

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2011, ÅRGANG 3, NUMMER 3



T E M A :

Sansesvikt hos eldre mennesker, del 2



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

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

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

Økonomiansvarlig: 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, Tinnesåsen 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:

Turid Bjørnstad Aas, 2840 Reinsvoll, Mobil: 416 74 395,
E-post: turid.aas@vestre-toten.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

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

Lokalgruppeleder i Rogaland:

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

Lokalgruppeleder i Telemark:

Anne Lise Svanlund, Sauherad v. 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.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatrisk Sykepleie utkommer fire ganger i 2011.

Utgiver: Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Redaktør

Karen 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, førsteaman., Diakonhjemmet høgskole
Solveig Hauge, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og 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
Tlf. 22 14 21 68
Mobil: 481 04 697

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

Sansesvikt hos eldre, del 2
2

Sjekkliste for kartlegging av kombinert alvorlig sansetap (KAS) blant eldre
4

Praktiske tiltak ved sansesvikt hos eldre
8

Kunngjøringer
11

NSF FGD inviterer til landskonferanse
12

Synsforstyrrelser ved hjerneslag
14

NSFs landsmøte 2011 – Noe for faggruppen?
18

Styrevalg 2012-14
18

Sykepleie i hjemmet
19

Ny doktorgrad på KOLS
20

NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2012
20

Morgendagens Nurse Practitioners i Norge
21

Villa Fredrikke med egen bowlingliga
22

Overgrep mot eldre
23

NSF FGD Oslo og Akershus utlyser utdanningsstipend - 2012
23

Sansesvikt hos eldre, del 2

*Else Grue,
PhD,
sykepleier og
gjesteredaktør*



I denne utgave av Geriatriisk Sykepleie fortsetter vi å rette oppmerksomheten mot sansesvikt hos eldre. I del 1 av denne serien rettet vi fokus på sykepleierens rolle og funksjon relatert til kartlegging, forebygging, behandling og rehabilitering av sansesvikt hos eldre (1). Og funn i studien til Solheim viste at hørselshemmede eldre opplever vansker av sosial, kommunikativ, emosjonell og praktisk art (2).

Når syns- og hørselsvansker inntrer samtidig svekkes muligheten til å kompensere for *ett* sansetap med den andre sansen. Dette fører til store kommunikasjons- og orienteringsproblemer for den gamle med betydning for livskvalitet og sikkerhet. I sin artikkel beskriver Svingen og Lyng KAS sjekklisten som er et verktøy for å screene for kombinert alvorlig sansetap (KAS) hos eldre (3). Sykepleieres systematiske anvendelse av KAS sjekklisten i sykehjem, hjemmetjenesten og sykehus med videre henvisning kan bidra til at flere eldre får behandling for sin sansesvikt. In sin artikkel beskriver Pihl nyttige tiltak og hjelpemidler for personer med syn og hørselsproblemer. Hun presenterer også kasuistikker fra egen praksis i kommunehelsetjenesten (4).

En rekke sykdomstilstander kan gi sanseproblemer. Hvert år rammes 15000 av hjerneslag her i landet og 20-60 % får synsforstyrrelse som synsfeltutfall, redusert skarpsyn, øyemotoriske vansker, redusert visuell oppmerksomhet og adaptasjonsvansker. Det er innlysende at synet har stor betydning

*Karen Bjørø,
PhD,
sykepleier
og redaktør*



for slagrehabilitering. Sommerfeldt belyser de vanligste synsforstyrrelser som oppstår ved hjerneslag og beskriver et program for synsfunksjonsutredning og intensiv synstrening som er utviklet og etablert på Huseby kompetansesenter (5).

Artiklene om syn- og hørselstap er presentert av ulike forfattere med ulike helsefaglig profesjon for å markere betydningen av å arbeide tverrfaglig. Med utvidet vekt på sansesvikt i helsefagutdanningene, vil en kunne utvikle en felles kultur i sykepleie og behandlingsteamet om å ha fokus på pasienters sansefunksjon. Her er det både utfordringer og utviklingsmuligheter.

God lesing!

*Else Grue, sykepleier, PhD
Gjesteredaktør
grue@diakonhjemmet.no*

*Karen Bjørø, spes.sykepleier, PhD
Ansvarlig redaktør
karen@nsfgeriatriemens.no*

Referanser

Se s. 17

Sjekkliste for kartlegging av kombinert alvorlig sansetap (KAS) blant eldre



Else Marie Svingen

*Cand.spes.paed.
Spesialpedagog og seniorrådgiver
Skådalen kompetansesenter*



Kolbein Lyng

*Mag.art. i psykologi
Psykolog, Medlem av spesialistutvalget
i klinisk gerontopsykologi
Professor, Høgskolen i Molde*

Kontakt:
Else.Marie.Svingen@statped.no



Abstract

The KAS checklist is a tool for screening for dual sensory losses in older adults. This article describes the KAS checklist, provides background for its development and content, and contains instructions for use. The checklist has a sensitivity of 97 % and a specificity of 39 %. The positive predictive value is 74 %. Systematic use of the checklist as a screening tool by health care staff among their older clients will facilitate the identification of individuals with combined severe vision and hearing losses and form the first step towards adequate treatment and rehabilitation.

Keywords: dual sensory loss, vision loss, hearing loss, elderly, screening, geriatric assessment

Bakgrunn

KAS-sjekklisten er et verktøy for screening av kombinert alvorlig sansetap (KAS) hos eldre. Hensikten med sjekklisten er å fange opp eldre personer med mulig alvorlig sansesvikt slik at de kan henvises videre i hjelpeapparatet. Sykepleieres systematiske observasjoner av eldre personer i sykehjem, i hjemmetjenesten og i sykehus med henvisning til videre undersøkelser kan bidra til at flere eldre får adekvat behandling for sin sansesvikt. Artikkelen beskriver KAS-sjekklisten, dens egenskaper, hensikt, innhold og hvordan den brukes. Til sist gis en kort beskrivelse av typiske kjennetegn ved mennesker med KAS i eldre år.

Forekomsten av syns- og hørselsvansker øker med alderen (1). En amerikansk befolkningsundersøkelse viste at henholdsvis 36,5 % og 9 % av eldre 80 år og eldre rapporterte hørselstap og synstap, mens 16,6 % rapporterte kombinert syns- og hørselstap (1). Den vanligste årsaken til kombinert sansetap i høy alder er aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) i kombinasjon med aldersrelatert hørselstap, presbycusis (2,3). Disse tilstandene forverres vanligvis over tid.

Det foreligger ingen sikre beregninger av hvor mange som har KAS i eldre år, men så mange som en prosent av befolkningen over 67 år i Norge antas å ha kombinerte alvorlige sansetap i grad og omfang som tilfredsstillende døvblindhetsdefinisjonen, og så mange

som 7-8 prosent i aldersgruppen over 80 år (2,3). Med økende levealder forventes forekomsten av syns- og hørselstap i befolkningen å øke i årene fremover mot 2050.

Når syns- og hørselsvansker opptrer samtidig, reduseres evnen til å kompensere for ett sansetap med den andre sansen sterkt. Etablerte kompensatoriske mekanismer som bygger på den andre sansemodaliteten bryter sammen og skaper tilleggsvansker. Sansesvikten medfører funksjonsbegrensninger i dagliglivet og kognitiv svikt (4). Kombinert sansesvikt har også vært assosiert med symptomer på depresjon og redusert livskvalitet.

Sansetapet begrenser livsførselen idet kommunikasjon, praktisk og sosialt liv vanskeliggjøres og skaper avhengighet av andre menneskers hjelp (4-6). KAS kan medføre økt stress, følelse av tap og sorg, og kan derfor føre til depresjon, sosial isolasjon og passivitet om ikke tilstanden blir identifisert og behandlet (7).

KAS kan være vanskelig å oppdage. Ved omsorgsendringer som ved ny tildeling av hjemmehjelp og hjemmesykepleie er gjerne fokus på andre svikttilstander og sykdommer. Sanseproblematikk blir lett oversett fordi andre tilstander og diagnoser kommer i forgrunnen. Ettersom de vanligste syns- og hørselstap som ligger til grunn for KAS utvikler seg over tid, tilpasser både personen selv og omgivelsene seg til tilstanden og tas for gitt.

Fordi sansetap er vanlig blant beboere i sykehjem eller omsorgsboliger (8) bør nye brukere systematisk utredes for syn og hørsel. Selv om man i begrenset grad kan gi adekvat medisinsk behandling for aldersrelatert makuladegenerasjon eller for aldersrelatert hørselstap, er det likevel viktig å avdekke tilstanden fordi en rekke funksjonelle tiltak kan og bør iverksettes for å bedre livssituasjonen for personene det gjelder.

Definisjon av kombinert alvorlig sansesvikt

Det finnes ingen definisjon av døvblindhet basert på objektive mål på syn og hørsel. En nordisk definisjon av døvblindhet (9) er basert på funksjonelle konsekvenser av kombinert alvorlig syns- og hørselshemming, og kjennetegnes ved særlige begrensninger i forhold til kommunikasjon, informasjon, orientering og fri bevegelse. I følge denne definisjonen er man døvblind dersom personen etter tilpasning av hjelpemidler fortsatt har vanskeligheter med å oppnå et selvstendig liv. Fordi døvblindhet gjerne er assosiert med medfødte og tidlig ervervede funksjonshemminger bruker vi betegnelsen kombinerte, alvorlige syns- og hørselsvansker (KAS) om denne typen sansetap i alderdommen. Dette er en betegnelse de fleste eldre med kombinerte sansetap vil kunne identifisere seg med.

Kartlegging for tidlig intervensjon - en sjekklistermetodikk

KAS-sjekklisen (2) er basert på kartlegging av funksjonsnedsettelse som er vanlig hos eldre med alvorlig svekkelse av både syn og hørsel. Sjekklisens punkter beskriver typiske funksjonsvansker knyttet til kombinerte syns- og hørselsvansker på områdene kommunikasjon, orientering, informasjon og mobilitet og er basert på observerbar og lett gjenkjennelig atferd (3). Sjekklisen er utformet med tanke på situasjoner som helse- og omsorgspersonalet har kjennskap til eller lett kan fremskaffe kunnskap om. Sjekklisen forutsettes brukt av personer som har jevnlig kontakt med brukerne. Den kan brukes av pleie- og omsorgspersonalet i det kommunale tjenesteapparatet. Sjekklisen kan derfor inngå som et første ledd i en kartlegging av sansefunksjoner ved inntak i omsorgsapparatet.

Ramme 1. Sjekkliste for kartlegging av kombinerte alvorlige syns- og hørselsnedsettelse hos eldre – Del A (3)		
SYN		
S1		Du blir ikke gjenkjent når du kommer uventet på besøk (han/hun har vansker med å gjenkjenne ansikter på avstand, f.eks. på tvers av rommet)
S2		Han/hun har problemer med å lese avisen og se bildet på TV (sitter f.eks. ofte svært nær TV-skjermen)
S3		Han/hun må ha hjelp for å finne igjen gjenstander som er mistet
S4		Han/hun har problemer å følge med tiden fordi det er vanskelig å se urskiven
S5		Han/hun trenger ledsager eller er usikker ved ferdsel utendørs og/ eller innendørs på ukjente steder (uten at dette skyldes gangbesvær eller annen reduksjon i fysisk funksjon)
S6		Han/hun har klaget over problemer med dårligere syn
S7		Han/hun har fått tildelt et eller flere hjelpemidler for nedsatt syn (f.eks. lupe eller annen svaksynt-optikk, ekstra belysning, hvit stokk, Daisy-spiller eller annet)
		Antall kryss for synsvansker
HØRSEL		
H1		Han/hun hører ikke at du banker på eller ringer på døren
H2		Du må snakke spesielt høyt, tydelig og/eller langsomt for at han/hun skal oppfatte hva som blir sagt (selv om det er stille rundt dere)
H3		Han/hun har vansker med å oppfatte hva du sier når det er støy i rommet (lyd fra radio, bråk fra støvsuger, trafikkstøy, etc.)
H4		Han/hun har vansker med å følge med i en samtale når det er flere personer til stede
H5		Han/hun har vansker med å oppfatte det som sies i radio/TV eller kassettspiller (sitter f.eks. svært nær lydkilden og/eller foretrekker høy lydstyrke)
H6		Han/hun har klaget over problemer med dårligere hørsel
H7		Han/hun har fått tildelt et eller flere hjelpemidler for nedsatt hørsel (f.eks. høreapparat, teleslynge, samtaleforsterker, lyssignal eller vibrator tilkoblet ringeklokke, vekkerklokke, røykvarsler eller telefon)
		Antall kryss for hørsel
SUM		Totalt antall kryss syn og hørsel tilsammen

Hvis det konstateres ett eller flere problemer med både syn og hørsel, skal del B gjennomføres.

Sjekklisen består av en kartleggingsdel og en henvisningsdel. Kartleggingsdelen inneholder en sjekkliste (del A) og en del for egenvurdering av syn og hørsel (del B). Del A inneholder syv utsagn om syn og syv om hørsel. Utsagnene viser til atferd som er typisk i daglige situasjoner ved alvorlig nedsatt syn eller hørsel. Man krysser av for hvert utsagn som passer og summerer antall registrerte utsagn for syn og for hørsel og samlet. Antall avkryssninger kan sees som indikasjon på hvor omfattende funksjonshemmingen er. (Se Ramme 1).

Hvis personen som undersøkes får registrert minst ett sjekkpunkt for både syn og hørsel skal egenvurderingen i del B også fylles ut (se Ramme 2). Sammen danner del A og del B i sjekklisen grunnlag for henvisning til aktuelle instanser for utredning, undersøkelser og forordning av relevant rehabi-

litering og tilrettelegging. Personer som i egenvurderingen ikke vurderer sitt eget syn og hørsel som god(t) ansees å tilhøre en risikogruppe og skal henvises for videre utredning. Om lag halvparten av disse antas å ha alvorlige kombinerte sansetap, KAS (10). Sjekklisens del C er et skjema for videre henvisning til medisinsk og funksjonell utredning av syn og hørsel.

Siden bruken av sjekklisen er basert på helsepersonellens observasjoner fra daglige situasjoner forutsettes at den som bruker sjekklisen har regelmessig kontakt med personen over tid. Hele sjekklisen med bruksinstruksjon kan lastes ned på Helsedirektoratets hjemmeside, http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/skjema/sjekklister_for_kartlegging_av_kombinerte_alvorlige_sansekap_blandt_eldre_312684

Validering av sjekklisten

Sjekklistens evne til å identifisere KAS er testet i tre ulike studier med til sammen 154 personer over 67 år (10). Sjekklistens evne til å predikere KAS ble undersøkt ved å sammenholde sjekklistens prediksjoner med klassifikasjoner gjort av de samme personene av en erfaren døvblindekonsulent. Egenvurderingen av syn og hørsel hos personer som har kjennetegn for både syns- og hørselsvansker i sjekklisten ble sammenholdt med erfarne døvblindekonsulenters klassifisering av de samme personenes kombinerte sansetap basert på den nordiske definisjonen av døvblindhet. Når en brukte personens egen karakteristikk av syn og (egen) hørsel som mindre god, dårlig eller svært dårlig som kriterier, ga sjekklisten en sensitivitet på 97 %. Sensitivitet er evnen til å fange opp personer med KAS. Videre ga sjekklisten en spesifisitet på 39 %. Spesifisitet er evnen til å utelukke personer uten KAS. Positiv prediktiv verdi var 74 % (10). Vi har valgt å ha en høy sensitivitet på bekostning av en lav spesifisitet fordi høy sensitivitet vil gi de beste muligheter for å kunne fange opp personer med syns- og/eller hørselsvansker som kan trenge oppfølging.

Majoriteten av personer identifisert med KAS kjennetegnes av visus under 0,3 (6/18) og et hørselstap på minst 40 dB (gjennomsnittlig hørselstap var 61,2 dB). Personer identifisert med KAS rapporterer også større grad av syns- og hørselsvansker i dagliglivet enn de som ikke blir klassifisert med KAS (10).

Kjennetegn ved KAS populasjonen

KAS-populasjonen identifisert med KAS sjekklisten er kjennetegnet av å være kvinner med høy alder som er hjemmeboende (75 %) og som har flere helsemessige tilleggsplager. Den vanligste årsaken til synsvanskene er sykdommer i øyet (aldersrelatert makuladegenerasjon, katarakt og glaukom). Hørselsvanskene som rapporteres er overveiende den aldersrelaterte hørselsvekkelsen, presbycusis. Det er først og fremst synsvanskene, slik de blir rapportert i hverdagslivet, som skiller gruppa med KAS fra andre eldre med syns- og hørselsvansker. Hørselsvanskene deler de stort sett med andre på sin egen alder (11,12).

Sjekklisten gir også utgangspunkt

Ramme 2. Sjekkliste for kartlegging av kombinerte alvorlige syns- og hørselsnedsettelse hos eldre – Del B Personens egen vurdering av syn og hørsel (3)

Merk av for de alternativer som passer

Hvordan bedømmer du synet ditt sammenlignet med andre på din alder?

	Ser godt	Ikke risk
	Ser ikke så godt	RISK
	Ser dårlig	RISK
	Ser svært dårlig	RISK

Hvordan bedømmer du hørselen din sammenlignet med andre på din alder?

	Hører godt	Ikke risk
	Hører ikke så godt	RISK
	Hører dårlig	RISK
	Hører svært dårlig	RISK

for videre oppfølging med utredning og iverksetting av rehabiliteringsmessige tiltak (11). Selv ovenfor en så vidt sårbar og tilårskommen gruppe er rehabilitering mulig og vellykket. I den eneste kjente systematiske studien av rehabiliteringstiltak ovenfor eldre med KAS ble 80 % av tiltakene vurdert som vellykket (12).

Det er vanskelig å gi klare estimat for hvor stor forekomsten av KAS er i den eldre befolkningen fordi det ikke eksisterer noen omforent definisjon av tilstanden. Beregninger vi selv har gjort basert på bruken av sjekklisten tyder på at om lag 4 prosent av den undersøkte populasjonen av sykehjemsbeboere og brukere av hjemmetjenester hadde et alvorlig, kombinert sansetap som kvalifiserte for betegnelsen døvblindhet. Forekomsten var, ikke uventet, høyest blant beboerne på sykehjem, der hele 10 prosent av de undersøkte ble klassifisert som døvblinde. Undersøkelsen avdekket også et stort antall personer med syns- eller hørselstap. Det er særlig grunn til å fremheve at hørselstap i mindre grad er erkjent og gjort noe med enn hva tilfellet er for synstap (2).

Oppsummering

KAS-sjekklisten er et valid instrument med tilstrekkelig sensitivitet og spesifisitet til å identifisere alvorlig, kombinert sansetap hos eldre. Den kan enkelt anvendes av personell i sykehjem og hjemmetjeneste for å kartlegge KAS blant eldre mennesker.

KAS gjør eldre personer ekstra sårbar med tanke på å opprettholde delaktighet og aktivitet og kan lett føre til sosial isolasjon. Identifisering av KAS gjennom kartlegging av syns- og hørselsvansker blant eldre kan gi grunnlag for tilpasninger av fysiske omgivelser, tilrettelegging for samvær og kommunikasjon, hjelpemidler og medisinske

oppfølginger og rutiner. Enkle, og ofte lite kostnadskreven, tiltak kan bety mye for å opprettholde funksjon og mestrings, og gi økt livskvalitet for den enkelte (12). Bruk av KAS sjekklisten kan være starten på å oppdage slike vansker og gjøre påfølgende rehabiliteringstiltak og oppfølging mulig.

Referanser

1. Caban AJ, Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL, Zheng DD. Prevalence of concurrent hearing and visual impairment in US adults: The National Health Interview Survey, 1997-2002. *Am J Public Health* 2005 Nov;95(11):1940-1942.
2. Lyng K, Svingen EM. Kartlegging av alvorlig kombinert sansetap hos eldre: Evaluering av en sjekklistebasert screening-metodikk. Oslo: NOVA: 2001;09/01.
3. Lyng K, Svingen EM. Sjekkliste for kartlegging av kombinerte alvorlige sansetap blant eldre. Oslo: Helsedirektoratet: 2008;IS-1513.
4. Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL, Yaffe K, Ensrud KE, Fink HA, et al. 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.
5. Brennan M, Horowitz A, Su YP. Dual sensory loss and its impact on everyday competence. *Gerontologist* 2005 Jun;45(3):337-346.
6. Lupsakko TA, Mantjarvi MI, Sulkava RO, Kautiainen HJ. Combined functional visual and hearing impairment in a population aged 75 and older in Finland and its influence on activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 2002 Oct;50(10):1748-1749.
7. Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health* 2004 May;94(5):823-829.
8. 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.

9. Edberg PO, Jensen G, Mortensen OE, Rouvinen R, Svingen EM, Stefansdottir V. Nordisk vejleder om erhvervet døvblindhed. Dronningslund, DK: Nordens Velferdscenter for uddannelse for døvblinde-personale, 2009.

10. Lyng K, Svingen EM. Screening for severe combined sensory loss (deaf-blindness) in old age. (Under innsending).

11. Lyng K, Svingen EM. Severe dual sensory loss in old age: a study of some characteristics of 25 persons with SDSL. (Under innsending).

12. Lyng K, Svingen EM. Aldring med kombinert alvorlige syns- og hørselsvan-sker. Sluttrapport til Norges forskningsråd, Prosjektnr 140136/530. 2003.

Referanser (til leder)

1. Grue EV. Syn- og hørselsvikt hos eldre-sykepleierens rolle. Geriatrik Sykepleie 2011;3(2):4-8.
2. Solheim J. Hørselstap hos eldre. Geriatrik Sykepleie 2011;3(2):9-12.
3. Svingen EM, Lyng K. Sjekkliste for kartlegging av kombinert alvorlig sansetap (KAS). Geriatrik Sykepleie 2011;3(3):4-7.
4. Pihl E. Praktiske tiltak ved sansesvikt hos eldre. Geriatrik Sykepleie 2011;3(3):8-11.
5. Sommerfeldt E. Synsforstyrrelser ved hjerneslag. Geriatrik Sykepleie 2011;3(3):14-17.

Har du spørsmål
om demens?

815 33 032
Demenslinjen

E-post: demenslinjen@nasjonalforeningen.no

Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2011 vil Geriatrik 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 Geriatrik 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 Geriatrik 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 Geriatrik Sykepleie

Geriatrik 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 Geriatrik Sykepleie fire ganger i året.

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

Praktiske tiltak ved sansesvikt hos eldre



Ellen Pihl

*Ergoterapispesialist i eldres helse
Ergoterapispesialist i allmennhelse
Kommuneergoterapeut, Rehabilitering
Øst, Bærum kommune*

Abstract

Vision and hearing loss are common in advanced age. Community health personnel have an important function in screening and assessment of hearing and vision. Further, health personnel may work with older persons to implement interventions that may improve their vision and hearing. This article is based on the author's experience in working with older persons in their own homes. The purpose of this article is to describe practical interventions that may improve vision and hearing. Three case examples are presented.

Keywords: vision loss, hearing loss, aged, sensory impairment

Innledning

Sansesvikt er hyppig forekommende blant eldre mennesker. I en studie blant eldre innlagt i sykehus med hoftebrudd var forekomsten av hørselssvikt på 69 %, mens synssvikt var 46 % og kombinert svikt var 30 % (1). Tilsvarende andeler på medisinske avdelinger var på 48 %, 32 % og 20 %. Blant brukere av hjemmetjenester var 37 % hørselshemmet, 35 % var synshemmet, mens 18 % hadde både syns- og hørselssvikt (1). Sansesvikt kan medføre dårlig rapportering av egen helse, svekket livskvalitet og velvære, samt medfører større fare for ulykker som fall (2-4).

Kartlegging av sansesvikt og tilrettelegging av omgivelsene for god sansing er en viktig oppgave for helsepersonell i kommunehelsetjenesten og artikkelen er basert på en ergoterapeuts lange erfaring med eldre mennesker med sansesvikt. Hensikten med artikkelen er å beskrive vanlige tiltak som er av stor betydning for at den gamle skal se og høre optimalt. Brukerkasuistikker presenteres for å illustrere hvordan tiltakene kan bidra til å redusere sansesvikt hos eldre.

Praktiske tiltak ved nedsatt hørsel

Nedsatt hørsel kan skyldes aldring. Hørselen kan være skadet av ulike former for støy, slag mot øret, eller legemidler. Svekket hørsel kan også skyldes øresykdommer som Menières

sykdom og tinnitus (øresus) (1). Ørevoks kan også være hovedårsaken til hørselssvikt (5).

- Motiver den gamle personen til å undersøke hørselen hos øre-nese-hals-spesialist eller Hørselssentral og få tilpasset høreapparat ved behov.
- Unngå støyende omgivelser når man skal snakke sammen med en som har nedsatt hørsel. Skru av tv, radio, lukke vindu eller dører. Unngå at mange snakker på en gang.
- Rop ikke, men snakke litt høyere og langsommere enn vanlig.
- Pass på at lyset faller i ansiktet på den som snakker. Det er viktig å kunne se ansiktet til den som snakker. I motlys vil ansiktet være i skyggen og utydelig, og den gamle kan gå glipp av mimikk som er viktig for å forstå. Munnavlesing er viktig.
- Bistå med å rense høreapparatet. Benytt bruksanvisningen for det aktuelle apparatet da disse er forskjellige.
- Hvis det er for vanskelig å bruke høreapparat, bruk samtaleforsterker. Samtaleforsterkeren er et slags høreapparat med en lydforsterker som kobles til hodetelefoner. Volumknappen er synlig og stor, det lyser en lampe når den står på. Det kan gjøre vondt i øret hvis

man skrur på full lyd. Start med lavt lydvolume og juster gradvis oppover.

- Sørge for at den enkelte eldre person oppfatter telefon, dørklokke, vekkerklokke, og alarmer. Et lys-blikkanlegg blinker og gir lyd, mens noen foretrekker en varsling via vibrator som kobles til telefon, dørklokke og røykvarsler. Vibrator bæres i lomme, på armen eller i sengen for å sikre varsling under søvn. NAV Hjelpemiddelsentral via ergoterapeut eller annen hørselskontakt i kommunen bistår med å skaffe disse hjelpemidler.
- Hjelpemidler for å høre radio og fjernsyn.
To alternative hjelpemidler kan brukes for å høre radio og fjernsyn bedre avhengig av hva som er mest hensiktsmessig utfra brukerens ønsker og behov. Teleslynge kan installeres hvis man bor i eget hus, men i hus med flere boenheter risikerer man at lyden fra naboens fjernsynsprogram slår inn på ens eget høreapparat. Teleslyngen kan også forstyrres av kraftledninger, tog, bane, eller trikk. Med teleslynge må man ha høreapparat med telespole eller bruke samtaleforsterker. Med teleslynge kan man bevege seg fritt i rommet mens man hører på fjernsyn eller radio.
- Det andre hjelpemiddelet som forsterker lyd fra radio og fjernsyn er

infrarødt-anlegg (IR-anlegg). Dette er et hjelpemiddel for mottak av lydinformasjon som bruker infrarødt lys. Det består av en sender som er koblet til fjernsynet og en høreboyle eller halsslynge som mottar signaler. IR-anlegg er en enkel installasjon som er greit i bruk. Høreboyle er den vanligste signalmottaker og brukes uten høreapparat. Hvis man ønsker å bruke høreapparat når man ser TV, er IR-anlegg med halsslynge et alternativ.

Praktiske tiltak ved nedsatt syn

De vanligste årsakene til nedsatt syn i eldre år er grå stær, grønn stær (glaucom) og aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) og diabetisk retinopati (1). Mange eldre har også problemer fordi de har dårlig kontrastsyn, og det er viktig å legge til rette med gode kontraster i de daglige omgivelsene.

- Motiver den gamle til å få undersøkt synet, og få tilpasset riktige briller hos øyelege og optiker.
- Bistå med å rengjøre brillene.
- Hvis den gamle har flere par briller, merk dem i forhold til bruksområde: gåbriller, lesebriller, fjernsynsbriller osv.
- Unngå store vindusflater i enden av en korridor da dette gir blinding. Hvis store vindusflater ikke kan unngås, bør man bruke gardiner, persienner eller markiser for å skjerme for lys.
- Fargekontraster mellom gulv og vegger, badervsvegger og sanitærutstyr, vegger og dører, bidrar til orientering. I baderom med hvite vegger, hvitt gulv, hvitt tak og hvitt sanitærutstyr er det vanskeligere for den gamle med redusert syn å orientere seg.
- Behov for kontraster gjelder også i andre rom, og korridorer. Man bør også være bevisst på kontraster mellom omgivelser og møbler. Forskjellige farger på vegger og dører er viktig for å orientere seg. Likeledes kan ulike farger i ulike avdelinger lette orientering.
- Rekkverk i trappene er særdeles viktig og må være godt synlig.
- Sørg for kontraster ved tilrettelegging av måltider også. Bruk for eksempel hvite tallerkener på farget duk eller brikke og motsatt. Bruk hvit mat på farget tallerken og mørk mat på hvit tallerken. Si gjerne hva som ligger hvor på tallerkenen. Dekk bord med minst mulig forstyrrende elementer.
- Sørg for tydelige orienteringspunkter – piktogrammer, tekst, større tekst og bilder enn vanlig, ringesnor som synes i omgivelsene. Dag og klokkeslett bør utstilles i stor og tydelig utgave på et godt synlig sted.
- Sørg for godt lys som ikke blander, allmennbelysning og punktbelysning.
- Stor fjernsynsskjem kan bidra til at den gamle har glede av fjernsynsprogram. Dette er noe man må kjøpe selv.
- Forstyrrende utstyr av ulik type er tilgjengelig som f.eks. luper i ulike størrelser og styrker og spesialbriller. Forstyrrende videosystemer eller Lese-TV er en skjerm som forstørrer det man vil lese. Man legger



Samtaleforsterker med hodesett

det man vil lese under apparatet, og så kan man regulere kontraster, farger og størrelse på bokstavene. Lese-TV er godt egnet til å lese aviser, blader, post og fotografier, men er ikke like godt egnet til å lese bøker. Det er særlig personer med AMD som har nytte av Lese-TV.

- Mange synshemmede har også glede av lydbøker og en god lydbokspiller. Lydbøker fra Norsk lyd- og blindeskriftbibliotek er i Digital Accessible Information System (Daisy) -format. Det innebærer at det er mye lyd på hver plate, så man slipper å skifte plate så ofte. Daisy-spiller tildeles av NAV Hjelpemiddelsentral via ergoterapeut eller annen synskontakt i kommunen. En type Daisy-spiller har også hastighetsjustering, slik at opplesningen kan bli litt langsommere. Dette gjør det lettere for dem som både ser og hører dårlig.
- Husk å sette ting på riktig plass. Mennesker med alvorlig grad av synshemning er nødt til å huske hvor de plasserer ting for å kunne finne det igjen. Hvis en stol blir flyttet, er det viktig at den settes tilbake.

- Flytting til annen bolig kan by på problemer, fordi man da må lære på nytt hvor all ting er.

Anstrengende

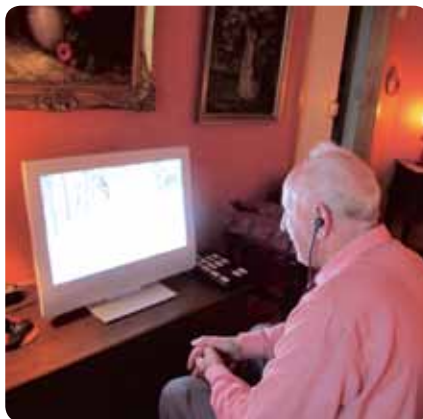
Det er energikrevende å være hørsels- eller synshemmet. Hun/han må bruke mye krefter og konsentrere seg for å få med seg det som skjer, og for å få utført de daglige aktivitetene. Personen blir fort sliten. Hvis hun/han i tillegg har mye smerter, så går det ut over konsentrasjonen, og vedkommende oppfatter mindre av omgivelsene. Det er viktig å ta hensyn til disse forholdene. Den gamle med sansesvikt bør ha færrest mulig medhjelpere. Muligheten for å oppfatte er større og det er mindre besværlig når stemmene gjenkjennes og samarbeidet følger en kjent plan.

Når både syn og hørsel rammes

Vanligvis bruker man øynene mer, når man ikke hører, og man bruker hørselen mer når man ikke ser. Det er derfor meget vanskelig å fungere med alvorlig grad av kombinert sansetap. God tilrettelegging av omgivelser, og riktige hjelpemidler, er av stor betydning. Jo tidligere man får egnede hjelpemidler, jo lettere er det å venne seg til å bruke dem. Det er dessverre strenge kriterier for å få synshjelpemidler gjennom NAV Hjelpemiddelsentral. Disse kriteriene gjelder dessverre også når man har kombinert sansetap (6).

Sansetap og demens

Det er påvist en sammenheng mellom sansesvikt og kognitiv svikt i høy alder (7). Det er påvist at forekomst av demens øker proporsjonalt med grad av hørselshemming (8). Ubehandlet sansetap forsterker virkningene av en pågående demensutvikling. Den enkelte forstår ikke helt hva man ser eller hva man hører. Hjelpemidler før en demensutvikling og/eller i en tidlig fase av demensutvikling kan bidra til at personen holder seg mer orientert om hva som foregår (9). Er den enkelte vant til å bruke høreapparat vil det være viktig å videreføre bruken. Hvis den enkelte begynner med høreapparat først etter demensdebut, vil man kanskje ikke kunne kjenne igjen lyder. Man vil ikke ha nytte av høreapparat.



Mannen sitter nær for å se og bruker IR-anlegg med hørebøyle for å høre TV-en.



Lese-TV forstørrer tekst slik at synshemmede kan lese.



Ved matserving kan bruk av fargekontraster bedre orientering hos synshemmede.



Det er avhengig av hvor stort hørselstapet er, og hvor langt demenssykdommen er kommet. Tidlig tilrettelegging i forbindelse med sansetap er meget viktig, også med tanke på personer som får en demenssykdom.

Forebyggende tiltak

De fleste personer får undersøkt synet og tilpasset briller når de merker at de ikke ser så godt lenger. Studier viser at det er stort samsvar mellom hvordan folk beskriver synet og hvordan synet faktisk er. Det er lettere å vedgå at man ser dårlig (3). Når det gjelder hørselen imidlertid er situasjonen en annen. Man merker kanskje ikke at man hører dårligere, men synes at alle andre snakker lavt eller for fort. Hørselen bør undersøkes i 50-60-års alder. Er hørselen redusert, bør man ikke utsette lenge å begynne med høreapparat. Jo før man blir fortrolig med det, jo lettere blir tilvenning.

Mange personer med nedsatt hørsel later som de hører. Studier viser at det er store forskjeller mellom hvordan den

enkelte beskriver sin hørsel og hvordan den faktisk er. Det er stor grad av underrapportering av hørselsvansker (10).

FRU ANDERSEN ringte den kommunale ergoterapeuten og fortalte at hun hadde mye smerter i rygg og bekken når hun sitter i en stol. Synet var heller ikke så godt, fortalte hun. Det ble avtalt et hjemmebesøk for å snakke om hvordan situasjonen hennes kunne bli lettere. Hun satt i en sofa som var for lav i bakkant, og hadde problemer med å reise seg. Hun godtok forslaget om å bygge opp sofaen bak, og legge en trykkavlastende pute i setet.

Hun likte å lese. Det var imidlertid problematisk å få det til, med lupe i den ene hånden og boken i den andre, eller boken på bordet, for så å bøye nakken for å se gjennom lupen. Hun hadde liten glede av TV. Hun ville ikke ha lyden høyt på av hensyn til naboene, fortalte hun. Hun hadde fått høreapparater for et par år siden, men greide ikke å bruke dem og leverte dem tilbake.

I løpet av konsultasjonstimen ble det tatt opp tre store problemområder. Diverse nødvendige skjema for å søke om hjelp og tekniske hjelpemidler ble fylt ut. På vei ut, fortalte hun at hun aldri gikk ut. Hun følte seg ustø og utrygg.

Det ble bestilt et IR-anlegg og en forstørrelsesskjerm for TV'n. Senere anskaffet hun seg ny TV med stor skjerm som ble til nytte og glede. Hun har også fått lydbokspiller og "Lese-TV". Fru Andersen hørte ikke alltid dørklokken og telefonen og det ble installert lysblinkanlegg med ekstra lyd.

Hun ønsket å bake brød og kaker til sine barnebarn, men kunne ikke se tallene på vekten. Hun fikk en talende vekt, men det var dessverre vanskelig å oppfatte hva den sa.

Fru Andersen ble tilbudt en rullator siden hun var redd for å bevege seg ute, men hun sa hun var for stolt og forfengelig til å vise seg ute med en rullator. Ergoterapeuten svarte at det var hennes valg om hun ville sitte inne og være forfengelig eller om ville bruke rullator og komme seg ut. --*La oss bestille en rullator*; sa fru Andersen. Hun har fått den og hun bruker den.

FRU LARSEN

Hun hadde fått høreapparater, men hun hadde knapt brukt dem. Når hun forsøkte å bruke dem, kunne hun ikke håndtere dem. Hun tok kontakt med ergoterapeuten på seniorsenteret. De ble enige om at fru Larsen skulle ta høreapparatene på hver dag og bruke dem minst en time. Hvis det gikk bra kunne hun bruke dem mer og ta dem av hvis hun ble uvel eller fikk hodepine. Etter en stund brukte fru Larsen dem omtrent hele dagen. Hun synes allikevel det er deilig å ta dem av når hun satte seg for å se på TV om kvelden, så hun har fått et IR-anlegg. Hun har også fått lysblinkanlegg, og det fungerer bra for henne.

FRU SØRENSEN

Hun hadde også fått høreapparater, men hun greide ikke bruke dem på egen hånd. Det var for vanskelig å få dem på plass og å justere lyden. Hun ønsket seg en samtaleforsterker. Det var den beste løsningen for henne.

Oppsummering

Det er viktig å stimulere den gamle personen til å søke spesialisttjenester når syn og hørsel svikter. Det er også avgjørende at hjelpere følger opp med motivering og tilrettelegging av tiltak for at den gamle skal se og høre optimalt. Det er fordelaktig å venne seg tidlig til å bruke nødvendig syns- og hørselshjelpemidler for å kunne oppfatte, kommunisere og leve så normalt som mulig. Kasuistikkene illustrerte betydningen av individuell tilpassing av hjelpemidler og tilrettelegging for å høre og se så godt som mulig.

Referanser

1. Grue EV. Syn- og hørselsvikt hos eldre-sykepleierens rolle. *Geriatrisk Sykepleie* 2011;3(2):4-8.
2. 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.
3. 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.
4. Black BS, Finucane T, Baker A, Loreck D, Blass D, Fogarty L, et al. Health problems and correlates of pain in nursing home residents with advanced dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2006 Oct-Dec;20(4):283-290.
5. Solheim J. Hørselstap hos eldre. *Geriatrisk Sykepleie* 2011;3(2):9-12.
6. Svingen EM, Lyng K. Sjekkliste for kartlegging av kombinert alvorlig sansetap (KAS). *Geriatrisk Sykepleie* 2011;3(3):4-7.
7. Wahl H., Heyl V. Connections between vision, hearing and cognitive function in old age. *Generations* 2003;27(1):39-45.
8. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol* 2011 Feb;68(2):214-220.
9. Øverland L. Syns- og hørselsproblemer hos personer med demens. *Demens og alderspsykiatri* 2011;15(3):18-21.
10. Lyng K, Svingen EM. Kartlegging av alvorlig kombinert sansetap hos eldre: Evaluering av en sjekklistebasert screening-metodikk. 2001;09/01.

KUNNGJØRINGER

– Lokale faggrupper i NSF FGD

OPPLAND

NSF FGD Lokalgruppen i Oppland arrangerer **Fagernes Seminaret**
Tid: 8.-9. februar 2012

Tema: Sykepleier i den nye kommunehelsetjenesten

Sted: Quality Resort Hotell, Fagernes

Mer informasjon på NSF FGD nettside www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

Kontaktperson:
degvold@hotmail.com

OSLO/AKERSHUS

Stipendutlysning (se egen spalte)

TROMS

NSF FGD Lokalgruppen i Troms arrangerer **Årsmøte i lokalgruppa**
Tid: 21. februar kl 18-20
Sted: NSF's lokaler i Tromsø

Mer informasjon kommer
Hold av datoen

NSF FGD Lokalgruppen Troms arrangerer **dagsseminar for medlemmer i NSF**

Tema: Smerter hos eldre

Dato: 17. april 2012 kl 10-15
Sted: Rica Grand Hotell, Tromsø

Mer informasjon på NSF FGD nettside senere

Kontaktperson:
hilde@nsfgeriatri-demens.no

Se ellers kunngjøringer på faggruppens nettside:
www.sykepleierforbundet.no/geriatri-og-demens



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

LANDSKONFERANSE 2012

Geriatrisk kompetanse for fremtidens eldreomsorg

15.-16. mars 2011

**RADISSON BLU ROYAL GARDEN HOTEL
TRONDHEIM**

Torsdag 15. mars 2012

- 09.00-10.00 Registrering. Kaffe.
- 10.00- 10.10 Velkommen
- 10.10-10.20 Gratulerer til 100-åringen NSF
- 10.20 – 12.30 **Geriatrisk kompetanse for fremtidens eldreomsorg**
plenum
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.30 Parallell sesjoner med innsendte bidrag
- 14.30 – 17.00 **Velferdsutdanninger og det geriatrike fagfelt -**
plenum
- 17.30 – 19.00 Generalforsamling i NSF FGD
- 20.00 Konferansemiddag

Fredag 16. mars 2012

- 09.00 - 11.00 **Kunnskapsbasert kompetanse - plenum**
- 11.00 – 12.30 Parallell sesjoner med innsendte bidrag
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 15.40 **Kompetansebehov på distriktsmedisinske sentre**
Kompetanseoverføring – sykehus – kommune -
plenum



NSF FGD inviterer til Landskonferanse

Mange eldre er friske og har ikke behov for helsetjenester. Men med økende alder øker forekomst av sykdom, forbruk av legemidler og annen behandling. Et sterkt økende antall eldre i befolkningen betyr at behovet for helsepersonell med geriatrisk kompetanse også vil øke. Samhandlingsreformen nødvendiggjør krav om geriatrisk kompetanse på sykehusene og i kommunene for å forebygge sykehusinnleggelser og ivareta eldre menneskers krav på god og effektiv helsehjelp. Leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter med flere er alle en del av det tverrfaglige team som eldre har behov for og trenger kunnskap og kompetanse for å ivareta eldre pasienter på en god måte.

Stortingsmeldingen om velferdsutdanningen vil legge føringer for helsefaglige utdanninger på alle nivå i utdanningssystemet og dermed vil ha stor betydning for kvaliteten av helsetjenester til eldre mennesker fremover. Konferansen setter fokus på kompetanse på det geriatrike fagfelt -- som blir debattert og diskutert gjennom inviterte presentasjoner og innsendte bidra fra konferansedeltakerne.

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

VELKOMMEN TIL TRONDHEIM!

Hilde Fryberg Eilertsen, faggruppeleder

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

- Påmelding** Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema. Følg lenken for påmeldingen på:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens
eller via følgende lenke hos vår konferansepartner
<http://eventus.trippus.se/nsf-fgd2012>
- Overnatting** Rom bestilles i samme påmeldingsskjema
- Registreringsavgift:** Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe
(medlem=
medlem av NSF's
Faggruppe for
sykepleiere i geriatri og
demens)
- | Early bird – meld deg på før
15. januar 2011 og spar! | Ordinær pris, fom 15. januar 2011 |
|---|---|
| To dager medlem NSF FGD: kr 2.700
Torsdag medlem NSF FGD: kr 1.500
Fredag medlem NSF FGD: kr 1.500
2 dager ikke medlem: kr 3700
Torsdag ikke medlem: kr 2000
Fredag ikke medlem: kr 2000 | To dager medlem NSF FGD: kr 3.200
Torsdag medlem NSF FGD: kr 2.000
Fredag medlem NSF FGD: kr 2.000
2 dager ikke medlem: kr 4200
Torsdag ikke medlem: kr 2500
Fredag ikke medlem: kr 2500 |
- Rabatt på deltakeravgift** Rabatt for muntlig presentasjon kr 1000/per presentasjon
Rabatt for poster kr 500/per poster
- Overnatting
Radisson Blu Royal
Garden Trondheim** Enkeltrom 14. mars – 16.mars: kr 2390,-
Dobbeltrum 14. mars – 16. mars: kr 1400,- per person
Enkeltrom: 15. mars – 16. mars: kr 1195,-
Dobbeltrum: 15. mars – 16.mars: kr 700,- per person
Enkeltrom: 15. mars – 17. mars: kr 2390,-
Dobbeltrum: 15. mars – 17. mars: 1400,- per person
- Festmiddag 15. mars** Kr 550,-
- Bli medlem** Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanse-avgift. Bare gå til: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens og hent innmeldingsfolder, eller sendt en epost til: gunhildg@nsfgeriatridemens.no
- Godkjenning** Konferansen er søkt godkjent som meritterende til klinisk spesialist fra NSF.
- Produktutstilling** Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen. Se vår nettside: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens eller meld deg eller ta kontakt med Døvre Event / Marketing, kongress@online.no, tlf. 90593275



Synsforstyrrelser ved hjerneslag



**Eva
Sommer-
feldt**

*Sykepleier, synspedagog
Huseby kompetansesenter, Oslo*

eva.sommerfeldt@statped.no

Abstract

Visual disturbance is common in stroke survivors and has a negative impact on self-care abilities, social well-being and quality of life. Early identification of visual disturbances following stroke is paramount to initiation of visual rehabilitation. Although treatment may improve visual function, many stroke survivors do not receive treatment. This may be due in part to limited knowledge of visual disturbances after stroke among health personnel in Norway. This article describes common visual disturbances after stroke. Further, an intensive vision rehabilitation program at the Huseby Resource Centre is described and further results of this program evaluation are summarized. Finally, support services for stroke survivors with visual disturbances are presented.

Keywords: Visual disturbances, visual training, stroke, vision educator, reading skills, Huseby

-De ga meg fysioterapi og logopedi, men det var synsvanskene jeg trengte hjelp til, sa en av de som fikk hjerneslag i 2007. I dag er det utviklet metoder som kan bedre synsfunksjonen for mange slagpasienter.

I Norge får omlag 15000 personer hjerneslag hvert år (1) og de fleste er eldre. Synsforstyrrelser er en hyppig komplikasjon etter hjerneslag og rammer om lag 20 - 60 % av alle som får hjerneslag (2). Fordi antall eldre forventes å øke sterkt i årene fremover, må vi også forvente at antall slagrammede vil øke og dermed også antall personer med synsforstyrrelser som følge av hjerneslag.

Synsforstyrrelser ved hjerneslag varierer i omfang og alvorlighetsgrad og kan gjøre hverdagen svært krevende både praktisk og sosialt for den slagrammede. Synsforstyrrelser etter hjerneslag kan påvirke evnen til å utføre daglige gjøremål, lese og orientere seg. Mens systematisk trening av motoriske ferdigheter, språkforståelse og tale er godt innarbeidet i slagrehabiliteringen, er det i dag bare et fåtall av slagrammede som får hjelp med sine synsforstyrrelser. Dette henger dels sammen med for lite kunnskap i hjelpeapparatet, og dels fordi det foreløpig er få som har kompetanse når det gjelder synstrening og synsrehabilitering etter slag. Synsforstyrrelser etter slag blir ofte bagatellisert (3).

I 2010 ble det utgitt nye nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag med anbefalinger som berører synsrehabilitering (se Tabellen) (1). Retningslinjene anbefaler vurdering av synsfunksjonen etter hjerneslag, og det anbefales henvisning til øyelege, eventuelt optiker og/eller synspedagog for utredning og oppfølging ved behov. Videre anbefales det å vurdere kompensatorisk synstrening for slagrammede med synsfeltutfall (1).

Synet har betydning for den totale rehabiliteringsprosessen. Synsforstyrrelser bør utredes tidlig og synsrehabilitering bør starte opp samtidig med annen trening med tiltak som kan bedre funksjonsnivå i synskrevende oppgaver. Synstrening på et tidlig tidspunkt vil også virke positivt på motorikk, språk, våkenhet og orientering. Slagpasienter med synsvanskene bør få synstrening og opplæring lagt inn i et individualisert rehabiliteringsopplegg. Målet er å gjøre pasienten så selvhjulpent som mulig, bedre de visuelle evner, styrke øyemotorikken og gi opplæring i hvordan kompensere for synsforstyrrelsene (4).

Retningslinjene for hjerneslagbehandling og rehabilitering påpeker betydningen av å ta hensyn til den slagrammedes livssituasjon. For den som er rammet av slag, vil det være av stor verdi å få kunnskap om og innsikt i egen synsforstyrrelse. Rehabilitering skal skje i samarbeid med den slagrammede og dennes pårørende. Fordi

synsforstyrrelsene gir store vansker i dagliglivet, både praktisk og sosialt, er det viktig for pasienten at noen kjenner til og viser forståelse for synsvanskene. Helsepersonellens kunnskap om synsforstyrrelser ved hjerneslag og støtte til pasienten og pårørende er av stor betydning.

Artikkelen belyser de vanligste synsforstyrrelser som oppstår ved hjerneslag og konsekvensene av disse. Videre beskrives et program for synsfunksjonsutredning og intensiv synstrening som vi har utviklet og etablert på Huseby kompetansesenter (HK) etter veiledning fra Gunvor Wilhelmsen. Til slutt beskrives organisering av synsrehabilitering og andre hjelpeinstanser.

Synsforstyrrelser etter hjerneslag

Synssystemet er komplekst og involverer betydelige områder i hjernen. Hjerneslag kan ramme på ulike måter. De vanligste synsforstyrrelser som kan oppstå som en konsekvens av hjerneslag fremgår av Ramme 1. Flere av forstyrrelsene kan oppstå samtidig, de kan være forbigående eller varige.

Synsfeltskader er svekkelser eller bortfall i hele eller deler av synsfeltet. Skarpsynet, visus, er et mål på hvor små detaljer et øye er i stand til å oppfatte. Den hyppigste årsak til redusert skarpsyn er øyemotoriske vansker. Sakkader er raske øyebegivelser som flytter blikket for fokusering fra et

punkt til et annet (se Figuren) (4). Øynene beveger seg samtidig i samme retning, slik som ved lesing. Å fikser med øynene vil si at øynene står i ro mellom to sakkader. Dette er viktig for at synssystemet skal få detaljert analyse av det personen ser på, som for eksempel ord og bokstaver. Ustødig fiksering og upresise sakkader oppstår ofte etter hjerneslag, og vanskeliggjør lesing.

Samsyn er betegnelsen for menneskets evne til å se med begge øyne på samme sted samtidig og å sette disse bildene sammen til ett. Dette forutsetter et fint samspill mellom øyemuskulene på hvert øye, aktivisering av forskjellige nerver og en rekke hjerneområder. Dobbelsyn er en synsforstyrrelse som oppstår når øyebevegelsene ikke blir synkronisert fordi en eller flere av øyemuskulene er lammet. Konvergering er en kraftig øyemuskulær anstrengelse, og er øyets evne til å bevege seg innover og regulere for dobbeltsyn etter hvert som objektet kommer nærmere.

Øyebevegelser med stor presisjon og høyt tempo er viktig for å få oversikt over omgivelsene. Dette fordi skarpsynet bare utgjør en liten del av synsfeltet. Svekkelser av øyemotorikken kan gjøre synsinntrykkene uoversiktlige og usammenhengende.

Visuell romoppfatning har stor betydning for vurdering av et objekts posisjon og rommets utstrekning. Ved forstyrret visuell romoppfatning kan opplevelsen av vinkler, lengder og avstander bli vanskelig å bedømme. Forstyrrelsen får en negativ innvirkning på de motoriske bevegelsene, på praktisk arbeid og lesing.

Adaptasjon er øyets evne til tilpasse seg endringer i lysforhold (4). Etter hjerneslag får noen behov for mer lys til nærarbeid, spesielt til lesing og håndarbeid. For andre blir lysømfintlighet et stort problem som gir hodepine og tretthet. Noen liker best å oppholde seg i dempet belysning, noe som igjen kan være vanskelig i forhold til det sosiale livet.

Visuell neglekt gir manglende eller redusert oppmerksomhet til en side og oppstår oftest ved skader knyttet til høyre hjernehalvdel med påfølgende uoppmerksomhet mot venstre side (1,4). Dette kan observeres ved at pasienten bare spiser maten fra den ene halvdel av tallerkenen, kolliderer med gjenstander på en side av rommet

Tabell. Synsforstyrrelser ved hjerneslag – behandlingsanbefalinger i Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (1)

Anbefaling	Grad	Nivå
Alle slagpasienter bør få vurdert synsfunksjonen etter hjerneslaget.	*	*
Pasienter med synsproblemer bør vurderes for henvisning til øyelege og ev. optiker og/eller synspedagog.	*	*
For pasienter med synsfeltutfall kan kompensatorisk synstrening i form av visuelle scanning-teknikker vurderes.	C	3

(*) *Anbefaling som gjelder undersøkelser og tester*

eller kun leser halve setninger uten å merke at innholdet ikke gir mening.

Visuelle illusjoner og hallusinasjoner er beskrevet som at noen ser syner i den delen av synsfeltet som er skadet. Dette fenomenet blir sjelden rapportert, og det er vanskelig å teste og kontrollere.

Konsekvenser i hverdagen

Synsproblemer etter slag fører til funksjonsvansker på mange områder, gir tretthet og hodepine. Feilstillinger og belastningssmerter i nakke og hode oppstår fordi personen bruker mer hodebevegelse enn øyemuskulatur. Dette igjen kan virke negativt inn på den totale rehabiliteringen.

Synsforstyrrelser etter slag kan påvirke daglige gjøremål, leseferdigheter og visuell orientering. Når hjerneslaget fører til synsfeltutfall, er det lett å støte bort i gjenstander og mennesker som dukker opp på den siden hvor utfallet er. Med synsfeltutfall kan man lett velte glass og overse det som ligger i blindsonen. Synsfeltutfall i nedre del av synsfeltet, kan gjøre det vanskelig å gå i trapper, bevege seg i ulendt terreng og å finne fortauskanter.

Ved redusert eller manglende samsyn påvirkes utholdenheten ved nærarbeid, kvaliteten på dybdesynet og effektiviteten ved styring og utnyttelse av blikket. Dobbelsyn påvirker avstandsbedømming, dybdevurdering og objektlokalisering. Det kan være problematisk å sette fra seg eller gripe etter gjenstander. Dobbelsyn oppleves frustrerende, og man blir svært sliten. Dobbelsyn virker også inn på balanse og motorikk.

Synsforstyrrelser gjør det vanskelig å finne frem på ukjente steder. Det er lett å miste oversikten på kjøpesenter, i butikker og på steder hvor mange mennesker er samlet. Det kan føre til resignasjon og tilbaketrekking. Den slagrammede holder seg hjemme fordi det blir for vanskelig å finne frem på ukjente steder. Andre kan ha vansker med å forstå hva de ser, fordi de ser noe, men ikke alt. Den som har hatt slag, kan gjenkjenne en nabo på gaten, men hilser ikke når han passerer i området der synet er rammet av utfall.

Lesevansker

Lesing er synskrevende og forutsetter at finmotorikken i øynene fungerer normalt. Lesing krever evne til konvergering over tid, og dette kan være krevende for personer som har redusert evne til å konvergere etter hjerneslag. Flere slagrammede merker allerede på sykehuset at de har vansker med å lese, men de får ofte beskjed om at det vil bedre seg etter hvert. Mange erfarer at lesing forblir vanskelig. Ved synsfeltutfall mot høyre kan deler av ord eller små ord bli borte i utfallet, og teksten blir usammenhengende. Utfall mot venstre gjør det vanskelig å finne ny linje. Skader i synsfeltet kan føre til at ord eller deler av tekstlinjen forsvinner.

Avislesing er spesielt utfordrende fordi aviser har ulik skriftstørrelse, mange spalter og dårlig trykk. Likeledes kan det bli problematisk å få med seg rulleteksten på fjernsyn fordi den går for fort. Større skrift stiller mindre krav til presise fikseringer, men kan også innebære at personen som er rammet av hjerneslag ikke får med seg hele

Ramme 1. Synsforstyrrelser etter hjerneslag (2)

Synsfeltskader

Redusert sentralsyn

Okulomotoriske vansker

Redusert visuell romoppfatning

Adaptasjonsvansker

Redusert gjenkjenning og oppmerksomhet

Visuelle illusjoner og hallusinasjoner

ordet. Lesehastigheten går ned fordi pasienten flytter blikket flere ganger før de finner ordet og kan lese det. De leter frem og tilbake i teksten for å finne ut hva de leser og hvor de er i teksten. De blunker ofte fordi de blir trøtte i øynene. Konsekvensen kan være at de slutter å lese. De blir avhengig av andre når posten skal leses og det kan være ubehagelig. Økt trettbarhet og generell redusert oppmerksomhet er vanlig hos personer etter hjerneslag (1). Dette gjelder også den visuelle oppmerksomheten som er sentral ved lesing. Ved å bedre øyemotorisk funksjon kan det bli mindre anstrengende å lese, og personen får bedre utholdenhet.

Intensiv synstrening

De nasjonale retningslinjer for slagrehabilitering anbefaler at ved synsfeltutfall kan synstrening i form av visuelle scanning-teknikker vurderes (1). Styrken på anbefalingen av tiltaket er på nivå C, som betyr at det er noe forskning som viser at synstrening er effektiv i tillegg til bred konsensus blant fagekspertene i arbeidsgruppen som utviklet retningslinjene (1).

På Huseby kompetansesenter (HK) er det utviklet et synstreningsprogram som et tilbud til slagrammede med synsforstyrrelser. Før gjennomføring av synstreningsprogrammet er det nødvendig med utredning av synsfunksjonen hos optiker og/eller øyelege. Alle som kommer til synstrening på HK må være utredet lokalt. I tillegg blir skarpsynet, synsfelt, øyemotorikk, samsyn og visuell oppmerksomhet utredet av

Figur. Sakkader er benevnelsen for øynenes små hoppebevegelser. Fikseringer av blikket skjer mellom sakkadene.



synspedagog som del av det tverrfaglige teamet. Vi har valgt intensivt motorisk synstrening fordi det viser seg å ha bedre effekt hos slagpasienter enn mindre intensiv trening (5).

Synstreningsprogrammet omfatter to timer trening hver dag i 14 dager. Vi organiserer synstreningsprogrammet i fire sekvenser som beskrevet av Wilhelmssen (2). Etter en oppvarmingssekvens, trenes øynene på søking i stort synsfelt. Dette følges av trening på hurtighet og søking med øynene. Til slutt følger en sekvens med lesetrening. Under oppvarming beveger pasienten øynene i horisontal og vertikal retning, og ser på gjenstander i ulike avstander. Deretter trenes stødige fikseringer, raske blikkretninger og bevisste søkebevegelser. Visuell oppmerksomhet trenes i stort og lite synsfelt. I noen tilfelle stimulerer vi synsfeltet i området der det er bortfall for å undersøke om det fremdeles er funksjonelle celler i synsbarken med opptreningspotensialer.

All synstrening gjøres mens hodet holdes i ro. Det er kun øynene som skal beveges. Øvelsene tilpasses den enkeltes treningsbehov utfra syns- og funksjonsnivå. Personene som gjennomfører programmet gir synspedagogene (trener) tilbakemeldinger på hvilke øvelser som er nyttige. Dette bidrar til økt motivasjon for å gjenta serier med øvelser. Dette samspill mellom personen med synsforstyrrelsen og synspedagogen kan være avgjørende for treningseffekten.

Forbedret synsfunksjon

I 2006-2008 gjennomførte vi en studie for å evaluere effekten av HKs synstreningsprogram. Studien er beskrevet i detalj andre steder (6). Vi gjengir her hovedtrekkene i studien. Vi rekrutterte et utvalg på 17 personer som hadde hatt hjerneslag (5). Testing ble gjennomført før treningsprogrammet med synstrening samt rett etter synstreningen for å vurdere korttidseffekten av programmet. Videre ble synsfunksjo-

nen testet ett år etter synstrening for å vurdere langtidseffekten av treningen (6).

Målinger og deltakernes tilbakemeldinger etter vår studie viser at synsfunksjonen ble bedre etter synstrening. Treningen viste bedring i synsstyrken ved nærarbeid. Dette ble sett i sammenheng med at personen med synsforstyrrelse opparbeidet stødigere fiksering, stødigere øyemotorikk og jevnere følgebevegelser. Synspedagogene observerte at studiedeltakerne brukte øyebevegelser i større utstrekning fremfor hodebevegelser ved nærarbeid. Deltakerne fikk rettere og mer symmetrisk kroppsholdning, noe som førte til mindre belastninger i nakke og hode (6).

Flere av pasientene med delvis synsfeltutfall opplevde forbedring i skarpsyn. Det ble målt liten eller ingen endring i utfallet hos pasienter med totalt halvsidig synsfeltutfall. Over halvparten fikk økt synsoppmerksomhet. Deltakerne reagerte raskere og ble mer oppmerksomme på ulike stimuli i synsfeltet (6).

Samtlige deltakere fortalte at synstreningen hadde vært nyttig. Synstrening bidro til økt innsikt og bedre forståelse for egne synsforstyrrelser, og funksjonsnivået ble bedre. Ifølge deltakerne ble det lettere å lese og leseutholdenheten økte. De brukte mindre krefter på å finne ord i teksten, følge linja og finne neste linje. Flere fortalte at det var lettere å lese aviser, og at de fikk mer med seg av innholdet i teksten. Noen ble mindre lysømfintlige og kunne oppholde seg lenger i normalbelysning, noe som ga en sosial gevinst (6).

Studiedeltakerne fikk tilbud om ny utredning ett år etter avsluttet synstrening. Flere tok i mot tilbudet. Resultatene viste seg da å være uendret fra målingen gjort rett etter at synstreningen var gjennomført.

Studien har begrensninger. Det ble ikke benyttet kontrollgruppe og videre var det få deltakere. Dette betyr at

Ramme 2. Program for synstrening i slagrehabilitering ved Huseby kompetansesenter

Program for synstrening i slagrehabilitering ved HK omfatter følgende områder:

Trene øyebevegelser

Trene på stødige fikseringer

Trene visuell oppmerksomhet i stort og lite synsfelt på ulike avstander

Stimulering og økt utnyttelse av områder med relative synsfeltutfall

resultatene ikke kan generaliseres til å gjelde alle pasienter med synsforstyrrelser etter hjerneslag. Likevel var det viktig for HK å evaluere effekten av vårt tilbud om synstreningsprogram. Det er behov for flere studier som undersøker effekten av synstreningsprogram for slagrammede og det er særlig behov for randomiserte kontrollerte studier.

Synstreningsprogrammet er nå etablert på HK. Vi registrerer samme resultat og pasientene gir oss tilbakemeldinger på at synstrening har vært meningsfullt og nyttig i forhold til å bedre deres funksjon i dagliglivets gjøremål og i sosial sammenheng.

Organisering

Alle som har hatt hjerneslag har rett til rehabilitering, også synsrehabilitering. Organisering av slagrehabilitering har stor betydning for pasientens funksjonsnivå og livskvalitet. Synsrehabiliteringstilbudet omfatter spesialkompetanse både på nasjonalt nivå og kommunale tverrfaglige rehabiliteringsteam lokalt.

Huseby kompetansesenter (HK) er en del av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet, Statped. Barn, unge og voksne med synsvansker kan få utredning av synsfunksjon, kurs og opplæring. Senterets rehabiliteringstilbud er landsdekkende og gis til personer som nylig har fått en alvorlig synshemming eller som har en synshemming som forverrer seg. Senteret tilbyr kurs, konferanser, rådgiving og

veiledningsmateriell til lokale nettverk. HK samarbeider med hjemkommune og andre sentrale instanser i rehabiliteringsløpet.

Nasjonale retningslinjer anbefaler opprettelse av spesialiserte tverrfaglige team for koordinering av hjelpetiltak for slagrammede i kommunen. De kommunale tverrfaglige rehabiliteringsteam bør ha tilgang til synspedagogisk kompetanse. HK kan etter søknad bidra med opplæring og kompetanse til disse teamene der synspedagog ellers ikke er tilgjengelig. I dag er behovet stort, men få får hjelp både fordi det er mangel på kvalifiserte fagpersoner, og fordi kunnskap og interesse for fagområdet til nå har vært liten.

Hjelp å få

Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped) gir utredning og rehabiliteringstilbud til synshemmede i de tilfelle hvor det ikke kan forventes at kommunen selv har kompetanse.

Norges Blindforbund arrangerer spesialkurs for slagrammede som har fått synsproblemer etter hjerneslag (7). Noen få synspedagoger har privat praksis med tilbud om synstrening etter henvisning fra kommunen. Ved dekning av utgifter til synstrening, må søknad komme fra kommunen.

NAV Hjelpemiddelsentralen (8) finnes i hvert fylke og har et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler til funksjonshemmede. Ved behov for hjelpemidler kan det tas kontakt med kommunehelsetjenesten. Ved behov for utredning og utprøving av hjelpemidler sender kommunehelsetjenesten, øyelege eller andre en henvisning til NAV HMS.

Konklusjon

Synet har stor betydning for den totale rehabiliteringsprosessen. I tiden fremover vil det være en stor oppgave å øke kunnskap og forståelse for de synsforstyrrelser pasienter med hjerneslag sliter med i hverdagen. Det haster med å få flere fagfolk med synsfaglig kompetanse inn i rehabiliteringsarbeidet. Slagrammede hadde fortjent å få mer hjelp slik at de ikke gir opp lesing og andre synskrevende oppgaver.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
2. Wilhelmsen GB. Å se er ikke alltid nok. Oslo: Unipub forlag; 2003.
3. Kerty E. Synshabilitering etter hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(2):146.
4. Nylenna M editor. Store medisinske leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget; 2008.
5. Dietrichs E. Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007 May 3;127(9):1228-1231
6. Opsal K, Sommerfeldt E. Etter hjerneslag--synsforstyrrelser og lesing. Spesialpedagogikk 2009;8.
7. Blindforbundet. Tilgjengelig på: www.blindeforbundet.no
8. Norges Arbeids og velferdsetat (NAV). Tilgjengelig på: www.nav.no

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.

NSFs landsmøte 2011

- Noe for faggruppen?

NSFs landsmøte 2011 nærmer seg med raske steg. Da er det valg på både forbundsleder og medlemmer til forbundsstyret, til etisk råd, til nominasjonskomiteen og til kontrollkomiteen. Det skal stemmes over endringer og tilføyelser i vedtekter og reglement. Det er 25 saker på dagsorden, og de skal behandles over lange dager, kvelder og deler av natta. Alt dette foregår over en hektisk uke i hovedstaden fra 7. – 12. november, blant delegater, nominerte, avgåtte og nyvalgte medlemmer.

Alle faggrupeledere er deltakere på landsmøtet, men de har dessverre ikke stemmerett. Dersom ikke faggrupelederne også er delegater fra sine hjemfylker, er det dessverre andre landsmøtedelegater som stemmer for våre interesser. Men faggrupelederne har både forslags- og uttalerett, og med dette skal vi nok klare å få sagt fra, slik at ingen er i tvil om hva vi mener.

Alle landsmøtesakene ligger for øvrig ute på NSFs nettsider til gjennomlesing.

Hva har så alt dette med faggruppen vår, og med våre lokalgrupper å gjøre? Det kan sammenfattes til et ord: ALT. Særlig sak 18 er en viktig sak for faggruppene. Dette er et ledd i en faglig opprusting hvor det ønskes mer samarbeid mellom NSF og faggruppene, og

gis mulighet til gjøre bruk av kunnskap og kompetanse, begge veier.

Det har i forkant av landsmøtet, vært en juridisk gjennomgang av vedtektene for samtlige faggrupper. Det har vist seg at det er like mange varianter, som det er faggrupper, - og lokalgrupper. Noen er svært detaljerte og andre mer generelle. Noen inneholder feil og mangler, og det er noen som faktisk strider mot norsk lov. Derfor lages det en generell vedtektsmodell som legges frem på landsmøte. Dersom denne blir vedtatt, må denne justeres inn slik at den passer for faggruppen, og så vedtas på faggruppens generalforsamling.

NSF tilbyr også hjelp til både juss og økonomi for faggruppene. Faggruppene har økonomi avd. i NSF til å ta seg av bokføring. Dette har fungert utmerket, og sparer oss for mye arbeid. Det sparer oss også for mye hodebry når det gjelder betaling av arbeidsgiveravgift, skatt, pensjon, lønns- og trekkoppgaver, organisasjonsnummer, registreringer, osv. Dette vil også bli et tilbud til lokalgruppene med tiden, - grip det, det sparer lokalgruppene for mye arbeid med økonomi og juss, og frigjør tid til arbeid med fag og kompetanseøkning.

Jeg har også deltatt i forarbeidene med å utrede en sak til landsmøtet om helsefremmende og forebyggende sykepleie. Helsefremmende og forebyggende arbeid bør være livet ut. Fallforebygging, gjennomgang av legemiddelforbruk, observasjon av ernærings-



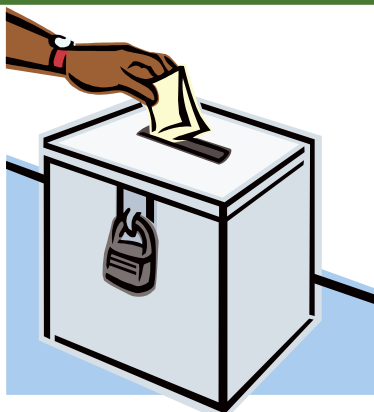
tilstand, dagaktivitetstilbud, osv. er tiltak som kan gjøre hverdagen lettere og tryggere for våre gamle pasienter.

Når NSF nå åpner for å gi faggruppene en mer integrert plass i organisasjonen, er det opp til oss å utnytte mulighetene som ligger i dette. Hva er det vi ønsker? Det er viktig at vi er med og fronter våre interesser, det er for sent å protestere etterpå hvis ting ikke gikk vår vei.

Jeg tror at åpenhet er viktig. Vi skal ikke være så redd for å miste eller bli fratatt rettigheter, men heller si: Ja takk, til hjelp og samarbeid.

Godt valg!

Hilde F. Eilertsen
Hilde Fryberg Eilertsen



Styrevalg 2012-14

NSF FGDs generalforsamling skal velge nytt styre 15. mars.

I forkant av GF gjør nominasjonskomiteen et viktig grunnlagsarbeid med å skaffe kandidater. Det er ønskelig med et bredt sammensatt styre som avspeiler en mangfoldig medlemsmasse.

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

Det er §§6 og 7 i faggruppens vedtekter som omhandler valg. Har du forslag til kandidater eller ønsker å stille til valg er det bare å ta kontakt med nominasjonskomiteens leder eller øvrige medlemmer for nærmere informasjon.

Leder: Kristin Aas Nordin, knordin@lyse.net
Medlem: Trygve Johannes Sævareid, tjasaevareid@yahoo.com
Medlem: Målfrid Schiager, msssch@online.no

Sykepleie i hjemmet

Forfatter: Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik

Utgivelsesår: 2011

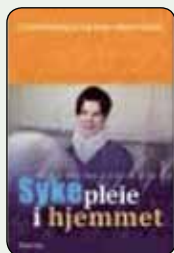
304 sider, 1. utgave,

Forlag: Akribe

Målform: Bokmål

ISBN/EAN: 978-82-7950-149-7

Pris: kr 349



Det er med stor interesse jeg har lest boken "Sykepleie i hjemmet" av Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik. Som leder av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, er jeg over middels interessert i nettopp hjemmesykepleien. Denne boken gir gode beskrivelser av utfordringer og gleder ved å arbeide i denne tjenesten og det er viktig for å synliggjøre hjemmesykepleien.

Det er en utfordring å beskrive en hjemmetjeneste som er svært forskjellig, avhengig av hvor man bor, størrelse på kommune osv. Forfatterne klarer imidlertid å beskrive tjenesten på en gjenkjennelig måte. Forfatterne veksler mellom å beskrive dagens virkelighet i hjemmesykepleien og begrunne det de mener bør være annerledes. Et godt eksempel på dette er en god argumentasjon for hvorfor vi i hjemmetjenesten bør bruke beskrivelsen "pasient" istedenfor det ofte brukte begrepet "bruker".

I boken opplever jeg en god beskrivelse av den komplekse pasientgruppen som krever høy tilstedeværelse av sykepleiere. Jeg føler imidlertid at forfatterne til en viss grad overser de mange med "mindre" behov, de som trenger enkel bistand til dagliglivets gjøremål. Det er liten tvil om at sykepleiere har en viktig rolle både i dagens og fremtidens hjemmesykepleie, men jeg savner en noe større anerkjennelse av den viktige jobben også andre yrkesgrupper gjør, særlig da helsefagarbeiderne.

Periodevis opplever jeg at Birkeland og Flovik provoserer med sine meninger om hvordan det bør være i

hjemmetjenesten. Jeg måtte enkelte ganger ta pause i lesingen og diskutere med kolleger. Jeg har imidlertid konkludert med at en bok som denne, bør få oss som arbeider i sektoren til å stille kritiske spørsmål til vår praksis. Et godt eksempel på denne problemstillingen er forfatternes problematisering av hvem som utfører hvilke oppgaver i hjemmesykepleien.

Forfatterne har valgt å beskrive de vanligste områdene ansatte i hjemmesykepleien opplever. Det meste er beskrevet på et overordnet nivå, men likevel med en detaljrikdom som gir leserne et godt innblikk i hvordan man som sykepleier må forholde seg til pasientene i den aktuelle gruppen. Ett kapittel skiller seg noe fra de andre, nemlig kapittelet om sår.

I forhold til resten av boken synes jeg dette kapittelet går litt for langt inn i detaljnivå. Kapittelet er absolutt lærerikt og nyttig, men jeg ville heller sett at forfatteren beskrev for eksempel utfordringene med å gjennomføre sterile sårprosedyrer i hjemmet, utfordringer med vanskelige ergonomiske forhold og viktighet av god planlegging og oppfølging enn å gå i detaljer om ulike sårtyper.

Boken gir en svært god innføring i gledene og utfordringene i hjemmetjenesten i kommunene og kan med fordel leses av alle som vurderer eller har hjemmetjenesten som arbeidsplass.

Line Orlund, sykepleier

Leder av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

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

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

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

Ny doktor-grad på KOLS



Anne-Grethe Halding (bildet) disputerte for doktorgrad 10. juni ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn med avhandlingen *Kvardag og rehabilitering i livet med KOLS - slik pasientar erfarer det*. Veiledere har vært førsteamanuensis Kristin Heggdal, Helseforskning og Dialog (H&D), og professor Astrid Klopstad Wahl, Universitetet i Oslo.

Pasientar som lever med kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) kan kjenne seg isolerte og svært aleine om å mestre sjukdommen i kvardagen. Som berarar av ein tobakksrelatert sjukdom opplever dei og tilleggs-påkjenningar som stigmatisering og sjølvbebreiding. I motsetning til dette kan deltaking i lungerehabilitering gi sosial støtte og integrasjon med andre pasientar og helsepersonell, nye muligheter for eigenomsorg og håp om å kunne bevare helse på tross av alvorleg sjukdom. Dette er hovudfunna i avhandlinga som utforskar pasientane sitt perspektiv på kvardag og lungerehabilitering. Funna har implikasjonar for rehabiliteringspraksis og tobakksførebyggjande arbeid.

Risikoen for å utvikle KOLS er eit samspel m.a. mellom genetiske faktorar og eksposisjon for skadelege gasar, støv og tobakksrøyk. Sjukdommen kan ikkje kurerast, men symptom kan lindrast og forverring av sjukdommen kan utsettast med medisinsk behandling og eigeninnsats frå pasientane.

Rehabilitering skal støtte pasientane i deira innsats for å mestre kvardagen. Hensikta med studien var å utforske korleis dei som lever med KOLS vurderer nytten av å delta i rehabilitering sett i forhold til sitt kvardagsliv. Det er utført djupneintervju med 18 personar som lever med KOLS om deira erfaringar frå kvardagen med sjukdommen og deltaking i gruppebasert lungerehabilitering. Kvar deltakar vart intervjuet like etter rehabilitering og på nytt eitt år etter.

Avhandlinga gir innsikt i menneskeleg potensiale for å bevare helse i kvardagen med KOLS. Studien belyser også pasientane si sårbarheit og behov for pasientsentrert rehabilitering og oppfølging. Den utforskar konfliktar som kan oppstå mellom potensielt stigmatiserande strategiar i tobakksførebyggjande arbeid og KOLS pasientar sitt behov for støtte. Pasientane sin rehabiliteringsprosess og god rehabiliteringspraksis blir beskrive, og det blir retta kritikk mot rehabilitering utan oppfølging.

Anne-Grethe Halding er nå ansatt som instituttleder og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag i Førde. Hun skal forske vidare på brukererfaringar og samhandlingsprosesser i helsevesenet.

Kontakt: anne.halding@hisf.no



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2012

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2012. To tildeles vår og to tildeles høst.

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

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2012, kan søke.

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

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

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2012.

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

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2012.

Morgendagens Nurse Practitioners i Norge



Lillian Raakjær
Bærum



Guro-Marie Eiken
Vestskogen



Caroline Farsjø
Oslo

14 engasjerte og forventningsfulle studenter ved Universitetet i Oslo startet opp som første kull på master i avansert geriatrisk sykepleie 15. august. Studentene har mye arbeidserfaring og har derfor et godt utgangspunkt for å være med på å forme den nye rollen som Nurse Practitioners innenfor eldreomsorg.

Lillian Raakjær, Caroline Farsjø og Guro Marie Eiken er tre av de 14 nye studentene. De har arbeidserfaring fra hjemmesykepleien og ser frem til å få mer solid fagkunnskap, slik at de kan bidra med å utvikle tjenesten på sin arbeidsplass.

Lilian er fagkonsulent og Guro har spesialisert seg på behandling av sår. Caroline har erfaring fra hjertemedisinsk sengepost. Masterstudentenes arbeidserfaring vil være nyttig både for å forstå hvordan de kan bruke og videreformidle ny teoretisk kunnskap, og for at de skal kunne bidra med å forme rollen som Nurse Practitioners.

- Vi blir de første med denne nye utdanningen i Norge, og mye av utviklingen vil vi være med på å forme, sier Guro om den nye rollen.

Studieprogramleder Karen Bjørø er glad for det var så mange sterke kandidater til det nye studiet.

- Det vil kreve mot av studentene å gå inn i den nye rollen og selv være med på å skape den, sier Karen. Hun håper at det første kullet skal bli gode rollemodeller for neste kull og fremtidige Nurse Practitioners i Norge.

Økende behov for ny kompetanse

Økende antall eldre i samfunnet gjør at det stadig blir større behov for at sykepleiere kan gjøre flere oppgaver.

- Det er behov for å tilføre og forsterke de kommunale helsetjenester ved at sykepleiere har bedre geriatrisk kompetanse, medisinske kunnskaper og ferdigheter. Dette vil også kunne avlaste leger for en del rutineoppgaver sier Karen Bjørø. Samtidig etterspør mange sykepleiere en utvidet rolle og større muligheter til å bruke sine fagkunnskaper og jobbe mer selvstendig.

Selv om studiet er nyetablert i Norge, har mange andre land gode erfaringer med tilsvarende roller. I dag er Nurse Practitioner en veletablert rolle i over 60 land. Internasjonalt anbefales det at sykepleiere med denne rollen har minst en mastergrad.

Begrunnelse for valg av studie

En viktig grunn til at studentene valgte å søke dette studiet er kombinasjonen av klinisk praksis og teoretisk kunnskap om medisinske tilstander. De ser frem til å få mer faglig input. I løpet av høsten vil studentene lære mer om blant annet normal aldring, patofysiologi og sykdomslære.

Guro synes at studiet er lagt opp på en veldig utfordrende og spennende måte. Hun mener at de trenger det teoretiske grunnlaget for å være i klinikken.

Lilian har jobbet som faglig leder i mange år, men vil gjerne ha mer formell kompetanse og få oppdatert kunnskap innenfor sitt fagfelt.

- Jeg har jobbet med flere prosjekter i kommunehelsetjenesten, men i forhold til alt det nye som skjer med samhandlingsreformen kjenner jeg at jeg trenger mer kunnskap, sier Lilian.

Fremtidige muligheter

Det er tre år til de første studentene er ferdig utdannet, siden studiet tas på deltid ved siden av jobb.

De tre studentene har ikke klart for seg hva de ønsker å jobbe med etter at studiene er ferdig. De trives på arbeidsplassene de jobber i dag og er åpne for at den nye kunnskapen kan brukes på mange måter.

Lilian har allerede jobbet en del med demens og demensutredning:

- Dette er noe som vi må samarbeide mer med fastleger og spesialisthelsetjenesten om. Vi driver med å bygge opp en modell for dette i Bærum kommune, forteller hun.

Guro har noen tanker om hva hun har lyst til å gjøre etter studiene er ferdig. Samtidig tror hun at etter hvert som hun studerer og lærer mye nytt, vil hun få nye ideer om hva som er spennende å jobbe med.

*Reportasje:
Anbjørg Kolaas,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo*

Villa Fredrikke med egen bowlingliga

Jubelen står i taket når det bowles på Villa Fredrikke. Det er gøy, det er utfordrende, og det gir mestring.

Hver tirsdag snøres de virtuelle bowlingskoene på her i Villa Fredrikke. Det å komme sammen om en underholdende aktivitet skaper godt humør, konkurranseinstinkt og fellesskap. De faste bowlerne på villaen er engasjerte, og de gleder seg over egne og andres prestasjoner. Nye teknikker læres og det er motiverende å se at spillerne blir bedre i spillet fra gang til gang.

Et kjærkomment tilbud

Villa Fredrikke aktivitetshus er et lavterskeltilbud til personer med demens i tidlig fase og deres pårørende. Gjennom kultur, bevegelse og mat, skapes gode øyeblikk for den enkelte, i sosialt fellesskap med andre i samme situasjon. Fokus ligger på å utnytte de funksjoner som hver enkelt har. Blikket rettes mot det friske.

En viktig del av arbeidet ved villaen er å spre informasjon. Det skal også være enkelt å komme i kontakt med sykepleiere for samtale og veiledning. Pårørende har tidligere kunnet delta på fagkvelder og samtalegrupper. Etter sommeren vil fagkveldene erstattes av Pårørendeskolen, som skal gå hver høst og vår. Samtalegruppene vil gå som før. Pårørende inviteres også til å delta på arrangementene sammen med sine kjære.

Det er viktig at gjestene på Villa Fredrikke selv får være med å forme tilbudet. Tidligere har de blitt oppfordret til å komme med ønsker om aktiviteter. Fra høsten av formaliseres denne brukermedvirkningen, ved at faste gjester er blitt invitert til å være med i en gruppe som sammen skal planlegge aktivitetene. Nytt av høsten vil også være samtalegrupper for dem som selv har demens. Villa Fredrikke er et av prosjektene som Utviklingssenter for hjemmetjenester har fokus på i Drammen. Tilbudet er gratis og man behøver ikke å søke om plass. Det er i dag som regel 10-12 personer på aktivitetene, og stadig flere under 65 år tar kontakt.



Frivillig medhjelper Astrid Jørgensen viser hvordan man spiller virtuell bowling.

Men, dataspill er jo for barnebarna

Selskapet Mektron i Drammen utvikler teknologiske løsninger til eldre og pleietrengende. I samarbeid med Nasjonalbiblioteket, Drammensbiblioteket og Drammen kommune ble det startet et pilotprosjekt. Dette for å se om bevegelsesstyrte dataspill kan ha en positiv effekt på personer med demens, samt om det vil være mulig å videreutvikle spill særlig tilrettelagt for denne brukergruppen. Villa Fredrikke ble forespurgt om å være uttestingsarena. At personer med demens i en tidlig fase kunne være med å gi sine tilbakemeldinger til spillutviklerne, ville gi nyttig informasjon i utviklingsprosessen.

– Vi var aldri i tvil om å si ja til dette tilbudet, sier hjelpepleier Vibeke Helena Juel Næslund. Hun er ansatt ved Villa Fredrikke, og så frem mot denne aktiviteten, som hun mente ville være en fin aktivitet å samle seg om i hverdagen.

– Når man spiller disse bevegelsesstyrte spillene, bruker man store deler av kroppen. Samtidig bruker man hjernen til å holde fokus på det som skal gjøres i spillet, sier hun, og peker på viktigheten av å finne fengende aktiviteter for å motvirke passivitet. I forkant av den første dataspillsekvensen var mange av gjestene skeptiske. Dataspill var noe som barnebarna holdt på med, de ville bare dumme seg ut.

Frykten for mestringstap var åpenbar. Men tanken bak dette spillarrangementet var at et tilrettelagt dataspill ville kunne føre til mestringsfølelse heller enn mestringstap.

Tid var nøkkelen. Tid til å vekke nysgjerrigheten og til å skape en trygghetsfølelse i forhold til spillet. – Den første skepsisen ble raskt snudd til begeistring, og spillerne er i dag veldig ivrige. Mange snakker om bowlingen i løpet av uken og kan nesten ikke vente til neste omgang, forteller en fornøyd Vibeke. Hun har også opplevd at de som i utgangspunktet var engstelige for ikke å mestre spillet, i dag ønsker større utfordringer, og å lære noe nytt.

– Vi har blant annet fått vite at det jobbes for å utvikle en virtuell byvandring. Dette er noe som vi ser veldig frem til å få forsøke, når alt er på plass, avslutter Vibeke.

*Reportasje:
Beate Magerholm,
prosjektmedarbeider,
Villa Fredrikke aktivitetshus*

Overgrep mot eldre – temaet for en phd- avhandling



Astrid Sandmoe (bildet) disputerte for doktorgraden 15. juni 2011 ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo med avhandlingen *Eldre som utsettes for overgrep fra personer i sitt nærmiljø. En kvalitativ studie med fokus på hjemmesykepleiens praksis i Norge og Australia*. Det er første gang at *overgrep mot eldre* er temaet for en doktorgradsavhandling i Norge. Professor Marit Kirkevold, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, var veileder for doktorgradsarbeidet.

I Norge antas det at ca 22 000 mennesker over 65 år utsettes for overgrep. Eldre som utsettes for dette er sårbare for helsesvikt og redusert livskvalitet. Det er grunn til å tro at kun en mindre del av eldre ofre for overgrep forteller om overgrepene. I denne avhandlingen forsket sykepleier Astrid Sandmoe hvordan hjemmesykepleien i Norge og Australia oppdager at brukere av deres tjenester utsettes for overgrep, og hvordan de håndterer mulige overgrepssaker.

I perioden 2006-08 ble 72 sykepleieledere og pleiere intervjuet, hvorav ti i Australia. De øvrige som ble intervjuet var ansatte fra samtlige norske fylker. Studien viser at hjemmesykepleien i begge land har utfordringer knyttet til utvikling og kvalitetssikring av tjenestene til eldre ofre for overgrep.

I Norge kom det fram at det er den enkelte pleiers interesse, kunnskap og engasjement hvorvidt overgrep blir oppdaget. Hjemmesykepleien hadde ingen rutiner eller prosedyrer for ut-

redning eller håndtering av mulige overgrepssaker. En viktig forutsetning var om lederen involverte seg, og tok aktivt del i avgjørelsen. Uten en engasjert leder var det vanskelig for individuelle pleiere å håndtere slike saker.

Hjemmesykepleien opplever at det er en utfordring å håndtere kompliserte overgrepssaker. De etterlyser samarbeid med andre deler av helse- og sosialtjenesten, og spesielt med fastlegene som svært sjelden ville bli involvert. *Vern for eldre* er etablert i Oslo og Bærum, men de øvrige 428 kommunene har ikke en slik spesialisert tjeneste.

Australia har det siste tiåret utarbeidet handlingsplaner for å utvikle tjenestetilbudet til eldre ofre. Norske myndigheter må mer på banen for å rette fokus på *overgrep mot eldre* gjennom offentlige kampanjer og handlingsplaner. Dessuten gjennom utdanningssystemene, samt ansvarliggjøre helse- og sosialtjenesten for å samarbeide om å gi hensiktsmessige tjenester til eldre ofre for overgrep.

Dette året har Astrid Sandmoe vært engasjert ved Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress i et prosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet er å intervju tretti eldre mennesker om deres erfaringer og synspunkter om det å være offer for overgrep. Fra januar 2012 går Sandmoe inn i stilling som førsteamanuensis i sykepleievitenskap ved Høgskolen i Telemark.



NSF FGD Oslo og Akershus ut- lyser utdannings- stipend - 2012

Styret i NSF FGD Oslo Akershus lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2012. 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 stipend 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 2012.

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 2012.



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Landskonferanse 2012

***Geriatrisk kompetanse
for
fremtidens eldreomsorg***

Se midtsiden i bladet

15.-16. mars 2012

**Radisson Blu Royal Garden Hotell
Trondheim**

