatrisk avdeling med hoftebrudd, innlagt på medisinsk avdeling og hjemmeboende med hjemmetjenester.



med å opprette kontakt med rette hjelpeinstans og emosjonell støtte, øker sjansen for å godta situasjonen.

En viktig og kanskje ofte lite prioritert oppgave er å observere pasientens behov for hjelp til å sette inn og på høreapparat, skifte batteri, renhold, vedlikehold og rengjøring når fingerfølsomheten, syn eller kognitiv funksjon er utilstrekkelig (4,13,46). Manglende oppfølging og hjelp er årsak til at mange høreapparat ikke blir brukt (47-49). Forskning viser at personer med kognitiv svikt får mindre hjelp med sansesvikt enn andre, men har god nytte av hjelpemidler (50-52). Overfor demente pasienter har sykepleier et spesielt ansvar med å legge forholdene til rette for optimal sansefunksjon.

Selv om den gamle med alvorlig sansesvikt ønsker sosial kontakt, vet involverte personer ofte ikke hvordan de skal gå frem. Misforståelser, besværlighet, irritasjon, en følelse av å bli ignorert og tilsidesatt, kan føre til svekket sosial aktivitet. Ønsker og behov for sosial kontakt er sentralt i vurdering av sansesvikt og intervensjon (44).

Optimalisering av sansemiljøet rundt pasienten er en viktig sykepleiefaglig oppgave i rehabiliteringsarbeid. God belysning generelt og punktbelysning spesielt, gode kontraster i værelsene, bruk av markiser, persiennner, gardiner for å unngå skarpt lys bidrar til å se bedre (17, 53,54). Gode lytterforhold fremmes ved å ha bilder og tepper på veggene for å hindre gjenklang, mikrofonbruk og tele/infrarødt lydanlegg på TV og radio (46,54). Sammen med medarbeidere sørger sykepleier for trygghetsskapende tiltak som rekkverk, håndtak, merking av trappetrinn, orden i korridorer og i oppholdsrom. Det er viktig for synshemmede at ting har faste plasser slik at det er lett å finne dem. Sykepleiere

må være oppmerksomme på dette og ikke skape kaos for pasienten. Varslingsanlegg for telefon, dørklokke og brann basert på lyd, lys og vibrasjon kan installeres i pasientens hjem og hjelper personen med sansesvikt til å opprettholde kontakt og føler sikkerhet i egen bolig (53,54).

Undervisning og veiledning av pasienter, pårørende og annet personale fremmer rehabilitering. Kommunikasjonsteknikk, hjelp til å bruke egne ressurser og krefter til å mestre sansesvikten er viktige tema. Når hjemmeboende pasienter skal ta i bruk nye hjelpemidler, er det viktig at hjemmetjenesten er involvert. Hørselsvikt kan også være krevende for familien og hjelpemidler kan lette situasjonen (44). Gruppeundervisning for hørselshemmede er nyttig for spreke mobile eldre (55). Her treffer de andre i samme situasjon og får blant annet anledning til å lære kommunikasjonsteknikk. Gruppeaktivitet kan imidlertid være for krevende for skrøpelige gamle og hjelpen har best virkning når den gis individuelt (56). For Anna Hansen ville sannsynligvis individuell veiledning og opplæring vært mest hensiktsmessig.

For eldre som ikke makter eller ønsker å sosialisere seg med andre, er det spesielt viktig å ha gode syn og hørselshjelpemidler, slik at de kan få dekket sosial kontakt gjennom telefon, radio og TV. Internett gjør sykepleiere i stand til å være oppdatert på nye tekniske apparater, hvordan hjelpemidlene virker og daglig vedlikeholdes. Når behovet for nye hjelpemidler melder seg, må sykepleier ha kjennskap til muligheter, instanser og profesjoner som kan kontaktes. Som regel er det ergoterapeuten i kommunen/bydelen (der det finnes) som har ansvar for vurdering og bestilling av tekniske hjelpemidler. Folketrygden dekker

kostnader for varig nødvendig materiell. For enkelte hjelpemidler er det behov for rekvisisjon fra lege, audio-pedagog, audiograf eller optiker (54,57). Sykepleiers ansvar her er å være koordinator mellom pasient og hjelpeapparatet for øvrig (40).

For sykepleiere er det også viktig å delta i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner relatert til sansing enten den gamle er innlagt i sykehus, bor på sykehjem, eller mottar hjemmesykepleie. Det kreves å være faglig oppdatert innen feltet syn og hørsel, pluss stimulere til og delta i fagutvikling/forskning relatert til sansesvikt (46). Det anbefales også at bestemte personer har ansvar for å følge opp den enkelte pasient i forhold til bruken og nytten av hjelpemidler.

Anna Hansen hadde ingen familie og trolig sviktet helsetjenesten i hennes tilfelle. Hvordan ville det ha gått for Anna Hansen om syn- og hørselsfunksjonen hadde blitt vurdert og henvist til videre undersøkelse ved første sykehusinnleggelse? Ville hun ha unngått avansert glaukom dersom hun hadde fått hjelp til å fornye resepten på øyedråpene? Hva om sykepleier på et tidlig tidspunkt hadde motivert og bidratt til hørselsundersøkelse? Hvordan kunne de siste leveårene hennes ha vært?

Oppsummering

Sansesvikt forekommer hyppig blant eldre og årsaker og uheldige konsekvenser er kjent. Forebygging, behandling og rehabilitering er i mange tilfeller mulig, ofte med enkle tiltak. Kanskje de viktigste oppgavene er å motivere pasientene til å oppsøke spesialisthelsetjenesten for hjelp, inspirere til å bruke hjelpemidler som høreapparat, følge opp behandlingsregimet for glaukom, ta på seg riktige tilpassede rene briller og sikre god belysning samt å være en inspirator og et eksempel på god kommunikasjonspraksis. Det er viktig å sørge for at studenter tilegner seg kunnskaper og ferdigheter relatert til sansesvikt. Dette kan føre til en felles kultur i pleie og behandlingsteam i sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten og bistå pasient og pårørende med å optimalisere syn og hørselsfunksjonen.

Litteratur

1. Grue EV. Vision and hearing impairment in old age. Oslo: Universitetet i Oslo, Faculty of Medicine Unipub; 2010.
2. Grue EV, Kirkevold M, Ranhoff AH. Prevalence of vision, hearing, and combined vision and hearing impairments in patients with hip fractures. *J Clin Nurs* 2009 Nov;18(21):3037-49.
3. Grue EV, Kirkevold M, Mowinckel P, Ranhoff AH. Sensory impairment in hip-fracture patients 65 years or older and effects of hearing/vision interventions on fall frequency. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2009;2(I-II).
4. Rosenberg EA, Sperazza LC. The visually impaired patient. *Am Fam Physician* 2008 May 15;77(10):1431-6.
5. Haegerstrom-Portnoy G. The Glenn A. Fry Award Lecture 2003: Vision in elders--summary of findings of the SKI study. *Optom Vis Sci* 2005 Feb;82(2):87-93.
6. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet* 2005 Sep 24-30;366(9491):1111-20.
7. Simon HJ, Levitt H. Effect of dual sensory loss on auditory localization: implications for intervention. *Trends in amplification* 2007 Dec;11(4):259-72.
8. Tambs K, Hoffman HJ, Borchgrevink HM, Holmen J, Samuelsen SO. Hearing loss induced by noise, ear infections, and head injuries: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Int J Audiol* 2003 Mar;42(2):89-105.
9. Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. *JAMA* 2003 Apr 16;289(15):1976-85.
10. Rowe F, Brand D, Jackson CA, Price A, Walker L, Harrison S, mfl. Visual impairment following stroke: do stroke patients require vision assessment? *Age Ageing* 2009 Mar;38(2):188-93.
11. Rosenhall U, Sundh V. Age-related hearing loss and blood pressure. *Noise & Health* 2006 Apr-Jun;8(31):88-94.
12. Gates GA, Beiser A, Rees TS, D'Agostino RB, Wolf PA. Central auditory dysfunction may precede the onset of clinical dementia in people with probable Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2002 Mar;50(3):482-8.
13. Wallhagen MI, Pettengill E, Whiteside M. Sensory impairment in older adults: Part 1: Hearing loss. *Am J Nurs* 2006 Oct;106(10):40-8.
14. Whiteside MM, Wallhagen MI, Pettengill E. Sensory impairment in older adults: part 2: Vision loss. *Am J Nurs* 2006 Nov;106(11):52-61.
15. Grue EV, Ranhoff AH, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdøttir AB, Ljunggren G, m.fl. Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scand J Caring Sci* 2009 Dec;23(4):635-43. Epub 2009 Nov 12.
16. Grue EV, Finne-Soveri H, Stolee P, Poss J, Sörbye LW, Noro A, mfl. Recent visual decline. A health hazard with consequences for social life: a study of home care clients in 12 countries. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2010; Article ID503817. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929488/pdf/CGGR2010-503817.pdf>
17. Saunders GH, Echt KV. An overview of dual sensory impairment in older adults: perspectives for rehabilitation. *Trends in amplification* 2007 Dec;11(4):243-58.
18. Chia EM, Mitchell P, Rochtchina E, Foran S, Golding M, Wang JJ. Association between vision and hearing impairments and their combined effects on quality of life. *Arch Ophthalmol* 2006 Oct;124(10):1465-70.
19. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y, Cohen A, Stessman J. The impact of visual impairment on health, function and mortality. *Aging Clin Exp Res* 2005 Aug;17(4):281-6.
20. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 Mar;13(3):180-7.
21. Brink P, Stones M. Examination of the relationship among hearing impairment, linguistic communication, mood, and social engagement of residents in complex continuing care facilities. *Gerontologist* 2007 Oct;47(5):633-41.
22. Chou KL. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord* 2008 Feb;106(1-2):191-6.
23. Mojon-Azzi SM, Sousa-Poza A, Mojon DS. Impact of low vision on well-being in 10 European countries. *Ophthalmologica* 2008;222(3):205-12.
24. Ishine M, Okumiyama K, Matsubayashi K. A close association between hearing impairment and activities of daily living, depression, and quality of life in community dwelling older people in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2007 Feb;55(2):316-7.
25. Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL, Yaffe K, Ensrud KE, Fink HA, mfl. Vision impairment and combined vision and hearing impairment predict cognitive and functional decline in older women. *J Am Geriatr Soc* 2004 Dec;52(12):1996-2002.
26. Schneider BA, Daneman M, Murphy DR. Speech comprehension difficulties in older adults: cognitive slowing or age-related changes in hearing? *Psychol Aging* 2005 Jun;20(2):261-71.
27. Black A, Wood J. Vision and falls. *Clin Exp Optom* 2005 Jul;88(4):212-22.
28. Kulmala J, Viljanen A, Sipilä S, et al. Poor vision accompanied with other sensory impairments as a predictor of falls in older women. *Age Ageing* 2009 Mar;38(2):162-7.
29. Deshpande N, Metter EJ, Bandinelli S, Lauretani F, Windham BG, Ferrucci L. Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study. *Am J Phys Med Rehabil* 2008 May;87(5):354-62.
30. Brennan M, Horowitz A, Su YP. Dual sensory loss and its impact on everyday competence. *Gerontologist* 2005 Jun;45(3):337-46.
31. Jonsson PV, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdøttir AB, Ljunggren G, Buch G, mfl. Admission profile is predictive of outcome in acute hospital care. *Aging Clin Exp Res* 2008 Dec;20(6):533-9.
32. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) av 7. juli 1999 nr 64.
33. Schneek ME, Haegerstrom-Portnoy G. Practical assessment of vision in the elderly. *Ophthalmol Clin North Am* 2003 Jun;16(2):269-87.
34. Gates GA, Murphy M, Rees TS, Fraher A. Screening for handicapping hearing loss in the elderly. *J Fam Pract* 2003 Jan;52(1):56-62.
35. Engedal K. Geriatrisk leseprøve. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2001.
36. Houde SC, redaktør. *Vision Loss in Older Adults: Nursing Assessment and Care Management*. New York: Springer; 2007.
37. Squirrel DM, Kenny J, Mawer N, Gupta M, West J, Currie ZI, mfl. Screening for visual impairment in elderly patients with hip fracture: validating a simple bedside test. *Eye* 2005 Jan;19(1):55-9.
38. Helsedirektoratet. IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Nedlastet 13.11.2010 fra www.shdir.no.
39. Lyng K & Svingen EM. Kartlegging av alvorlig, kombinert sanse- og hørselshemming hos eldre. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 2001.
40. Statens helsetilsyn. Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med synstap og hørselstap. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Nedlastet 20.02.2011 fra www.helsetilsynet.no.
41. Houde SC, Huff MH. Age-related vision loss in older adults. A challenge for gerontological nurses. *J Gerontol Nurs* 2003 Apr;29(4):25-33.
42. Gillett P, Goldblum K, Powers J. *Cataracts. I: Houde SC, redaktør. Vision Loss in Older Adults Nursing Assessment and Care Management*. New York: Springer, 2007; s. 29-40.
43. McCarter DF, Courtney AU, Pollart SM. Cerumen impaction. *Am Fam Physician* 2007 May 15;75(10):1523-8.
44. Heine C, Browning CJ. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disabil Rehabil* 2002 Oct 15;24(15):763-73.
45. Watson GR. Low vision in the geriatric population: rehabilitation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001 Mar;49(3):317-30.
46. Adams-Wendling L, Pimple C, Adams S, Titler MG. Nursing management of hearing impairment in nursing facility residents. *J Gerontol Nurs* 2008 Nov;34(11):9-17.
47. Erber NP. Use of hearing aids by older people: influence of non-auditory factors (vision, manual dexterity). *Int J Audiol* 2003 Jul;42 Suppl 2:S21-5.
48. Smeeth L, Fletcher AE, Ng ES, mfl. Reduced hearing, ownership, and use of hearing aids in elderly people in the UK. The MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community: a cross-sectional survey. *Lancet* 2002 Apr 27;359(9316):1466-70.
49. Gianopoulos I, Stephens D, Davis A. Follow up of people fitted with hearing aids after adult hearing screening: the need for support after fitting. *BMJ* 2002 Aug 31;325(7362):471.
50. Lupsakko TA, Mantjarvi MI, Kautiainen HJ, Sulkava RO. Decrease of functional or cognitive capacity explains the lack of eye examination in visually impaired older persons. *J Am Geriatr Soc* 2003 Apr;51(4):573-4.
51. Laitinen A, Koskinen S, Rudanko SL, Martelin T, Laatikainen L, Aromaa A. Use of eye care services and need for assistance in the visually impaired. *Optom Vis Sci* 2008 May;85(5):341-9.
52. Davis A. Population study of the ability to benefit from amplification and the provision of a hearing aid in 55-74-year-old first-time hearing aid users. *Int J Audiol* 2003 Jul;42 Suppl 2:S39-52.
53. Sackett S, Campochiaro B. Supporting families of older adults with age-related vision loss. I: Houde SC, redaktør. *Vision Loss in Older Adults Nursing Assessment and Care Management*. New York: Springer, 2007; s. 149-64.
54. Syn og hørsel hos eldre. Nettsted produsert av InterMedia, Universitetet i Oslo. Nedlastet 13.11.2010 fra www.sansetap.no
55. Preminger JE. Issues associated with the measurement of psychosocial benefits of group audiologic rehabilitation programs. *Trends in amplification* 2007 Jun;11(2):113-23.
56. Kramer SE, Alessie GH, Dondorp AW, Zekveld AA, Kapteyn TS. A home education program for older adults with hearing impairment and their significant others: a randomized trial evaluating short- and long-term effects. *Int J Audiol* 2005 May;44(5):255-64.
57. Selvbetjening på NAV. Nettsted fra Arbeids- og velferdsetaten 2011. søkerord: synshjelpemidler, høreapparat. Nedlastet 13.11.2010 fra www.nav.no

Hørselstap hos eldre



Jorunn Solheim

*Audiograf og audiopedagog, PhD-stipendiat,
Hørselssentralen, Lovisenberg
diakonale sykehus
jorunn.solheim@lds.no*

Innledning

Hørselstap er et av de vanligste helseproblemer blant eldre (1) og vil i større eller mindre grad berøre alle som oppnår høy nok alder. Hørselsmålinger ble utført på mer enn 50 000 voksne i forbindelse med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), og resultatene viste at 60 % av befolkningen mellom 60-79 år og mer enn 90 % av de over 80 år hadde et hørselstap. Nær halvparten oppga hørselstapet som plagsomt (2). Forekomsten av sykdommer, nedsatt kapasitet og helse øker med alder, og hørselstap vil kunne oppleves som en ytterligere belastning. Et betydelig antall eldre har problemer med både syn og hørsel, og betegnes *double-trouble* (3). Nyere forskning har også påvist en signifikant sammenheng mellom tap av syn og hørsel og behov for hjelp til dagliglivets gjøremål som å lage mat, handle og gjøre husarbeid (4). Sansetap innebærer også økt sikkerhetsrisiko. En studie viste at når både syn og hørsel er svekket, øker faren for fall og hoftebrudd hos eldre (5). Hørselshemmede eldre kan oppleve problemene så følelsesmessig belastende at det svekker den enkeltes selvbylde (6-8). Flere studier har funnet en sammenheng mellom hørselstap og livskvalitet blant eldre hørselshemmede (9-11). Det foreligger imidlertid ulike oppfatninger om betydningen av en slik sammenheng (12,13). Mye tyder på at nedsatt livskvalitet hos eldre mennesker ikke nødvendigvis

Sammendrag

Flertallet av hørselshemmede og høreapparatbrukere i samfunnet er eldre mennesker over 65 år. Likevel har hørselshemming hos eldre vært et forsømt område innen hørselsforskning i Norge. Formålet med studien var å undersøke hvordan hørselstap påvirker eldres evne til å mestre dagliglivets gjøremål og sosial deltakelse, og hvordan dette oppleves og vektlegges. Dybdeintervju ble gjennomført i et utvalg av 16 eldre mennesker. Funnet viser at hørselshemmede eldre opplever vansker av sosial, kommunikatív, emosjonell og praktisk karakter.

Nøkkelord: Eldre, hørselshemming, sosiale faktorer, kommunikative faktorer, emosjonelle faktorer, praktiske vansker.

bare relaterer seg til selve hørselstapet, men kanskje har mer med psykososiale forhold å gjøre, som for eksempel forholdet til familien og pårørende (14). Studier har vist også at tilpassing av høreapparat kan redusere depresjon hos eldre med hørselstap (15,16).

Mange eldre har høreapparat, men bruker det ikke. Det kan være flere grunner til dette. Evnen til å mestre finmotoriske oppgaver svekkes med årene og dette kan medføre redusert evne til å håndtere et høreapparat (17-19). Demens innebærer redusert hukommelse og evne til å kjenne igjen ting samt evnen til å iverksette handling. Alt dette kan bidra til at tidligere tilegnet kunnskap glemmes og at høreapparat ikke brukes (20). Samlet eller enkeltvis vil disse faktorer kunne ha stor innflytelse på hvordan den hørselshemmede mestrer sin hverdag og i hvilken grad han/hun klarer praktisk bruk av hørselstekniske hjelpemidler. Et betydelig antall eldre vil være avhengig av hjelp til å håndtere sitt høreapparat.

Manglende kunnskaper hos pårørende eller pleiepersonell kan også være en barriere til eldres bruk av høreapparat. Til tross for at hørselstap er hyppig forekommende blant eldre, er det påvist en betydelig underrapportering ved kartlegging av eldres helse. En av årsakene er at hørselsnedsettelse blir sett på som en naturlig del av aldringen, og dermed ikke blir rapportert eller registrert. En annen årsak kan være at det blant helsepersonell blir

fokusert mer på andre diagnoser, og at sansemessige problemer blir mindre vektlagt (21).

Dagens eldre er aktive på mange ulike sosiale arenaer, og hørselshemming angår derfor ikke bare den enkelte, men også omgivelsene. Med et økende antall og stort mangfold av eldre i vårt samfunn er det nødvendig å få et mer nyansert bilde av hva et hørselstap kan innebære av utfordringer og begrensninger i hverdagen. Formålet med studien var å utforske hvordan hørselstap påvirker eldre mennesker i forhold til dagliglivets gjøremål og sosial deltakelse, og hvordan dette oppleves og vektlegges. Kunnskap om eldre hørselshemmedes vilkår i dagens samfunn bør være av interesse for de eldre selv, deres pårørende og helsepersonell. Større kunnskap om hørselstapets mange og sammensatte utfordringer utfra hørselshemmedes eget perspektiv er viktig for å initiere, støtte og følge opp med egnede hørselsrehabiliterende tiltak.

Metode

Ettersom man har lite systematisert kunnskap om hvordan hørselstap påvirker eldre menneskers evne til å utføre dagliglivets gjøremål og sosial deltakelse utfra de eldres eget ståsted, ble en kvalitativ, utforskende studie utformet med dybdeintervjuer som metode for datainnsamling.

Fortolkningen av intervjuene er gjort innenfor en hermeneutisk for-

ståelsesramme. Det hermeneutiske aspektet framkommer ved at materialet fortolkes i lys av kontekstuelle forhold og informantenes livssituasjon (22). Implisitt i dette ligger at informantens alder, sivilstatus, subjektive helse og andre aspekter informantene selv mener er medvirkende og relevante faktorer for opplevelsen av livssituasjon eller funksjonsnivå, og som kan knyttes til hørselstapet, vil spille inn i fortolkningen.

Studiens teoretiske perspektiv har utgangspunkt i *symbolsk interaksjonisme*. Teorien bygger på at vår adferd formes og vårt selv bilde blir til ved at vi ser oss selv i andre. Det er som oftest de næreste relasjoner som har størst innflytelse (23).

Den teoretiske overbygningen preget utformingen av intervjuguiden. En tematisk intervjuguide ble benyttet for å hjelpe informanter og intervjuer til å holde fokus på studiens tema med spørsmål som angår hvordan hørselstap virker inn på dagliglivet og på sosial deltakelse, og hvordan dette opplevs og vektlegges.

Seksten eldre personer, åtte menn og åtte kvinner, ble rekruttert fra fire eldresentre i ulike bydeler i Oslo. Inklusjonskriteriene var en alder på 65 år eller eldre og et erkjent hørselstap. Det ble ikke stilt krav vedrørende bruk av høreapparat. Eksklusjonskriterier var alvorlig sykdom eller demens. Daglig leder ved de fire sentrene rekrutterte informantene. Rekrutteringen foregikk ved at pasienter ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studiens mål og hensikt og om hvordan datainnsamlingen skulle foregå. De eldre personer som ga skriftlig samtykke til å bli kontaktet av forsker oppga sitt telefonnummer som forsker ringte for å avtale intervju. Prosjektet ble meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Informantenes alder varierte fra 65 til 92 år. Det var tolv som bodde alene, mens de resterende fire bodde med ektefelle. De bodde enten i egen bolig, trygdebolig eller omsorgsbolig. Informantene hadde varierende grad av hørselstap og tolv brukte høreapparat(er).

Informantene kunne selv velge hvor intervjuet skulle gjennomføres. Ni intervjuer ble utført hjemme hos informanten, mens de resterende syv ble

utført på de eldres respektive eldresentre.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd etter samtykke fra informantene. Transkriberingen og analyse ble foretatt fortløpende over en tremåneders periode.

Resultat og diskusjon

Intervjuene fanget opp mange tema relatert til konsekvenser av hørselstap. Disse lar seg kategorisere innenfor hovedkategoriene sosiale og kommunikative, emosjonelle og praktiske konsekvenser. Innenfor hovedkategoriene utledes det underkategorier. Underkategoriene har titler som belyser det enkelte tema.

Sosiale og kommunikative konsekvenser

Informantene formidlet at de opplever kommunikasjonsvansker og irritasjon fra andre personer, begrensninger i sosial deltakelse, isolasjon og stigmatisering.

Kommunikasjonsvansker og irritasjon fra andre personer

Nesten samtlige informanter meldte om vanskeligheter med å kommunisere med sine nærmeste, og for mange førte dette også til irritasjon. En mann forteller: *"Det som kan virke litt irriterende på dem jeg omgås, er at jeg stadig må si 'hæ'. At de må gjenta ting som de snakker om. Det er kanskje ubegrunnet, men jeg føler det i alle fall sånn."* En kvinne belyser det samme forholdet slik: *"Hvis jeg spør barna mine om igjen eller ber dem snakke høyere, da blir de irritert. De skjønner ikke hvorfor de skal 'sitte og gape', som de sier, for 'du må da kunne høre dette'..."*

Informantene fortalte om barnebarn som klager på at de *"aldri"* hører, familiemedlemmer som signaliserer at det er slitsomt å føre en samtale og mener at de nok *"hører det de vil høre"*. Flere ga uttrykk for at de ofte later som om de hører for ikke å skape irritasjon. Likevel, det er også de som syntes at de møtes med forståelse: *"Jeg syns stort sett at folk i sin alminnelighet er greie. Når jeg har gitt tegn på at jeg ikke har hørt hva de sa, så løser det seg enkelt."*

Kommunikasjon dreier seg ikke bare om å forstå hverandre, men også om å forstå hverandre *rett* (7). Hørselshemmedes behov for gjentakelser og presiseringer av ord og setninger, med avbrudd i samtalsens naturlige flyt, kan medføre irritasjon fra omgivelsene, og ofte stiger irritasjonen proporsjonalt med hyppigheten av slike avbrudd (8). Flere informanter etterlyste en *folkeopplysning* om hørselstap. Informantene kom således inn på et vesentlig område som gjelder forutsetninger for god kommunikasjon; nemlig at det kreves positive bidrag og tilrettelegging fra begge (alle) parter.

Begrensninger i sosial deltakelse

Samtlige informanter oppga at hørselstapet innvirket i deres daglige liv på ulike måter. En mann sier: *"I samtalsituasjoner faller jeg fort ut altså. Så kommunikasjonen med mennesker blir redusert på den måten."* Om samtalsituasjoner med mange mennesker til stede, sier en kvinne: *"Ja, det er problematisk. Det er det. For jeg hører alt sammen, men jeg hører aldri hva de sier."* Vanskene er både situasjonsavhengige og personavhengige. Flere sa de droppet klubbvirksomhet og foreningsliv og at de ikke lenger hadde noen glede av teaterbesøk. De fleste sa de fungerer bra i *en-til-en-situasjoner*, men sliter i sammenhenger med flere personer til stede. Spesielt bakgrunnsstøy ble opplevd problematisk, som for eksempel at tv eller radio står på i bakgrunnen, eller at mange prater samtidig. Slurvete tale, dialekter, utenlandske språk, at folk snur seg bort når de prater eller holder seg for munnen, skapte vansker.

Isolasjon

Flere av informantene beskrev vonde og vanskelige situasjoner som følge av hørselstapet, og om sosiale sammenheng de velger å avstå fra. Det er alt fra møter på eldresenteret til barnebarnets konfirmasjon. En mann uttrykker opplevelsen av isolasjon slik: *"Jeg er falt av lasset. Jeg sitter ved siden av og ser på dere."* Den samme mannen sa at han føler seg *avsatt* fordi han ikke hører, og legger til: *"Nå har de satt meg ved siden av, nå snakker de til andre enn meg, og jeg kan ikke følge med. Jeg sitter ved siden av livet på en"*

måte.” Han fortalte også at opplevelsen av nettopp å ha blitt enkemann forsterket følelsen av å føle seg utenfor.

De fleste vil betrakte kommunikasjon som en sosial og følelsesmessig livsbetingelse. I samtale og samvær med andre mennesker utvikler vi oss og får bekreftelse på den verdi og betydning vi har for andre (23). Det gir livet mening å kunne pleie de relasjoner som er viktige for oss. For eldre mennesker er dette ofte spesielt viktig fordi mange med stigende alder opplever mindre mobilitet og at omgangskretsen snevres inn.

Redusert eller manglende sosial kontakt kan føre til at eldre ikke får bekreftet seg selv som en ressurs og viktige for fellesskapet. Når det sosiale livet begrenses vil dette kunne gi symptomer som passivitet, ensomhet og sosial isolasjon, hvilket igjen kan få innflytelse på selvbildet, identiteten og selvrespekten. Dermed økes også sårbarheten for både somatiske sykdommer, depresjon og angst. Mangel på nødvendige stimuli kan i ytterste konsekvens fremskynde demens (21).

Stigmatisering

Halvparten av informantene sa at de var tilbakeholdne med å fortelle om sitt hørselstap, og at de ofte nølte med å si fra at de ikke hørte i situasjoner med mange til stede. Dette viser at åpenhet om hørselstap ikke er en selvfølge. En mann uttrykker sin opplevelse av hørselstapet slik *”Dem ser på meg som en raring, vet du. Der jeg skulle sagt ‘ja’ sier jeg ‘nei’, vet du, og omvendt. Så det er leit... Det er et veldig handikap, altså.”* En kvinne sa: *”Det er mange som tror du er dum... ja, for meg så ser det ut som om de tror at jeg er dum fordi at jeg ikke kan følge med, og så kanskje jeg har svart i hytt og vær om et eller annet som ikke stemmer med det vedkommende har spurt meg om.”*

Hørselstap vil for noen være forbundet med en negativ eksponering. Dette til tross for at hørselstap blant eldre snarere er regelen enn unntaket. Andres manglende kunnskap, og ofte fordommer, i forhold til hørselstap vil i mange tilfeller oppleves som en tilleggsbelastning. Mennesker med hørselstap er like forskjellige som mennesker uten hørselstap. Alle ønsker å bli sett som den genuine person man

er, også eldre. Man skal således være varsom med å generalisere hørselshemmede slik at ikke sansetap skygger for personlige egenskaper og kvalifikasjoner.

Emosjonelle konsekvenser av nedsatt hørsel

Informantene ga uttrykk for emosjonelle belastninger som en konsekvens av nedsatt hørsel inkludert anstrengelser, uro og stress, redusert selvoppfatning samt sorg og nedstemthet.

Anstrengelser, uro og stress

Det til stadighet å måtte være årvåken og oppmerksom for ikke miste informasjon ble opplevd slitsomt, og bidro til å skape uro og stress. En informant sier: *”Hvis det er masse mennesker, så får jeg ikke med meg alt sammen, og så får jeg hodepine, for da må jeg konsentrere meg så mye... og så blir jeg sinna, for det at det er sånt leven”* og *”Jeg er alltid så sliten når jeg har hatt en del mennesker rundt meg. Jeg er helt ferdig!”* Noen gir til slutt opp. En kvinne kommenterer dette slik *”Jeg innleder ikke samtaler med noen jeg ikke vet hvordan snakker. Jeg kan jo ikke snakke med et fremmed menneske og si ‘hva’ hele tiden. For å si ‘hva’ hele tiden blir det ikke noe samtale av likevel.”*

Informantene mobiliserte både krefter, oppfinnsomhet og stor tilpassingsevne for å klare å henge med i en samtale. Flere nevnte at de føler seg helt utmattet etter en større familiesammenkomst, og at de etter dette trenger flere dager for å hente seg inn igjen. Intervjuene ga inntrykk av at både menn og kvinner ofte påtar seg ansvaret for hvordan samtalen glir. Ble situasjonen vanskelig å håndtere var det flere som håndterte stresset ved å trekke seg tilbake.

Selvoppfatning

Utrykk som *dum*, *utenfor* og *treg* forekom når informantene beskrev opplevelsen av å misforstå eller ikke klare å følge med i samtale med andre. Mange brukte også disse uttrykkene da de beskrev hvordan de trodde omgivelsene oppfattet dem. En mann sier: *”De som vet at jeg hører dårlig, de oppfører seg som om jeg hører dårlig. Men de som ikke vet det, de ser på meg*

som et sånt rart dyr, ja!” Flere mobiliserte betydelige krefter for å få sine medmennesker til å forstå hvor vanskelig det er å følge med i samtalsituasjoner. En kvinne sa at hun fikk lyst til å *riste folk* for deres uvitenhet og arroganse.

Informantene reagerte ulikt på opplevelsen av å føle seg *utenfor*. Noen reagerte med irritasjon og sinne, flere med oppgitthet og resignasjon, og enkelte med tristhet og selvbebreidelse, men felles for alle var at de fra tid til annen forsøkte å unngå situasjoner der de visste de ble *utenfor*, og dermed ville komme til å føle seg utilstrekkelige og *dumme*.

Opplevelsen av å bli marginalisert på grunn av alder og sansetap vil kunne influere på enkeltindividers selvforståelse. Dette kan sees i lys av teorien om symbolsk interaksjonisme (23). Den eldre opplever seg selv gjennom de reaksjoner som kommuniseres gjennom kroppssignaler, verbale budskap eller en kombinasjon av disse. Når den eldre, hørselshemmede spør om å få gjentatt ord og utsagn fra en samtale, og møtes med *”det var ikke noe”*, *”det var ikke så viktig”*, *”bare glem det...”* vil dette kunne føre til at man føler seg relativt uinteressant som samtalepartener. Dette vil kunne påvirke selvfølelsen og selvbildet negativt.

Sorg og nedstemthet

Følelser som sorg og nedstemthet på grunn av hørselstapet framkom i intervjuene, og spesielt i forbindelse med beskrivelser av de praktiske opplevelsene rundt det å høre dårlig. En kvinne nevnte som eksempel at hun blir trist og får en følelse av hjelpeløshet når hennes mann snakker til henne fra et annet rom, og stønner oppgitt når hun ikke hører hva han sier. Hun legger til *”det er klart, det kan bli irriterende for han også”*. En kvinne uttrykker dette såpass sterkt som: *”Jeg er veldig på nedtur; så bare du nevner det så har jeg lyst til å grine. Jeg tåler ikke noe mer med hørselen!”* Også følelsen av ikke å bli tatt på alvor, avfeid eller overhørt, er vanskelig å takle.

Et sansetap vil ofte i større eller mindre grad utløse en sorgreaksjon. Akutte tap kan føre til krisereaksjoner, mens det i større grad gis mulighet til forberedelse og bearbeiding når sanse-

tapet utvikler seg over tid (8,21,24). Flere studier har funnet signifikante sammenhenger mellom depresjon og hørselstap (9,25,26). Et hørselstap vil kunne virke som en forsterkende faktor i forhold til andre helseplager og negative livshendelser. Flere av informantene i studien tar opp problemer knyttet til det å miste ektefelle og venner. Opplevs hørselstapet allerede som en barriere i forhold til sosial kontakt med omverden, vil det å bli enke/enkemann ytterligere kunne forsterke følelsen av sorg, ensomhet og avmakt.

Praktiske konsekvenser av nedsatt hørsel

Praktiske konsekvenser av hørselstapet ble ikke så hyppig nevnt av informantene. Det var mer en undring over at de ikke lenger hørte gresshoppene om sommeren, klokken på veggen og dørklokken. Den praktiske og nyttige siden av å benytte høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler kom likevel tydelig fram, og en mannlig informant nevnte sågar at for ham representerte hjelpemidlene at han hadde fått tilbake "tryggheten i hverdagen". Han sier: "Nå har jeg hatt dette (hørselstekniske hjelpemidler) så lenge at jeg vet hva det dreier seg om. Men det er jo mange jeg synes synd på som ikke får noen ting. Det er mange som har det helt håpløst, synes jeg!"

Oppsummering og konklusjon

Studien viser at mange eldre opplever at hørselstapet fører til vansker av sosial, kommunikatív, emosjonell og praktisk karakter. Det var særlig i sosial omgang at hørselstapet opplevdes sjenende. Informantene ga uttrykk for at omgivelsenes holdninger og manglende kunnskap om hørselstap hadde en negativ innvirkning på deres selv-bilde og i deres livsutfoldelse. Flere etterlyste en form for folkeopplysning for å øke forståelsen av hørselstapets mange konsekvenser.

Hørselshemmede stiller med et dobbelt handikap, både et fysisk og et sosialt. Høreapparat og tekniske hjelpemidler kan bare delvis kompensere for de problemene som oppstår i kjølvannet av et hørselstap. Svek-ket hørsel vil kunne opplevs som en tilleggsbelastning til nedsatt fysisk mobilitet og redusert evne til å vedlike-

holde det sosiale kontaktnettet. Den relasjonelle dimensjonen er viktig når tiltak vurderes, i tillegg til funksjonelle, individuelle og kontekstuelle vurderinger.

Vi er i ferd med å få en stor ressurs-stærk generasjon av eldre som har bedre økonomi, helse og utdanning enn tidligere samt mer fritid å benytte på sosiale og kulturelle aktiviteter. På den annen side vil det også i framtiden være eldre med dårlig økonomisk forutsetning og dårlig helse med betydelig rehabiliteringsbehov på flere områder (27). Uansett den enkeltes forutsetninger og ressurser, så må man ta utgangspunkt i at mellommenneskelig kontakt vil være et grunnleggende behov gjennom hele livsløpet. Det er derfor av stor betydning at pårørende og helsepersonell er oppmerksom på hørselstapets mange og vidtrekkende konsekvenser, og foruten kunnskap om og forståelse for disse, kan bidra til å initiere, støtte og følge opp nødvendige hørselsrehabiliterende tiltak for eldre hørselshemmede.

"Vi er mange.

Vi har vært undervurdert

aldeles for lenge.

Vi er farlige, og vi kommer til å endre så mye..." (28)

Referanser

1. Davis AC. Epidemiology of hearing disorder. I: Kerr AG, redaktør. Scott Brown's Otolaryngology. Boston: Butterworth-Heinemann; 1997.
2. Tambs K. Utbredelse av hørselstap. Nytt fra Miljø og Samfunnsmedisin 1998;20:1.
3. Berry P, Mascia J, Steinman BA. Vision and hearing loss in older adults: "Double trouble". *Care Manag J* 2004; 5(1):35-40.
4. Grue EV, Ranhoff AH, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdottir AB, Ljunggren G mfl. Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scand J Caring Sci* 2008; 23(4):635-43.
5. Grue EV, Kirkevold M, Høyen AR. Prevalence of vision, hearing, and combined vision and hearing impairments in patients with hip fractures. *J Clin Nurs* 2009; 18(21):3037-49.
6. Roikjær P, Pedersen MS. Aldring + Hørselstap = Presbycusis (Spesialoppgave i audiologopædi). København: IAAS, Københavns Universitet; 1997.
7. Skollerud SH. Kommunikativ kompetanse hos voksne som får nedsatt hørsel (Hovedfagsoppgave i tredje avdeling). Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk; 1996.
8. Hull RH. Hearing loss in older adulthood. I: Hull RH, redaktør *Aural Rehabilitation*. London: Chapman and Hall; 1992. s. 215-34.

9. Cacciatore F, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology* 1999; 45(6):323-328.
10. Campbell VA, Crews JE, Moriarty DG, Zack MM, Blackman DK. Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults--United States, 1993-1997. *MMWR CDC Surveill Summ* 1999; 48(8):131-56.
11. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ, Kaplan GA. Negative consequences of hearing impairment in old age: a longitudinal analysis. *Gerontologist* 2000; 40(3):320-6.
12. Tambs K. Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosom Med* 2004; 66(5):776-82.
13. Hallberg LR, Pässe U, Jansson G. Quality of life among women with noise-induced hearing loss. *Scandinavian Journal of Disability Research* 1999; 1:21-35.
14. Weinberger M. Social and psychological consequences of legitimating a hearing impairment. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol* 1980; 14A(3):213-22.
15. Mulrow CD, Tuley MR, Aguilar C. Sustained benefits of hearing aids. *J Speech Hear Res* 1992; 35(6):1402-5.
16. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Tuley MR, Velez R, Charlip WS et al. Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Ann Intern Med* 1990; 113(3):188-194.
17. Bertoli S, Staehelin K, Zemp E, Schindler C, Bodmer D, Probst R. Survey on hearing aid use and satisfaction in Switzerland and their determinants. *Int J Audiol* 2009; 48(4):183-195.
18. Gimsing S. [Use of hearing aids five years after issue]. *Ugeskr Laeger* 2008; 170(43):3407-3411.
19. Vuorilho A, Sorri M, Nuojua I, Muhli A. Changes in hearing aid use over the past 20 years. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006; 263(4):355-360.
20. Wallhagen MI, Pettengill E. Hearing impairment: significant but underassessed in primary care settings. *J Gerontol Nurs* 2008; 34(2):36-42.
21. Statens Helsetilsyn. Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap. Veiledningsserie 3-2000. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.
22. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001.
23. Mead GH. *Medvetende, jaget och samhället*. Stockholm: Argos Forlag; 1974.
24. Gullacksen, A-C. Närhörselsvikt. Om livsomsättning och rehabilitering. Malmö: HAREC, Samhällsmedicinska institutet, Universitetssjukhuset MAS; 2002.
25. Maggi S, Minicuci N, Martini A, Langlois J, Siviero P, Pavan M mfl. Prevalence rates of hearing impairment and comorbid conditions in older people: the Veneto Study. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(9):1069-1074.
26. Uhlmann RF, Larson EB, Rees TS, Koepsell TD, Duckert LG. Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. *JAMA* 1989; 261(13):1916-1919.
27. Daatland SO, Solem PE. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Oslo: Fagbokforlaget; 2000.
28. Wessenlund R, Solberg T. *Det nye livet - Alt før 50 er en oppvarming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002.



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Trykksårkonferansen 2011

19. oktober 2011

Oslo kongressenter



Påmelding:
www.sykepleierforbundet.no/geriatrisykepleiere



Velkommen til Trykksårkonferansen 2011

Pasientsikkerhet har høy prioritet i helsesektoren her i Norge og trykksår er et viktig område for å redusere skade på pasient. Trykksår rammer svake pasienter med redusert bevegelighet. Mennesker i alle aldersgrupper kan utvikle trykksår, men eldre er særlig utsatt. Trykksår er smertefulle og kan medføre infeksjon, tidlig død og redusert livskvalitet. I tillegg er trykksår kostbare for samfunnet.

Trykksår kan forebygges hvis effektive tiltak iverksettes tidlig. Som inspirasjon til forebyggende innsats holder NSFs Faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens Trykksårkonferansen 2011. Vi vil belyse ny kunnskap om trykksår og resultater av pågående studier og prosjekter. Vi er i gang med å bygge kompetanse på et viktig felt.

Hilde Fryberg Eilertsen, NSF FGD leder

Program

- 08.00 – 09.00 Registrering og utstilling
- 09.00—09.10 **Velkommen til konferansen om trykksår**
Hilde Fryberg Eilertsen, NSF FGD leder
- 09.10-10.00 **Tiltak for forebygging av trykksår – hvilke tiltak er effektive?**
Karen Bjørø, leder av trykksårutvalget i Norsk interessefaggruppe for sårheling
- 10.00-10.30 Pause med utstilling
- 10.30-11.30 **Nasjonal registrering av trykksår i Sverige – resultater, erfaringer, oppfølging**
Lena Gunningberg, dosent, Uppsala universitet og Akademiska sjukhuset
- 11.30-12.30 Lunsj
- 13.00-13.30 **Bruk av elektronisk beslutningsstøtte for forebygging av trykksår og underernæring i sykehjem**
Mariann Fossum, doktorgradsstudent i sykepleievitenskap, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
- 13.30-13.50 **Forebygging av trykksår – kunnskaper og holdninger - Erfaring fra sykehus**
Eva Kronholm Heiberg, klinisk spesialist i sår, Diakonhjemmet sykehus
- 13.50-14.10 **Kan et opplæringsprogram i forebygging av trykksår øke kunnskapsnivået hos pleiepersonalet i sykehjem?**
Kjersti Sunde, mastergradstud. i sykepleie, Høgskolen i Oslo
- 14.10-14.40 Pause med besøk i utstilling
- 14.40-15.15 **Senger og madrasser for forebygging og behandling av trykksår -- Hvilke faglige krav skal vi stille?**
Ida Bredesen, undervisn.spl., leder trykksårutvalget, Oslo universitetssykehus
- 15.15-15.45 **Trykksårforebyggende arbeid ved NAV Hjelpemiddelsentral**
Jorunn Myrum, fysioterapeut, Hjelpemiddelsentralen i Sør-Trøndelag
- 15.45-16.00 **Registrering av trykksår i Norge – er tiden moden?**
Karen Bjørø

Presentasjon av foredragsholdere



Lena Gunningberg er docent og klinisk lektor. Hun arbeider ved Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap ved Uppsala universitet og Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hun er styremedlem i European Pressure Ulcer Advisory Panel og Den svenske forening for sårsykepleiere. Gunningberg har deltatt i ekspertgruppen for den nasjonale punkt-prevalensregistreringen av trykksår 2011 som ble utført i svensk spesialist og kommunehelsetjeneste - et initiativ fra Sveriges kommuner og landsting (SKL). Hun har også skrevet nasjonale retningslinjer for trykksår på oppdrag av SKL. Hun har gjennomført flere forskningsprosjekter innen trykksårforebygging og behandling. I 2009 deltok to svenske sykehus i et amerikansk kvalitetsregister for benchmarking av trykksår. Siden 2010 har Lena Gunningberg vært assistent professor II ved School of Nursing, University of California San Francisco.

Mariann Fossum er doktorgradsstudent i sykepleievitenskap og arbeider ved Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap. Hennes doktorgradsarbeid handler om bruk av kliniske retningslinjer for vurdering og forebygging av trykksår. Hun arbeider med kvalitetsindikatorer og har deltatt i Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) sin arbeidsgruppe for utvikling av nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008 – 2009.



Karen Bjørø er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo (UiO), Avd for sykepleievitenskap og forsker ved Oslo universitetssykehus, Ortopedisk avdeling. Hun arbeider p.t. med et nytt mastergradsprogram ved UiO i avansert geriatrisk sykepleie (nurse practitioner). Bjørø etablerer p.t. forskningsprosjekter innen trykksår på henholdsvis sykehus og sykehjem. Hun er leder av trykksårutvalget i Norsk Interessegagruppe for sårheling. Hun har deltatt i Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) sin arbeidsgruppe for utvikling av nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008–2009. Hun er styremedlem i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens og redaktør av Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie. Fra januar 2011 er hun forbundsstyremedlem i Norsk Sykepleierforbund.



Ida Bredesen er undervisningssykepleier på Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Hun er leder av trykksårutvalget ved sykehuset og har ledet arbeidet med å utvikle nye kunnskapsbaserte retningslinjer for forebygging av trykksår. Hun har deltatt i flere trykksårregistreringer ved sykehuset. Ida Bredesen har mastergrad fra Høgskolen i Akershus.



Jorunn Myrum er fysioterapeut og har i mange år arbeidet ved NAV Hjelpe-middelsentral Sør-Trøndelag med råd og veiledning av sittetilpasninger for rullestolbrukere. Hun er medlem i NAV sin nasjonale faggruppe for posisjonering. Myrum er medlem av Trykksårutvalget i Norsk Interessegagruppe for sårheling. Hun har arbeidet i kommunehelsetjenesten.



Eva Kronholm Heiberg er klinisk spesialist i sår. Hun følger opp pasienter med problematiske sår på Kirurgisk poliklinikk, Diakonhjemmet sykehus hvor hun også er leder av Sår-faggruppen. Hun er mastergradsstudent ved Avd. for sykepleievitenskap og masterprosjektet retter seg mot kunnskaper og holdninger til trykksår i sykehus.



Kjersti Sunde er sykepleier ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Hun har gjennomført mastergradsstudium ved Høgskolen i Oslo. I sin masteroppgave har Sunde undersøkt effekten av et opplæringsprogram i forebygging av trykksår i sykehjem.

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Sted	Oslo kongressenter, Youngsgt 11, 0181 Oslo	
Påmelding	Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema. Følg lenken for påmeldingen på: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere	
Konferanseavgift:	Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe	
Deltakeravgift:	T.o.m. 15.08.2011	F.o.m.16.08.2011
Medlem i NSF FGD	Kr 1.200	Kr 1.400
Ikke medlem i NSF FGD	Kr 1.600	Kr 1.800
	(medlem = medlem av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens)	
Bli medlem	Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanseavgift. www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere	
Avbestillingsgebyr	Ved avbestilling etter 1. oktober belastes kr 700.	
Godkjenning	Landskonferansen er godkjent av Norsk Sykepleierforbund som meritterende til klinisk spesialist i sykepleie med 6 timer.	
Produktutstilling	Vi inviterer produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen. Se eget informasjonsskriv på NSF FGDs nettside eller send en e-post til livberitjordal@msn.com . Påmelding til utstillingen skjer på eget skjema som du finner på vår nettside. Alle som skal betjene utstillingsstandene må også registrere seg i påmeldingsskjema til konferansen.	
Betaling:	Faktura blir tilsendt den e-postadressen som oppgis i påmeldingsskjemaet.	
Diettmat	Behov for diettmat (vegetarmat, glutenfritt o.l.) må krysses av i påmeldingen.	
Overnatting	For de som kommer langveisfra og har behov for overnatting kan vi opplyse at følgende hotell ligger i gåavstand fra Oslo kongressenter Folkets hus: Thon hotell Cecil, Stortingsgt. 8, 0161 Oslo, Tlf. 23314800. Oppgi bookingreferanse: WISMAMA Rica hotell G20, Grensen 20, 0180 Oslo, Tlf. 22016400 Rica Travel hotell, Arbeidergt. 4, 0159 Oslo, Tlf.: 22003300 Rica hotell Oslo, Europarådets plass 1, 0154 Oslo, Tlf.: 23014210 Oppgi avtaleref. ND5096 og at du er medlem av Norsk Sykepleierforbund Choice hotell Xpress, Oslo, Møllergt. 26, 0179 Oslo, Tlf. 22031100	
	Hotellrom bookes direkte til hotellet og gjøres opp ved avreise. Det er ikke reservert rom på noen av hotellene.	
Spørsmål?	Eventuelle spørsmål kan rettes til NSF's konferansenhet på telefon: 22043304 eller e-post: kurs@sykepleierforbundet.no	

Det tas forbehold om endringer i programmet.

Frisk og kronisk syk

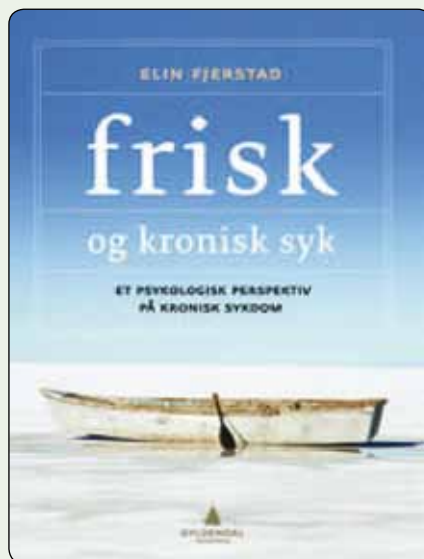
Hvordan oppleves det å ha en sykdom som aldri går over, og hvordan lever en best mulig med de utfordringene det innebærer? Hvordan balanserer man mellom det å være syk og frisk på samme tid? Dette er spørsmål forfatter Elin Fjerstad stiller i en ny bok *Frisk og kronisk syk* som åpner med et dikt hun selv har skrevet (se Rammen). Diktet billedliggjør bokens innhold.

Forfatteren tar utgangspunkt i sin egen revmatologiske lidelse. Hun er spesialist i klinisk psykologi. Innledningsvis tar Fjerstad et oppgjør med forestillinger om at sykdom begynner seg enten i kroppen eller i hodet. Og dette er også hennes motivasjon for å skrive boken. Litteratur kan bidra til å endre snevre tanker. Hun ønsker at både pasienten, pårørende og fagpersoner tenker annerledes rundt tema kronisk sykdom.

Bokens første del handler om kunnskap og tenkning rundt det å leve med kronisk sykdom. Forfatteren henvender seg direkte til helsepersonell og illustrerer med pasientcase. Fokuset er på mestringsmuligheter og hvordan helsepersonell kan finne nøkler til å låse opp pasientens muligheter.

I bokens del to er det utfordringer som er i fokus, særlig de psykologiske utfordringer ved kronisk sykdom. Her er tema som hvordan akseptere en kronisk sykdom, og hvordan helsepersonell kan mene så vel, men gjøre alt så mye verre for pasienten.

Selvfølelse blir et viktig kapittel her, en side er viet noe så praktisk som nyttige refleksjoner og spørsmål for å kartlegge og jobbe med selvfølelse. Denne siden (s.149) inneholder konkrete punkter for aktiv handling og meget bra for sykepleiere å lese! Selv om noe av kapittelets innhold handler om barn og ungdom, er det allikevel nyttige punkter for geriatriiske sykepleiere å ta med seg og bidrar til å se hele menneskelivet.



Forfatter: Elin Fjerstad
Utgivelsesår: 2010
304 sider, 1. utgave,
Forlag: Gyldendal akademisk
Målform: Bokmål
ISBN/EAN: 9788205402355
Pris: kr 349

Del tre heter God helse ved kronisk sykdom og handler om terapi og spesielt om kognitiv terapi – hvordan den kan benyttes og hva den kan bidra med. Under tema medikamentmisbruk skriver Fjerstad igjen herlig konkret om teknikker vi kan bruke som sykepleiere til å få frem misbruket på en måte som drar pasienten fremover og videre i livet. Boken inneholder en rikholdig litteraturliste på 17 sider og en appendiks med nettadresser til ulike kartleggingsverktøy blant annet for smerte, angst, depresjon.

Boken er skrevet for alle helsearbeidere som møter pasienter med kronisk sykdom, og for studenter i psykologi, medisin, sykepleie, ergoterapi og fysioterapi – kort sagt alle helsefag. Den som selv er kronisk syk, eller er pårørende, trenger den samme kunnskapen. Håper dette blir en bok mange leser!

Skrevet av: Siri E. Meyer, sykepleier, høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud

Den stille Natta

Har tatt

Kroppen jeg nettopp la.

Hvor kommer de morgenstive timer fra?

Min gode venn viljen er våken

Klar ferdig gå

Kroppen ut av senga

Finne balansen

go'foten først

fremad marsj

og subb subb inn på badet

opp med krana

au au

velsignet være varmtvannet!

Vaske, tørse

På med klærne, sokkene først

Føttene for langt ned

Håret for høyt opp

Baken for langt bak

Og alt ellers i veien

Ferdig!

Klart det igjen. En hel dag

En lang natt til neste gang.

Jeg trekker morgenstivheten i do

Og

Lukker døren til ensomheten

Elin Fjerstad

Bygg flere plasser for personer med demens. Det handler om verdighet.

Rundt 80 % av de eldre på sykehjem i dag har en demenssykdom. Men vi vet ikke sikkert fordi langt nær alle demenssyke har en demensdiagnose. Mange vil spørre: Trenger man å få diagnostisert en demenssykdom når man er gammel og bor på sykehjem? Mitt svar er: Ja, det gjør man! Det er svært viktig å få en diagnose, uansett hvor gammel man er.

En god og utfyllende undersøkelse er viktig for å utelukke andre årsaker til demenssymptomene. Det hører til en grundig demensutredning å få konstatert hvilken type demenssykdom pasienten har. De ulike demenssykdommene har ulik symptombylde og utvikler seg forskjellig. Kunnskap om type demens er viktig for individuell tilrettelegging av hverdagen, slik at den enkelte kan klare mest mulig selv og får bruke de ressursene han eller hun har igjen¹.

En demensdiagnose er også viktig for planlegging av en god demensomsorg. Kartlegginger viser at om lag en tredjedel av pasientene har en demensdiagnose når de legges inn i sykehjemmet, mens rundt en fjerdedel av sykehjemsplassene er tilrettelagt for pasienter med demens. Tilsynelatende god overensstemmelse mellom antall pasienter med en demensdiagnose og tilrettelagte plasser. Men når vi vet at så mange som 80 % av pasientene i sykehjem sannsynligvis har en demenssykdom og kun 25 % får en tilrettelagt plass, betyr det et stort og udekket behov. Manglende diagnosesetting er med på å dekke over det reelle behovet.

Tilrettelagte plasser for personer med demens, betyr små og trygge miljø, og Departementet anbefaler å bygge små bokollektiv med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer². Tilrettelagte plasser krever også høyere bemanning og kompetanse

hos personalet for å sikre gode holdninger, forståelse og respekt for den demenssykes spesielle behov.

I dag kommer mange personer med demens på avdelinger som ikke er tilrettelagt for dem, og de får ofte ikke den oppfølging de har krav på. Blandingen av kognitivt friske pasienter og demenssyke i sykehjem, kan være uheldig for begge parter. Den kognitivt friske pasient forteller at det ofte kan være vanskelig å utsettes for den demenssykes utfordrende atferd, og svært nedsatte evne til kommunikasjon og samhandling³. Det kan også oppstå situasjoner som helst burde vært unngått, og som dessverre har fått stor medieplass.

Bedre utredning og diagnostisering av pasienter med mistanke om demens, vil gi oss en bedre oversikt over behov for tilrettelagte plasser og helsepersonell i fremtiden. Regjeringen har lovet at det skal bygges 12.000 nye sykehjemsplasser eller omsorgsboliger innen 2015³. De fleste av disse nye plassene bør være tilrettelagt for pasienter med demenssykdom og bør utløse både kompetanseøkning, tilrettelegging og økonomiske tilskudd.

Utbygging av flere tilrettelagte plasser for personer med demens må prioriteres kraftig fremover. Det handler om verdighet både for demenssyke og kognitivt friske på sykehjem. De fleste av oss blir berørt av demenssykdom i fremtiden. Det handler om verdighet for oss alle.

Hilde F. Eilertsen

Hilde Fryberg Eilertsen

Leder,

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens



1. Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015

2. Demensplan 2015

3. Artikkel i Aftenposten av 21.02.11 "Dement mangler tilbud på sykehjem" av Karen Tjernshaugen og Tine Dommerud

Har du sjekket dine medlemsopplysninger?

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

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

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

Tiltak for å støtte pårørende

Forskere på Nasjonalt kunnskapssenter har oppsummert kunnskap om tiltak som kan støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens (1). I dag er det om lag 69000 personer med demens i Norge og over halvparten bor hjemme – med omsorg og hjelp av de nærmeste pårørende. Det viktigste kjennetegnet på demens er hukommelsestap og redusert evne til å tenke, kommunisere og orientere seg. Endringer i sinnstemning og personlighet er også vanlig og kan være en utfordring for pårørende å forstå og håndtere. Det stilles spørsmål om effekt av tiltak som iverksettes for å støtte pårørende.

I følge rapporten kan sammensatte programmer med undervisning om demens og praktisk støtte til pårørende i noen grad redusere omsorgsbyrde og depresjon og gi noe bedre tilfredshet, bedre livskvalitet samt øke kunnskap hos pårørende. Også individuell undervisning kan i noen grad redusere omsorgsbyrde hos pårørende. Gruppeundervisning, individuell rådgivning og støtte gitt hjemme eller via telefon og støtte fra frivillige har imidlertid usikker effekt på pårørende.

Forskningsstudier gjennomført hittil sier lite om langtidseffekter av tiltakene. De fleste studier gjennomført hittil er fra USA og Asia i en kulturell og sosial situasjon som er forskjellig fra norske forhold. Derfor er det usikkert om funnene fra tidligere forskning har aktualitet for norske forhold. På bakgrunn av dette er det behov for mer forskning på dette feltet. Du finner hele rapporten på nettsiden: www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner.

Referanse: Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Brurberg KG, Fønhus MS, Reinart LM. Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 06-2011.



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Første kunngjøring

LANDSKONFERANSE 2012

Geriatrisk kompetanse for fremtidens eldreomsorg

15 - 16 mars 2012

**RADISSON BLU ROYAL GARDEN
TRONDHEIM**

**Frist for innsending av sammendrag til
prosjektpresentasjoner og symposier:**

15. oktober 2011



Pasientsikkerhet må også gjelde for de eldste pasienter

Pasientsikkerhet for den gamle pasient var tema for faggruppens landskonferanse i Stavanger 31. mars og 1. april 2011. Over 230 sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og annet helsepersonell deltok på konferansen.

Pasientsikkerhet står høyt på den nasjonale helsepolitiske agenda for tiden. Undersøkelser viser at uønskede hendelser skjer i om lag 10% av alle sykehusopphold i vestlige land. Vi har ikke nøyaktige tall fra norske sykehus. I sin bok om uheldige hendelser i helse-tjenesten har Peter Hjort overført internasjonale tall til norske forhold. Det er grunn til å tro at rundt 2.100 pasienter dør i løpet av året og at 15.800 pasienter blir permanent invalide som følge av uønsket hendelse under sykehusopphold. Dertil kommer nesten en halv million ekstra liggedøgn i sykehus, som igjen koster mellom 1,6 og 2,2 milliarder kroner. For ikke å snakke om de ekstra lidelsene dette påfører pasienter og pårørende, og ikke minst gir opphav til bekymring og skyldfølelse hos helsepersonell. Uønskede hendelser koster samfunnet milliarder.

Eldre mennesker er spesielt sårbare for uønskete hendelser på bakgrunn av høyere forekomst av sykdom, flere sykehusinnleggelser og prosedyrer. Eldre har også oftere flere sykdommer samtidig og høyt forbruk av flere medikamenter som gjør dem særlig utsatt.

Ivaretagelse av pasientsikkerheten er viktig for alle pasienter. Det er imidlertid ekstra viktig for eldre personer. De er ofte i en fysisk og mental tilstand som gjør det vanskelig for dem å ivareta egen sikkerhet. Kroppen eldes, blir stivere og sprøere i skjelettet, blodtrykket blir høyere – eller lavere, økende svimmelhet, - og et uskyldig fall kan få tragiske konsekvenser. Og

dette er god grunn til å sette pasientsikkerhet for eldre mennesker på dagsorden på en landskonferanse for sykepleiere og annet helsepersonell.

Om vi mangler gode tall på pasientsikkerhet i norske sykehus, er kunnskap om pasientsikkerhet innen eldreomsorgen i kommunene enda mer begrenset. Enkelt saker i media den senere tid viser imidlertid at uheldige hendelser i sykehjem også er vanlig, sa Hilde Fryberg Eilertsen i sin åpningstale på konferansen. Det er mest vanlig å snakke om uønskete hendelser og pasientskade som del av tjenesteyting. Men pasientsikkerhet handler også om manglende helsehjelp overfor de som har behov for og krav på hjelp. Lav bemanning og kompetansenivå i sykehjem og hjemmesykepleie øker også faren for at eldre mennesker ikke får den hjelpen de trenger.

Pasientsikkerhet er blitt høyt prioritert på den helsepolitiske dagsorden sa fungerende statssekretær i helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og sykepleier Tord Dale. HOD lanserte tidligere i år en nasjonal pasientsikkerhetskampanje med navnet *I trygge hender* som skal vare fram til 2014. I tillegg legger regjeringen frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten i 2012.

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje har stort fokus på det geriatrike fagfelt, i følge Anne Grete Skjellanger, kampanjeleder i Nasjonalt kunnskaps-senter. Flere andre land har gjennomført nasjonale kampanjer for å sette fokus på pasientsikkerhet. De fleste har kun inkludert spesialisthelsetjenesten. Men Norge er det første land i verden som tar med primærhelsetjenesten. Kampanjens prioriterte områder er sykehusinfeksjoner, samstemming av legemiddellister, legemiddelskader, slagbehandling og psykisk helse. Flere områder kommer til etter hvert.



Hilde Fryberg Eilertsen maner til sikkerhet også for de eldste pasienter.

Kultur er også et viktig element i arbeidet med pasientsikkerhet, sa Skjellanger. Fortsatt blir feil og skade dysset ned i altfor mange tilfeller. Det kan være frykt for å si fra når noe har gått galt av frykt for represalier. Erfaring viser at pasienter aksepterer at feil skjer, men forventer åpenhet og at sykehus og helsetjenesten lærer av feilene. De forventer at samme feil ikke gjentas i fremtiden, i følge Skjellanger. Pasientsikkerhetskultur skal kartlegges i hele helsetjenesten i forbindelse med kampanjen. Skjellanger viste fram glimt fra kampanjens nettside: www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Forsvarlighetskravet er grunnlaget for pasientsikkerhet og fundamentet i norsk helselovgivning. Ass. direktør fra Statens Helsetilsyn, Geir Sverre Braut drøftet grenseoppgangene mellom god praksis og faglig forsvarlighet. Ikke alle avvik fra god praksis gir uforsvarlig virksomhet. De ansatte må gjøre seg kjent med hvor man har risiko og svake punkt, sa Braut.

Flere deltakere presenterte prosjekter i parallelle sesjoner og postere. Det var første gang vi la opp til denne formen for deltakelse på faggruppens konferanser. Det ble gode muligheter for utveksling av erfaringer og synlig-



Foredragsholder Geir Sverre Braut, ass.direktør i Statens helsetilsyn.

gjorde at mange gode pasientsikkerhetstiltak er iverksatt både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Demenslinjen og Helsebiblioteket var tilstede på konferansen med informasjon og veiledning overfor konferansedeltakerne. Konferansen Pasientsikkerhet for den gamle pasienten bekreftet behov for å sette gamle menneskers spesielle risiko og behov på dagsorden. Årvåkenhet er nødvendig for å redusere eldres skadefrekvens og bedre deres livssituasjon.

Tekst: Karen Bjørø



Kari Sunnevåg (t.v.) og Mari S. Berge presenterer om sykepleieplaner i ernæring på utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Hordaland, Løvåsen sykehjem.



Torhild Warland (t.v.) på faggruppens stand. Her i samtale med NSF FGD Rogaland-medlemmer Bjørg Woie Berg og Kristin Kristiansen.

TRE PÅ GANGEN

Hva vil du si om konferansen? spurte vi tre tilfeldig utvalgte deltakere på landskonferansen:



Per Tore Andersen,
Kroken sykehjem,
Tromsø

Konferansen har vært kjempe bra. Har fått med meg en del ny oppdatert forskning. Fått mye faglig påfyll og bygget nettverk. Det er nyttig å møte kollegaer fra andre deler av landet og utveksle.



Evy Steinseide,
Ask bo- og omsorgssenter, Askøy

Demens temaet har vært bra dekket på konferansen.



Karianne Løvli,
Tananger bo- og hjemmetjenester, Sola

Vi kom med en virksomhetsleder og to teamledere. Viktig med flere fra samme sted. Dette var rette sted å være. Vi kjenner vi må være med på dette.

NSF FGD medlem nr 1000

Torill Skretting ble faggruppens medlem nr 1000 da hun meldte seg inn i NSF FGD på Landskonferansen i Stavanger 31. mars-1. april.

Skretting arbeider på Vågedalen sykehjem i Stavanger kommune. Hun får gratis konferanseavgift til neste års konferanse i Trondheim 15.-16. mars.

Torhild Warland, lokalgruppeleder i Rogaland, vervet Torill Skretting som medlem. Warland styrte faggruppens vervekampanje under konferansen med egen stand. Det var rett kvinne for oppdraget. Warland er en av de som gjennom tiden har vervet flest medlemmer til faggruppen. Med seg på stand var Anne Margrethe Olsen, pensjonert sykepleier og tidligere styremedlem i NSF FGD Rogaland.

Det var stor spenning knyttet til medlemsverving på konferansen. – Vi

visste det lå an til innmelding av medlem nr 1000. Det er bare et drøyt halvår siden medlem nr 900 meldte seg inn. Faggruppen er i en spennende utvikling. I 2006 var vi 548 medlemmer og nå i 2011 er vi nesten det dobbelte med over 1000 medlemmer, sier en stolt faggruppeleder Hilde Fryberg Eilertsen.

Nå må vi sette oss nye mål. Med vel 1000 medlemmer er vi nå blant de større faggruppene i NSF. Men fortsatt er det et stykke vei for å ta igjen Helsesøstergruppen som er størst med oppunder 3000 medlemmer.

NSF FGD satser på å bygge ut medlemstilbud. Kurs og seminarer, Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie, stipend og lokale faggrupper med nettverk i nesten alle fylkene, er med på å synliggjøre oss. Og det er en aktiv faggruppe med rikelig medlemstilbud som skal til for å fortsette veksten.



Hilde Fryberg Eilertsen (t.h.) hilser Torill Skretting velkommen som medlem nr 1000 i faggruppen.

Tekst: Karen Bjørø

Rogaland størst

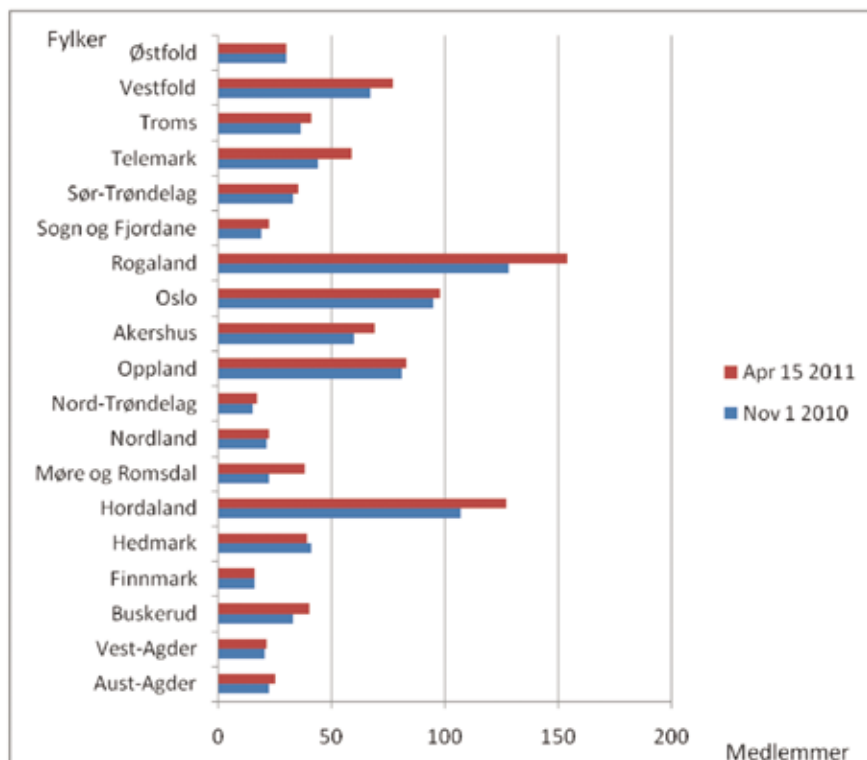
Siste medlemsopptelling viser at Rogaland opprettholder sin ledelse som største fylke i NSF FGD. På 15. april hadde Rogalandsgruppen 154 medlemmer. Bare siden november 2010 er det kommet 26 nye medlemmer til lokalgruppen.

Hordaland kommer på annen plass med 127 medlemmer opp 20 fra november 2010.

Med 98 medlemmer er Oslo tredje største fylke, mens Oppland kommer på fjerde med 83 og Vestfold er på femte plass med 77 medlemmer og vokser raskt. Oslo og Akershus har felles lokalgruppe og et samlet medlemskap på 167. Oslo og Akershus er faggruppens største lokalgruppe. NSF FGD har medlemmer i alle 19 fylker. Faggruppen har totalt 1013 medlemmer.

Tekst: Karen Bjørø

Figur. Fylkesvis oversikt over faggruppens medlemmer (N 1013)



Torvik tar doktorgrad i smerte på sykehjem



Karin Torvik (bildet) disputerte for doktorgraden 16. mars ved Norges Tekniske Naturvitenskapelig Universitet i Trondheim med avhandlingen *Pain and Quality of Life in patients living in nursinghomes*.

Antall eldre over 64 år øker i Norge og forekomsten av demenssykdommer er også stigende. Det er anslått at ca 80 % av de som bor på sykehjem i dag har nedsatt kognitiv funksjon. Forekomsten av andre sykdommer øker også med økende alder, og flere av disse sykdommene gir smerter. Både kommunikasjonsproblemer og redusert kognitiv funksjon samt fysiologiske aldersforandringer og polyfarmasi vanskeliggjør smertekartleggingen og medikamentell smertebehandling hos eldre.

Hovedmålsettingen med studien var å få mer kunnskap om smerte og livskvalitet hos sykehjemspasienter. Studien består av tre delstudier. Formålet med den første studien var å beskrive smerte og bruk av smertestillende medikamenter hos sykehjemspasienter med ulik grad av kognitiv svikt. Totalt ble 214 av 307 eldre over 64 år i syv sykehjem i Midt Norge inkludert. Gjennomsnittsalderen var 86 år og mer enn to tredjedeler var kvinner. Smerte ble målt med en 4-punkts skala hos de som kunne selvrapporere smerte og et observasjonsskjema (Doloplus-2) ble anvendt for å kartlegge smerte hos de som ikke kunne rapportere smerten sin. Sykepleieren som kjente pasienten observerte smerteatferd hos pasienten ved hjelp av dette skjemaet. I alt 128 (60 %) av pasientene var i stand til å selvrapporere smerte. Av disse

hadde 51 % smerter, hvorav halvparten hadde smerte av moderat eller alvorlig smerteintensitet. I gruppen som ikke kunne selvrapporere smerte observerte sykepleierne smerteatferd hos 67,5 %. Til tross for dette var det mellom 30 og 40 % av de som rapporterte eller ble estimert til å ha smerte som ikke fikk faste smertestillende medikamenter, den høyeste andelen var hos de som ikke kunne selvrapporere.

Den andre delstudien evaluerte smerte og livskvalitet hos de som kunne redegjøre for sin smerte og livskvalitet. Totalt 106 pasienter, med gjennomsnittsalder 86 år og med mild eller moderat kognitiv svikt ble inkludert i denne studien. I tillegg til smerter besvarte de ulike dimensjoner i livskvalitet ved hjelp av et demensspesifikt livskvalitetsskjema, Dementia Quality of Life Questionnaire. Det ble funnet en sammenheng mellom negative tanker, følelser og humør hos disse sykehjemspasientene.

Den tredje studien evaluerte smerte hos 77 beboere på sykehjem som var sterkt kognitivt svekket, 75 % var kvinner med en gjennomsnittsalder på 86 år. Her ble smertekartleggingen ved hjelp av Doloplus-2 sammenlignet med sykepleierens vurdering av pasientens smerte uten Doloplus-2. I alt ble 52 % av pasientene ble vurdert av sykepleiere til å ha smerte uten Doloplus-2 sammenlignet med 68 % ved bruk av Doloplus-2. Ved å bruke et observasjonsbasert smerteobservasjonsskjema ble signifikant flere pasienter evaluert til å oppleve smerte av sykepleierne.

Dette indikerer at Doloplus-2 kan være et nyttig supplement for sykepleierne i klinikken til å kartlegge ikke verbale pasienters smerte. Smertekartleggingen av disse pasientene må gjøres av sykepleiere med god kunnskap om den enkelte pasients atferdsmønster.

Denne studien viser at smerter er et stort problem hos beboere på sykehjem. Videre forskning må sette fokus på å finne den beste måten å kartlegge og lindre smerte hos disse pasientene. Vi trenger nasjonale retningslinjer for kartlegging og behandling av smerte hos skrøpelige eldre. For å gi optimal smertelindring hos disse pasientene er det viktig at vi ser på symptomene i sammenheng hos den enkelte pasient. Smerte opptrer ofte i sammenheng med negative tanker og følelser, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsproblemer og utmattelse. Ved å identifisere symptomer som henger sammen med smerte kan en få en bedre smertelindring ved å sette inn en eller flere type tiltak.

Karin Torvik arbeider som førsteamanuensis ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, Institutt for helsefag og Senter for omsorgsforskning.

Kontakt: karin.torvik@hint.no

KUNNGJØRINGER

– Lokale faggrupper i NSF FGD

OSLO/AKERSHUS

Dagsseminar om Eldre og psykisk helse

Lokalgruppen Oslo og Akershus har dagsseminar 27. september 2011 på Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo

Nærmere program blir sendt til medlemmer i lokalgruppen som e-post og kursprogrammet blir lagt ut på faggruppens nettside.

Både medlemmer og andre er velkommen til å delta.

Stipendutlysning (se egen spalte)

ROGALAND

Fagseminar om Ulike Etisk Refleksjon og Aktivitetsdosetten

Lokalgruppen Rogaland har fagseminar 4. oktober 2011, kl 13.30-17 På UiS, Ullandhaug, Avd. helse og sosial, Auditorium A2

Forelesere: sykehusprest Lars Helge Myrset og miljøarbeider Lone Koldby

Målgruppe: sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, ergoterapeuter, miljøarbeidere og andre interesserte

Seminaravgift inkluderer kursbevis og enkel bevertning:

- Medlemmer i NSF FGD og bachelorstudenter i sykepleie: kr 250
- Ikke-medlemmer i NSF FGD: kr 350

Bindende påmelding innen 26. september 2011 til: Torhild Warland e-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Tlf: 51552875
Mob: 99030493

TROMS

Kompetansehevende stipend

Lokalgruppa for Troms lyser ut et stipend på kr. 2000,- høsten 2011. Stipendet skal brukes til kompetansehevende tiltak innenfor fagfeltet geriatri og demens, f.eks. etter- og videreutdanning, kurs, reiser, og lignende.

Alle medlemmer av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i Troms fylke som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

Søknadsfristen er satt til 01. september 2011. Søknaden sendes: Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen eller epost: hilde@nsfgeriatridemens.no og merkes med: Troms fylke.

VESTFOLD

Fagseminar om Etikk og medbestemmelse med respekt og verdighet

Lokalgruppen i Vestfold har Fagseminar 8. juni 2011 på Tønsberg sykehus, auditoriet

Nærmere program blir sendt til medlemmer.

Både medlemmer og andre er velkommen til å delta.
Hold av dagen.

Nærmere program blir sendt til medlemmer i lokalgruppen som e-post og kursprogrammet blir lagt ut på faggruppens nettside.

Se ellers kunngjøringer på Faggruppens nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatrisykepleiere



NSF FGD Oslo og Akershus utlyser utdanningsstipend - 2011

Styret i NSF FGD Oslo Akershus lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2011. To tildeles vår og to tildeles høst.

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

Alle medlemmer i NSF FGD Oslo og Akershus som er ajour med medlemskontingenten og som har vært medlem i NSF FGD Oslo og Akershus de siste 6 måneder før søknadsfristen for stipendet kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, E-postadresse, Medlemsnummer i NSF, samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes støtte for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2011.

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

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

Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2011 vil Geriatrisk Sykepleie utgis med fire nummer. Tidsskriftet er et medlemsblad for sykepleiere i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Andre som er interessert i fagfeltet kan tegne abonnement.

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie i 2011:

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

Abonnement for enkeltpersoner:

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

Institusjons/biblioteksabonnement:

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

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

Karen Bjørø, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Eller send samme informasjon til karen@nsfgeriatriidemens.no

Navn på abonnenten:

.....

.....

Adresse:

Postnummer: Sted:

Personlig abonnement



Institusjonsabonnement



.....
Signatur for bestilling av abonnement

Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

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

Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2011 utgis Geriatrisk Sykepleie fire ganger i året.

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

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKE- PLEIE

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

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

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

Fosmark og Lyngvær valgt

Jan Erik Fosmark og Ann-Kristin Lyngvær ble valgt inn i NSF FGD sitt styre på ekstraordinær generalforsamling 31. mars på landskonferansen i Stavanger. Jan Erik er fra Rogaland og er oversykepleier på Blidensol sykehjem i Stavanger. Ann-Kristin Lyngvær er fra Sør-Trøndelag. Hun arbeider som spesialsykepleier på Geriatrik poliklinikk ved St. Olavs hospital. Hun er en del av forskergruppen på St. Olavs og er for tiden mastergradsstudent.

Etter interne rokkeringer av arbeidsoppgaver i styret overtar Fosmark som økonomiansvarlig. Lyngvær går inn som varamedlem til styret. Hun skal arbeide spesielt med landskonferansen 2012 i Trondheim. Som lokalkjent i byen blir hun et viktig tilskudd til komiteen som ledes av nestleder Liv-Berit Jordal.

Vanligvis blir styremedlemmer i NSF FGD valgt på ordinær generalforsamling som holdes hvert annet år. Bakgrunn for ekstraordinær GF var behov for å supplere det sittende styret frem mot ordinær generalforsamling i 2012. To medlemmer i styret hadde trukket seg i løpet av det første året av en to-årig valgperiode, og det var behov for å erstatte dem. Styret består av leder, nestleder, 3 medlemmer og 2 varamedlemmer.

Ikke minst på bakgrunn av økende antall medlemmer er det nødvendig at faggruppens styre er fulltallig. Styret er en arbeidsgruppe med mange oppgaver som skal utføres både faglig og administrativt. Det er spennende å være med i styret, men tar også tid. Det er fire styremøter i året og det arbeides med sakene mellom møtene. Styret er på nett og fører en fortløpende dialog om utvikling i faggruppen.

Faggruppen blir ofte trukket inn i utforming av Sykepleierforbundets politikk. Og det er stadig flere saker innen vårt fag. Det er vi som kan sykepleie i forhold til eldre og personer med demens. Det er viktig at vi er med. Og det er styret som må sørge for å mobilisere faggruppen. Neste ordinære generalforsamling holdes i 2012 under NSF FGDs landskonferanse i Trondheim.

2010/2012
Landsstyret NSF FGD

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

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

Økonomiansvarlig: Jan Erik Fosmark, Trysil Knutsgt. 73, 4021 Stavanger, Tlf.: 51 56 75 87
Mobil: 971 73 307,

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

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

1. varamedlem: Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes, Mobil: 926 25 077
E-post: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

2. varamedlem: Kirsten Langåsdaalen Lund, Tinnåsåsen 16, 3675 Notodden,
Mobil: 412 32 493, Arbeid: Haugmoen bokollektiv, Notodden kommune,
E-post: kirstenlangaasdaalen@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Agder:

Kommer

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Cecilie Olsen, Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen, Mobil: 992 28 554,
E-post: sovolse@online.no

Lokalgruppeleder i Møre og Romsdal:

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

Lokalgruppeleder i Oppland:

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

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekrheim, Nordenstubbene 1, 0757 Oslo, Mobil: 95 80 10 93,
E-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

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

Lokalgruppeleder i Telemark:

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

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

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

Kontaktperson i Buskerud:

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

Kontaktperson i Finnmark:

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

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

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

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

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

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

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

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, (se landsstyret)

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som kan være kontaktperson.

Lokalgruppeledere

Fylkeskontakter

FAGGRUPPAS NETTSIDE

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

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

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



Hjemmesykepleie må styrkes

Hjemmesykepleien må styrkes dersom intensjonen i samhandlingsreformen skal innfris. Dette er et hovedbudskap i NSF sine innspill til Helse- og omsorgskomiteens høringer om Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid.

NSF mener at hjemmesykepleien får altfor liten oppmerksomhet. Helsetjenesten er helt avhengig av en velfungerende og kompetent hjemmesykepleie som blant annet bidrar til at flest mulig kan bo hjemme, også de som har alvorlig helsevikt.

Hjemmesykepleie er i utvikling. Det er ikke lenger bare eldreomsorg, men et tilbud til hele befolkningen står det i høringsinnspillene.

Hjemmesykepleietjenesten preges av en sterk vekst i antall yngre pasienter som trenger et mangfoldig tilbud og helsehjelp gjennom hele livsløpet.

Det er også en økning av pasienter med behov for avanserte helsetjenester. Det kan for eksempel være døende og pasienter som er avhengig av medisinsk teknisk utstyr som respirator og dialyseapparat. I 2010 fikk 150000 pasienter hjemmesykepleie. Antallet øker årlig med mer enn 10 prosent og utviklingen går i retning av en enda større økning i årene fremover.

Dersom alle pasienter som drar nytte av å bo hjemme skal få gode, forutsigbare og effektive helse- og omsorgstjenester, må hjemmesykepleien styrkes. En satsing på hjemmesykepleien vil være motiverende for sykepleiere som jobber der og for å rekruttere flere. Morgendagens hjemmesykepleie vil ha et stort behov for sykepleiere, også flere med relevante spesialutdanninger innen for eksempel geriatri, kreft, akutt og kritisk syke og psykiatri. Les hele høringsinnspillet på www.sykepleierforbundet.no

Tekst klippet fra NSF's innspill til Helse og omsorgskomiteens høringer, 10 mai 2011.



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

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

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

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2011

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

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD

Gunhild Grythe,

N-2910 Aurdal

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



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Trykksårkonferansen 2011

Se hele programmet i bladet

19. oktober 2011

Oslo kongressenter

