

Geriatrisk

sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

De er bare urolige

Side 20





GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Tlf: 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Gunn Mari Holdø**, Førsteamanuensis universitet i Tromsø. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi.ann.tingvoll@gmail.com
Pris: i Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr. 1 000

ANNONSER

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Mediehuset Andvord AS

FORSIDEFOTO: iStockphoto

ANNONSERING

Geriatrikisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

Innhold

01 - 2025



8 Amatørenes inntog
– om frivillighet i
eldreomsorgen

20 De er bare urolige

29 Utviklingssentre for
sykehjem og hjem-
metjenester (USHT)
– En viktig ressurs
for kommunene

31 Tørn Kommune
– Ny organisering for
bærekraftige helse-
tjenester

35 Lillehammer helsehus
– Et B-sykehus i
utvikling

41 Nyopprettet geriatrikisk
enhet ved Haukeland
sykehus



8



20



31



35

**Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Fallskader må forebygges bedre

Hver eneste time skjer det et hoftebrudd i Norge, noe som tilsvarer ca. 9000 hoftebrudd i løpet av ett år. Et hoftebrudd koster i snitt en million kroner første året. Det sier seg selv at kostnadene er store. Ifølge nasjonalt hoftebruddsregister er gjennomsnittsalderen 80 år og så mye som 24 % dør som følge av hoftebruddet i løpet av det første året.

Et fall som medfører et hoftebrudd fører til store lidelser og dødsfall for mange og er en av de mest ressurskrevende enkelt diagnoser på norske sykehus. Kostnader ved hoftebrudd anslås til å være 14,5 milliarder kroner årlig ifølge Folkehelseinstituttet. Hva kan gjøres for å forebygge så mange fall og brudd som mulig?

Hvert år faller omtrent 30 prosent av alle over 65 år og 50 prosent av alle over 80 år. Økende alder i seg selv gir en økt risiko for fall og fallskader. Fall hos eldre kan føre til funksjonssvikt, inaktivitet, isolasjon, nedsatt livskvalitet, økt hjelpebehov og tidligere død, og veien tilbake kan bli lang og kronglete for den eldre. Dette kan og må vi gjøre noe med.

Å bo trygt hjemme reformen skal bidra til et mer aldersvennlig samfunn hvor flere eldre kan leveaktive og trygge liv hjemme.

Svekket balanse og svake muskler i beina er den viktigste risikofaktoren for fall hos eldre. Vi vet at muskler som ikke brukes blir svake. Men ikke alle vet at det samme gjelder for balanseevnen. Eldre som beveger seg for lite mister ikke

bare muskelkraft, de mister også balanseevne og som følge av dette får de økt fallrisiko. For å oppnå trygghet er det viktig å forebygge fallskader.

Et viktig grep er å identifisere og fjerne mulige fallfeller i hjemmet. Med bo trygt hjemme reformen, vil stadige flere eldre bo hjemme lengre. God belysning, sklisikre sko og sokker, legemiddelgjennomgang, syns- og hørselsutredning er forebyggende tiltak, og tilrettelegging med hjelpemidler er et viktig supplement.

Det aller viktigste for å redusere risikoen for fall, er det den enkelte selv kan gjøre. Balanseøvelser og aktivitet som øker kjernemuskulatur og styrke er fasiten på det. Så enkelt – så vanskelig.

Det er stor oppmerksomhet på hverdagsrehabilitering, pasientenes ressurser og økt mestring i dagliglivet. Vi må motivere, inspirere og legge til rette for at pasienter får gjøre alt det de kan klare selv. Vi må jobbe mer med hendene på ryggen og ta i bruk nye tilnærminger for å hjelpe den eldre til en bedre fysisk funksjon.

Et viktig tiltak er gode lavterskeltilbud som Sterk og stødig, et balanse- og styrketreningsprogram, hvor eldre møtes til gruppetrening, kan ta en kopp kaffe etterpå og oppleve både trening og en god møteplass. Andre tiltak er uformelle grupper hvor eldre møtes for å gå en tur eller bare være fysisk aktive. I tillegg til å redusere fare for fall har fysisk aktivitet en rekke andre helsefordeler, som for eksempel økt livskvalitet



med positiv aktivitet som gir sosial stimulans og glede, opprettholdt fysisk styrke, muskelmasse og balanse og bedret appetitt. Fysisk aktivitet i grupper forebygger ensomhet og isolasjon. All aktivitet er bedre enn ingenting og eldre er de som profiterer aller mest på å være fysisk aktive.

Målet er å redusere risikoen for fall og at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Derfor må det opprettes gode miljøer der eldre kan møtes for å trene og være sosiale. Dette kan være i regi av idrettslag og ideelle organisasjoner, og det kan være i dagsenter i regi av hjemmebaserte tjenester.

På overordnet plan hevdes det at det vil bli en fordobling av antallet hoftebrudd fram mot år 2050, og kostnadsbildet ved for eksempel hoftebrudd, burde være insentiv for kommunene til å øke innsatsen enda mer for å begrense fall og forebygge skader.

Kanskje bør sentrale politikere vekte forebygging høyere i sine budsjetter og premiere de kommuner som er flinkest til å forebygge?

Gode fallforebyggende tiltak kan redusere hoftebrudd med 30-40 prosent. Med tanke på den menneskelige lidelse som følger med hvert eneste hoftebrudd, skylder vi ikke da den eldre at vi gjør det ytterste vi kan for å forebygge fall? Ja – det koster å forebygge, men det koster enda mer å ikke forebygge fallskader. ■

for Engewik

Skrevet i samarbeid med:

Edel Bruun Bastøe, faggruppeleder Ortopedisykepleierne Norsk sykepleierforbund

Hanne M. Nøding, fylkeseldreombud i Agder fylkeskommune



Foto: Shutterstock

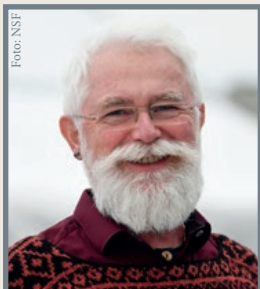


Foto: NSF



Terje Årsvoll Olsen

Førstelektor i geriatrisk sykepleie

Høgskulen på Vestlandet

Medlem i Rådet for Sykepleieetikk NSF

Fokus på lindrende behandling hos døende mennesker med demens og på frivillighet i eldreomsorgen

Dagens nummer av Geriatrisk sykepleie har fokus på Lindrende behandling hos døende mennesker med demens og på Frivillighet i eldreomsorgen. Begge deler er viktige fokusområder fordi de bidrar til å sikre god kvalitet på sykepleien uansett hvem som mottar den og hvem som utfører sykepleien.

Tradisjonelt har palliasjon hatt fokus på mennesker med kreft som går mot livets siste fase, men i sykehjem vet vi jo at mennesker med mange forskjellige diagnoser dør. 80-85% av alle som bor i sykehjem i dag har kognitiv svikt. Artikkel om lindrende behandling har intervjuet helsepersonell i ulike institusjoner om dette tema.

I dag er det mye fokus på oppgaveglidning i helsetjenestene. Nye oppgaver tildeles sykepleierne og andre må overta flere av de oppgavene sykepleiere har hatt som man ikke trenger en bachelor i sykepleie for å utføre. **Oppgavene kan forskyves, men ansvaret kan aldri forskyves.** Sykepleieren er ansvarlig for all sykepleie som utføres i eldreomsorgen, selv om hen ikke gjør alt selv. Det gjør artikkelen som setter fokus på flere amatører/frivillige inn i eldreomsorgen relevant i denne sammenhengen. Frivillighetskoordinatorer er intervjuet for å få forståelse for de utfordringene vi står sammen om.

Vi mangler sykepleiere i store mengder allerede i dag, og det ser ikke ut til å bli mye lysere de neste ti-årene. Dette er en global utfordring. Derfor er det særlig viktig å ta godt vare på de sykepleierne vi har, gjennom både gode lønn- og arbeidsvilkår. Dessverre er det slik i dag at vi også mister en del sykepleiere. En undersøkelse Sykepleien gjorde viser at **2 av 3 sykepleiere** har opplevd diskriminering og hatefulle ytringer på jobb som har gjort at de enten har vurdert å slutte eller har valgt å slutte (Sykepleien 2020). Nesten ingen av disse velger å melde fra fordi de ikke tror det vil hjelpe. 50 % sier det var pasienter som diskriminerte, 20 % pårørende, 40 % kollegaer og 24 % sa at det var lederen. Dette er alvorlige tall og vi har alle en plikt til å motvirke dette. I tillegg vet vi også at pasienter også utsettes for diskriminerende holdninger og handlinger. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er tydelige. Allerede i Sykepleiens grunnlag heter det:

» «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg. Sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for [menneskerettighetene](#).»



Kampen mot diskriminering kommer frem i flere punkt, men særlig pkt 2.12 setter kollegastøtte i fokus: Sykepleieren har krav på **støtte og beskyttelse** fra arbeidsgiver og kolleger dersom hen utsettes for **krenkelser, trakassering, trusler eller vold**. Vårt felles ansvar er tydelig når en kollega utsettes for diskriminerende atferd. Vi må alle ta vare på hverandre og ta til motmæle når noen; pasienter,

pårørende, kollegaer eller ledere kommer med diskriminerende utsagn eller holdninger. **Det er ikke ok, og vi har ingen å miste.** Vi må derfor alle jobbe med egne holdninger og adferd og ikke tåle så inderlig vel den urett som ikke rammer oss selv.

God lesning! ■



Foto: Shutterstock



Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend



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

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

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

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre <https://www.nsf.no/fg/geriatri-og-demens/fag-utdanning-og-forskning-0> og sende dette til faggruppas leder på epost tor.engdevik@hotmail.no som videre-formidler søknaden til stipend-utvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

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



Foto: iStockphoto

Amatørenes inntog – om frivillighet i eldreomsorgen

En av hovedutfordringene i eldreomsorgen er at det er for få fagfolk. Det trenges flere hjelpere for kunne gi eldre den omsorgen de har krav på og behov for. Å forstå verdien og mulighetene som ligger i samarbeid mellom frivillige og institusjoner er av vesentlig betydning for økt livskvalitet for eldre med hjelpebehov, men også for de frivillige selv. Det er derfor ikke uten grunn at frivillighet i eldreomsorgen er et politisk satsningsområde (2), (3), (4) og (5).

Introduksjon

Det er ingen hemmelighet at den eldre befolkningen øker og selv om de fleste er friske, vil økende alder også bety økt hjelpebehov for flere, blant annet når det gjelder helseutfordringer som demens. I dag har vi rundt 101 000 personer med demens i Norge, dette tallet vil innen 2050 mer enn fordobles til 237 000 (2).

Frivillig innsats kan gi en «vinn-vinn» situasjon dersom en jobber målrettet og strukturert med både personsentrert omsorg og personsentrert frivillighet. På denne måten kan det å være frivillig også være helsebringende. Å være frivillig kan forebygge ensomhet, bidra til å fylle dagen med noe som gir mening og at en opplever seg nyttig for andre og for samfunnet (6), (7), (3).

De frivillige -amatørene, kan være en ressurs for å bistå med at kulturelle, sosiale og åndelige behov ivaretas, men dette arbeidet kan ikke være tilfeldig. Tidligere forskning (8), har vist at frivillighet må koordineres og følges opp, og at det er av stor betydning å jobbe målrettet med hva som motiverer til innsats. Frivillige kan kjenne på indre motivasjon når beboere og de frivillige amatørerne gjennom like interesser deler glede. Dette kan være avgjørende for amatørernes motivasjon.

Hva er en amatør og hva er en frivillighetskoordinator?

Opprinnelig kommer begrepet amatør fra latin (*amātor*) som betyr «elsker» (kan også oversettes til at noen er entusiastisk eller hengiven) (9).

Lorentzen (10) definerer en amatør til en som stiller seg selv, sitt engasjement og sin livserfaring til disposisjon for et godt formål, på ubetalt, frivillig basis.

Begrepet amatør kan i dagligtale også referere til noen som gjør noe de ikke er veldig kompetent til (11). I denne artikkelen er det begrepsopprikkende betydning som legges til grunn. Amatørene artikkelen viser til, er de som blir definert som refleksive frivillige. Det er enkeltpersoner som stiller opp for å gjøre en innsats for andre (6). De refleksive frivillige er orientert mot selve aktiviteten, eller saken den fremmer, enn gruppetilhørighet som for eksempel å være frivillig som korist på et sykehjem (12). De bidrar med ulike aktiviteter som for eksempel turgåing, strikking, være med på konserter eller å være en samtalepartner for beboere på sykehjem.

En frivillighetskoordinator har ansvar for rekruttering, tilrettelegging og oppfølging av frivillige - både organisasjoner og enkeltpersoner. Deres rolle er i utgangspunktet å kartlegge hva de frivillige ønsker å bidra med samt tilrettelegge for behov de frivillige kan dekke (13).

Primære og sekundære omsorgsbehov

Det offentlige har ansvar for å gi beboere på sykehjem en helhetlig omsorg hvor både primære og sekundære behov blir ivaretatt. Primære behov som stell, pleie og ernæring og sekundære behov som de kulturelle, sosiale og åndelige behov (14). Ansvar for de primære behovene ligger utelukkende

FAKTA

Mona Stenhaug Johannessen,
Universitetslektor,
UiT-Norges Arktiske
Universitet
mona.s.johannessen@uit.no
Tlf: 90593750/770 58832



Foto: Tomas Rølland

kende hos profesjonelle, som gjennom autorisasjon er kvalifisert til å utføre disse oppgavene på en forsvarlig måte (2). De sekundære behovene er like viktig som de primære, men her vil amatørernes innsats kunne supplere de profesjonelles oppgaver, med tanke på å gi beboere en innholdsrik hverdag. Jensen (15) poengterer at de frivillige skal være medmennesker med sine unike referanserammer og ikke behandlere. Hun viser til at de frivillige har mange forskjellige utdanningsnivåer. Noen er utdannet helsepersonell. I rollen som frivillig skal de likevel opptre som amatører og ikke som profesjonelle.

Persontentrert omsorg

Persontentrert omsorg bygger på Kitwood (16) sin teori om at ethvert menneske har behov for å bevare sin identitet, samt oppleve inklusjon og tilknytning og at dette også gjelder personer som har demens. Kitwood viste til at langtidshukommelsen hos personer med demens, kan være god langt uti demensforløpet og er en viktig ressurs for å fremme

identitetsfølelse og mestring. Ved å gjenskape minner fra et levd liv, ved sansing som å se, høre, smake, lukte og føle, kan minner vekkes. Dette kalles også for reminisens (17). Persontentrert omsorg og reminisens, vil derfor ha betydning for beboere på sykehjem sin livskvalitet. Beboere har rett til og behov for en helhetlig omsorg hvor både de primære og sekundære behov skal dekkes (18).

Persontentrert frivillighet

De frivillige kan bidra i forhold til sekundære behov. Tidligere forskning (8) viser til at refleksive frivillige blir motivert til å bidra på sykehjem når de får møte og skape opplevelser sammen med beboere som har samme interesser som dem selv.

Persontentrert frivillighet handler om livsglede, identitet og reminisensøyeblikk sammen med beboere. Et reminisensøyeblikk skaper opplevelse av å både å få og gi noe og fører til en sterk gjensidighet mellom beboer og den frivillige. Reminisensøyeblikk kan oppstå når man gjennom en felles opplevelse, basert på like interesser, opplever

Sammendrag

Det er et stort potensial og behov for flere amatører/frivillige i eldreomsorgen. Frivillighet Norge viser til at rundt 500 000 personer kan tenke seg å være frivillig (1). Det fremkommer ikke hvor de kan tenke seg å være frivillig, men det er sannsynlig at noen kan tenke seg å bidra i eldreomsorgen.

I Norge er det en rekke frivillighetskoordinatorer som jobber med frivillighet i eldreomsorgen. Denne artikkelen setter søkelys på deres rolle og funksjon særlig i møte med frivillige enkeltpersoner som bidrar på sykehjem.

Hensikten med artikkelen er å få frem kunnskap om muligheter og utfordringer frivillighetskoordinatorer møter i sitt arbeid for å øke frivilligheten og få frivillige som bidrar til å bli..

Metode: Kvalitativ design basert på fokusgruppeintervju med 13 frivillighetskoordinatorer fra ulike kommuner i Norge. Intervjuguiden fokuserte på frivillighetskoordinatorer sin opplevelse av funksjon og hvilke muligheter og utfordringer de erfarer i sitt arbeid.

Funn viser at frivillighetskoordinatorer jobber målrettet for en innovativ frivillighet, men at det er nødvendig med økt samarbeid med kollegaer og ledere.

Konklusjon: Frivillighetskoordinatorer ser at det er behov for mer kunnskap, både hos ansatte og ledere, om verdien av frivillighet på sykehjem og at oppfølging av frivillige ikke bare må være frivillighetskoordinatorene sitt ansvar.

Nøkkelord: Frivillighetskoordinator, amatør, profesjonell, motivasjon.

Abstract

The entry of the amateurs - about volunteering in elderly care

There is great potential and need for more amateurs/volunteers in elderly care. The organization, Volunteering Norway indicates that around 500.000 people would like to be a volunteer (1). However, there is very little information about where they would like to volunteer, but it is likely that some of them would consider volunteering in elderly care.

Several municipalities have volunteering coordinators, who work with volunteering in elderly care This article sheds light on their role and function, particularly in relation to voluntary individuals who contribute to nursing homes.

The purpose of the article is to gain knowledge about the opportunities and challenges volunteering coordinators face in their work to increase volunteering and get them to stay.

Methods: Qualitative design based on focus group interviews with 13 volunteer coordinators from different municipalities in Norway. The interview guide focused on volunteer coordinators' experience of functioning and the opportunities and challenges they experience in their work.

Findings show that volunteering coordinators work purposefully for innovative volunteering, but that increased collaboration with colleagues and managers is necessary.

Conclusion: Volunteering coordinators see that there is a need for more knowledge, both among employees and managers, about the value of volunteering in nursing homes and that follow-up of volunteers cannot only be the volunteer coordinators' task.

Keywords: Volunteer coordinator, amateur, professional, motivation.





et øyeblikk hvor det dannes en «nerve» dem imellom. Et slikt øyeblikk, preget av samhörighet og tilstedeværelse, kan vekke entusiasme, glede og engasjement både hos beboeren og den frivillige (8).

Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å øke kunnskapen om frivillighet i eldreomsorgen, gjennom å sette søkelys på frivillighetskoordinatorer sitt arbeid i møte med refleksive frivillige på sykehjem. Det er lite forskning på feltet og ny kunnskap vil bidra til økt fokus på mulighetene som ligger i de frivillige sin innsats.

Å overlate alle omsorgsoppgavene til profesjonelle alene, er rett og slett ikke mulig, fordi det finnes ikke nok helsepersonell. Vi trenger i tillegg amatørerne som kan legge til rette for økt livskvalitet sammen med beboere.

Problemstilling: Hvordan jobber frivillighetskoordinatorer i forhold til frivillige på sykehjem og hvilke muligheter og utfordringer erfarer de i sitt arbeid?

Metode

Artikkelen baserer seg på data fra «Frivillighet i eldreomsorgen» (SIKT referanse 608504), som er en narrativ studie (19) hvor dataene er samlet gjennom 2 digitale semistrukturerte fokusgruppeintervju (20).

Intervjuguiden hadde søkelys på følgende hovedtemaer: 1) Hvordan ser, hører og verdsettes de refleksive frivillige på sykehjem? 2) Hvilke muligheter ser frivillighetskoordinatorer ved frivillig innsats på sykehjem? 3) Hvilke utfordringer opplever frivillighetskoordinatorer i forhold til frivillig innsats på sykehjem?

Utvalget besto av 13 informanter, tolv kvinner og en mann. Samtlige var kommunalt ansatt som frivillighetskoordinatorer i eldreomsorgen. Noen av informantene hadde erfaring som koordinator i et halvt års tid mens andre hadde jobbet som frivillighetskoordinator i mer enn 20 år. Utvalget var et tilgjengelighetsutvalg hvor de fleste ble rekruttert til studien gjennom at de tok utdanning som frivillighetskoordinator i regi av Verdighetsenteret, -ett tverrfaglig nasjonalt kompetansesenter som formidler og utvikler kunnskap innen eldreomsorg og som eies av Norges Røde Kors, Fagforbundet, GC Rieber Fondene, Helle Bennetts Allmenntilrette fond (21). Frivillighetskoordinatorene fikk spørs-

mål om å delta ved at jeg sendte dem en forespørsel pr mail, hvor det ble presisert hva studien skulle omhandle, hvordan fokusgruppeintervjuene ville foregå og at alle data ville bli anonymisert. Videre framkom det at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg fra studien når som helst om de ønsket det. Gjennom denne kontakten fikk jeg i tillegg forslag pr mail fra noen av dem, om andre frivillighetskoordinatorer som kunne være aktuelle å spørre om deltakelse. Jeg tok kontakt med noen av de foreslåtte informantene og fikk positiv respons på at de også ville delta. Alle deltakerne ga både skriftlig og muntlig samtykke til å være med i studien.

Etter at intervjuene var registrert digitalt, ble de transkribert til 42 tekstsider. Materialet ble bearbeidet i en tematisk analyse bestående av 5 trinn (lydopptak, transkribering, koding, sitat i matrise, utdrag av hovedfunn).

Data ble fortløpende anonymisert og tilgang til både data og koblingsnøkkel ble sikret gjennom både adgangsbegrensning til maskinvare og gjennom flerfaktorausikring. Ved prosjektslutt vil all data bli slettet.

Jeg har etter beste evne jobbet for å gjøre forarbeid og bearbeiding av data slik at de er reliable og valide.

En svakhet i studien er rekrutteringen har vært et tilgjengelighetsutvalg bestående av 13 frivillighetskoordinatorer. Dette begrensende utvalget kan påvirke variasjonen og bredden i dataene og gjøre det vanskelig å trekke generaliserbare konklusjoner.

En annen svakhet i studien er at når det ble gjennomført digitale fokusgruppeintervju, var det enkelte informanter som var mer ivrig med å dele av sine erfaringer og diskutere de i plenum, enn andre. Av den grunn er deres stemme mer fremtredende i undersøkelsen. Det er mulig at supplering eller bare valg av semistrukturert intervju med en informant om gangen, kunne gitt større nyanser i funn.

En styrke i undersøkelsen er at informantene kom fra ulike kommuner, og en ser at bredden i geografiske og organisatoriske kontekster i stor grad samsvarer.

En annen styrke i undersøkelsen er at det er gjort en hermeneutisk meningsfortolkning av de funn som fremkom. I tillegg er datamaterialet vurdert opp mot politiske dokumenter som understreker



betydningen av koordinering og systematisering av frivillighet i eldreomsorgen.

Gjennom det Kvale & Brinkmann (22) omtaler som en postmoderne oppfatning, er det i studien gitt avkall på fastlagte meninger og heller vektlagt deskriptive nyanser, paradokser og forskjeller. Selv om hensikten med studien ikke primært har vært å gi generaliserbare funn, vil studien likevel kunne gi kunnskap som har overføringsverdi. Den gir innsikt i frivillighetskoordinatorens rolle når det gjelder refleksiv frivillighet på sykehjem, noe som kan være relevant for både forskere og praktikere (23).

Funn og diskusjon

Ut fra datamaterialet etter intervjuene, framkom det tre hovedkategorier: 1: Å bli sett og hørt gjennom samarbeid og oppfølging. 2: Å bli verdsatt. 3: Utfordringer, muligheter og nytenking. I det følgende blir data tolket og diskutert sammenhengende.

Å bli sett og hørt gjennom samarbeid og oppfølging

Å bli sett og hørt er et grunnleggende menneskelig behov som i stor grad påvirker mestringsfølelsen (24). Frivillighetskoordinatorens oppfølging og ivaretagelse av frivillige, er av betydning for at de

skal oppleve seg sett og hørt. En av informantene uttrykte følgende:

«Å pleie» de frivillige er frivillighetskoordinator sin største oppgave. Det å være til stede og tilgjengelig for de frivillige. Da vil de bli lenge.

Denne uttalelsen ble støttet av de andre informantene. «Å pleie» de frivillige handler først og fremst om å kartlegge hva de ønsker å bidra med og hva de ikke har ønske om å gjøre. Dette med tanke på å få kunnskap om hva som motiverer dem. Amatører bidrar med sin innsats uten å få belønning i form av penger. For dem handler det om hva de får igjen for å være medmenneske både på individ og samfunnsnivå. Dersom frivillige blir satt til oppgaver de ikke synes er interessante eller meningsfulle, er det stor sannsynlighet for at de velger å avslutte sitt engasjement. Dette er i tråd med Deci & Ryan (25) sin selvbestemmelsesteori, som fremhever autonomibehovet og opplevelsen av å handle ut fra egne interesser og verdier. En av informantene sa:

Jeg pleier å si og legge opp til, at det er veldig viktig at de [frivillige] får lov til å gjøre det de liker og det de har lyst til.



Frivillighetskoordinatoren har som oppgave å formidle videre til ansatte hva de frivillige har ønske om å gjøre sammen med beboere. På denne måten kan de profesjonelle som kjenner beboerne, legge til rette for at beboere med samme interesse som de frivillige kan finne ett fellesskap gjennom kulturelle-, sosiale- og åndelige aktiviteter. Eksempelvis kan kulturelle- og sosiale aktiviteter være at frivillig og en beboer drar sammen på en konsert for å høre på musikk de begge liker. En åndelig aktivitet kan for eksempel være at en beboer og en frivillig deltar på en andakt de begge finner meningsfull.

At frivillighetskoordinatoren har et godt samarbeid med de øvrige ansatte skaper innovativ frivillighet og sikrer at de frivillige ikke blir satt til «hva som helst» bare ut fra hva sykehjemmet/avdelingen tilfeldigvis har behov for. Å legge til rette for personsentert frivillighet og personsentrert omsorg kan bidra til at amatørerne blir motivert og fortsetter som frivillig (8).

Frivillighetskoordinatorene har kunnskap om og ansvar for å kunne finne «de rette frivillige» ut fra hvilke behov for frivillighet beboere og insti-

tusjonen har. Gjennom startsamtaler og jevnlig oppfølgingssamtaler med de frivillige, fortalte informanter at de danner grunnlag for forventninger, ønsker og mål hos både den frivillige og institusjonen. På denne måten skjer koordinering både på individ og systemnivå.

Den første samtalen er utrolig viktig. Da blir vi litt kjent. De frivillige får fortalt hva som er viktig for dem, også kan vi si noe om hva «vi» trenger. Hva som er viktig for beboerne og institusjonen, - også møtes vi der, ett eller annen plass på den veien.

Frivillighetskoordinatorene fremhevet at en forventningssamtale var en viktig del av oppgaven som frivillighetskoordinator. De viste til at de frivillige hadde mange spørsmål og tanker de hadde behov for å luften med dem, både i forhold til ønsker, men også dersom de opplevde utfordringer. Relasjonskompetanse er viktig for å kunne møte de frivillige og mennesker generelt med respekt, oppriktig interesse og ydmykhet. Evne til empati og aktiv lytting er sannsynligvis den mest fundamen-



Foto: iStockphoto

tale kompetansen for suksess i helsesektoren (26). En informant fikk støtte fra de andre informantene da han uttalte:

«Det å bli sett og hørt er de viktigste faktorene, fordi det får de frivillige til å føle seg verdifull og nyttig».

Dersom frivillige opplever at de er betydningsfulle, blir sett på som en ressurs og føler seg velkommen av både beboerne, ansatte og ledere, vil medvirke til om de fortsetter som frivillig.

Når de får gjøre noe de kan og har kompetanse om, skaper det en trygget for dem. At både frivillighetskoordinatorer og ansatte vet noe om hva de ønsker eller ikke ønsker å bidra med, er viktig å systematisere og følge opp, da det er med på å gi motivasjon til innsats som frivillig (27). Deci & Ryan (25) viser til at for å oppleve indre motivasjon må behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet oppfylles.

Rollen som frivillighetskoordinator er en nøkkel for at de frivillige både kommer og fortsetter, det samme gjelder når det gjelder å klargjøre hvilken rolle den frivillige skal ha. De frivillige må følges opp for at de skal bli, og en må ikke glemme at selv om de er «frie og villige», kan de slutte når som helst dersom det å være frivillige ikke lenger motiverer dem (28).

Å bli verdsatt

Å bli verdsatt er et menneskelig behov (25). At refleksive frivillige opplever seg verdsatt både av beboere, frivillighetskoordinator og ansatte spiller en rolle for om de ønsker å fortsette som frivillig eller ikke. Lorentzen & Midtsundstad (13) fremhever viktigheten av at hjelpeapparatet er åpne for «amatørene» i det offentlige omsorgsarbeidet. Det at de frivillige opplever seg som en del av en organisasjon, og vet at de bidrar med noe verdifullt, kan skape en opplevelse av å være inkludert. Deltakelse og inkludering dreier seg om å høre til, ta del i og tilføre noe til fellesskapet (29).

Å oppleve seg verdsatt kan handle om noe så enkelt som å bli takket av personalet, eller å få tilbakemeldinger om at beboere har fortalt om glede av gode opplevelser sammen med den frivillige. Dette er noe frivillighetskoordinatorene i denne studien trakk fram som et poeng. En informant uttrykte og fikk støtte av de andre informantene i følgende uttalelse:

Det koster så lite å si: «Tusen takk!». Det er et så lite ord, men det betyr så mye!

Videre sa hun:

Når det har skjedd noe positivt er det viktig at den frivillige får vite at beboeren syntes det var så koselig at han [den frivillige] for eksempel, var med på tur.

«Lønnen ligger mer i hjertet enn i lommeboken»

Informantene mente at når de frivillige fikk gode tilbakemeldinger og opplevelser på sykehjemmene, satt følelsen seg i kroppen og bidro til at de ofte kom tilbake. Det var en lønn i seg selv, for at de frivillige ga av sin tid, uten å få betaling i form av penger. En informant sa:

Lønnen ligger mer i hjertet enn i lommeboken.

En annen ting som frivillighetskoordinatorene trakk fram, var at de frivillige observerte at dagene på sykehjem er travle for de ansatte og lett kunne bli kjedelig og innholdsløse for beboerne. Når de opplever at deres innsats har stor betydning, kan det gi ringvirkninger til både amatørerne, beboere og i noen tilfeller også til de profesjonelle. En informantene forklarer dette slik:

De frivillige synes de får så mye glede igjen, og at de har en funksjon. De ser selv at det er viktig at de kommer, fordi beboerne ikke hadde hatt den samme hverdagen uten dem.

Løvaas m.fl. (30) viser til at frivilligheten i norsk tradisjon representerer en verdi i seg selv for det gode liv, for livskvalitet, velferd og lokalsamfunn. Å være frivillig og oppleve seg verdsatt gir utvilsomt en helsegevinst.

Når en lykkes med å skape ett fellesskap, vil det gi positive ringvirkninger. Både det å få og gi noe, skaper samhørighet og er helsebringende i seg selv. Hillestad & Tessem (31) viser til at frivillig innsats er helsefremmende av flere grunner. For det første





fordi det styrker og skaper sosiale bånd, og for det andre fordi det gir følelse av meningsfullhet, som igjen kan skape selvtilitt og tillitt til andre.

En del frivillige er eksempelvis eldre pensjonister eller innvandrere, som har mye å gi og som ønsker å bidra som en ressurs i samfunnet. Noen kan ha kjent på ensomhet og utenforskap. Frivilligheten kan bidra til inkludering og økt samfunnsdelta-

«Mange av de profesjonelle opplever også glede og gode øyeblikk gjennom å dele sosiale, åndelig og kulturelle opplevelser med beboere»

kelse, noe som igjen kan få frivillige til å bli og fortsette som frivillig. At de frivillige opplever seg som en del av ett sosialt fellesskap med beboere, ansatte og andre frivillige gjennom eksempelvis aktiviteter som trim og demenskor kan bidra til god folkehelse og skape en «vinn- vinn» situasjon (32).

Utfordringer, muligheter og nytenking

Det er mange positive aspekter ved frivillighet i eldreomsorgen, men det byr også på en noen utfordringer.

Frivillighetskoordinatorer peker på at det trengs mer kunnskap om frivillighetens verdi på både individ og samfunnsnivå. De ser behov for mer vektlegging og krav om at en skal tenke nytt. De ser også behov for både kultur og holdningsendringer på sykehjem, og at det er ett felles ansvar. De mener at ansvar om en innovativ frivillighet i eldreomsorgen også må ligge hos politikere, ledere og andre ansatte og ikke bare hos frivillighetskoordinatorer. Med innovativ frivillighet er tanken å skape noe nytt og nyttig som kan nyttiggjøres og som kan ha en verdi for virksomhet, samfunn eller innbyggere.

En utfordring Hillestad & Tessem (13) viser til er at de profesjonelle kan føle seg truet av amatørerne og derfor ikke har ønsket om å samarbeide med dem. Å føle seg truet, kan blant annet handle om

at de frivillige amatørerne overtar oppgaver som de profesjonelle selv har ønske om å gjøre. Mange av de profesjonelle opplever også glede og gode øyeblikk gjennom å dele sosiale, åndelig og kulturelle opplevelser med beboere. Det kan også tenkes at de profesjonelle er bekymret for forsvarlighetsprinsippet dersom amatørerne får for mye ansvar. Det er tross alt syke mennesker amatørerne skal være frivillige for, og det å kunne observere å handle ved eksempelvis akutte og vanskelige situasjoner, er noe de profesjonelle er opptatt av at de har kompetanse på og ansvar for.

Enkelte ansatte har hverken ønske om eller er motivert til endringsarbeid. Det kan handle om at de profesjonelle opplever en hektisk arbeidsdag, med lite fagfolk er stressende i utgangspunktet, og at det å skulle ivareta amatørerne i tillegg vil oppleves som merarbeid. Dette kan igjen som kan gå ut over dem selv og den jobben de selv skal gjøre overfor beboerne.

Det kan være uklart hva de frivillige kan og ikke kan bidra med, som at de ikke skal bistå med å ivareta primære behov, men kan være en ressurs i forhold til sekundærbehovene. Hvem som har og eventuelt tar ansvar for å informere og lære de profesjonelle om dette er også noe som bør være avklart. Tessem & Magerholm (33) viser til at det er viktig at frivillige innen helse- og omsorgstjenesten er trygg på rollen og hva som forventes av dem, hva taushetsloven går ut på og hvordan de på best mulig måte kan ivareta beboeres integritet.

At amatørerne har en annen rolle enn de profesjonelle kan også være positivt, og er noe som frivillighetskoordinatorer har erfart kan bidra til å skape en mer likeverdig relasjon mellom en frivillig og beboer. En informant forteller:

[...] de frivillige oppnår en annen kontakt [med beboere] fordi de ikke har det sykdomsfokuset. De ser ett menneske som er stelt og fin og er til stede [...]. Når man blir sett på som et helt menneske med respekt, så er det akkurat som de kvikner til, de retter seg opp, de kommer opp, opp [beboerne]. De mister apatien, de våkner opp- de husker bedre og de ser bedre.

Gjennom intervjuene var det tydelig at frivillighetskoordinatorer verdsatte og så verdien av innsatsen de frivillige bidro med i møte med beboere. Kanskje handlet det om en mer likeverdighet

i relasjonen siden de var mest opptatt av mennesket bak sykdommen og i hva som kunne gi dem glede og innhold i hverdagen. Å oppleve at andre har interesse av noe om din identitet, hvem du er og hva du har interesse av er noe ethvert menneske setter pris på. Minde (34) peker for eksempel på samisk kultur og viser til at bruk av joik både kan bekrefte individets identitet og skape kollektiv tilhørighet. Dette kan bidra til gode samtaler som vekkes ved bruk av reminisens som virkemiddel. Reminisens er minneaktivitet gjennom lukt, smak, hørsel, berøring og syn. Heap (17) viser til at reminisens omhandler gjenkalling av minner. Mange av beboere de frivillige møter på har demens som blant annet medfører hukommelsessvikt. Engedal & Haugen (35) viser til at selv om korttidshukommelsen ofte er dårlig hos personer med demens, kan langtidshukommelsen være god lang ut i

demensforløpet. Langtidshukommelsen kan være en ressurs som «blir vekket» igjennom sansing, estetikk og minneaktivitet. Dette kan bidra til gode møter mellom de frivillige og beboere gjennom felles glede av betydning for begge parter.

Manger & Wormnes (24) trekker frem at mennesket er et produkt av sin kulturelle og personlige historie og av sine umiddelbare sosiale omgivelser. Relasjonene mellom individer skaper de subjektive erfaringers indre verden som emosjoner, tanker og minner gjennom kontakt og kommunikasjon mellom mennesker.

At en frivillighetskoordinator trekker i trådene for at beboer med samme interesse som den frivillige skal kunne få en god relasjon er av betydning for motivasjon og felles glede. Å jobbe for at en god «match» skal kunne oppnås mellom beboer og den frivillige, støttes av Kaasa (36) som hevder



Foto: iStockphoto



at dette er en viktig praksis å tilrettelegge for i frivillighetsarbeid. Disse faktorene medvirker til muligheter til å få de frivillige til å bli.

Å tilrettelegge for at en god «match» mellom beboer og den frivillige skjer er ikke en garanti for at en lykkes med å skape gode øyeblikk. En utfordring kan være at beboere er alvorlig syke og at de ikke alltid er opplagt til aktivitet, og dermed ikke opplever den glede av det som de tidligere hadde. En annen ting kan være at selv om en legger opp til at en skal skape en god relasjon basert på like interesser, kan en oppleve at en ikke har god «kjemi» likevel.

Usikkerhet og lite kunnskap fra frivillige sin side, om sykdom som blant annet demens og kommunikasjon med personer med demens, kan også være en faktor som gjør at møtene mellom den frivillige og beboeren likevel ikke blir optimal.

Når det gjelder flere utfordringer hos helsepersonell i forhold til de frivillige, kan dette handle om å vite hvor grensen går på hva som er taushetsbelagt og ikke skal deles med frivillige og hva de «bør og kan vite noe om». Det kan også være at de

profesjonelle i tillegg synes det er utfordrende at frivillige observerer og får kunnskap om beboeres sykdom og utfordringer, bare med å være til stede på sykehjem.

En annen ting som kan være utfordrende er at manglende kompetanse og ulik kulturforståelse hos ansatte. Kanskje er det behov for økt kunnskap om personsentrert omsorg og personsentrert frivillighet? Om ikke denne kunnskapsforståelsen ligger i bunnen, kan ulik kulturforståelse og tilrettelegging for individuelle tiltak være en utfordring i seg selv. Tessem & Magerholm (33) viser til at ansatte har behov for påfyll og kunnskap om frivillighet, dens muligheter og grenser. Verdighetsenteret viser til at ledere, helsepersonell og øvrige ansatte må få kompetanse på hvordan kommunen kan være en god samarbeidspart for frivilligheten (37). Kunnskap om frivillig innsats i omsorgssektoren er noe som bør komme inn i undervisningen til fremtidig helsepersonell.

Det er sannsynlig at opplæring til nyansatte om hvordan de primære behovene bør dekkes først og fremst blir prioritert, og at det kanskje ikke er



Foto: iStockphoto

så mye rom for opplæring og tilrettelegging for at også de sekundære behovene skal dekkes. Det og i tillegg skulle legge opp til å lære ansatte til å se og ivareta de frivillige, blir kanskje ikke prioritert i det hele? I så fall er det også en utfordring i seg selv, for en innovativ frivillighet i eldreomsorgen.

Endringer krever innsats og det vil ta tid å venne seg til å gjøre ting på nye måter. Dette krever tydelig, godt lederskap og skolering for de som trenger mer kunnskap om hva helhetlig omsorg innebærer. Å endre en kultur i en organisasjon er en stor prosess (38). Man kan ikke vedta å endre en kultur, men ved å ha frivillighet i eldreomsorgen som politisk satsningsområde, gir det signal om en forventning. Så lenge det ikke er enighet om verdier, prinsipper og utviklingsretninger blant aktørene er det liten sannsynlighet for at endringer fører til reelle forbedringer (39).

Informantene trakk fram flere eksempler på at de opplevde det som utfordrende å få med ansatte på ny tankegang, selv når det var noe ledelsen krevde. Dette framkom gjennom følgende uttalelse:

Det er vanskelig å få med ansatte på å tenke «litt nytt» ... Alle har jo fått beskjed om at vi ikke skal tenke: «Sånn har vi gjort og slik skal vi alltid gjøre det». Vi må tenke nytt!

Frivillighetskoordinatorerne viser til at det er en lang vei å gå for at samarbeidet på tvers skal systematiseres på en god måte. I dette ligger det både utfordringer og muligheter. Ekman (40) viser til godt lederskap også handler om at lederne må komme ut til de ansatte for å «småsnakke», lytte, lære og respektere dem og også for å gi signaler om hva som er akseptabelt og ikke er det. På denne måten kan styrende dokumenter for eksempel Stortingsmeldinger som viser til at frivillighet er et satsningsområde, fortolkes sammen og bli mer meningsfulle for de ansatte. Frivillighetskoordinatorerne hadde mye kunnskap om hvorfor frivillighet var en nøkkel for en bedre eldreomsorg, men flere av dem opplevde det som vanskelig å få de ansatte til å forstå det samme som dem. Det var nevnt at noen opplevde at personalet hadde «glemt» at de også har ansvar for mer enn stell, pleie og ernæring- og at de frivillige var en viktig ressurs for å gi beboere bedre dager samt å lette deres egne arbeidsoppgaver i en travel hverdag. At mange av de ansatte heller ikke hadde utdanning innen

helse og omsorgsfeltet, gjorde også dette arbeidet krevende. En informant fortalte følgende:

«Flere av informantene opplevde det som krevende å være alene om å skape innovativ frivillighet uten å ha ledelsen med seg»

De [ansatte] tenker at det blir så mye mer jobb [med å ivareta de frivillige] og jeg tror de glemmer at, selv om du har stelt, gitt medisiner, frokost - hele den biten der- så har de en tendens til å glemme at aktivitetsbiten også er i deres arbeidsbeskrivelse.

Flere av informantene opplevde det som krevende å være alene om å skape innovativ frivillighet uten å ha ledelsen med seg. De mente at det var behov for at ledelsen vektla og bidro til økt kunnskapsformidling om frivillighetens verdi og muligheter. De påpekte også at de sekundære behovene og frivillighet måtte systematiseres og følges opp. Ved å implementere og koordinere dette systematisk, kunne innovativ frivillighet i eldreomsorgen ikke bare føre til mer tilfredse beboere, men også til å lette hverdagen og skape en bedre arbeidsdag for ansatte. Disse tankene støttes av Sørensen (41) som viser til at mange frivillighetskoordinatorer opplever det som utfordrende å stå alene i arbeidet med frivillige, kollegaer og andre samarbeidspartnere. En informant fikk støtte av de andre informantene da hun uttrykte:

Vi trenger at lederne vektlegger viktigheten av de frivillige, like mye som medisiner og minne [de ansatte] på om at dersom en har en aktivitet med beboerne, skaper det mer trivsel og gir færre «ring i snora».

På spørsmål om de opplevde at ledelsen og det øvrige personal spilte på lag sammen med dem svarte et flertall av informantene:





Nei - absolutt ikke!

En av informantene uttrykte å ha et godt samarbeid med ledelsen. Hun fortalte at hun hadde kontor på kommunehuset, i nærheten av lederen over henne. Dette så hun som en styrke i samarbeidet og forståelsen av hennes rolle og funksjon.

«Frivillighetskoordinatorer ser, hører og verdsetter frivillige og er ydmyke og takknemlige for at de er til stede for beboerne»

På tross av at de fleste av informantene opplevde å stå alene, var entusiasmen og positiviteten til mulighetsrommet innenfor frivillighet absolutt til stede. Blant annet ved bruk av teknologi som virkemiddel for hva frivillige kunne melde seg ved behov og når de hadde tid. De siste tiårene har det vært stor satsning på digitale verktøy i den offentlige helsetjenesten (42). Her er det også muligheter innenfor frivillighet.

Frivillighetskoordinatorene hadde gjort seg erfaringer om at et flertall av de frivillige er spreke pensjonister som har mange ønsker og oppgaver å fylle i hverdagen. Blant annet reiser de en del og har behov for friheten ved å være pensjonist. Videre ønsker mange av dem å kunne takke ja til å passe barnebarn ved behov eller ta seg en tur til venner når de selv har lyst og føler for det. De er ikke interessert i å forplikte seg til en fast avtale for å bidra, men stille opp når «det passer for dem». En frivillighetskoordinator hadde tanker om en løsning som kunne tilpasses de frivilliges behov for fleksibilitet:

«Jeg er sikker på at dersom vi klarer å «knekke koden» slik at «Anne» [frivillig] som sitter hjemme på en tirsdag og været ikke ble så godt at hun ville dra på hytta- kanskje en dag kan koble seg på en app, eller lignende for å se om noen har behov for henne [...]. Det må være en eller annen plass digitalt, hvor de [frivillige] på en måte kan «hoppe inn».

Informantene viste også til at det var mange muligheter for å skaffe flere frivillige og beholde de som kom. De viste til muligheter gjennom markedsføring på ulike arenaer, både for å få nye frivillige og nå de som allerede var frivillig på sykehjem. Frivillighetskoordinatorene brukte sosiale medier som en aktiv kanal dem imellom hvor la de ut forespørsler på grupper og sider til sykehjemmet, når de hadde ønsker om at frivillige skulle bidra. Dette virkemidlet ga ofte positive resultat i at noen stilte opp. De la også ut bilder fra gode opplevelser, og kontaktinformasjon, som kunne gi mersmak til flere om å bli frivillig. Videre samarbeidet de med ulike foreninger og lag som kunne skaffe refleksive frivillige og andre frivillige ved behov. Frivillighetskoordinatorene fremmet at dette var en omfattende jobb «som hverken var gratis eller gjorde seg selv» og at det var helt nødvendig å ha en frivillighetskoordinator som jobbet aktivt med frivillighet.

Konklusjon

Frivillighetskoordinatorer ser, hører og verdsetter frivillige og er ydmyke og takknemlige for at de er til stede for beboerne.

At noen kommuner har ansatt frivillighetskoordinatorer som jobber målrettet med frivillig innsats i eldreomsorgen viser til nytenking og muligheter. Likevel viser studien til utfordringer og at det er en vei å gå for at ledere og ansatte skal samarbeide mer for å få de frivillige til å komme og ikke minst til å bli.

Kunnskap om hvorfor frivillighet i eldreomsorgen er viktig for enkeltindivid og samfunnet er noe som bør tas mer inn som pensum på helse og sosialfaglige utdanninger. Økt kunnskap, samarbeid og gode verktøy er en forutsetning for å få frivilligheten til å vokse. Å lykkes med dette arbeidet kan gi økt tilfredshet for beboere, frivillige, pårørende, ansatte, politikere og ledere.

Å ansette frivillighetskoordinatorer som jobber med eldreomsorg, er av vesentlig betydning for å møte noen av nåtidens og fremtidens utfordringer i helsevesenet og burde kanskje vært lovpålagt? ■

Litteratur

1. Frivillighetsbarometeret 2023 Frivillighet Norge. <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/frivillighet-norge/pdf/Frivillighetsbarometeret-2023-pdf.pdf> 2023. Hentet 22.april.2024
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025 (2020-2025). <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73b->

d24010elfrc05260/demensplan-2025.pdf 2020. Hentet 20.4.2024

3. St.meld.nr.10 (2018-2019). Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig – Den statlege frivillighetspolitikken. Regjeringen.no Meld. St. 10 (2018–2019) - regjeringen.no Hentet 27. juli 2023

4. St.meld.nr. 25 (2005-2006). Mestring, mulighet og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer. Regjeringen.no St.meld. nr. 25 (2005-2006) - regjeringen.no Hentet 27 juli 2023

5. St.meld.nr. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar. Regjeringen.no Meld. St. 34 (2012–2013) - regjeringen.no Hentet 27 juli 2023

6. Hansen, T. & Slagvold, B. Refleksiv frivillighet i en norsk kontekst- om eldres deltakelse, motivasjon og potensiale. Tidsskrift for velferdsforskning årg.23.no 1. (2020).

7. Loga, J. Livskvalitet. Betydningen av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Institute for Social Research - Open Archive: Livskvalitet : Betydningen av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke (2010). Hentet 5 juni 2024

8. Johannessen, S, M & Thomsen, Ø, T. Reminisensøyeblikket. Geriatrik sykepleie. (2021). Utg. 2.

9. Cambrige Dicytonery. English Dictionary. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/> 2023. Hentet 23.juni.2024

10. Lorentzen, H. Moraldannende kretsløp Stat, samfunn og sivilt engasjement. Oslo. Abstrakt forlag AS. (2007).

11. Store norske leksikon. Amatør. <https://snl.no/amat%C3%B8r> (2005 - 2007). Hentet 20. juni 2023.

12. Hustinx, L. & Lammertyn F. Collective and reflexive styles of volunteering: A sociological modernization perspective. *Voluntas*. (2003). Utg. 14-2.

13. Lorentzen, G & Midtsundstad. Nye former for frivillig arbeid i norske kommuner. Bergen. Fagbokforlaget. (2020).

14. Livsglede for eldre Om Livsglede for Eldre - Livsglede for Eldre 2023. Hentet 26. juni. 2023

15. Jensen, L H. Frivillighet i omsorgssektoren. Oslo. Aldring og helse. Nasjonal Kompetansetjeneste. (2015).

16. Kitwood, T. Dementia reconsidered - the person comes first. Berkshire: Open University Press. (1997).

17. Heap, K. Samtalen i eldreomsorgen. Oslo. Kommuneforlaget. (1994).

18. St.meld.nr. 15 (2017-2018). Leve hele livet. Meld. St. 15 (2017–2018) - regjeringen.no Hentet 6. Juni 2024

19. Cresswell, J.W. & Poth, C.N. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (4. utgave). SAGE publications. (2018).

Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (Eleventh edition.; International edition). Lippincott Williams & Wilkins. (2021).

20. Lerdal, A & Karlsson, B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien forskning. (2008). Utg. 3

21. Verdighetsenteret. Kompetanse for en verdig alderdom. <https://www.verdighetsenteret.no/om-oss> (u.å) Hentet 18.mars 2025

22. Kvale, S & Brinkmann, B. Det kvalitative forskningsintervju (3 utg). Oslo. Gyldendal Akademisk. (2017).

23. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelige vurderinger av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf (forskningsetikk.no) (2010). Hentet 11 april.2024

24. Manger, T. & Wormnes, B. Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser (2. utg.) Bergen. Fagbokforlaget. (2015).

25. Deci, E.L. & Ryan, R. M. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Plenum Publishers. (1985).

26. Spurkeland, J. Relasjonskompetanse som grunnlag for å skape resultater i arbeid og på skole. Forebygging.no (2015).

27. Rolland, T. Norske sykehjem trenger frivillige ildsjeler. Forskning.no UIT. (2022).

28. Jonvik, L, E & Løvaas, J, B. Vi trenger frivilligheten, men hva trenger de frivillige? En studie av psykologiske behov i frivillig arbeid og lønnet arbeid. Universitetsforlaget. (2021).

29. Thomsen, T. Ø. & Johannessen, M. S. Den standhaftige tinsoldat. Om musikk som aktiviserings- og inkluderingsverktøy. Specialpædagogikk. (2020).

30. Løvaas, J,B, Sirris, S, og Kaasa, A. Har ledelse av frivillige noe å tilføre ledere i kunnskapsorganisasjoner? Scandinavian University press. (2019).

31. Hillestad, E & Tessem, J. Å bygge broer. Frivillighetens kraft: Organisering av frivillig innsats i eldreomsorgen. Bergen. Fagbokforlaget. (2019).

32. Helse – og omsorgsdepartementet. Frivillig strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020). https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a00ff116f/nasjonal_strategi_frivillighet.pdf Hentet 3 juni 2024

33. Tessem, J. & Magerholm, B. Hvordan samarbeide med frivillige? En modell for inkludering av frivillige i kommunens helse- og omsorgstjeneste? Frivillighetens kraft: Organisering av frivillig innsats i eldreomsorgen. Bergen. Fagbokforlaget. (2019).

34. Minde, G-T. «Husker det som det var i går»- erindringer som kommer fram nå sykehjemsbeboere besøker et kulturfjøs. Fontene. (2023).

35. Engedal, K & Haugen, K. P. Lærebok demens. Fakta og utfordringer (5 utgave). Oslo. Aldring og helse. (2009).

36. Kaasa, A. Sosialt arbeid i samarbeid med frivillige. Oslo. Diakonhjemmet Høgskole. (2009).

37. Løseth, R.M. Her er sju tips for en velfungerende frivillighet i eldreomsorgen. Her er sju tips for en velfungerende frivillighet i eldreomsorgen (2024). Hentet 1 januar 2025

38. Ingstad, K. Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie. Oslo. Gyldendal. (2019).

39. Irgens, J, E. Profesjon og organisasjon. En bok for profesjonsutøvere og de som skal lede dem. Bergen. Fagbokforlaget. (2021).

40. Ekman, G. Fra prat til resultat- om lederskap i hverdagen. Oslo. Abstrakt forlag. (2004).

41. Sørensen, M. S. Ledelse og organisering av frivillige. Frivillighetens kraft: Organisering av frivillig innsats i eldreomsorgen. Bergen. Fagbokforlaget. (2019).

42. Nordfonn, O,K & Husebø, A.M.L. Samskaping av digitale verktøy. Deltakelse – et helsefremmede perspektiv. Bergen. Fagbokforlaget. (2023).



De er bare urolige

Pasienter med demenssykdom mottar i mindre grad et organisert tilbud om lindrende palliativ behandling enn pasienter med andre inkurable sykdommer (6). En av årsakene til dette kan være at begrepet palliasjon knyttes til kreftsykdommer og assosieres ofte med død. I Meld. St. 24 (2019–2020) (2) har kreft en sentral plass, mens andre inkurable sykdommer som demens vies mindre oppmerksomhet.

Introduksjon

I Norge lever 101 000 mennesker med demens, prognoser antyder at antallet vil fordobles innen 2050 (3). Demens er en progredierende sykdom hvor sykdomsbildet preges av svekket hukommelse, manglende forståelse, nedsatte kommunikasjons-evner og orienteringsevne. Sykdommen krever ofte institusjonalisering i sykehjem eller helsehjelp hjemme (7). Blant de som lever med demens har 84 % langtids plass i sykehjem med døgkontinuerlig tilsyn av helsepersonell (8; ca. 40 % per 100 000 som har demens bor hjemme med hjelp fra kommunehelsetjenesten (3).

Ergo vil disse institusjonene være arbeidsplass for mange helsearbeidere i tiden fremover. Alt helsearbeid er fundert i ivaretagelse av menneskers grunnleggende behov, både fysiske, emosjonelle, sosiale og eksistensielle/åndelige aspekt ved mennesket skal ivaretas (9). Personsentrert helhetlig pleie og omsorg for pasienter med demens krever kunnskap og kompetanse til å ivareta også de eksistensielle utfordringene knyttet til å ha en progredierende demenssykdom, hvor man gradvis mister kognitiv funksjon og derav tilgangen til seg selv, etterfulgt av økende behov for hjelp og omsorg. Å gradvis miste sine kognitive ferdigheter kan oppleves eksistensielt truende. Eksistensielle behov forsvinner ikke med demensen, men fordi ens eksistens er truet kan de eksistensielle behovene trenge seg frem, ofte etterfulgt av angst, uro og ubehag (14). Likevel får eksistensielle behov generelt lite oppmerksomhet i demensomsorgen (5). Powers and Watson (11) mener manglende ivaretagelse, støtte og hjelp til å ivareta ens eksistensielle behov kan bidra til åndelig smerte (12). Åndelig smerte som fenomen relateres til svekket evne til å opprettholde relasjoner (13), etterfulgt av ensomhet, tap av mening og håp.

Pasienter med demens er særlig sårbare i møte med andre; kvaliteten i de sosiale relasjonene er særlig betydningsfulle for deres opplevelse av trygghet og velvære. De fysiske omgivelsene har stor betydning for pasientens opplevelse av velvære, trygghet, samtidig som psykososial støtte er avgjørende (15). Når slik støtte uteblir, erfarer personen med demens eksistensiell lidelse (16).

Følgelig er det avgjørende at helsepersonell i hjemmetjenesten og i institusjon møter den demente aktivt lyttende, viser forståelse for pasientens livshistorie og det som oppleves betydningsfullt i pasientens liv (17). Evne til effektiv kommunikasjon er nødvendig samt bidra til meningsdannelse, velbehag og en følelse av tilhørighet (18).

Mennesker med demens har redusert evne til å uttrykke sine eksistensielle behov. Det kan derfor være utfordrende å sikre adekvat ivaretagelse av pasientens eksistensielle behov (19). Hos mennesker med demens kan slike behov ofte fornemmes gjennom kroppslig uro, utagering, mistriivsel og generell utilpasshet (20), (21).

I en holistisk forståelse av helse og velvære er ivaretagelse av åndelige/eksistensielle behov like viktig som ivaretagelse av fysiske, psykiske og sosiale behov (22).

Hvis helsepersonell likestiller eksistensielle og fysiologiske behov og tilrettelegger for samtaler om liv og død, kan dette fremme eksistensielt velvære og trygghet. (23). Sykepleiere erfarer at pasienten oftest vil snakke om livet heller enn døden. En slik tilnærming krever at eksistensiell omsorg integreres i god sykepleie i møte med mennesker med demens.

FAKTA

Solveig Thomassen,
Universitetslektor,
Fakultet for sykepleie og
helsevitenskap,
Nord universitet
Solveig.thomassen@
nord.no
Tlf: 47 751 29719

Gørill Haugan,
Professor, Ph.d., RN,
Fakultet for sykepleie og
helsevitenskap,
Nord universitet
gorill.haugan@nord.no
Tlf: 47 740 22924

Hensikt

Studiens formål er å undersøke hvordan ansatte ved lindrende enheter og avdelinger for personer med demens forstår lindring og palliasjon, med et særlig fokus på pasientenes eksistensielle behov.

Metode

I et kvalitativt forskningsdesign ble data samlet inn ved hjelp av fokusgruppediskusjoner (24) i tidsperioden september 2023 til januar 2024. Data ble recorded, ordrett transkribert, og analysert ved bruk av Gadamer's hermeneutiske metode (25).

Den hermeneutiske tilnærmingen gir mulighet til fortolkninger og mening på et dypere nivå, og vektlegger tolkningsprosesser i analysen (24). Denne studien bidrar til å generere ny kunnskap om helsepersonells forståelse av åndelig og eksistensiell lindring i omsorgen for pasienter med demenssykdom.

Rekruttering og utvalg

For å favne bredt ble ulike sykehjem med tanke på størrelse og geografi inkludert. Inklusjonskriterium var at institusjonen hadde pasienter med demenssykdom. Syv sykehjem i tre ulike distrikter i Nord-Norge og ett distrikt i Sør-Norge ble kontaktet. Til sammen deltok 28 helsepersonell i fire ulike fokusgruppe-diskusjoner (Figur 1).

FIGUR 1

Arbeidssted	Utdanning
Hospice	1 Lege, 1 sosionom, 1 assistent og 4 sykepleiere
Hjemmesykepleie	5 sykepleiere, 1 kreftsykepleier og 1 assistent
Demenspost	2 helsefagarbeidere, 2 sykepleiere, 2 vernepleiere og 1 sosionom
Lindrende enhet	2 helsefagarbeidere, 5 sykepleiere

Sammendrag

Bakgrunn: Palliativ behandling skal ytes diagnoseuavhengig og sikre ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov (1). Personer med demens utgjør pasientgruppen med flest dødsfall i institusjoner (2). Prognoser antyder at 101 000 nordmenn vil leve med demens i 2025, av disse vil 84 % leve i institusjon, mens 40% bor hjemme (3). Den demente trenger hjelp til daglige gjøremål, symptomlindring og støtte i møte med eksistensielle utfordringer (4). Helsepersonells forståelse av palliasjon vil påvirke omsorgen. Til tross for retningslinjer som fremhever eksistensiell støtte, integreres slik støtte bare i begrenset grad (5).

Hensikt: Studien utforsker helsepersonells forståelse av palliasjon, med særlig fokus på åndelig og eksistensiell lindring hos pasienter med demens.

Metode: Kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer blant helsepersonell i ulike omsorgsinstitusjoner. Data er analysert ved bruk av Gadamer's hermeneutiske metode.

Resultat: (1) Palliasjon assosieres med terminal omsorg, hovedsakelig fokusert på fysisk symptomlindring. (2) Eksistensiell omsorg knyttes til rolige omgivelser og samtaler, noe som er utfordrende i demensavdelinger preget av uro og kommunikasjonsvansker. Dette vanskeliggjør å snakke om døden, så vel som om livet. (3) I demensomsorgen fokuseres det på miljøterapi, ikke palliasjon.

Konklusjon: Helsepersonell forbinder palliasjon med fysisk lindring hos andre pasientgrupper. Demensavdelinger prioriterer miljøterapi, med vekt på nærhet, berøring og anerkjennelse.

Nøkkelord: Demens, palliasjon, åndelige og eksistensielle behov, hermeneutisk studie.

Abstract

Background: Palliative care should be delivered irrespective of diagnosis and ensure that patients' physical, psychological, social, spiritual, and existential needs are met (1). Individuals with dementia account for the majority of institutional deaths (2). Projections indicate that 101,000 Norwegians will be living with dementia in 2025; among them, 84 % are expected to reside in institutions, while 40 % will remain at home (3). People with dementia require assistance with daily activities, symptom relief, and support in confronting existential challenges (4). Healthcare professionals' comprehension of palliative care directly influences the quality of care provided. Despite guidelines that highlight the importance of existential support, this dimension is incorporated only to a limited extent (5).

Aim: This study explores healthcare professionals' understanding of palliative care, with a particular focus on spiritual and existential relief for patients with dementia.

Methods: A qualitative study using focus group interviews with healthcare professionals in various care institutions. Data was analyzed using Gadamer's hermeneutic method.

Results: (1) Palliative care is primarily associated with terminal care, focusing on physical symptom relief. (2) Existential care is linked to calm environments and conversations, which are challenging in dementia units characterized by restlessness and communication difficulties, making discussions about death and life difficult. (3) Dementia care prioritizes environmental therapy rather than palliative care.

Conclusion: Healthcare professionals associate palliative care with physical symptom relief for other patient groups. Dementia units focus on environmental therapy, emphasizing closeness, touch, and recognition.

Keywords: Dementia, palliative care, spiritual and existential needs, hermeneutic study.



Etiske overveielser

Studien er godkjent av SIKT (referansenummer 970107) og gjennomført i samsvar med prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets formål, og ga informert frivillig skriftlig samtykke før deltakelse i studien. Det ble tydelig kommunisert til deltakerne at de når som helst underveis hadde rett til å trekke seg fra studien.

Alle innsamlede data er anonymisert og behandlet konfidensielt. Det transkriberte datamaterialet og samtykkeskjemaene og adskilt ved Nord universitet og vil bli makulert etter avslutning av prosjektet.

Intervjuguide

Hovedspørsmål: «Hva er din forståelse av palliasjon?» I og med at vi ønsket å forstå hvordan lindring av åndelig/eksistensiell smerte ivaretas hos pasienter med demens stilte vi følgende oppfølgingsspørsmål: «Åndelig og eksistensiell smerte, hvordan ivaretar dere dette?» Hvert intervju varte i overkant av 1 time og det transkribert materiale var på 144 sider.

Analyse

Dataene ble analysert og tolket ved hjelp av Gadammers hermeneutiske tilnærming (25). For å oppnå ny innsikt som går utover forskerens eksisterende for forståelse, er det avgjørende å være bevisst egen for forståelse (26). Forskerne, erfarne sykepleiere og universitetslærere innen palliasjon, har bevisst jobbet for å tolke data åpent.

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene og transkriberte materialet. Deretter gjennomgikk begge forskerne hele datamaterialet for å oppnå en overordnet forståelse av materialet. Hvert intervju ble først lest flere ganger; meningsenheter ble markert i margen som hjelp til å identifisere temaer og undertemaer.

Forskerne stilte direkte spørsmål til teksten for å avdekke underliggende betydninger, noe som ga et mer nyansert bilde av informantenes syn på lindrende omsorg for demenspasienter.

Resultat

Studien avdekker tre sentrale temaer i forhold til hvordan helsepersonell forstår palliasjon, og hvordan eksistensielle behov hos pasienter med demens ivaretas.



Foto: iStockphoto

1. Helsepersonell forbinder temaet lindring/palliasjon med terminal fase i palliative enheter hvor lindring av fysiske symptomer står sentralt.
2. Ivaretagelse av eksistensielle behov assosieres med fredelige miljøer hvor samtaler med pasient og pårørende står sentralt. Demensavdelinger preges ofte av uro, hvor kognitiv svikt og manglende kommunikasjonsevner gjør det vanskelig å snakke om døden, så vel som om livet.
3. I omsorgen for pasienter med demens fokuseres ikke palliasjon; fokus er i stedet miljøterapi.

1. Helsepersonell forbinder temaet lindring/palliasjon med terminal fase i palliative enheter hvor lindring av fysiske symptomer står sentralt

Flere informanter forsto palliasjon som symptomlindring av fysiske smerter og ubehag hos pasienter i terminal fase, og fremhevet at enkelte symptomer kunne være vanskelig å lindre:

“Ved begrepet palliasjon tenker jeg det er livets siste dager, og lindring av smerter, kvalme og surkling kan ofte være vanskelig å lindre.”

Ansatte i lindrende enheter opplever at de har god kunnskap og erfaring med fysisk smertelindring, mens ansatte i demensavdelingene beskriver liten erfaring med bruk av lindrende medikamenter og medisinsk utstyr. Flere er engstelige for å gi for høy dose lindrende medisiner, tross at legen har forordnet dosen:

“Jeg tror folk er for redde for å gi noe. Jeg har jobbet på medisinsk avdeling og ser en helt annen praksis der. Her er det «Å nei, gud, vi begynner der, med minste dose». Jeg tror det medfører en del mer ubehag og uro enn nødvendig for pasientene»

Lindring av smerter utføres på sykehuset eller ved palliative enheter. Der har personalet mer trening i administrering av smertepumper og dosering av medikamenter:

“Hvis noen får ekstreme smerter, må de på medisinsk avdeling, der driver de med det. Jeg husker vi holdt på med det på sykehuset, her må vi tilkalle hjelp når vi trenger å bruke smertepumpe.”

2. Ivaretagelse av eksistensielle behov assosieres med fredelige miljøer hvor samtaler med pasient og pårørende står sentralt. Demensavdelinger preges ofte av uro, hvor kognitiv svikt og manglende kommunikasjonsevner gjør det vanskelig å snakke om døden, så vel som om livet

«I avdelinger med demente snakkes det ikke om døden»

Informantene forbinder ivaretagelse av eksistensielle behov med avdelinger hvor det er rolige omgivelser og personalet har tid til pasient og pårørende. Hvor det eksistensielle og døden er snakket om forut for innleggelsen:

“Omgivelsene rundt er preget av ro og trygghet, respekt.”

I avdelinger med demente snakkes det ikke om døden:

Vi snakker ikke om døden... vi gjør ikke det.

Informantene opplever at kognitiv svikt og manglende språk vanskeliggjør tydingen av hva den kroppslige uroen eller utagerende adferden hos pasienter med demens er et uttrykk for:

“Hvordan kan du lindre en demenspasient når hen ikke vet hva problematikken er, hva som plager - men er bare urolig ...”

Pasienter med demens er bare urolige, de anses som forstyrrende når de legges inn i palliative avdelinger hvor det skal være en fredelig atmosfære:

“Er de urolige er det ikke forenlig med et palliativt fokus. Det bør ikke være pasienter med utagerende eller utprøvende atferd i palliative enheter.”

Uroen, vandringen, ropingen og den utfordrende adferden kan skape engstelse hos andre pasienter; det kan ofte være vanskelig å skape ro og trygghet. De ansatte er engstelige for at samtaler om





eksistensielle behov vil føre til ytterligere uro og skape situasjoner det blir vanskelig å håndtere:

“Det synes jeg er litt vanskelig, for når en pasient utagerer må vi roe dem ned, for de er en fare for seg selv, ansatte og andre pasienter.”

“Jeg synes det er forferdelig vanskelig, fordi ofte har du en pasient med demens som viser uro.”

Flere informanter forteller om pasienter med så utagerende adferd at de ikke kan være sammen med andre pasienter. Helsepersonell mener at å snakke med disse pasientene om død og eksistens bare vil eskalere uroen:

“Er det noen vits å snakke om døden med en med kognitiv svikt? De er så urolige at de ikke kan være i fellesarealet. Hvordan og hva lindrer man da!?”

Enkelte fortalte at de hadde hatt tanker om at uroen kunne være av åndelig/eksistensiell karakter. De beskrev pasienter med engstelige blikk, som ikke finner ro, som vandrer hvileløst - de er ikke utagerende, men demonstrerer en form for indre uro og utrygghet:

“Det kan være åndelig smerte, man ser hvor vondt det er. Det er smertefullt å bli redd. Noe kan sikkert være frykt.”

3. I omsorgen for pasienter med demens fokuseres det ikke på palliasjon; fokus er i stedet miljøterapi

Ansatte ved demensavdelingene forteller at de ikke bruker begrepet palliasjon, men har et helhetlig personsentrert fokus og benytter miljøtiltak for at både pasient og pårørende skal ha det så bra som mulig i hverdagen:

“Det vi er trent opp til å gjøre her på demensavdeling er å bruke miljøtiltak, vi bruker ikke begrepet palliasjon, vi ivaretar hele pasienten.”

De anvender kroppskontakt for å lindre savn, skape velvære og som velgjørighet. Gjennom berøring bekreftes pasienten som person, noe som er viktig når man mister seg selv slik mennesker med demens gjør:

“Vi kan lindre med håndmassasje, fotmassasje og berøring, vi trøster dem og gir dem en hånd å holde i.”

Personalet opplever at fysisk berøring lindrer uro. Når den demente flytter inn i institusjon blir ikke kroppskontakt like godt ivarettatt som hjemme:

“Fysisk berøring er en mangelvare for de som havner alene på sykehjem.”

De ansatte opplevde å komme veldig nær pasientene når de masserte eller holdt dem i hånden. Denne nærhetet var med på å skape sterk emosjonell tilknytning til pasienten

“Man blir så glad i dem.”

Smerter kan handle om noe annet enn den fysiske kroppen: ansatte opplever at pasienten kan være redd, engstelig og at det handler mer om emosjonell og eksistensiell smerte enn fysisk smerte:

“Det kan være åndelig smerte, man ser hvor vondt det er. Det er smertefullt å bli redd.”

Deltakerne opplever at pasientene virker roligere etter et besøk fra presten. Det avsettes tid til å støtte pasientene slik at de kan delta i samtaler med presten på de dagene han er til stede.

“Jeg synes det, det er en annen ro i avdelingen etter andakten.”

Deltakerne erfarte at uavklarte forventninger ble tydeligere i samtaler med pasient om døden; etter slike fortrolige samtaler opplevde de at relasjonen og samarbeidet med pasientene ble tettere. Andre opplevde at å snakke om døden bidro til lindring hos pasienter som var redde for å dø:

“Man prøver å legge til rette at den siste tiden blir så rolig som mulig. Noen finner lindring i møte med vanskelige spørsmål relatert til det å dø

Personalet fremhevet betydningen av å bruke “livshistorie” som redskap til å kjenne pasienten som person og derved bidra til trygghet. Historiene ble brukt når pasienten trengte trøst, eller følte seg utrygg:

«Når de føler at de snakker med noen som kjenner dem. Og vi kjenner dem jo mye bedre når vi vet mye om dem, da blir det bedre».

Diskusjon

Vårt mål med studien var å undersøke hvordan ansatte i lindrende enheter og avdelinger med demenspasienter forstår begrepene palliasjon og lindring, samt hvordan de imøtekommer de åndelige og eksistensielle behovene hos pasienter med demens.

Helsepersonell forbinder temaet lindring/palliasjon med terminal fase i palliative enheter hvor lindring av fysiske symptomer står sentralt

Resultatet viser at helsepersonell assosierer palliasjon med lindring av fysiske smerter, og plagsomme symptomer som surkling og kvalme. Videre knyttes begrepet palliasjon til livets siste fase, terminalfasen. Manglende evner til kommunikasjon bidrar til underrapportering om man sammenligner med eldre uten kognitiv svikt (27).

Pasienter med demenssykdom viser ofte sine behov via atferdsmessige uttrykk snarere enn gjennom verbal kommunikasjon (22), noe som vanskeliggjør vurderingen av hvilken smerte pasienten signaliserer. Enkelte pasienter kan, til tross for at de nekter for å ha smerter, senere vise tegn på ubehag, noe som igjen kan bidra til å forsterke usikkerheten blant personalet hva det er pasienten forsøker å uttrykke (20).

Videre viser studien at ansatte i palliative avdelinger føler seg trygge på lindring av fysiske smerter, mens ansatte i demensavdelinger beskriver engstelse knyttet til å administrere smertelindring til pasientene; ikke bare i den terminale fasen, men generelt. Den demente overføres til somatiske og palliative enheter når det er behov for smertelindring. I disse avdelingene ønskes det primært ikke innleggelse av pasienter med demens. Ansatte føler seg ofte maktesløse i møte med uro, manglende språk og utagering, pasientene er ofte en fare for seg selv og omgivelsene. Dette kan føre til manglende lindring av fysiske smerter hos pasienter med demens (20).



Foto: iStockphoto





Ivaretagelse av eksistensielle behov assosieres med fredelige miljøer hvor samtaler med pasient og pårørende står sentralt. Demens-avdelinger preges ofte av uro, hvor kognitiv svikt og manglende kommunikasjonsevner gjør det vanskelig å snakke om døden, så vel som om livet

En felles beskrivelse av pasienter med demens er uro, utagering og utprovende adferd. Ifølge Toivonen og Charalambous (20) er slik atferd

«En god relasjon til den demente er nødvendig for å skape trygghet, mening og velvære i hverdagen»

vanlig hos pasienter med demens som forsøker å uttrykke sine åndelige behov. Når personalet beskriver pasientene som «bare urolig», kan det indikere manglende kunnskap om og oppmerksomhet overfor palliasjon og ivaretagelse av åndelige/eksistensielle behov. Borge and Mæland (28) fremhever at dette også kan omhandle helsepersonells usikkerhet overfor hvordan de skal møte pasientens åndelige og eksistensielle smerter, mens O'Brien, Kinloch (23) mener dette er et resultat av manglende kunnskap og forståelse for å møte pasienters eksistensielle/åndelige behov.

Helsepersonell fortalte om den dementes engstelige blikk, hvileløse vandring og uro. Slik atferd kan være uttrykk for utrygghet, manglede ivaretagelse av eksistensielle behov, savn, samt manglede forståelse av seg selv og sin situasjon (20). Å bli møtt på sine eksistensielle behov blir spesielt viktig når man ikke lenger kan uttrykke dem selv (14); å kjenne seg møtt, forstått og ivaretatt bidrar til mening, håp og velvære. Motsatt medfører å ikke bli møtt meningsløshet, ensomhet og tapsopplevelser. Selv om pasienten ikke kan uttrykke sine åndelige/eksistensielle behov verbalt, kan det å lese høyt om temaer som livets slutt og dødsrelaterte emner hjelpe pasienten til ro og velvære i møte med egen død (Kukla, Herrler (29)). Man må tenke at det ikke er annerledes for pasienter med demens enn

for andre at livet nærmer seg slutten (29). Funn i denne studien indikerer at helsepersonell mangler kunnskap om eksistensielle/åndelige behov generelt, samt forståelse for hvordan mennesker med demens uttrykker slike behov.

I omsorgen for pasienter med demens fokuseres ikke palliasjon; fokus er i stedet miljøterapi

Helsepersonell som arbeider med mennesker med demens bruker ikke begrepet palliasjon. De arbeider i stedet aktivt med miljøterapi; dette beskrives som relasjonsbygging (30). En god relasjon til den demente er nødvendig for å skape trygghet, mening og velvære i hverdagen, aspekter som er essensielle for ivaretagelse av eksistensielle behov (16). Aktivt bruk av pasientens livshistorie bidrar til innsikt i pasientens levde liv (31); slik innsikt bidrar til at de i større grad evner å tolke de engstelige blickene, uroen, mistrivselen, fysisk ubehag og utagering hos pasienten (Toivonen, Charalambous (20)). Helsepersonell opplever at pasienten setter pris på å snakke om sitt liv med en som kjenner historien; dette bidrar til opplevelse av at ens erfaringer anerkjennes, samt aksept (bekreftelse, empowerment) for den en er. Slike erfaringer styrker opplevelse av mening-i-livet, og er viktige aspekt i ivaretagelsen av åndelige/eksistensielle behov (18).

De ansatte ivaretar pasientens behov for nærhet og varme ved å holde den demente pasienten i hånden når de er urolige, trøste dem når de er triste, være nær dem når de sinte. Slik berøring bidrar til bekreftelse av den demente som person og hans/hennes indre verden; slik berøring er viktig for å ivareta pasienten åndelige/eksistensielle behov (16). Videre ivaretar helsepersonell åndelige behov gjennom å hjelpe pasienten til deltagelse i andakt uten at de bevisst anser dette som åndelig/eksistensiell omsorg.

Å bidra til opplevelse av mening-i-livet styrker pasientenes identitet. Uavhengig av om personalet anser denne omsorgen som palliasjon så ivaretas pasientens åndelige/eksistensielle behov gjennom å snakke om barndommen, arbeidslivet, tro, håp, mening og kulturelle opplevelser (32).

At de ansatte ikke ser på dette som palliasjon/lindring og ivaretagelse av åndelige/eksistensielle behov kan handle om hvordan de forstår begrepet (33), samt være relatert til deres eget forhold til åndelighet og eksistens. Gjennom nærhet, berøring og medvirkning ivaretar ansatte i demens-



avdelinger pasientens åndelige/eksistensielle behov (34). Til tross for at de på mange ulike måter ivaretar pasientens åndelige/eksistensielle behov ser det ut til at de ikke er bevisst sin rolle og sine bidrag til ivaretagelse av åndelige/eksistensielle behov blant palliative pasienter med demens.

Implikasjoner for sykepleiepraksis

Funnene viser at palliasjon ofte forbindes med lindring av fysiske plager, ro og samtaler. Pasienter med kognitiv svikt mottar i liten grad eksistensiell omsorg, noe som i stor grad skyldes helsepersonells utfordringer med å forstå hva det er pasienten uttrykker. Det er derfor avgjørende at helsepersonell utvikler en bedre forståelse for hvordan personer med demens presenterer eksistensielle behov. Fremtidig forskning bør undersøke om økt kompetanse innen palliasjon kan bidra til en bedre ivaretagelse av disse behovene hos pasienter med kognitiv svikt.

Konklusjon

Helsepersonell vektlegger i større grad fysisk smertelindring enn åndelig og eksistensiell lindring. Dette kan ha sammenheng med at nasjonale føringer synes å vektlegge kreftsykdom fremfor andre inkurable sykdommer, samt at smerte- og symptomlindring vies større oppmerksomhet enn

åndelige og eksistensielle behov. På tross av lav bevissthet relatert til åndelige/eksistensielle behov ser det likevel ut til at helsepersonell som arbeider med mennesker med demens ivaretar eksistensielle behov gjennom nærhet, berøring og samvær. ■

Referanser

1. Global Atlas of Palliative Care: WHO; 2020 [oppdatert 2020. 2nd Ed.]. Tilgjengelig fra: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3).
2. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. I: Helse og omsorgsdepartementet, red.
3. Folkehelseinstituttet. Demens 2021 [oppdatert 23 februar.
4. Haugen PK, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og h, Demensplan. Demens før 65 år: fakta, utfordringer og anbefalinger. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Aldring og helse; 2012.
5. Camacho-Montaño LR, Pérez-Corralles J, Pérez-de-Heredia-Torres M, Martín-Pérez AM, Gúeita-Rodríguez J, Velarde-García JF, et al. Spiritual Care in Advanced Dementia from the Perspective of Health Providers: A Qualitative Systematic Review. *Occupational Therapy International*. 2021;2021(1):9998480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2021/9998480>
6. NOU 2017:16. Palliasjon til alvorlig syke og døende. 2017.
7. Kupeli N, Leavey G, Moore K, Harrington J, Lord K, King M, et al. Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1):31. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0103-x>
8. Vossius C, Bergh S, Selbæk G, Lichtwarck B, Myhre J. Cause and place of death in Norwegian nursing home residents. *Scand J Public Health*. 2024;52(2):159–65. <https://doi.org/10.1177/14034948221140195>





9. Clark D. Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727–36. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)
10. McSherry W. Care in nursing. Principles, values and skills. *Spiritual care* 2012. 117–34 s.
11. Powers BA, Watson NM. Spiritual nurturance and support for nursing home residents with dementia. *Dementia* (London, England). 2011;10(1):59–80. <https://doi.org/10.1177/1471301210392980>
12. Daly L, Fahey-McCarthy E. Attending to the spiritual in dementia care nursing. *Br J Nurs*. 2014;23(14):787–91. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.14.787>
13. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Spiritual Distress-Proposing a New Definition and Defining Characteristics. *Int J Nurs Terminol Knowledge*. 2013;24(2):77–84. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>
14. Scott H. The importance of spirituality for people living with dementia. *Nurs Stand*. 2016;30(25):41–50. <https://doi.org/10.7748/ns.30.25.41.s47>
15. Kitwood T, Høeg D, Kitwood T. En revurdering af demens: personen kommer i første række. 4. opl. utg. København: Dafolo; 1999.
16. Yalom ID, Yalom B. The Yalom reader: selections from the work of a master therapist and storyteller : pbk. 1st utg: BasicBooks; 1998.
17. Puchalski CM. Spirituality in geriatric palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2015;31(2):245–52. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.011>
18. Drageset J, Haugan G, Tranvåg O. Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):254–. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0650-x>
19. Swinton J. What the Body Remembers: Theological Reflections on Dementia. *Journal of religion, spirituality & aging*. 2014;26(2–3):160–72. <https://doi.org/10.1080/15528030.2013.855966>
20. Toivonen K, Charalambous A, Suhonen R. Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):880–8. <https://doi.org/10.1111/scs.12519>
21. Hobson N, Dupuis SL, Giangregorio LM, Middleton LE. Perceived facilitators and barriers to exercise among older adults with mild cognitive impairment and early dementia. *J Aging Phys Act*. 2020;28(2):208–18. <https://doi.org/10.1123/JAPA.2019-0010>
22. McSherry W, Rykkje L, Thornton S. Understanding Ageing for Nurses and Therapists. 1st Edition 2021 utg. Cham: Cham: Springer International Publishing AG; 2021.
23. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and health-care professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(1–2):182–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
24. Halkier B. Fokusgrupper. 3. udg. utg. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2016.
25. Delannoy F. Hans-Georg Gadamer Truth and Method. PARIS: PARIS: Didier-Erudition; 2012. s. 689–.
26. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq*. 2003;10(2):113–20. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x>
27. Bruckenthal P, Reid MC, Reisner L. Special Issues in the Management of Chronic Pain in Older Adults. *Pain Med*. 2009;10(S2):S67–S78. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00667.x>
28. Borge L, Mæland E. Er det rom for livssynstemaer i dagens psykisk helsearbeid? Is there room for spirituality in mental health care? *2017;31(3):165–77. https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-03-02*
29. Kukla H, Herrler A, Strupp J, Voltz R. «My life became more meaningful»: confronting one's own end of life and its effects on well-being-a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):58–. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00950-3>
30. Skårderud F, Sommerfeldt B. Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
31. Gijssberts M-JHEMD, van der Steen JTP, Muller MTP, Hertogh CPM-MDP, Deliens LP. Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes: An Ethnographic Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9):679–84. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.001>
32. Batstone E, Bailey C, Hallett N. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(19–20):3609–24. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
33. Kleiven T, Cusveller B, Nygaard MR, Mikšič Š, Boughey A, McSherry W. What Do We Mean by 'Spirituality' and 'Spiritual Care'? Switzerland: Switzerland: Springer International Publishing AG; 2021. s. 21–38.
34. Rehnfeldt A, Eriksson K. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(3):264–72. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x>

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) – En viktig ressurs for kommunene

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til økt kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Inervju med Hege Christin Huseklepp
av Wivi-Ann Tingvoll

Innledning

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til økt kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom fag- og kompetanseutvikling, samt spredning av ny kunnskap og løsninger, støtter USHT kommunene i deres arbeid med å møte fremtidige utfordringer. Det finnes i dag 21 utviklingssentre i Norge fordelt på alle fylkene i landet, hvor ett er spesielt for den samiske befolkningen i Finnmark. For å få et innblikk i hvordan dette arbeidet fungerer i praksis, har vi intervjuet Huseklepp ved Utviklingssenteret i Bergen. Hun deler sine tanker om hvordan USHT Vestland (Hordaland) jobber tett med kommunene for å skape bedre kommunale helse- og omsorgstjenester.

USHTs rolle og funksjon

Ifølge Hege C Huseklepp som jobber som seniorrådgiver mener hun at utviklingssentrene er en viktig ressurs for kommunene. «Vår oppgave er å bygge bro mellom forskning, fagutvikling og praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi skal være et bindeledd som sikrer at ny kunnskap og nasjonale føringer faktisk blir implementert lokalt,» forklarer hun.

USHT fremmer samarbeid med alle kommunene i sitt nedslagsfelt og tilbyr deltakelse i ulike aktiviteter. Senteret fungerer som en ressurs i fylket, med ansvar for å bistå kommunene i kompetanseutvikling og implementering av nasjonale føringer. USHT er en sentral aktør i Kompetanseløft 2025 og har et bredt faglig perspektiv, med fokus på alle

pasient- og brukergrupper i sykehjem og hjemmetjenester.

USHT Vestland (Hordaland)

USHT Vestland (Hordaland) dekker de 18 kommunene i foretaksområdet til Helse Bergen. Kommunene får tilbud om å delta i satsinger og nettverk som bidrar til utvikling basert på både nasjonale retningslinjer og lokale behov. Bergen kommune er vertskommune for senteret, som er organisert under Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg.

Satsingsområder og samfunnsoppdrag

USHTs overordnede mål er å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom:

- Fag- og kompetanseutvikling
- Spredning av ny kunnskap og løsninger
- Implementering av nasjonale føringer

God kvalitet i tjenestene defineres ut fra seks kjerneområder:

1. Virkningsfulle tjenester
2. Trygghet og sikkerhet
3. Brukerinvolvering
4. Samordning og kontinuitet
5. Effektiv ressursbruk
6. Tilgjengelighet og rettferdig fordeling

Visjon og målgrupper

Visjonen for USHT er «Utvikling gjennom kunnskap». Målgruppen inkluderer ledere og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesielt innen sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

FAKTA

Hege Christin Huseklepp,
Seniorrådgiver,
Byrådsavdeling for eldre,
helse og omsorg,
Besøksadresse:
Årstadveien 17
Tlf: 959 97 211
e-post:
Hege.C.Huseklepp@
bergen.kommune.no



www.utviklingssentre.no/utviklingssentre/vestland-hordaland

 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
VESTLAND (Hordaland)



**Arbeidsmetodikk**

USHT legger vekt på:

- Samarbeid og erfaringsdeling mellom kommunene
- Kunnskapsbasert praksis og implementering av nasjonale retningslinjer
- Innovasjon og utvikling av nye løsninger
- Veiledning og støtte i fagutviklings-, forbedrings- og implementeringsarbeid
- Praksisnær forskning for kommunale helse- og omsorgstjenester

Samarbeidspartnere

USHT har et bredt nettverk, inkludert:

- Statsforvalteren
- Senter for omsorgsforskning
- Andre relevante aktører innen helse- og omsorgssektoren

Nasjonale satsingsområder for 2025

- Bo-trygt-hjemme-reformen
- Demensplan 2025
- Pårørendestrategien
- Kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming
- Lindrende behandling og omsorg
- Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)
- Prioriteringsveilederen
- Rammeverket for kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027)
- Helseteknologi
- Forebygging og avverging av vold og overgrep (TryggEst)

Dialogmøter med kommunene

«Når vi mottar oppdraget med nasjonale satsingsområder fra Helsedirektoratet, inviterer vi helse og omsorgssjefene i samarbeidskommunene til informasjonsmøte og kartlegging av lokale behov. Høsten 2024 startet USHT Vestland (Hordaland) med dialogmøter i kommunene. Disse møtene har som mål å:

1. Gjøre USHT bedre kjent for kommunene
2. Etablere og styrke samarbeid
3. Identifisere lokale behov for fag- og tjenesteutvikling

Så langt er det gjennomført dialogmøter med Alver, Askøy, Austrheim, Bergen, Bjørnafjorden Gulen,

Kvam, Masfjorden, Samnanger, Ulvik, Vaksdal og Voss. Resten av kommunene vil få tilsvarende møter i mai/juni 2025.

Utfordringer og veien videre

Huseklepp peker på noen sentrale utfordringer:

En av de største utfordringene kommunene står overfor når det gjelder kompetanseheving og kursdeltakelse for ansatte, er den vedvarende mangel på arbeidskraft. Mange kommuner sliter med å bemanne tjenestene sine tilstrekkelig, og dette gjør det vanskelig å frigjøre ansatte til å delta på nødvendige kurs og opplæring.

For å løse disse utfordringene trenger kommunene fleksible opplæringsprogrammer og kompetanseutvikling som kan tilpasses kommunenes behov. USHT Vestland tilbyr derfor skreddersydde kompetansehevende tiltak som gjennomføres lokalt og som er tilpasset den enkelte kommunes behov og ressurser.

En annen stor utfordring er å sikre at ny kunnskap og forskning faktisk tas i bruk i praksis. Her kan USHT spille en sentral rolle ved å støtte kommunene i implementeringsprosesser. USHT handler ikke bare om å formidle ny kunnskap gjennom forskning, men også om å gi helsepersonell de nødvendige verktøyene for å anvende denne kunnskapen i sitt daglige arbeid.

For å lykkes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i praksis er det nødvendig med kompetanse om både kvalitetsforbedring og implementeringsprosesser. USHT Vestland (Hordaland) og Helse Bergen samarbeider derfor om et regionalt kompetanseløp i forbedringsarbeid, rettet mot ledere og ansatte i Helse Bergen sitt område. Dette kompetanseløpet er for dem som ønsker å være pådrivere til forbedringsarbeid på egen arbeidsplass, og vil bidra til både personlig utvikling og systematisk kvalitetsforbedring.

«Vi samarbeider med Statsforvalteren, Senter for omsorgsforskning og andre aktører for å styrke tjenestene i møte med økte krav fra pasienter, pårørende og samfunnet generelt. Gjennom dialog, kompetanseheving og innovasjon ønsker vi å være en viktig pådriver for kommunene i deres arbeid med å møte fremtidens utfordringer innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten» avslutter hun. ■

Tørn Kommune

– Ny organisering for bærekraftige helsetjenester

Tørn Kommune er et delprogram i det nasjonale Tørn-programmet, drevet av KS i samarbeid med fagforeninger. Målet er å finne bærekraftige løsninger for rekruttering, kompetanseutvikling og arbeidstidsorganisering i helse- og omsorgstjenestene.

Siden oppstarten i 2020 har Tørn Kommune hjulpet kommuner med å utvikle nye måter å fordele oppgaver og arbeidstid på. Programmet gir ledere og ansatte erfaring med medarbeiderdrevet innovasjon og endringsarbeid, noe som legger grunnlaget for bedre bemanningsplanlegging.

174 kommuner deltar i programmet, som tilbyr læringsnettverk med veiledning, erfaringsutveksling og støtte over 1,5 år og vi har vært med i 1 år. Nettverket gjennomføres med digitale samlinger. Beate Trellevik som er enhetsleder ved Løvåsen sykehjem og har arbeidet i Bergen kommune de siste 17 årene. Hun har lang ledererfaring fra ulike sykehjem og har de siste 1,5 årene jobbet som enhetsleder ved Løvåsen.

Tørn Kommune i Bergen

Bergen kommune er en av deltakerne i Tørn-programmet. Byrådet har styrket sykehjemsbudsjettet med 40 millioner kroner i 2024, øremerket en varig satsning på servicemedarbeidere. For 2025 og 2026 er det satt av ytterligere 13 millioner kroner (ikke varig) for å teste mer omfattende bruk av servicemedarbeidere. Skjoldtunet og Løvåsen sykehjem er valgt ut for utprøvingen, ettersom begge enhetene har jobbet mye med Tørn-metodikk og oppgavedeling. Resultatene vil være viktige for videre utvikling av eldreomsorgen i Bergen kommune.

Løvåsen sykehjem ansetter 14 nye servicemedarbeidere som skal jobbe turnus. Dette vil avlaste helsepersonell, spesielt på kvelder og i helger, slik at de kan bruke mer tid på pleie, medisinsk behand-

ling og pårørende. Vi leverer allerede tjenester av høy kvalitet, men denne økningen i grunnbemanningen og bedre oppgavedeling forventes å øke medarbeidertilfredsheten, redusere sykefraværet og forhåpentligvis senke behovet for vikarer.

Mål og endringer

Hvorfor valgte dere å bli en del av Tørn Kommune, og hvilke mål har dere satt for deltakelsen?

Fremtidsutsiktene for kommunen og helsevesenet er krevende, med en voksende eldre befolkning (SSB), mer komplekse sykdomsbilder, behov for økt kompetanse, færre helsepersonell og stram kommuneøkonomi. Vi ser allerede utfordringer knyttet til rekruttering, økte forventninger til tjenestene og behovet for å bruke ressursene martere. For å sikre fortsatt høy kvalitet på tjenestene, er det nødvendig å gjøre endringer nå.

Hvilke konkrete endringer har dere gjort i organiseringen av tjenestene som følge av Tørn-prosjektet?

Vi har jobbet mye med rolleklarhet og struktur i ledergruppen. Avdelingslederrollen har lenge vært krevende, med stort krysspress mellom administrasjon, ledelse og pasientnært arbeid. Lederoppgaver knyttet til utvikling, kompetanseheving og kvalitetsforbedring har ofte måttet vike for akutte oppgaver.

For å avhjelpe har vi to fagledere på hver avdeling. Vi har også endret faglederens rollebeskrivelse for å sikre en tydeligere ansvarsfordeling mellom avdelingsleder og fagleder. Faglederen har

FAKTA

Beate Trellevik,
Enhetsleder,
Løvåsen sykehjem,
Bergen kommune,
Løvåsenveien 26,
5145 Fyllingsdalen
Tlf: 53030400/
98859548



fått større ansvar og fungerer som stedfortreder for avdelingsleder i ferier. Vi har kartlagt kompetansen til fagledere og iverksatt tiltak for å styrke deres ferdigheter.

Utfordringer og gevinster

Hva har vært de største utfordringene med ny oppgavedeling?

Endringsprosesser i en travel driftssituasjon er krevende, spesielt å sikre at informasjon når ut til alle ansatte. Vi har brukt allmøter, skriftlig informasjon og jevnlig personalsamlinger for å sikre

god kommunikasjon. Endringer i arbeidsmetoder og kultur tar tid, da de involverer etablerte holdninger og verdier. Vi har hatt fokus på å møte skepsis med dialog og støtte.

Har medarbeiderdrevet innovasjon ført til noen uventede eller særlig positive resultater?

Ja, å skape en felles forståelse av behovet for endring har gjort medarbeiderne mer målrettede og bevisste på oppgavedeling og kompetanseutvikling. Prosessen har ført til større respekt og forståelse for hverandres oppgaver.

Almira Zacinovic, helsefagarbeider og verneombud.





Hvordan har deltakelsen i læringsnettverket hjulpet kommunen?

Tørn-metodikken har gitt oss struktur og tydelige prosesser for utviklingsarbeid. Nettverket har vært en arena for erfaringsdeling på tvers av kommuner, noe som har bekreftet at vi alle står i lignende utfordringer og kan lære av hverandre.

Rekruttering og kompetanseutvikling

Har Tørn-prosjektet bidratt til å øke heltidsandelen og rekruttere flere med helsefaglig kompetanse?

Bergen kommune har hatt fokus på heltidsstillinger i mange år, og årsturnus med langvakter har bidratt til dette. Vi ser også at oppgavedeling gjør det mer

attraktivt å søke på stillinger, fordi helsepersonell får bruke sin kompetanse mer effektivt.

Hvordan jobber dere for å beholde og videreutvikle kompetansen blant ansatte?

I januar fullførte vi en omfattende kompetansekartlegging, der ansatte vurderte sine ferdigheter. Dette har gitt oss verdifull innsikt, og vi har laget en fremdriftsplan for kompetanseheving på kort og lang sikt. Høy mestringsopplevelse bidrar til trivsel og selvstendighet, noe som igjen fremmer oppgavedeling og utvikling.

Tørn Kommune har hjulpet oss med å tenke nytt om organisering av helse- og omsorgstjenestene. Vi ser allerede positive resultater og vil fortsette





arbeidet for en mer bærekraftig helsetjeneste i Bergen kommune.

Et eksempel på hvordan TØRN er mottatt i Bergen kommune er at Løvåsen sykehjem har nylig fått midler til å ansette 14 nye servicemedarbeidere, noe som øker det totale antallet til 18. Dette initiativet er en del av et toårig prosjekt som også inkluderer Skjoldtunet behandlingssenter, med mål om å evaluere effekten av å ha serviacemedarbeidere tilgjengelig på kveld og helg.

Enhetsleder Beate Trellevik uttrykker stor begeistring for utvidelsen og forventer at det vil gi positive ringvirkninger for både beboere, pårørende og ansatte. Servicemedarbeiderne vil blant annet ha ansvar for god matomsorg, logistikkoppgaver og aktivisering av beboerne, noe som vil avlaste sykepleierne og helsefagarbeiderne, slik at dem kan fokusere mer på helsefaglige oppgaver.

Prosjektet er en del av Bergen kommunes satsing på effektiv bruk av helsekompetanse gjennom TØRN-metodikken, som innebærer en grundig kartlegging av oppgaver og kompetanse for å sikre riktig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder. Målet er å oppnå en mer effektiv organisering, redusert sykefravær og et forbedret arbeidsmiljø.

De nye stillingene vil bli lyst ut i nær fremtid, og sykehjemmet forventer stor interesse basert på tidligere erfaringer. Trellevik ser frem til å ønske de nye medarbeiderne velkommen og mener dette er et betydelig løft for sykehjemmet. ■

Disse storbyene er med: Trondheim, Bergen, Sandnes, Stavanger, Kristiansand, Asker, Bærum, Oslo; Sykehjemsetaten, Bydel Søndre Nordstrand, Bydel Nordstrand.



Løvåsen Sykehjem

Ett av 21 kommunale sykehjem/ behandlingssentre

Antall plasser

Et langtidssykehjem med 128 plasser, fordelt på somatisk, demens og en avdeling for psykiske lidelser.

Årsverk

124 årsverk fordelt på 180 ansatte

Vår motivasjon til å delta i TØRN

Vi ønsker å få en bedre organisering og oppgavedeling av tjenestene vi leverer, slik at alle våre medarbeidere får benyttet sin kompetanse og opplever rolleklarhet.

Dette ønsker vi å få til ved å sikre **riktig kompetanse til riktig tid og på riktig sted**, slik at vi gir tjenester av høy kvalitet og skaper en attraktiv arbeidsplass for våre medarbeidere.

Lillehammer helsehus

– Et B-sykehus i utvikling

Rundt om i landet blir det nå bygget helsehus som overtar flere og flere oppgaver fra sykehusene. Vi ønsker å sette fokus på denne institusjonen, og har derfor intervjuet leder Mona Christine Knudsen ved Lillehammer Helsehus om innhold, drift og utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanse.

Av Wivi-Ann Tingvoll

Helsehusets funksjon og tilbud

Intervjuer: Kan du fortelle litt om Lillehammer helsehus?

Mona Christine Knudsen: Lillehammer Helsehus er et av Norges største, med 184 plasser. Vi tilbyr et bredt spekter av helsetjenester, inkludert langtidsplasser, korttids- og rehabiliteringsplasser, avlastning, intermedieære plasser samt KAD-plasser (Kommunal Akutt Døgnplass). Målet er å sikre en sømløs overgang mellom sykehus og hjem, samt å gi pasientene riktig behandling på rett sted og til rett tid.

Intervjuer: Hvordan er dere organisert for å kunne tilby et så bredt tjenestetilbud?

Mona Christine Knudsen: Vi har en egen legeavdeling og et bemannet laboratorium på ukedager. I samarbeid med nabokommunene Øyer og Gausdal driver vi en intermedieæravdeling som tilbyr et forsterket faglig tilbud for pasienter med behov for behandling utover det vanlige kommunale sykehjem kan tilby. Vi har også to interkommunale KAD-plasser for døgnbasert øyeblikkelig hjelp, hvor pasientene vurderes av lege før innleggelse.

Helsehusets rolle i samhandlingsreformen

Intervjuer: Helsehus har blitt en stadig viktigere del av helsevesenet etter samhandlingsreformen i 2012. Hvordan ser du på deres rolle i denne utviklingen?

Mona Christine Knudsen: Helsehus er en relativt ny institusjonstype som er utviklet for å samle lokale helsetjenester under samme tak og forbedre samhandlingen mellom kommunale, private og

statlige helseaktører. Vi fungerer som en avlastning for sykehusene, slik at pasienter uten behov for operasjoner eller avansert utredning kan få behandling i en mer egnet institusjon. Dette bidrar til en helhetlig og koordinert helsetjeneste, reduserer unødvendig byråkrati og sikrer effektiv behandling uten forsinkelser.

Intervjuer: Hvilke spesialiserte tjenester tilbyr langtidsavdelingene deres?

Mona Christine Knudsen: Vi har spesialisering innen psykiatri, demens og generell geriatri. Våre fokusområder er faglig kvalitet, et godt arbeidsmiljø og kontinuerlig kompetanseutvikling. Målet er kortere oppholdstid og en mer effektiv overgang mellom helsehus og hjem.

Rekruttering og kompetanseutvikling

Intervjuer: Mange kommuner opplever utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Hvordan jobber dere med dette?

Mona Christine Knudsen: Rekruttering er en stor utfordring for hele helsesektoren, og vi er intet unntak. For å sikre faglig forsvarlige tjenester har vi utviklet en omfattende kompetanseplan for 2024–2026. Planen dekker et bredt spekter av yrkesgrupper, inkludert sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, apotekteknikere, helsesekretærer, pleieassistenter, ledere, sekretærer, lagermedarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger.

FAKTA

Mona Christine Knudsen,
Tjenesteområdeleder,
Gudbrandsdalsvn. 235,
2619 Lillehammer
Tlf: 95283063
mona.christine.knudsen@lillehammer.kommune.no





Intervjuer: Hva inneholder denne kompetanseplanen?

Mona Christine Knudsen: Kompetanseplanen omfatter både utdanning, internopplæring og erfaringsutveksling. Vi samarbeider tett med utdanningsinstitusjoner for å sikre at vi har gode praksisplasser og muligheter for videreutdanning. Videre har vi stort fokus på å utvikle et arbeidsmiljø som gjør det attraktivt å bli i jobben over tid.

Oppsummering

Lillehammer Helsehus spiller en viktig rolle i å avlaste Lillehammer sykehus og sikre at pasienter får riktig behandling til rett tid. Med sitt brede tjenestetilbud og fokus på kompetanseutvikling er helsehuset en viktig del av den kommunale helsetjenesten. utfordringer knyttet til rekruttering og faglig utvikling står høyt på agendaen, og gjennom strategisk kompetansebygging sikres kvaliteten på tjenestene fremover. ■



Lillehammer Helsehus.

Nyopprettet geriatriisk enhet ved Haukeland sykehus

Inervju med Solveig Hansen
av Wivi-Ann Tingvoll, foto Tor Engvik



Solveig Hansen, Assisterende klinikkdirektør ved Haukeland universitetssykehus, leder arbeidet med rekruttering og etablering av ny sengepost innen geriatri. Hun er også medlem av sykehusets fagråd for geriatri. Gjennom langsiktig planlegging og tett samarbeid har vi nå realisert et viktig mål: etableringen av en egen fagseksjon og sengepost for akuttgeriatriiske pasienter.

Dette har vært et prioritert ønske fra sykehusledelsen, og vi har arbeidet systematisk for å tilrettelegge for satsingen. Ved å omstrukturere eksisterende tilbud og frigjøre arealer, åpner vi 1. september en ny enhet bestående av åtte geriatriiske senger og seks infeksjonssenger.

Styrket kompetanse og fagmiljø

For å bygge en robust og fremtidsrettet geriatriisk enhet, har vi ansatt en erfaren seksjonsoverlege,

med bred kompetanse innen geriatri, og en dyktig og motivert avdelingssykepleier.

Vi har et klart mål om å utvikle et sterkt tverrfaglig fagmiljø, hvor deling av kunnskap og kompetanse på tvers i sykehuset står sentralt. Enheten vil også være aktivt involvert i utviklingen av nye prosedyrer og retningslinjer for behandling av eldre pasienter. Vi vil ha fokus på tidlig og tett samarbeid med primærhelsetjenesten.

Pasientforløp med fokus på tidlig rehabilitering

Pasientene vil komme direkte fra akuttmottaket til vår enhet. Oppholdet hos oss er kortvarig, med en varighet på 3–4 dager, og har som hovedmål å styrke pasientenes funksjonsevne slik at de kan returnere hjem og klare seg selv. Vårt arbeid vil være preget av:

- Rask tverrfaglig behandling
- Forebyggende tiltak
- Veiledning og planlegging for tiden etter utskrivelse

Vi arbeider målrettet for å sikre at pasientene bevarer sitt funksjonsnivå og livskvalitet.

Rekruttering av engasjerte sykepleiere

Det er stor interesse for å jobbe hos oss, og vi er nå i gang med rekruttering. Å satse på en karriere innen geriatri åpner for mange spennende utviklingsmuligheter, drevet av en sektor i rask vekst og kontinuerlig forskningsbasert innovasjon.

Vi ønsker å tiltrekke oss sykepleiere som ønsker å være med på å forme fremtidens eldreomsorg! ■



Intervju med Marthine Bjordal Spurkeland



Av Wivi-Ann Tingvoll, foto Tor Engvik

Marthine Bjordal Spurkeland har vært sykepleier i over ti år og ble ferdig utdannet som geriatrik sykepleier ved VID vitenskapelige høyskole i Bergen i 2018. «Hun jobber nå som fagsykepleier på Haraldsplass sykehus, medisinsk avdeling, hvor de blant annet har 12 akutt geriatrike senger».

Hun forteller at hun valgte videreutdanning innen geriatri fordi majoriteten av pasientene som legges inn på sykehus er eldre. Hun erfarte at hun trengte mer kunnskap om hvordan eldre reagerer på akutt sykdom, og ønsket å bidra til en mer bevisst og respektfull tilnærming til denne pasientgruppen.

– Jeg har tidligere opplevd at holdningene til akutt syke eldre pasienter har vært ganske lunkne. Det ville jeg være med på å endre. Mer kunnskap gir bedre holdninger, sier hun.

Akutt geriatri – en kompleks pasientgruppe

Akutt sykdom og skade hos eldre gir ofte andre symptom bilder enn hos yngre. Klassiske symptomer kan mangle, og i stedet er det ofte akutt funksjonssvikt, fall, delirium, ernæringssvikt eller dehydrering som dominerer bildet.

For å sikre at pasienten får riktig behandling så tidlig som mulig, understreker Spurkeland viktigheten av en tidlig funksjonskartlegging.

– Det beste er selvsagt å snakke med pasienten selv, men hvis det ikke lar seg gjøre, må vi hente inn komparentopplysninger fra pårørende eller primærhelsetjenesten, forklarer hun.

Hun anbefaler at man kartlegger hvordan pasienten fungerte to uker før innleggelse, og gjerne seks måneder tilbake i tid, for å få et mer helhetlig bilde. Et nyttig verktøy i denne sammenheng er Clinical Frailty Scale, som gir en oversikt over pasientens generelle helsetilstand og funksjonsnivå, og som dermed også sier noe om hvordan pasienten vil tåle ulike former for behandling.

«Hvordan gjøre pasienten kjent?»

– en praktisk tilnærming

Spurkeland understreker hvor viktig det er å bli kjent med pasienten tidlig i forløpet – ikke bare medisinsk, men som menneske.

– Jo tidligere vi kjenner pasienten, jo lettere er det å iverksette riktige tiltak og behandling, sier hun.

Hun trekker frem en opplevelse fra tidlig i karrieren, der hun pleide en pasient som var «kjent» i samfunnet.

– Han ble møtt på en helt annen måte – med verdighet, ressurser og tverrfaglig støtte allerede i akuttmottaket. Han var henvist til fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og ernæringsfysiolog før han var lagt inn. Og det var fordi man visste hvem han var, og hva han hadde av funksjon før han ble akutt syk.

Pasienten ble raskt overført til avdelingen, og det var til og med loddtrekning blant sykepleierne for hvem som skulle få hovedansvar for ham – fordi han ble sett på som en «interessant pasient».

Dette gjorde sterkt inntrykk på Spurkeland.

– Jeg begynte å tenke: Hvordan kan vi få alle eldre pasienter til å bli møtt på denne måten? Mitt mål siden har vært å gjøre alle pasienter til «kjendiser» – ved å finne det unike ved hver enkelt og formidle det i dokumentasjon og rapporter. Det skaper engasjement i pleiegruppen, sier hun.

Hun legger til at informasjon om pasientens fritidsinteresser, livshistorie og kjærlighetsliv ofte gir innblikk som bidrar til økt forståelse og respekt i behandlingsteamet.

Rehabilitering starter på sykehuset

For at eldre pasienter skal gjenvinne sin tidligere funksjon og unngå komplikasjoner, må rehabiliteringen starte allerede på sykehuset. Tidlig mobilisering er avgjørende, spesielt for eldre. Jo raskere vi får dem på beina, jo bedre prognose,

Tidlig mobilisering forebygger også komplikasjoner som trykksår, delir, ytterligere fallfare, embolier og obstipasjon for å nevne noe.

Men dette krever at pasienten selv er motivert og trygg.

– Eldre trenger akkurat like mye støtte, veiledning og trygging som alle andre pasienter. For å kunne gjenvinne funksjon, må de oppleve mestring i hverdagslige oppgaver – og da må vi være der og støtte dem gjennom det. ■



Oppsummering av Landskonferansen 2025

Tekst og foto: Tor Engvik

Ordføreren i Bergen, Marit Warncke, åpnet konferansen med å ønske alle velkommen til Bergen og kom med sin personlige og rørende historie som pårørende til en mor som med Alzheimer.

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens arrangerte en svært vellykket landskonferanse i vakre Bergen, med strålende vær som ramme. Mange engasjerte sykepleiere fra hele landet var samlet for å få faglig påfyll, dele erfaringer og knytte nettverk innen eldre- og demensomsorg.

Denne årlige samlingen er en viktig arena for inspirasjon og faglig utvikling i et felt som er i stadig vekst og endring. Konferansen formidlet mye spennende kunnskap, både fra

forskningsbasert og erfaringsbasert praksis, og minnet oss om vårt felles ansvar for å drive fagutvikling innen geriatri og demens.

Årets konferanse hadde overskriften «Aldri for gammel til å rocke», et tema som satte søkelys på behandling, tiltak og aktiviteter som tar utgangspunkt i den eldres egne ønsker og premisser. Det ble lagt vekt på livsglede, verdighet og tilpassede tiltak som fremmer livskvalitet for eldre.

En spesiell takk rettes til Førstelektor Terje Årsvoll Olsen, som ledet konferansen på en utmerket måte, med trygghet, humor og tydelighet.

Vi ser allerede frem til neste års konferanse og videre samarbeid for å styrke fagfeltet! ■



Konferansier Terje Årsvoll Olsen presenterer fastlege Christine Gulla.

Leder Geriatri og demenssykepleierne
NSF Tor Engvik, ordfører Marit Warncke,
fylkesleder NSF Reidun Stavland.





Landskonferansen hører interessert med på flott musikalsk innslag fra Gummans favorittorkester.





17. - 18. oktober 2024

Lokalgruppeledersamling i Bergen

Av Tor Engvik

Den siste lokalgruppeledersamlingen for faggruppe i geriatri og demens ble avholdt på fylkeskontoret til NSF Vestland i Bergen. I flott vintervær kom solen frem og Bergen viste seg fra sin beste side.

Lokalgruppelederne og styret ble ønsket velkommen til Bergen av fylkesleder Reidun Stavland. Hun er medlem i faggruppen vår og er svært engasjert i vårt fagområde. Deretter tok førsteamanuensis Marianne Morland over og holdt et flott innlegg om åndelig omsorg der hun viste til egen og andres forskning på området. Hun presiserte at åndelighet ikke bare har med religion å gjøre, men at det også handler om verdier og holdninger og eksistensielle utfordringer. Marianne fortalte om hvor viktig åndelig omsorg er for eldre

som en del av en helhetlig og personsentrert omsorg for å mestre motgang, lindre lidelse og gi håp og motivasjon. Som sykepleiere er det av betydning at vi ser, forstår og rommer pasienten, og bruker oss selv i møte med pasienten.

Etter det gode foredraget hadde vi fine diskusjoner, og flere lokalgruppeledere kom med gode eksempler og erfaringer fra egen praksis.

På samlingen snakket vi også om alle de gode fagseminarene og gode aktivitetene som har blitt arrangert i de mange lokalgruppene våre siste året. Og vi er nå klar for å arrangere nye seminarer og konferanser både lokalt og sentralt i årene fremover. ■

Førsteamanuensis
Marianne Morland
older interessant og
lærerikt foredrag
om åndelig omsorg.
Foto: Tor Engvik



Fylkesleder Reidun Stavland
ønsker styret og lokalgruppeledere
velkommen til vakre Bergen.
Foto: Tor Engvik





21. januar 2025

Fantastisk fagdag i Moelv

Av Tor Engvik

Det stilte over 20 deltagere da faggruppe i geriatri og demens sin kontaktperson i Innlandet, Gunn Gihle Risehagen, kalte inn til fagkveld i Moelv, sammen med fylkesleder i Innlandet Ida Høyby og faggruppeleder Tor Engevik. Vi fikk høre foredraget «Noen av oss eldre er skeive» av sykepleier Jorun Astri Hagelund. Hun fortalte sin historie fra hun var heterofilt gift i 1983 og ble tobarnsmamma, til hun i 2006 erkjente alt hun var lesbisk og i 2009 giftet seg med Åse. Jorun tok oss igjennom homohistorien fra forbundet av 1948 ble stiftet og tiden frem til straffeloven mot homoseksualitet ble opphevet i 1972 og videre til vi får ny vigselssliturgi i den

norske kirke i 2017. Det har vært litt av en reise, og Jorun stilte oss spørsmålet om vi helsepersonell klare til å ta imot skeive eldre?

Etter Jorun sitt flotte innlegg holdt faggruppeleder Tor Engevik foredraget «Aktive eldre - med trening og aktivitet som medisin». Med seg hadde han 79 år gamle Unni Olsen som fortalte om livet sitt fra hun begynte å trene som 62 åring. Unni delte sin morsomme historie om hvordan hun innimellom flere armbrudd i de senere årene har satt flere titalls norgesrekorder i knebøy, benkpress og markløft - til tilhørernes store begeistring. ■



Begeistrede deltagerne følger med på Jorun Astri sitt foredrag om skeive eldre i Moelv.
Foto: Tor Engevik

Fra venstre:
Tor Engevik, faggruppeleder,
Ida Høyby, fylkesleder NSF Innlandet,
Gunn Gihle Risehagen,
kontaktperson faggruppen Innlandet og
norgesmester i styrkeløft, Unni Olsen.





Ny leder av faggruppen i Vestfold



Camilla Søvik Botne
tiltrådte som ny leder
for faggruppen i Vestfold
fra januar 2025.

Av Wivi-Ann Tingvoll, foto Tor Engvik

Camilla er spesialist i geriatrik sykepleie og har en mastergrad i geriatri. Hun har arbeidet i hjemmetjenesten i Stokke, Sandefjord kommune, i over 20 år. For tiden er hun vikar på hukommelsesteamet i Sandefjord.

Før hun overtok ledervetet, var Camilla nestleder i faggruppen i flere år, og hennes engasjement for faglig utvikling er stort. I tillegg er hun representant i Vestfold fylkesstyre i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Som leder er Camilla opptatt av å styrke det faglige engasjementet blant medlemmene, slik at flere deltar på fagmøter. Hun brenner for å øke statusen til geriatrik sykepleie og ønsker at flere sykeplei-

ere skal få øynene opp for hvor spennende det er å jobbe på sykehjem og i hjemmesykepleien – to fagfelt som byr på varierte og utfordrende arbeidsoppgaver.

Camilla mener flere sykepleiere bør øke sin kompetanse innen geriatri, og hun er glad for at NSF satser på faggruppene. Hun uttrykker samtidig bekymring for at spesialistutdanningen i geriatri ikke er godt nok belønnet, og påpeker at lønnsnivået må opp for å sikre rekruttering og stabilitet i kommunenes sykehjem og hjemmesykepleie.

– Det er både viktig og spennende å jobbe innen eldreomsorgen, avslutter Camilla. ■



Hjelp eldre med å
leve stødigere liv
Ta et gratis e-kurs **her**



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

VERVEKAMPANJE

NSFs faggruppe i geriatri
Kampanjen starter nå og varer ut juni 2025

Verv 2 nye betalende medlemmer og få en gratis faggruppesekk med vår logo

Den som skal verves sender SMS med kodeord
GERIATRI til 02409

Medlemmet som verver, sender navn
på de som verves til Tor Engevik på mail:
tor.engevik@hotmail.no

Vervepremier sendes da ut fortløpende

Vi har gratis medlemskap i faggruppe for
geriatri og demens ut 2024



Vil du bli medlem av faggruppen?
Send SMS med kode GERIATRI til 02409
400 kr per år



Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

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

Med vennlig hilsen
Tor Engvik, tor.engevik@hotmail.no
Medlemskontakt i NSF FGD



Foto: iStockphoto

Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

- Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.
- Eller send en e-post med opplysningene til tor.engevik@hotmail.no
- Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

INNMELDINGSBLANKETT

Jeg ønsker å bli medlem av NSF FGD:



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Navn:

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2025

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin.

De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.