

Geriatrisk

sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Når tall møter kompleksitet

Side 10



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
Ingrid Rachle Strand, Lektor,
Oslo met. Mobil: +47 980 22 054
Kontor: +47 672 36 020
ingridrachel.strand@oslomet.no
Gørill Haugan, Sykepleier og professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Bente Egge Søvde, Førsteamanuensis, Høgskolen på Vestlandet, Tel: +47 57 67 76 05, bente.egge.sovde@hvl.no

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: Shutterstock

ANNONSERING

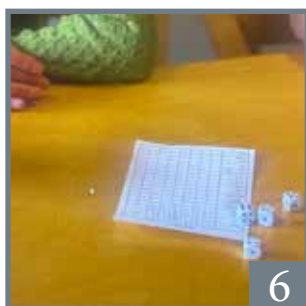
Geriatrik Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

Innhold



02 - 2025

- | | |
|--|--|
| <p>6 Når ungdom møter eldre</p> <p>10 Når tall møter kompleksitet</p> <p>16 Sistehjelp</p> <p>18 Pilot sårprosjekt</p> | <p>20 Besøk ved Carpe Diem demens-landsby</p> <p>24 Ny rapport om pasientsikkerhetsrisiko ved gjentatte fall hos eldre</p> <p>28 Arendalsuka 2026</p> |
|--|--|



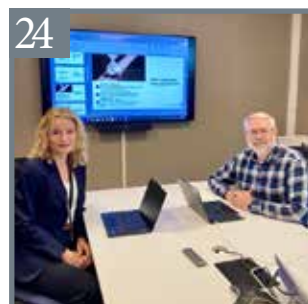
6



10



18



24

Kronikkforfattere



Tor Engevik
leder Geriatri og demens-
sykepleierne Norsk
Sykepleierforbund



Øystein Lydvo
musikktapeut
Helse Bergen



Bror Hansen
sykepleier og arkitekt

Kan det tenkes at bibliotekvirksomhet er en del av kjernevirksomheten på et sykehus?

I Bergensavisen [1, 2] uttaler kommunikasjonsdirektør i Helse Bergen, Erik Vigander, at biblioteket på Haukeland universitetssykehus må vike for at de skal prioritere kjernevirksomheten.

Ofte er det de eldre og skrupeligste som rammes når lavterskeltilbud som pasientbiblioteket legges ned. Vi som ønsker å beholde biblioteket regner med at kjernevirksomheten til et sykehus er å gjøre folk friske. Og kan det ikke da tenkes at pasientbiblioteket kan bedre helse og velvære og derav fungere som et viktig supplement til medisinsk behandling?

Lesing og litteratur bidrar til å fremme mental helse og gi pasienter et sårt tiltrengt pusterom. Det å lese et tidsskrift eller en god bok kan senke stressnivået, roe ned puls og blodtrykk, og lede tankene bort fra smerte og sykdom. Bibliotekene kan ofte fungere som et fristed i sykehushverdagen som en sone «fri for hvite frakker». Dette gir pasienter en mulighet til å koble seg til den friske delen av sin egen identitet. Gode historier eller tilrettelagt helseinformasjon kan også gi ny innsikt og styrke pasientens mentale evne til å mestre en krevende livssituasjon.

For mange pasienter og pårørende er biblioteket et hyggelig samlingssted hvor man kan prate med en bibliotekar eller møte andre i samme situasjon. Fordelen med pasientbiblioteket er at det er et lavterskeltilbud som alle kan benytte seg av uten å stå på venteliste. Ved å støtte den psykiske helsen og det emosjonelle velværet, vil pasientbibliotekene kunne spille en verdifull rolle i den helhetlige pasientbehandlingen. Vi mennesker er så uendelig mye mer enn den fysiske kroppen. En bibliotekar er en fagperson som i fagfellesskap med flinke leger, sykepleiere, musikktapeuter og andre fagpersoner kan bidra til at pasienter blir friske og få en bedre hverdag.

Da Sentralblokken på Haukeland sykehus ble bygget i 1983 var det vanlig å bygge kjedelige, firkantede betongblokker som ikke innbyr til særlig psykisk velvære. Det er derfor verdt å nevne at det i 2021 ble foretatt en oppgradering og oppussing av foajeen i Sentralblokken der



pasientbiblioteket fikk nye og fine lokaler. I 2014 fikk en arbeidsgruppe – på oppdrag fra daværende sykehusdirektør Stener Kvinnsland – i oppgave å **utarbeide en kommunikasjonsstrategi** nettopp for å sikre slike verdige møter. Pasientservicesenteret slik det fremstår i dag er realisert på grunnlag av disse anbefalingene.

Foajéen – Haukelands «Torgallmenning» – ble planlagt og bygget gjennom et omfattende arbeid fra 2015 og fremover til 2022. Prosjektet har skapt et moderne, oversiktlig og helsefremmende publikumsområde med sambruk av areal, helhetlig pasientservice, tverrfaglig samarbeid, kultur, frivillighet og gode møteplasser. **Pasientbiblioteket er en av hovedforutsetningene** i dette prosjektet.

Forskning viser at det fysiske miljøet direkte påvirker pasienters tilfriskning, stressnivå og livskvalitet, samt helsepersonells arbeidsmiljø. [1, 2] Gode sykehusområder, som pasientbiblioteket er en viktig del av, fungerer som såkalte «healing environments» (helbredende miljøer). Omgivelser som oppleves som vakre og trygge kan gjøre pasienter raskere

friske. Psykologiske, sosiale og fysiske aspekter ved utformingen påvirker behandlingsresultater og pasienttilfredshet. Spesielt innen psykisk helsevern kan arkitekturen fremme trygghet, redusere bruk av tvang, og skape en følelse av tilhørighet.

Arkitektur som tar hensyn til kliniske behov, forbedrer kvaliteten på omsorgen og arbeidsflyten for ansatte. [1, 2, 3, 4, 5]. Konklusjonen i mange helseprosjekter er at det fysiske miljøet som pasientbiblioteket utgjør er en integrert del av behandlingen av syke. [1, 2]

I motsetning til kommunikasjonsdirektøren på Haukeland mener vi kronikkforfatterne at bibliotekvirksomhet så absolutt er en av sykehusets kjernevirksomheter hvis målet er å gjøre fremme helse og gjøre mennesker frisk. Det er derfor dypt uforståelig at det sykehusets ledelse kan komme på tanken, foreslå og beslutte å fjerne nettopp den funksjonen som gjør Pasientservicesenteret komplett. Å fjerne biblioteket nå er ikke bare dårlig politikk – det er et direkte brudd med sykehusets egne utviklingsprinsipper i sin kjernevirksomhet. ■



Søk stipend



NSF FGD utlyser utdanningsstipend

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

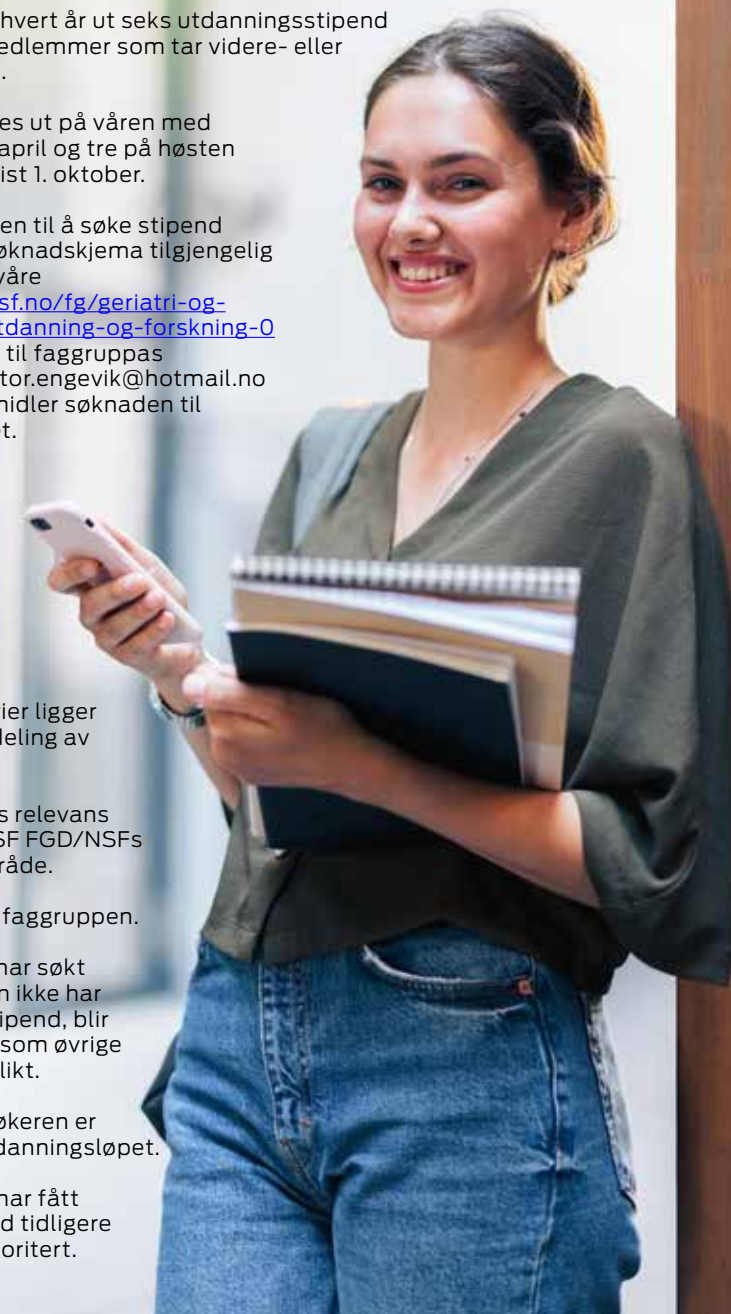
NSF FGD deler hvert år ut seks utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

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.engevik@hotmail.no som viderefremidler søknaden til stipendutvalget.

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.



Når ungdom møter eldre

– en investering i framtidens eldreomsorg

Hva skjer når 16-åringene får slippe inn på et sykehjem – ikke først og fremst for å gjøre praktiske oppgaver, men for å være sammen med de eldre? Ved Sentrum sykehjem i Bodø kan svaret være både overraskende og viktig for framtidens eldreomsorg.

Av Wivi-Ann Tingvoll

Ved Sentrum sykehjem i Bodø har avdelingsleder Synnøve Johansen erfart at ungdom kan tilføre sykehjemmet noe helt spesielt. Gjennom sommerjobber får ungdom mellom 16 og 18 år møte eldre mennesker, bli kjent med hverdagen på et sykehjem og oppdage at eldreomsorg handler om langt mer enn sykdom, pleie og rutiner.

For kanskje er det nettopp møtet med menneskene som kan endre ungdommens bilde av eldreomsorgen.

Johansen har lang erfaring fra helse- og omsorgstjenesten. Hun er først utdannet hjelpepleier, deretter sykepleier, og har videreutdanning innen både geriatri og psykiatri. I dag er hun avdelingsleder ved en demensavdeling. Gjennom hele yrkeslivet har hun vært opptatt av å se mennesket bak sykdommen.



– Vi må se pasienten bak sykdommen. Det handler om å se personen, med livshistorien, erfaringene og ressursene sine, sier Johansen.

Dette perspektivet få var også sentralt i masteroppgaven hennes fra 2020, hvor hun blant annet undersøkte betydningen av å ha et personsentrert fokus i sykehjem.

Bruk kompetansen riktig

For noen år siden var Johansen, da som fagsykepleier, med på et prosjekt sammen med virksomhetsleder Vidar Øyen. Målet var å se nærmere på hvordan personalressursene ble brukt.

– Vi spurte oss selv: Bruker vi egentlig helsepersonell i de ulike rollene på riktig måte?

Kartleggingen viste at både sykepleiere og helsefagarbeidere brukte mye tid på oppgaver som ikke nødvendigvis krevde deres kompetanse. Gulv skulle moppes, klær vaskes, brødsriver smøres og det skulle pyntes til høytider og fest.

Johansen begynte derfor å tenke annerledes rundt hvordan oppgavene kunne fordeles mellom yrkesgruppene. Hun utviklet Johansens metode for å bruke i denne prosessen. [Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling.](#)

Hun sammenlignet sykehjemmet med et urverk, der de ulike yrkesgruppene er tannhjul som må gripe inn i hverandre.

– De ulike yrkesgruppene er som hvert sitt tannhjul. For at klokken skal gå, må tannhjulene gripe inn i hverandre. Slik er det også på et sykehjem. Alle må bidra med det de er best på.

Denne tankegangen har også fått betydning for hvordan sykehjemmet tar imot ungdom.

Synnøve Johansen

Ungdom kan gjøre en forskjell

Johansen er en av avdelingslederne i Bodø kommune som har erfaring med å ta inn ungdom helt ned i 16-årsalderen. Hun mener sommerjobbene er langt mer enn et par ekstra hender og en måte å dekke et bemanningsbehov på.

De kan også være en investering i framtidens arbeidskraft – og i eldreomsorgens omdømme.

– Vi må vise ungdommene hva det faktisk innebærer å jobbe på et sykehjem.

For hvordan skal ungdom bli nysgjerrige på eldreomsorgen dersom det eneste bildet de får, er av travle ansatte, « rumpevask », sykdom og tunge arbeidsoppgaver?

Johansen mener det er viktig å gi ungdom et mer nyansert bilde. Når de kommer innenfor dørene, oppdager de at en arbeidsdag på et sykehjem også kan handle om musikk, latter, samtaler, aktivitet og gode menneskemøter.

Og kanskje enda viktigere: De oppdager at de selv kan gjøre en forskjell.





Opgavene ungdommene får, er først og fremst knyttet til aktivitet og nærvær. Det kan være å sitte sammen med en beboer, spille et spill, gå en tur eller bidra til musikk og sang.

For dagens sykehjemsbeboere er sykdomsbildet ofte mer sammensatt enn tidligere. Mange har kognitiv svikt og demens i tillegg til andre utfordringer. Samtidig har mange bodd lenge hjemme før de flytter til sykehjemmet.

Da blir relasjonen ekstra viktig

I år hadde Sentrum sykehjem åtte ungdommer i sommerjobb. Ungdommene har fått hver sin bogruppe å bli kjent, og på denne måten bli trygg i møte med pasientene og kollegaer. Sommerværet i nord har latt vente på seg, og det har vært utfordrende å være ute like mye som vi har ønsket. Men det har ikke skortet på aktiviteter innendørs! Det har duftet godt i avdelingen av bakst, det har vært spilt bingo og pasienter har fått «spa-dag» der hår og negler har blitt stelt.

– Ungdommene har tid til å være sammen med den eldre på en annen måte.

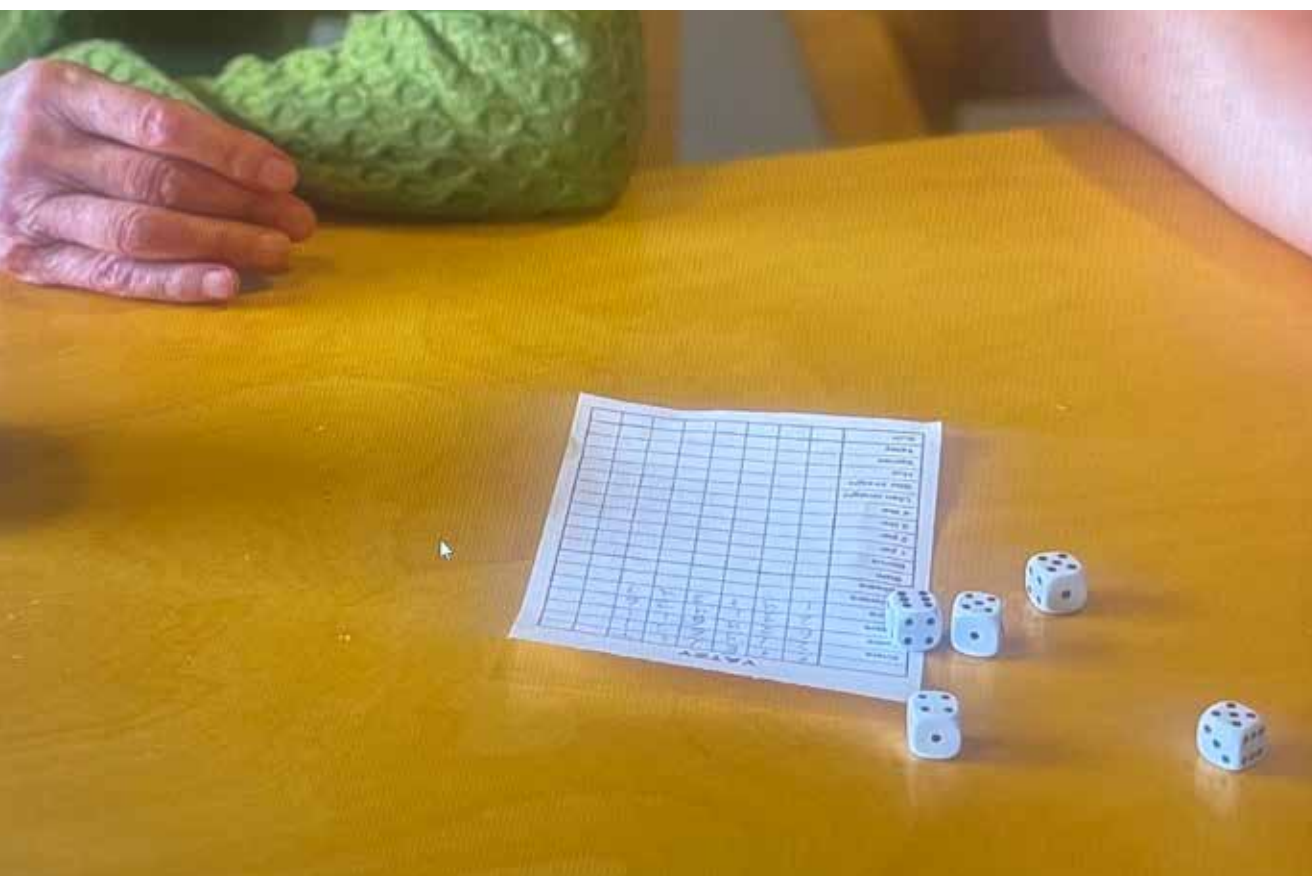
Det lille kan bety mye

Aktivitet trenger ikke være store arrangementer eller omfattende opplegg. For en person med demens kan det være nok å sitte sammen, se på bilder eller lytte til musikk.

– Aktivitet høres så stort ut, men for en person med demens kan aktivitet være å sitte sammen med noen, se på bilder eller snakke om livet. De eldre har så mange historier å fortelle.

Det er nettopp i disse små øyeblikkene ungdommene kan få en viktig rolle.

De kan sitte sammen med beboerne om morgenen, spille yatzy eller delta i sang og musikk. Ved Sentrum sykehjem har det blant annet spilt både gitar og piano. Det har blitt musikk og sang – både i grillhytta i hagen og inne i fellesstua.



For de eldre kan det bety noe helt konkret: mer tid, mer oppmerksomhet og flere mennesker å dele dagen med.

For ungdommene kan det bety noe annet – et nytt syn på hva eldreomsorg faktisk er.

– Ungdommene ser de eldre med et nytt blikk. De eldre blir sett, og de opplever at det er trygt.

Johansen opplever også at ungdommene selv kan bli overrasket over hvor meningsfull jobben er.

Når et møte kan endre et bilde

Omdømmet til eldreomsorgen bygges ikke bare gjennom kampanjer og stillingsannonser. Det bygges gjennom erfaringer.

En ungdom som har hatt en god sommer på et sykehjem, tar med seg den erfaringen videre. Kanskje forteller han eller hun om det til venner. Kanskje til familien. Kanskje blir det første skritt mot en utdanning innen helse og omsorg.

Det er derfor sommerjobben kan få en betydning som strekker seg langt utover de ukene ungdommene er på jobb.

For hvis ungdom først får kjenne på mestring, ansvar og gleden ved å bety noe for et annet menneske, kan det skape nysgjerrighet på faget.

Fra sommerjobb til framtidig helsepersonell

For ungdom over 18 år kan sommerjobben også bli en inngang til videre arbeid som vikar. Men Johansen understreker at det viktigste ikke nødvendigvis er tidligere erfaring.

– Det viktigste er at de har lyst lære, ha lyst til å jobbe med eldre og har respekt for andre mennesker.

Hun mener sommerjobbene kan være en viktig del av rekrutteringen til helse- og omsorgstjenestene. Når ungdom får en god første erfaring, kan det påvirke hvilke utdannings- og yrkesvalg de senere tar.

Kanskje er det nettopp derfor det er så viktig å slippe ungdommene inn tidlig.

For når venner senere spør om det ikke er kjedelig å jobbe på sykehjem, kan de fortelle en helt annen historie.

De kan fortelle om menneskemøter, musikk, latter, samtaler, spill – og om opplevelsen av å bety noe for et annet menneske.

Det handler med andre ord ikke bare om å rekruttere ungdom til en sommerjobb. Det handler om å gi dem erfaringer som kan gjøre at de senere velger eldreomsorgen som yrke.

I en tid hvor helse- og omsorgstjenestene trenger flere ansatte, kan nettopp dette være en av de viktigste investeringene vi gjør: å la ungdom bli kjent med eldreomsorgen før de rekker å danne seg et bilde av hva den er.

For kanskje begynner framtidens sykepleier, helsefagarbeider eller vernepleier nettopp med en sommerjobb på et sykehjem.

Og kanskje begynner framtidens eldreomsorg med noe så enkelt som at vi våger å slippe ungdommene inn. ■



Når tall møter kompleksitet:

en kritisk refleksjon over bruk av early warning score som beslutningsstøtte ved akutt funksjonssvikt hos gamle pasienter i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien preges av et høyt nivå av sykepleiefaglig, medisinsk og kontekstuell kompleksitet (1). Pasientene i hjemmesykepleien har høy alder, flere samtidige sykdommer og behandles i økende grad i egne hjem fremfor i institusjon (2). Denne kompleksiteten stiller høye krav til kompetanse og fleksibilitet i praksis. I dag, har standardiserte beslutningsstøtteverktøy som NEWS2, fått en sentral plass i klinisk beslutningstaking på tvers av helse- og omsorgstjenestene (3, 4). Verktøyene presenteres som beslutningsstøtteverktøy som skal understøtte systematisk tilnærming tydeligere kommunikasjon og tidligere oppdagelse av forverring av livstruende tilstander hos pasienter (5). Samtidig viser studier utfordringer knyttet til å balansere anvendelsen av objektivt standardisert verktøy hos ulike pasientgrupper og ulike kontekster, hvor klinisk skjønn og å kjenne pasienten sammen med EWS er essensielt i kliniske beslutningsprosesser (6).

I 2016 ble en variant av NEWS2, Modified Early Warning Score (MEWS) anbefalt og innført i Østre Agder kommunene. Tiltaket var en del av pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7». Anbefalingen av MEWS var forankret i den nasjonale tiltakspakken for tidlig oppdagelse av forverret

tilstand, som i dag er videreført i Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om bruk av NEWS2 for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (7).

Sammen med kommunene i Østre Agder og Utviklingssenteret for sykehjem- og hjemmetjenester Agder Øst (USHT Agder Øst), undret jeg meg over et grunnleggende spørsmål: hvordan vil slike verktøy som er utviklet til å brukes i sykehus hos pasienter i alle aldre, fungere i den kliniske hverdagen hos den gamle pasienten med akutt funksjonssvikt i hjemmesykepleien? Behovet for å utforske dette tema var tydelig, da det eksisterte få studier som viste til erfaringer med bruk av early warning score system i kommunehelsetjenesten (8). Fra 2018 ble dette starten på et fireårig offentlig doktorgradsarbeid i Østre Agder som skulle belyse nettopp denne problemstillingen. Gjennom å følge pasientjournaler til 135 eldre pasienters kliniske forløp i tre måneder der hjemmesykepleien mistenkte en eller flere episoder med akutt funksjonssvikt, og ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med til sammen 36 sykepleiere og åtte fastleger om hvordan de brukte early warnings score-verktøyet MEWS i klinisk beslutningstaking hos eldre pasienter med akutt funksjonssvikt, arbeidet jeg og

mine veiledere, Professor Line Kildal Bragstad og Professor Marit Kirkevold med å sette noe av dette kunnskapsgapet (9).

I dette essayet vil jeg gjennom en pasienthistorie og resultater fra doktorgradsarbeidet, kritisk reflektere over hvilken posisjon early warning score-system har i klinisk beslutningstaking når det anvendes ved mistanke om akutt funksjonssvikt hos gamle pasienter i hjemmesykepleien. Videre vil EWS posisjon i kliniske beslutningsprosesser forstås og drøftes i lys av Safford, Allison og Kiefes modell for pasientkompleksitet (10), som viser hvordan samspillet mellom medisinske, sosiale og organiseringer i helsetjenestene kan utfordre standardiserte tilnærminger i kliniske beslutningsprosesser.

Kompleksitet i klinisk beslutningstaking innebærer mer enn multisykkelighet hos den gamle pasienten

Modellen til Safford et al. (10) belyser pasientkompleksitet som noe som oppstår i samspillet mellom flere typer faktorer og ikke bare pasientens sykdommer eller egenskaper. I stedet for å forstå kompleksitet som et resultat av hvor mange diagnoser en pasient har (multisykkelighet), viser modellen at kompleksitet består av flere «vektorer», eller faktorer som påvirker situasjonen samtidig og i ulike retninger.

Vektorene omfatter biologiske forhold, som sykdommer, symptomer og fysiologiske prosesser. Dette er det tradisjonelle medisinske og sykepleiefaglige fokuset, og som er en sentral del av i klinisk beslutningstaking. Men i tillegg inngår psykologiske faktorer hos pasienten, som kognitiv funksjon, psykisk helse og iboende kapasitet, som påvirker hvordan pasienten håndterer sykdom og behandling i ulike situasjoner. Viktig er også pasientens egne preferanser, mål og ressurser, som påvirker hvilke tiltak som er ønskelige og realistiske.

Videre trekker modellen frem sosiale forhold, som pasientens økonomi, nettverk, og livssituasjon, eksempelvis om de bor alene. Disse faktorene kan enkeltvis eller samlet sett både støtte og/eller utfordre klinisk beslutningstaking i hjemmesykepleien.

Helsetjenestesystemet

I modellen inkluderer Safford et al. (2007) også helsetjenestesystemet som en egen dimensjon, som eksempelvis tilgang til tjenester og kompetanse,

kontinuitet i oppfølgingen og koordinering på tvers av nivåer. Faktorer i helsetjenestesystemet er sentralt i modellen, fordi organisering av tjenester i seg selv kan skape kompleksitet, uavhengig av pasientens tilstand.

Sentralt i denne modellen er at disse faktorene ikke bare eksisterer ved siden av hverandre, men at de samvirker. Kompleksitet oppstår derfor når flere av disse dimensjonene er utfordrende samtidig, og når de trekker i ulike retninger. Dermed kan to pasienter med tilsvarende sykdommer og tilstander som ved akutt funksjonssvikt, ha ulik grad av kompleksitet, fordi de befinner seg i ulike psykologiske, sosiale og systemmessige situasjoner.

I klinisk praksis innebærer dette at kliniske beslutninger ikke bare kan baseres på medisinske eller sykepleiefaglige retningslinjer alene. I tillegg må sykepleieren gjøre en helhetlig vurdering der man tar hensyn til både sykdom, pasientens livssituasjon og iboende kapasitet og hvordan helsetjenesten fungerer rundt pasienten. Kliniske beslutninger blir dermed en balansering mellom flere hensyn, der det «beste» valget er det som fungerer på tvers av disse dimensjonene og ikke utelukkende det som er optimalt, rent medisinsk eller sykepleiefaglig og i tråd med standardiserte beslutningsverktøy.

Gjennom doktorgradsarbeidet, har jeg fått innsikt og økt forståelse i hvordan helsepersonell, og spesielt sykepleiere og fastleger navigerer mellom dimensjonene beskrevet i modellen (10) i beslutningsprosesser i møte med akutt funksjonssvikt hos gamle pasienter i hjemmesykepleien. Denne navigasjonen i feltet kan synes enkel når akutte endringer i helsetilstanden skjer, og beslutningsstøtteverktøy er tilgjengelige. Med min erfaring som både kliniker og forsker, vil jeg tvert imot belyse kompleksitetens realitet i hjemmesykepleien, hvor behovet for høy kompetanse til å håndtere de ulike dimensjonene er større en noen gang, og belyse dette gjennom en pasienthistorie inspirert fra pasientjournaler gjennom mitt doktorgradsarbeid.

Å kjenne pasienten – et sentralt grunnlag for kliniske vurderinger og beslutninger

En morgen står sykepleier Line i døråpningen til soverommet hos Olav. Han er 85 år, bor alene og har vært fulgt opp av hjemmesykepleien i flere år. Line kjenner ham godt. Hun har sett hvordan

FAKTA

Kristin Jeppestøl,

Utdannings- og profesjonsbakgrunn
Kristin Jeppestøl er spesialist i klinisk allmennsykepleie og har videreutdanning i lindrende omsorg. Jeppestøl har jobbet som sykepleier i kommunehelsetjenesten siden 2000. Hun har lengst klinisk erfaring fra sykehjem, men har også arbeidet som spesialist i allmennsykepleie i hjemmesykepleien og i tildelingstjeneste i kombinasjon med fagutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid. Kristin forsvarte sin avhandling ved Universitetet i Oslo i 2023 med tittelen «Acute functional decline in older home nursing care patients; Using the Modified Early Warning Score to support clinical reasoning and decision-making in community care- a mixed methods study». Hun har vært ansatt som universitetslektor fra 2022 og førsteamanuensis ved institutt for Helse- og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder siden 2023, og underviser i bachelor i sykepleie og ved masterpro

grammet i avansert klinisk allmennsykepleie. Jeppestøl kombinerer også sitt arbeid ved UiA som assosiert forsker ved Senter for omsorgsforskning Sør og som Forskningsrådgiver for Østre Agder-samarbeidet. Jeppestøl er fagredaktør sammen med Marit Kirkevold og Anette Hylen Ranhoff- og forfatter i en rekke kapitler i 4. utgave av læreboken Geriatrik sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten (2026).

Stilling og arbeidssted, epostadresse og telefonnummer
Kristin Jeppestøl, Førsteamanuensis, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap.
Kristin.jeppestol@uia.no
Jon Lilletunsvet 9, 4879 Grimstad
Tlf: 917 11 352



demenssykdommen har utviklet seg, hvordan hjertesvikten, og kolussykdommen påvirker ham i de daglige aktivitetene. Line kjenner Olavs livshistorie godt. Han ble enkemann i sekstiårene, har tett kontakt med sine to døtre, jobbet som tømrer og er lidenskapelig opptatt av fugler. Hun kjenner også hans måte å være på, hvordan han svarer, hvordan han beveger seg, og hvordan han pleier å fremstå når han er i sin «normaltilstand». Line vet at respirasjonsfrekvensen hos Olav ligger høyere enn det som regnes som normalt for friske personer, og oksygenmetningen ligger lavere enn det som anses som normalt fordi han har kols og hjertesvikt. Blodtrykket er oftest rundt 110/60 mm/Hg, men varierer ut ifra væskeinntak og dosering av vanndrivende og blodtrykkssenkende medikamenter.

Denne morgenen er det noe med Olav som ikke er som normalt

Olav er våken, og han lar seg lede inn i morgenstellet, men han er mer forvirret enn vanlig. Han spør Line hvorfor ingen har hentet ham til dagsenteret, til tross for at det ikke er en dag han skal dit. Han reiser seg saktere, som om kroppen ikke helt svarer. Line observerer at han er noe blekere enn vanlig. For en utenforstående som ikke kjenner ham, kunne endringen vært innenfor normal variasjon, eller umulig å oppdage. For sykepleier Line er det et avvik som raskt observeres og som hun vurderer at må undersøkes nærmere.

Hun velger å måle vitale parametere og beregner en MEWS score. Temperaturen er normal. Blodtrykket er 105/60 og noe lavere enn vanlig, pulsen noe høyere, respirasjonsfrekvensen forhøyet, men slik er det også som normalt. Samlet blir scoren 2, sammenlignet med hans MEWS score i normaltilstand som er på 1.

Line vet at de vanndrivende medikamentene ble økt i forrige uke på grunn av tung pust, og at det kan være sannsynlig at Olav ikke har drukket tilstrekkelig de siste dagene. Målingene gir ikke grunnlag for akutt handling. Likevel gir ikke dette ro i beslutningen.

Hun forsøker å få tak i en sykepleierkollega for å drøfte det hun observerer, men får ikke svar, for hun vet at sykepleieren er opptatt med et komplisert sårstell frem til lunsj. Hun vurderer å kontakte fastlegen, men hun vet at responsen sannsynligvis ikke kommer før mot slutten av dagen. Tiden går.

Arbeidslisten er lang, og hun er allerede forsinket til neste pasient. Hun står i et spenn som er velkjent i hjemmesykepleien: mellom ansvar for den enkelte pasient og ansvar for alle de andre som venter.

Når Olavs datter kommer inn døren, oppstår en midlertidig løsning. Line deler sin bekymring, ber henne følge med og avtaler et ekstra besøk senere. Planen er å gjøre nye målinger, ta CRP og eventuelt en urinprøve, for deretter ringe fastlegen eller legevakt. Men dagen utvikler seg ikke som planlagt. Uforutsette hendelser hos andre pasienter gjør at hun må prioritere annerledes. Oppfølgingen av Olav blir fragmentert, og en annen kollega som ikke kjenner Olav like godt, overtar ansvaret og gir rapport til neste vakt.

Ved vaktskiftet rapporteres det at Olav er noe slapp, men at MEWS-scoren er uendret. Urinprøven viser ikke tydelige tegn på urinveisinfeksjon, og CRP er på 39. I diskusjonen som følger på ettermiddagsrapporten, rommer usikkerheten: er dette begynnelsen på en infeksjon? Er han dehydrert etter økning i diuretika? Eller er dette en av de «dårlige dagene» som også hører til hans sykdomsbilde?

På kveldsvakten er det ikke lenger rom for å ha «is i magen og se situasjonen an» eller tolkning av vage symptomer. Olav blir funnet liggende på badegulvet. Situasjonen fremstår tydelig alvorlig. MEWS-scoren er nå målt til 3, men det var ikke målingene som utløste beslutningen om å ringe 113. Han innlegges i sykehus og behandles for dobbeltsidig lungebetennelse, sepsis og akutt nyresvikt.

I ettertid kan forløpet fremstå som lineært. I øyeblikket var det preget av tvil.

Det er nettopp i denne tvilen at betydningen av beslutningsstøtteverktøy må forstås.

Funnene fra doktorgradsarbeidet i Østre Agder viser at MEWS både har styrker og begrensninger i denne typen pasientsituasjoner i hjemmesykepleien. På den ene siden gir verktøyet struktur til vurderingene og bidrar til et felles språk (11). Sykepleiere beskriver hvordan det gjør det lettere å kommunisere med fastleger og å legitimere bekymring når situasjonen endres fra stabil til ustabil helsetilstand. For fastlegen innebærer økt bruk av objektive målinger ytterligere støtte til deres beslutninger (11). I de kvantitative analysene som følger av data fra pasientenes kliniske forløp ved mistanke om akutt funksjonssvikt, viser MEWS



Foto: shutterstock

også evne til å predikere kliniske utfall hos gamle pasienter i hjemmesykepleien, som behov for legetilsyn, behandling eller innleggelse, og i noen tilfeller død (12).

På den andre siden avdekkes et tydelig misforhold mellom verktøyet logikk og pasientenes kliniske virkelighet. Pasientene inkludert i studien hadde høy grad av multimorbiditet, med sykdommer i 3 ulike diagnosegrupper, median alder på 85 år og omfattende medikamentbruk i form av åtte faste legemidler daglig (13). Pasientenes helse-tilstand ble karakterisert som ustabil, og i løpet av tre måneder opplevde over halvparten av de 135 inkluderte pasientene flere episoder med akutt funksjonssvikt (9), oftest uttrykt gjennom diffuse og ukarakteristiske symptomer som økt forvirring, endring i mobilitet, og generell slapphet. Disse endringene var ofte det første tegnet på forverring, lenge før det ble manifestert i vitale parametere og MEWS score - slik Line og hennes kolleger erfarte i Olavs situasjon.

MEWS-scorene til pasientene som ble fulgt opp i doktorgradsstudiet, var gjennomgående lave. Median score var på 1 både i habituell tilstand og

ved mistanke om akutt funksjonssvikt, og kun et fåtall målinger oversteg terskelverdiene som utløser tydelig respons som å kontakte lege selv om mange ble behandlet for akutt sykdom i hjemmet, på kommunal akutt døgnenhet (KAD) eller i sykehus. Dette innebærer at verktøyet brukt isolert, i mange tilfeller ikke fanger opp alvorlig sykdom hos gamle pasienter (9, 13). Det som derimot viste seg å ha betydning for beslutninger i studien, var små endringer fra pasientens normaltilstand som ble observert av helsepersonell. Selv en økning på ett poeng var forbundet med økt sannsynlighet for klinisk respons som å kontakte lege, innlegges på sykehus og død (9, 12). Dette peker mot en annen måte å lese verktøyet på: ikke som en absolutt måling av alvorlighet, men som en relativ indikator på endring.

I fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og fastleger utdypes MEWS posisjon i beslutningstaking ytterligere (11). MEWS ble beskrevet som nyttig, men utilstrekkelig brukt alene. Sykepleierne var tydelige på at verktøyet måtte forstås i sammenheng med kjennskap til pasienten og den konkrete situasjonen. Biologiske og sosiale forhold og pasi-



entens preferanser, ressurser og mål var et viktig aspekt i beslutningsprosesser som å vurdere om en pasient trengte vurdering av lege eller innleggelse på høyere omsorgsnivå. En lav score kunne ikke berolige sykepleieren dersom pasienten fremsto som annerledes enn vanlig, og en høy score kunne ha andre forklaringer enn akutt sykdom, for eksempel angst, medikament-påvirkning eller at pasienten beveget seg inn i en palliativ fase.

den tilgjengelige kompetansen, og uforutsette hendelser hos andre pasienter akkurat denne vaken. Da Line tolket MEWS-scoren, gjorde hun det ikke i et vakuum, men innenfor dette komplekse bildet.

I tillegg til de kliniske utfordringene, reiser også viktige spørsmål på systemnivå knyttet til om kommunehelsetjenesten generelt, og hjemmesykepleien spesielt, er tilstrekkelig organisert med tilgjengelige ressurser og kompetanse til å håndtere subakutte og akutte situasjoner. Det kan stilles spørsmål rundt de etiske aspektene ved at organisatoriske utfordringer førte til at sykepleieren overløt noe av ansvaret til Olavs datter i tiden mellom besøkene fra hjemmesykepleien. Organisatoriske strukturer og kommunikasjonsbarrierer skapte også utfordringer for tilgjengeligheten på legetjenester, og som utgjør noen av de daglige utfordringene for sykepleiere med ansvar for pasienter i hjemmesykepleien.

Resultatene har viktige implikasjoner for praksis

Når flere «vektorer» i en klinisk situasjon peker i retning av økt risiko – som diffuse endringer i funksjon, økt forvirring, nylig medikamentendring og begrenset oppfølgingsmulighet, kan selv små endringer i vitale parametere være klinisk betydningsfulle (3, 12, 13). Omvendt kan avvikende vitale tegn ha mindre betydning dersom de er forventede som ved kroniske sykdommer som er stabile over tid. Dermed utfordres ideen om EWS som universelle beslutningspunkter i hjemmesykepleien generelt, og hos den gamle pasienten spesielt (13).

Dette leder til et paradoks. Beslutningsstøtteverktøyene er introdusert for å redusere variasjon og usikkerhet, men i praksis synliggjør de hvor nødvendig det er med tolkning ledet av solid og systematisk sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse. Early warning score-verktøy gir tall, men tallene trenger kontekst. De gir anbefalinger, men anbefalingene må vurderes i lys av høy grad av kompleksitet.

I casen med Olav var det ikke MEWS-scoren som fanget alvoret i situasjonen, men Lines vedvarende opplevelse av at «noe ikke stemte». Samtidig var det heller ikke slik at målingene var irrelevante. De bidro til å underbygge bekymringen og ga et språk for å formidle den videre i rapporter til helsepersonell som skulle følge Olav opp videre. Det er i dette samspillet mellom det målbare og det erfarte at beslutningsgrunnlaget oppstår.

«I casen med Olav var det ikke MEWS-scoren som fanget alvoret i situasjonen, men Lines vedvarende opplevelse av at “noe ikke stemte”»

Videre ble dimensjoner i helsetjenestesystemet som grad av tilgjengelighet på kompetanse, avstand mellom brukeren og basen for hjemmesykepleien og frekvens på besøk, trukket frem som faktorer som kunne ha stor betydning for sykepleierens beslutningsprosesser ved mistanke om akutt funksjonssvikt (11).

Dermed fremstår ikke MEWS som en fasit, men som ett element i en større og kompleks vurdering

Resultatene fra både sykepleiere, fastleger og pasientjournaler kan gi ytterligere mening sett i lys av modellen for pasientkompleksitet (14). Modellen beskriver hvordan pasientens situasjon formes av flere samtidige «vektorer»: biologiske forhold, atferd, sosiale og økonomiske ressurser, miljømessige forhold og organiseringen av helse-tjenestene. Disse vektorene virker ikke isolert, men i samspill – noen ganger i samme retning, andre ganger motstridende.

I hjemmesykepleien og i historien om Olav, blir denne kompleksiteten særlig tydelig. Situasjonen påvirkes ikke bare av Olavs mange medisinske tilstander, men også av at han bor alene, avstanden til helsetjenestene, og hvordan andre tjenester er organisert, hvem som vurderte ham dette døgnet, av datterens tilgjengelighet den aktuelle dagen, og av hvordan hjemmesykepleien organiserte oppgavene,

Å basere seg ensidig på verktøyet kan føre til at alvorlig sykdom overses. Å utelukkende stole på klinisk skjønn kan føre til overbehandling eller unødvendig belastning for pasienten og helse-tjenestene. Mellom disse ytterpunktene må praksis finne sin form. Og kanskje er det nettopp dette som er kjernen i sykepleiepraksis: det kontinuerlige arbeidet med å kartlegge, tolke, veie og handle i et landskap der svarene sjelden er entydige, men alltid må finnes i møtet mellom tallene og mennesket de skal representere.

Dette stiller krav, ikke bare til den enkelte sykepleier, men til tjenesten som helhet. Det krever kontinuitet slik at helsepersonell kjenner pasientene. Det krever kompetanse til å tolke både diffuse symptomer, vitale parametere, hvem pasienten er – og kontekstens muligheter og begrensninger, og sette dette sammen til en helhet. Å håndtere denne typen kompleksitet krever tydelige organisatoriske rammer som gir rom for tilstrekkelig kompetanse, etisk refleksjon, drøfting og oppfølging.

I Nasjonale faglige råd, anbefaler Helsedirektoratet lokale tilpasninger av NEWS2. I Agder har USHT Øst og Vest tilpasset verktøyet til pasienten og konteksten, og som forstås som et forsøk på å svare på noe av kompleksiteten. Ved å understreke betydningen av å dokumentere målinger i normaltilstand, åpne for fleksibilitet i oppfølgingsintervaller og tydeliggjøre at lav score ikke utelukker alvorlig sykdom, anerkjennes det at verktøyet må brukes i kombinasjon med klinisk skjønn.

Når kompleksitet utfordrer standardisering i praksis

Samtidig reiser dette spørsmål om hvor langt en standardisering av prosedyrer kan strekkes før den mister sin funksjon i praksis. Kanskje er ikke løsningen mer standardisering, men en tydeligere erkjennelse av kompleksiteten i hjemmesykepleien i møtet med den gamle pasientens raske bevegelse mellom stabile og ustabile situasjoner (9)? For når tall møter kompleksitet, er det ikke et spørsmål om å velge det ene fremfor det andre. Det handler om å holde begge perspektivene i spill samtidig. Tallene kan skjerpe oppmerksomheten, synliggjøre endringer og støtte kommunikasjon. Men de må alltid forstås i lys av pasientens historie, situasjon og kontekst.

Det er først i denne integrasjonen at beslutningsstøtte blir nettopp det navnet tilsier; en støtte. Ikke en erstatning.

Og kanskje er det nettopp dette som er kjernen i sykepleie til den gamle pasienten i hjemmesykepleien; det kontinuerlige arbeidet med å fortolke, vurdere og handle i et landskap der svarene sjelden er entydige, men alltid må finnes i møtet mellom tallene og mennesket de skal representere. ■

Referanser

- Halland AN, Holand T, Mæhre KS. Lederes synspunkter på sykepleieres kompetansebehov i en endret hjemmesykepleietjeneste. Sykepleien Forskning. 2025.
- Krogseth M, Rostoft S, Benth JS, Selbæk G, Wyller TB. Skrupelighet blant eldre pasienter med hjemmesykepleie. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2021;141(4).
- Gerry S, Bonnici T, Birks J, Kirtley S, Virdee PS, Watkinson PJ, et al. Early warning scores for detecting deterioration in adult hospital patients: systematic review and critical appraisal of methodology. BMJ. 2020;369:m1501.
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2 2017 [Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>].
- Burgos-Esteban A, Gea-Caballero V, Marín-Maicas P, Santillán-García A, Cordon-Hurtado MdV, Marqués-Sule E, et al. Effectiveness of Early Warning Scores for Early Severity Assessment in Outpatient Emergency Care: A Systematic Review. Frontiers in Public Health. 2022;Volume 10 - 2022.
- Downey CL, Tahir W, Randell R, Brown JM, Jayne DG. Strengths and limitations of Early Warning Scores: a systematic review and narrative synthesis. 2017.
- Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand - Helsedirektoratet.
- Emer B, Anne P, Sabi R, Jonathan B, Heather B, Hein Le R. Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England. BMJ open. 2018;8(10).
- Jeppestøl K. Acute functional decline in older home nursing care patients: Using the Modified Early Warning Score to support clinical reasoning and decision-making in community care. A mixed methods study 2023.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(3):382-90.
- Jeppestøl K, Kirkevold M, Bragstad LK. Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences. International journal of older people nursing. 2021.
- Jeppestøl K, Vitelli V, Kirkevold M, Bragstad LK. Factors Associated With Care Trajectory Following Acute Functional Decline in Older Home Nursing Care Patients: A Prospective Observational Study. Home health care management & practice. 2022;34(1):42-51.
- Jeppestøl K, Kirkevold M, Bragstad LK. Early warning scores and trigger recommendations must be used with care in older home nursing care patients: Results from an observational study. Nurs Open. 2023;10(7):4737-46.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. Journal of general internal medicine : JGIM. 2007;22(53):382-90.

Sistehjelp

– kunnskap og refleksjon om omsorg ved livets slutt

Den 14. april inviterte lokalgruppen til Geriatri- og demenssykepleierne NSF Vestland inn til kurs i sistehjelp i samarbeid med Verdighetsenteret.

Av Tor Engevik og Nina Berntsen. Foto: Tor Engevik

Sistehjelp er et internasjonalt kurskonsept som har som mål å gi befolkningen grunnleggende kunnskap om omsorg ved livets slutt – på samme måte som førstehjelp gir kunnskap om hvordan vi kan hjelpe ved akutt sykdom og skade. Hvordan møter vi best pasienter og pårørende når livet går mot slutten? Som sykepleiere i geriatri står vi ofte i situasjoner der kunnskap, trygghet og gode samtaler er avgjørende. Sistehjelp er et kurskonsept som gir nettopp dette – konkret kompetanse og større sikkerhet i møte med døende og deres nærmeste.

Sistehjelp kan sees på som «førstehjelp for livets siste fase». Der førstehjelp handler om å redde liv, handler sistehjelp om å ivareta livskvalitet, verdighet og omsorg når livet går mot slutten. Kurset gir deltakerne et felles språk og økt trygghet i å håndtere både faglige og menneskelige aspekter ved døden.

Et kurs som treffer praksisnært

Denne april dagen hadde Verdighetsenteret gleden av å gjennomføre et Sistehjelpskurs i samarbeid

med lokalgruppen til Geriatri- og demenssykepleierne i NSF Vestland. Kurset samlet deltakere med interesse for hvordan vi kan bidra til å skape trygghet, verdighet og omsorg når livet går mot slutten. Gjennom samtaler, refleksjoner og erfaringsutveksling fikk deltakerne innsikt i hvordan både helsepersonell, pårørende og andre medmennesker kan spille en viktig rolle i denne fasen av livet. Engasjementet var stort, og refleksjonene viste tydelig hvor viktig dette temaet er i klinisk praksis.

Deltakerne løftet særlig frem:

- behovet for åpenhet om døden i møte med pasienter og pårørende
- utfordringer knyttet til å ta initiativ til samtaler om livets slutt
- betydningen av økt kompetanse i lindring og helhetlig omsorg

Kurset ga deltakerne anledning til å dele erfaringer og reflektere over egen praksis.

Sistehjelpskurset gjennomføres over fire timer og består av fire moduler à 45 minutter.

Moduler	Innhold
1. Døden – en del av livet	Førstehjelp vs sistehjelp, forstå dødsprosessen. Helhetlig perspektiv på livet og døden
2. Plan for fremtiden	Palliativ/lindrende omsorg, forhåndssamtale, fremtidsfullmakt
3. Lindring	Vanlige plager og symptomer, praktisk sistehjelp, ernæring, tilnærming til omsorg ved livets slutt
4. Siste farvel	Hva skjer når noen dør? Ritualer og tradisjoner, sorg og sorgreaksjoner

Siden 2022 har Verdighetsenteret hatt ansvar for implementeringen av Sistehjelp i Norge. Som nasjonalt kompetansesenter utdanner og sertifiserer senteret kursledere over hele landet, med mål om å gjøre kunnskap om omsorg ved livets slutt tilgjengelig for alle.

Deltakernes engasjement under kurset hos var inspirerende for kursledere. Mange delte erfaringer fra arbeid med eldre og personer med demens, der spørsmål om livets slutt ofte er aktuelle, men

samtidig krevende å ta opp. Samtalene understreket betydningen av åpenhet om døden og av å ha kunnskap om omsorg ved livets slutt.

Verdighetsenteret takker for muligheten til å bidra med kurset, og håper at flere vil få øynene opp for Sistehjelp som et verktøy for å styrke den allmenne kompetansen om omsorg ved livets slutt. ■



Kreftsykepleier Nina Berntsen og lege Sebastian von Hofacker viser frem tidligere nummer av fagtidsskriftet Geriatriisk sykepleie.



Styret i Geriatri- og demenssykepleierne NSF Vestland.

Foredragsholderne Nina Berntsen (Rådgiver Verdighetsenteret Kreftsykepleier) og Sebastian von Hofacker (lege) informerte om hvorfor kunnskap om sistehjelp er viktig for å få et helhetlig perspektiv på livet og døden. Døden er en naturlig del av livet, men mange opplever usikkerhet når de står nær noen som er alvorlig syk eller døende.





Pilot sårprosjekt i hjemmesykepleien Laksevåg og Fyllingsdalen

Fra 50 sår til ett kronisk sår – hva kan systematisk sårbehandling bety for pasientens livskvalitet? God sårbehandling handler om mer enn bandasjer og sårutstyr. Det handler om kompetanse, systematikk, kontinuitet – og først og fremst om pasientens livskvalitet.

Av Wivi-Ann Tingvoll. Intervju med Christine Jæger

I hjemmesykepleien i Laksevåg og Fyllingsdalen har vi gjennom flere år arbeidet målrettet med å utvikle sårbehandlingen. Det som startet som et pilotprosjekt, har gitt oss erfaringer og resultater som vi mener kan være nyttige for andre deler av tjenesten, sier Christine Jæger.

I 2018 ble vi introdusert for Smith+Nephew gjennom vår daværende leverandør av sårutstyr, One-med. Det ble starten på et sårprosjekt hvor målet var å kartlegge sår i enheten, øke kompetansen gjennom undervisning og opplæring og undersøke om en mer systematisk tilnærming kunne føre til bedre sårbehandling og færre sår.

Kartleggingen viste at vi hadde 50 sår i sonen vår. Gjennom prosjektperioden fikk vi undervisning og praktisk opplæring. Vi ble også anbefalt å etablere sårteam og ressurspersoner med ansvar for de ulike geografiske områdene.

Da prosjektet ble evaluert etter halvannet år, var antallet sår redusert fra 50 til 24.

Resultatet viste oss at det å sette sårbehandlingen i system, kombinert med kompetanse og tydelig ansvar, kunne gjøre en forskjell.

En omorganisering endret mye

I 2023 gjennomgikk enheten en omfattende omorganisering. Vi ble fordelt i helt nye team, og i denne prosessen ble både sårteamene og den etablerte strukturen for sårbehandling oppløst.

Det som hadde fungert godt over tid, forsvant gradvis. Mens vi jobbet med å finne vår nye organisering, opplevde jeg at vi mistet oversikten og kontrollen over sårbehandlingen.

Samtidig fikk vi ny enhetsleder og ny gruppeleder i helsetjenesteteamet. Jeg tok derfor initiativ til å bygge opp sårarbeidet på nytt. Jeg fikk grønt

lys fra lederne til å prøve ut en ny organisering og startet arbeidet med å etablere et nytt sårteam.

Kompetanse og engasjement

Sykepleiere med kompetanse og interesse for sårbehandling ble valgt ut til teamet. Vi kartla og klassifiserte sårene våre og etablerte en struktur som skulle sikre at sårbehandlingen ikke ble prioritert bort i en travel hjemmesykepleiehverdag.

Det har vært noen humper i veien. Ikke alt har gått på skinner, og vi har måttet gjøre justeringer underveis. Likevel har vi klart å samle oss om arbeidet og finne løsninger. I dag ser vi resultatene.

Vi har nå kun ett kronisk sår igjen.

Vi har selvfølgelig pasienter med mindre hudavskrap og andre midlertidige sår, men disse gror som regel i løpet av fire til seks uker.

Vi deler kompetansen

Målet er ikke at sårkompetansen bare skal finnes i sårteamet. Vi ønsker å spre kunnskapen videre.

Derfor er vi også ute i omsorgsteamene og underviser og veileder medarbeiderne. Etter hvert ønsker vi at de ulike teamene skal utvikle egne rutiner for sårbehandling.

På den måten blir sårbehandling en del av den daglige faglige praksisen og ikke avhengig av enkeltpersoner.

Utstyr er viktig – men kompetansen er avgjørende

Vi har i dag Norengros som leverandør av sårutstyr og samarbeider med deres fagpersoner. Vi får blant annet mulighet til å teste ut nye produkter og bandasjer. Produkter som viser seg å fungere godt, kan tas inn i sortimentet vårt. Dersom de



Christine Jæger behandler og vurderer sår. (Bakgrunnen er redigering pga taushetsplikt)

samtidig er kostnadsbesparende, er det selvfølgelig en ekstra gevinst.

Men godt sårutstyr alene løser ikke utfordringene.

Det er kombinasjonen av riktig kompetanse, systematikk, kontinuitet og riktig utstyr som gir god sårbehandling.

Pasientens livskvalitet er målet

Det viktigste for oss er at pasientens sår kan tilhele. Når tilheling ikke er mulig, må vi gjøre det vi kan for å lindre plagene best mulig.

Et stort sår kan være smertefullt, væske mye og gi ubehagelig lukt. Dette påvirker ikke bare kroppen, men også pasientens sosiale liv og psykiske velvære.

Derfor er livskvalitet et helt sentralt mål i sårbehandlingen.

Våre pasienter blir sjelden sprekere eller yngre. Men sårene kan gro.

Når et sår gror, kan det bety mindre smerte, mindre ubehag, større bevegelsesfrihet og en bedre hverdag.

Fra pilotprosjekt til videre satsing

Erfaringene fra pilotprosjektet i hjemmesykepleien i Laksevåg og Fyllingsdalen viser oss at systematisk sårarbeid kan gi resultater.

Fra 50 sår til 24, og senere videre ned til ett kronisk sår.

For oss er dette blitt en suksesshistorie. Nå ønsker vi å ta med oss erfaringene videre og dele kunnskapen med resten av kommunen.

Målet er enkelt: Flere sår skal gro, og pasientene skal få bedre livskvalitet. ■



Besøk ved Carpe Diem demenslandsby – når omsorgen tar utgangspunkt i livet

Av Wivi-Ann Tingvoll

Hvordan kan et sykehjem oppleves mer som et hjem enn en institusjon? Det var et av spørsmålene vi hadde med oss da vi besøkte Carpe Diem demenslandsby i Bærum. Allerede da vi kom inn, ble det tydelig at dette var et sted som forsøkte å viske ut skillet mellom «å bo» og «å være på institusjon».

Her var det ikke først og fremst demenssykdommen som satte premissene for dagen. Det var menneskene som bodde der – deres interesser, vaner, behov og ønsker. Carpe Diem ga oss et innblikk i en demensomsorg der målet er at livet skal fortsette, også etter at diagnosen er stilt.

En landsby der livet får fortsette

Carpe Diem er Norges første demenslandsby og har 158 langtidsplasser. De fleste beboerne bor i 17 bokollektiv med åtte personer i hver enhet. I tillegg finnes det mindre grupper med egne rom og bad.

Det som gjør stedet spesielt, er likevel ikke først og fremst antallet plasser eller hvordan boligene er organisert. Det er atmosfæren.

På Carpe Diem skal beboerne kunne kjenne igjen noe av livet de levde før. De ulike bokollektivene har forskjellig preg og atmosfære, og miljøene er utformet slik at de kan passe til ulike interesser og livsstiler. Tanken er enkel, men betydningsfull: Når mennesker har levd et langt liv med egne rutiner, interesser og identitet, skal ikke alt dette forsvinne fordi de får en demensdiagnose.

Her handler det derfor ikke om å fylle dagen med aktiviteter fordi «nå skal det være aktivitet». Det handler om å skape en hverdag der aktivitet oppstår naturlig gjennom det å leve.

Et lite samfunn innenfor trygge rammer

Når man beveger seg rundt i Carpe Diem, får man følelsen av å være i et lite lokalsamfunn. Her finnes møteplasser, kafé, grendehus, pub, butikk, frisør og tilbud for fotpleie og velvære. Uteområdene inviterer til turer, hagearbeid og samvær.

Kafeen var et godt eksempel på hvordan hverdagslivet kan se ut. Her satt beboere, pårørende

og ansatte sammen. Stemningen var uformell og hyggelig. Ved et av bordene satt en liten gjeng og koste seg med et glass vin, mens praten gikk lett. Det var ikke vanskelig å forestille seg at dette like gjerne kunne ha vært en kafé i et vanlig lokalmiljø.

En liten butikk gjorde det mulig for beboerne å handle. De kunne levere en liste over det de ønsket å kjøpe, og få varene levert. Det høres kanskje ut som en liten detalj, men nettopp slike muligheter kan være viktige for opplevelsen av selvstendighet. Å kunne handle, velge og bestemme er en del av det å leve et vanlig liv.

På puben kunne beboerne møtes for å se fotball. Hit kom også elever fra videregående skole. De satt sammen med beboerne, fulgte kampene og diskuterte fotball. Møtet mellom generasjonene skapte en naturlig kontakt som ikke var organisert som et «tiltak», men som en del av livet i landsbyen.

Det var også mulig å bestille time hos frisør eller få stelt føttene. Hagen var en annen viktig møteplass. Da vi var på besøk, var det full aktivitet med planting av urter og blomster. Noen var opptatt med hagearbeid, mens andre bare var ute og nøt omgivelsene.

Det var lett å se at uteområdene var laget for mer enn å være pene. De skulle brukes.

Grendehuset som møteplass for hele nærmiljøet

Grendehuset var en annen viktig del av landsbyen. Her kunne også mennesker fra nærmiljøet leie lokaler til ulike arrangementer.

Da vi var på besøk, fikk vi se hvordan huset kunne brukes til familiebegivenheter. Et selskap var pyntet til konfirmasjon, og familie og venner var samlet. På den måten ble ikke Carpe Diem en lukket institusjon, men en del av lokalsamfunnet.

Dette er et viktig perspektiv. Når mennesker med demens fortsatt får være en del av samfunnet rundt seg, kan det bidra til å motvirke isolasjon og utenforskap. Samtidig får også lokalsamfunnet mulighet til å møte mennesker med demens på en naturlig måte.

Pårørende er en del av livet

På Carpe Diem er pårørende ikke bare noen som kommer på besøk. De er en del av livet i landsbyen.

De kan ta en kaffe sammen med sine nærmeste, spise et måltid, gå en tur eller delta i aktiviteter. Det gjør besøket mindre formelt og kan bidra til at kontakten mellom beboer og familie blir mer lik den man hadde før flyttingen til institusjon.

Vi møtte også frivillige som var tydelig engasjerte i oppgavene sine. De bidro både på kjøkkenet og i ulike aktiviteter. Det var en positiv stemning blant de frivillige, og de fortalte om et godt miljø og om hvor givende det var å kunne bidra.

Det er lett å forstå hvorfor. Når frivilligheten får en naturlig plass, tilfører den noe som ikke kan kjøpes for penger: tid, fellesskap, engasjement og menneskelig kontakt.

skape større kontinuitet og trygghet også for dem som bor der.

Personalet – selve bærebjelken i modellen

Bak de gode omgivelsene og de mange møteplassene står personalet. Under besøket ble det tydelig at Carpe Diem legger stor vekt på medarbeiderne og deres kompetanse. Det er personalet som skal omsette ideen om personsentrert omsorg til en levende hverdag.

Vi fikk inntrykk av et personale med god kompetanse og et sterkt engasjement for arbeidet. Opplæring og faglig utvikling er ikke noe som bare skjer når det oppstår behov. Det arbeides systematisk med kompetanse, blant annet gjennom ukentlig undervisning og faglig refleksjon.

Carpe Diem-skolen er et viktig tiltak i dette arbeidet. Hver onsdag er det fast undervisning for personalet. Det er satt av tid i turnusen slik at ansatte som skal på kveldsvakt, starter klokken 14 og går direkte til undervisning, mens dagvaktene avsluttes klokken 15.30. På denne måten blir kompetanseutvikling en integrert del av arbeidshverdagen og ikke noe som kommer i tillegg.

Undervisningen tar utgangspunkt i konkrete behov fra praksis. Avvik og erfaringer fra hverdagen brukes aktivt for å finne temaer det er behov for å lære mer om. Det har blant annet vært undervisning om demens og APSD-symptomer, verge-trening, hvordan møte pårørende, dokumentasjon, egenmestring, tiltaksplaner og utfordrende atferd. Personsentrert omsorg og VIPS-modellen, samt Livets siste dager (LISID), er også blant temaene.

Det er interessant å se hvordan dette kan henge sammen med arbeidsmiljøet. Carpe Diem fremstår som en arbeidsplass der ansatte trives, og hvor det er lagt vekt på å utvikle både faglig trygghet og fellesskap. Vi fikk også høre at sykefraværet er lavt.

Velommen.



Grendehuset.



Det er verdt å merke seg. I en omsorgstjeneste der arbeidet kan være krevende, er stabile medarbeidere og kontinuitet svært viktig. For personer med demens kan kjente ansikter, trygge relasjoner og ansatte som kjenner den enkeltes historie, ha stor betydning.

God demensomsorg handler derfor ikke bare om hvor mange ansatte man har på jobb. Det handler også om hvilken kompetanse de har, hvordan de samarbeider og om de får mulighet til å utvikle seg i arbeidet.

Når personalet har kunnskap om demens, personsentrert omsorg og den enkelte beboers livshistorie, blir det lettere å se mennesket bak diagnosen. Da kan også små endringer i atferd forstås som uttrykk for behov, utrygghet eller ønsker – og ikke bare som «problematferd».

Et godt arbeidsmiljø kan dermed bli en viktig del av kvaliteten for beboerne. Når ansatte trives, opplever mestring og får mulighet til å utvikle kompetansen sin, skapes det også bedre forutsetninger for trygghet, kontinuitet og gode relasjoner. Personalet blir på den måten selve bærebjelken i modellen – det er menneskene som gjør visjonen om et godt liv med demens mulig i praksis.

Inspirert av Nederland

Carpe Diem er inspirert av den nederlandske demenslandsbyen De Hogeweyk. Allerede i 2016 besøkte politikere og fagpersoner fra Bærum Nederland for å undersøke om denne måten å organisere demensomsorg på kunne tilpasses norske forhold.

Det ble ikke en ren kopi av den nederlandske modellen. Konseptet måtte tilpasses norsk kultur, lovverk og kommunale rammer. Resultatet ble Carpe Diem – en norsk demenslandsby som bygger på ideen om at mennesker med demens fortsatt skal kunne leve et meningsfullt liv.

De spurte før de bygde

Noe av det mest interessante ved Carpe Diem er hvordan tjenestedesign ble brukt i utviklingen.

Før bygningene ble tegnet, ønsket man å vite hva mennesker med demens faktisk hadde behov for. Personer med demens, pårørende, ansatte og eldre i kommunen ble derfor involvert. Man lyttet til erfaringer, observerte hvordan eksisterende tjenester fungerte og undersøkte hva som kunne gjøres bedre.

Disse erfaringene ble deretter tatt med inn i planleggingen av både bygninger, uteområder og tjenester.

Det kan virke selvfølgelig å spørre dem som skal bruke et tilbud, men i helse- og omsorgstjenestene har vi ikke alltid vært like gode på nettopp dette. Carpe Diem viser hvilken forskjell det kan gjøre når brukernes erfaringer får være med på å forme selve tjenesten.

Frihet og trygghet kan gå hånd i hånd

Et av de sterkeste inntrykkene fra besøket var hvordan frihet og trygghet kunne kombineres.

Beboerne kan bevege seg rundt i landsbyen og oppsøke ulike møteplasser uten at de hele tiden trenger å bli fulgt av personalet. Omgivelsene er utformet slik at det er mulig å være aktiv samtidig som området er trygt og oversiktlig.

Det gir en annen form for frihet enn i en tradisjonell institusjon.

Trygghet handler ikke nødvendigvis om å begrense mennesker. Den kan også skapes gjennom omgivelser som gjør det mulig å bevege seg, delta og være selvstendig.

Hva kan vi lære?

Besøket på Carpe Diem ga mange inntrykk, men kanskje først og fremst et behov for å stille noen grunnleggende spørsmål om hvordan vi organiserer demensomsorgen.

Hva skjer når vi begynner med spørsmålet: «Hvordan ønsker du å leve livet ditt?» – i stedet for: «Hvilke tjenester trenger du?»

Forskjellen kan være større enn den først ser ut til.

Carpe Diem er selvfølgelig en stor og ressurskrevende satsing, og ikke alle kommuner kan bygge en demenslandsby. Men det betyr ikke at tankegangen ikke kan brukes andre steder.

Man kan skape mindre møteplasser. Man kan åpne sykehjemmet mer mot lokalsamfunnet. Man kan legge bedre til rette for hagearbeid, matlaging, musikk, kultur og generasjonsmøter. Man kan involvere pårørende og frivillige mer. Og man kan spørre beboerne hva som er viktig for dem – før man bestemmer hvordan tilbudet skal utformes.

Samtidig viser Carpe Diem at satsing på demensomsorg også må handle om dem som skal gi omsorgen. Kompetente og engasjerte medarbeidere, faglig utvikling, kontinuitet og et godt

Frisør og fotpleie.



Avslpingsrom for urolige demente.



arbeidsmiljø er ikke et tillegg til god omsorg. Det er en forutsetning for den. Kanskje er det nettopp her den viktigste lærdommen fra Carpe Diem ligger.

Det er ikke nødvendigvis bygningene som gjør Carpe Diem til en demenslandsby. Det er måten man tenker på. Her blir mennesket sett før diagnosen. Hverdagen kommer før rutinene. Og omsorgen skal ikke bare handle om å gi hjelp – men om å gjøre det mulig å fortsette å leve.

Pub.



Oppholdsrom.



For oss som besøkte Carpe Diem, ble det derfor mer enn et besøk på et sykehjem. Det ble et møte med en annen måte å tenke alderdom og demensomsorg på – og en påminnelse om at også mennesker med demens trenger noe av det samme som oss alle: tilhørighet, aktivitet, valgfrihet, fellesskap og følelsen av fortsatt å ha en plass i samfunnet. ■



Ny rapport om pasientsikkerhetsrisiko ved gjentatte fall hos eldre

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) lanserer en ny rapport om fall hos eldre i omsorgsboliger. Ett av funnene i Ukoms undersøkelse er at fall i begrenset grad ble forstått som tegn på forverring av sykdom, alvorlig skade eller ny funksjonssvikt. Rapporten kommer i november.

Av Frank Bremnes

Ukoms rapport tar utgangspunkt i en hendelse der en kvinne i 70-årene som bodde i en bemannet omsorgsbolig falt flere ganger i løpet av et kort tidsrom. Anne, som Ukom har valgt å kalle kvinnen, pleide ikke å falle. Annes pårørende ble bekymret og bad ansatte i boligen om en medisinsk vurdering. Rapporten peker på medvirkende faktorer til at det ikke ble gjort en medisinsk vurdering tidlig i forløpet. Anne hadde en alvorlig tilstand som trengte oppfølging på sykehuset.

Funn i undersøkelsen

Ett viktig funn i Ukoms undersøkelse er at gjentatte fall i begrenset grad blir forstått som et symptom og mulig faresignal på forverring, alvorlig skade eller sykdom. Ukom trekker fram at flere og nye fall kan peke mot akutt sykdom, også når vitale målinger ikke gir utslag eller viser tydelige avvik. Ukom ser at fall kan bli oppfattet som en forventet hendelse, snarere enn et tegn på behov for vurdering av tilstanden. En slik forståelse kan føre til at nye symptom eller endringer i tilstanden får mindre oppmerksomhet eller blir oversett.

I tillegg belyser rapporten funn som handler om informasjonsdeling mellom pasienten, pårørende og ulike deler av tjenesten. Dette er sentralt for å sikre en felles forståelse av situasjoner og tilgang til rask medisinsk vurdering for beboere i omsorgsboliger.

Et annet funn handler om rammebetingelsene for å kunne følge opp sammensatte behov i bemannende omsorgsboliger.

Bakgrunnen for undersøkelsen

Ukom har over tid fått meldinger og bekymringsmeldinger om fall, både fra helsetjenesten og pårørende.

Hendelsen i Ukoms undersøkelse illustrerer flere utfordringer som kommunale helse- og omsorgstjenester står overfor når de skal vurdere, tolke og forstå gjentatte fall hos eldre.

Fall er en pasientsikkerhetsutfordring i eldreomsorgen. Det er satt i gang en rekke tiltak i helse- og omsorgstjenesten for å forebygge og unngå fall. Men fall kan også være et viktig tegn på sykdom eller endring i helsetilstanden, og må forstås i en bredere klinisk sammenheng.

Hva handler rapporten om?

Ukoms rapport belyser hva som påvirker tjenestenes evner til å fange opp, forstå og følge opp beboere når flere fall eller små endringer kan være tegn på forverring eller alvorlig sykdom. Sentrale spørsmål er hvordan organisering, arbeidsmåter og tilgang til kompetanse påvirker tjenestenes evne til å skape en samlet forståelse av situasjoner og handle når behovene hos eldre endrer seg.

I rapporten gir Ukom anbefalinger som skal bidra til å bedre pasientsikkerheten. Anbefalingene kommer for eksempel til kommuner, fastlegjetjenesten, og ledelse på ulike nivåer i helsetjenesten. Samtidig publiserer de et eget læringsmaterieill med konkrete spørsmål knyttet til funn og anbefalinger. Disse kan tjenesten bruke som utgangspunkt for diskusjon og eget forbedringsarbeid.



Sigrun Åtland Førsvoll og Dag Erik Lutnæs i Ukom har undersøkt fall hos eldre i omsorgsboliger. Teammedlem Ingrid Dirdal er ikke tilstede på bildet. Foto: Ukom / Frank Bremnes

Rapporten og læringsmateriellet kommer i november, og du finner begge på Ukoms nettside (ukom.no). Her kommer også dato for lansering..

I løpet av året lanserer også Ukom en rapport som handler om tjenestetilbudet til eldre beboere i sykehjem.

Dette er Ukom

(Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten)

- Ukom undersøker alvorlige hendelser og alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten, for å bidra til bedre pasientsikkerhet.
- Kunnskapen skal bidra til å forebygge alvorlige hendelser, og gjøre helse- og omsorgstjenesten sikrere.

- Ukom er en uavhengig statlig virksomhet, som ikke tar stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.
- Ukom har en bred tilnærming i sitt arbeid, og ser på ulike faktorer som rammebetingelser og arbeidsmiljø. Dette gir en bedre oversikt over systemet hendelsen oppsto i, og hvordan den kunne skje.
- Ukom retter anbefalinger til relevante aktører i helsesektoren.

Les mer på ukom.no

Tor Engevik, leder i Geriatri- og demenssykepleierne, har deltatt på dialogmøter med Ukom i forbindelse med arbeidet med rapporten.



Visste du at 1 av 3 eldre over 65 år faller hvert år?

Enkel styrke- og balansetrening forebygger fall. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening blant personer som jobber ved landets treningssentre, aktivitetssentre, institusjoner for eldre og i hjemmetjenesten. Kurset finnes nå i fire ulike versjoner – en tilpasset hver av disse målgruppene. Et kurs tar en drøy time å gjennomføre. Etter gjennomført kurs får man tilgang til en øvelsesbank med drøyt 120 balanse- og styrkeøvelser tilpasset ulikt funksjonsnivå.

Sjekk ut e-læringskurset på **basis-fallforebygging.no**



Geriatric and dementia nursing NSF

VERVEKAMPANJE

NSFs faggruppe i geriatri
Kampanjen starter nå og varer ut oktober 2026

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



Arendalsuka 2026

Sosial beredskap bygges i fellesskap

Arendalsuka 2026 satte søkelys på flere av de viktigste utfordringene innen eldrepolitikk, folkehelse og omsorg. For Fylkeseldreombudet i Agder ble det særlig tydelig hvordan temaene ensomhet, pårørendeinnnsats, frivillighet og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene henger tett sammen.

Av Hanne Merethe Nøding

Et av ukens mest inspirerende arrangementer var Nabovenn, der budskapet var enkelt, men kraftfullt: Vi kan alle bidra til å bekjempe ensomhet gjennom å være gode naboer. På scenen møttes samfunnsdebattant og initiativtaker Else Kåss Furuseth, psykolog Peder Kjøs, Espen Lahnstein, forfatter og foredragsholder Amal Aden og avtroppende leder i Pensjonistforbundet, Jan Davidsen. Sammen løftet de fram betydningen av menneskelige relasjoner, fellesskap og sosialt ansvar i lokalmiljøene våre.

Innleggene viste hvordan små handlinger kan ha stor betydning. Å hilse på naboen, invitere på en kopp kaffe, tilby praktisk hjelp eller bare følge litt ekstra med kan være avgjørende for mennesker som opplever ensomhet eller utenforskap. Nabovennskap ble løftet fram som en viktig del av vår sosiale beredskap, ikke minst i en tid hvor mange eldre bor alene og ønsker å leve aktive liv i egne hjem så lenge som mulig.

Pårørendes rolle sto også sentralt under Arendalsuka. Fylkeseldreombudet deltok på Pårørendealliansens debatt om pårørendes situasjon og betydning. Her kom det flere gode råd til pårørende. Blant dem som understreket behovet for å være tydelig, var Jan Davidsen, som oppfordret pårørende til å «bruke utestemme», sette grenser og få avklart hvilken hjelp de har rett på. Bak rådene lå et viktig spørsmål om balansen mellom pårørendes ansvar og samfunnets ansvar. Hvor mye kan forventes av familie og nærstående, og hva må fellesskapet stille opp med gjennom offentlige tjenester?

Pårørendealliansens generalsekretær Anita Vatland trakk fram erfaringene fra seks år med nasjonale pårørendeundersøkelser. Hun understreket at organisasjonen aktivt har brukt kunnskapen fra undersøkelsene til å synliggjøre både verdien av pårørendeinnnsatsen og belastningene mange pårørende opplever. Tallene er ikke blitt liggende som statistikk, men er satt inn i et større

samfunnsperspektiv for å påvirke politikkutvikling og tjenesteutforming.

En annen viktig samtale under Arendalsuka samlet Fremskrittspartiets helsepolitiske talsperson Kristian Eilersen, NSF-leder Lill Sverresdatter, Fylkeseldreombudet i Agder og tillitsvalgte i Arendal kommune. Deltakerne delte en felles bekymring for situasjonen i hjemmetjenesten. Utfordringer knyttet til bemanning, kompetanse og tidspress ble løftet fram som forhold som påvirker både ansatte og brukere. Når stadig flere eldre skal bo hjemme lenger, blir sterke og godt bemannede hjemmetjenester avgjørende for trygghet, kvalitet og verdighet.

Felles for alle disse samtalene var erkjennelsen av at gode liv for eldre skapes gjennom et samspill

mellom offentlige tjenester, pårørende, frivillighet og lokalsamfunn. Verken hjemmetjenesten, pårørende eller naboene kan løse utfordringene alene. Men sammen kan de bidra til å bygge de fellesskapene som forebygger ensomhet, skaper trygghet og gir eldre mulighet til å leve gode liv.

For Fylkeseldreombudet i Agder står derfor ett budskap igjen etter Arendalsuka 2026: Sosial beredskap handler først og fremst om mennesker. Om å se hverandre, bry seg om hverandre og ta ansvar for fellesskapet vi alle er en del av. Det begynner ofte med noe så enkelt som å være en god nabovenn. ■



Her sitter eldreombud i Agder, Hanne Nøding, og leder i Norsk Sykepleierforbund, Lill Sverresdatter Larsen, i god dialog med andre fagpersoner.

Her er initiativtakere til Prosjekt Nabovenn, fra venstre komiker Else Kåss Furuseth, politiker Espen Lahnstein, psykolog Peder Kjøs, forfatter Amal Aden, eldreombud i Agder Hanne Nøding og leder av Pensjonistforbundet Jan Davidsen.



Debatt med Jan Davidsen Pensjonistforbundet og Hanne Nøding eldreombud Agder og Kai Øyvind Brenden nestleder NSF



DEMENS OG LIVSKVALITET



LANDSKONFERANSE

Radisson Blu Caledonien, Kristiansand
8. - 9. april 2027



Early bird til og med 08.02.27 på:



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 glade 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





Gratulerer

til de nyutdannede geriatriiske sykepleierne

Av Marianne Morland og Tor Engevik

Tirsdag 5. mai var det duket for avslutning for det første kullet med som har tatt videreutdanning i geriatriisk sykepleie ved VID Bergen. Faggruppeleder Tor Engevik var invitert til høyskolen for å gratulere de 40 nyutdannede sykepleierne som etter to år med hardt arbeid nå kan smykke seg med den nye tittelen «geriatriisk sykepleier».

Studentene har fått økt kompetanse om hvem den eldre pasienten er, og hvilke behov eldre har. Gjennom forelesninger, seminarer, gruppearbeid, simulering og praksisstudier har de tilegnet seg viktig kompetanse som helsetjenesten virkelig trenger.

Gjennom studiet har studentene fått kunnskap om geriatri, etikk, jus, kunnskapsbasert praksis og kvalitetsarbeid. Viktigst av alt har de utviklet økt faglig trygghet, et skarpere klinisk blikk og en dypere forståelse av kompleksiteten i eldreomsorgen.

Studentene har gjennomført flere eksamener og arbeidskrav parallelt med fullt arbeid. Vi gratulerer dem med fullført utdanning og ønsker dem lykke til videre i arbeidet som geriatriiske sykepleiere.



Fra venstre: Stein Erik Fæø, prodekan for forskning, Marianne Morland, programkoordinator for videreutdanning i geriatriisk sykepleie og Nathalie Puschitz, leder forskningsgruppe bærekraftig helsevesen og velferdsteknologi VID gratulerer de nyutdannede.

Foto: Tor Engevik



For mer info om studiet se på www.vid.no/studier/geriatriisk-sykepleie-videreutdanning

ViD tar opp studenter hvert år. Neste mulighet for å søke er vår 2027.

For spørsmål ta kontakt med marianne.morland@vid.no

Vi i faggruppen for geriatri og demens minner på at absolutt alle sykepleiere i NSF som har interesse for eldreomsorg er velkommen som medlemmer i vårt faglige felleskap. Verv gjerne en kollega ved å få hen til å sende en sms med ordet geriatri til 02409

Nyutdannede geriatriiske sykepleiere og lærere ved ViD.
Foto: Geir Johannessen





To nye lokalgruppeledere

Jeg har vært sykepleier siden 2001 og har erfaring fra både sykehus, kommunehelsetjenesten, ledelse, fagutvikling og forskning. Jeg startet på sykehus innen kreft, palliasjon og infeksjon, før jeg gikk over til kommunehelsetjenesten.

Siden mars 2026 har jeg vært avdelingsleder i Kragerø hjemmetjeneste, ytre kommune. Jeg søkte meg dit fordi det var høy faglig kompetanse blant de ansatte. For meg er kompetanse avgjørende. Vi må kunne observere endringer hos pasientene, forstå hva vi ser og sette inn riktige tiltak.

Som leder er jeg opptatt av å skape systemer som sikrer god kvalitet hver dag. Tjenestene skal ikke være person-avhengige av hvem som er på jobb. Jeg ønsker tydelige forventninger til faget og å hjelpe ansatte til å nå disse kravene. Jeg har fått høre at jeg er tydelig og litt streng, men også at jeg blir savnet når jeg går ut av rollen. Jeg tror tydelighet og trygghet kan gå hånd i hånd.

Jeg har skrevet masteroppgave om systematisk arbeid hos ledere i hjemmetjenesten og har nylig fått godkjent en artikkel i Nordisk sykepleieforskning om samme tema. Jeg har også skrevet om skrupelighet hos eldre i Sykepleien Forskning. Skrupelighet er etter min mening et viktig faglig begrep når vi skal vurdere hvilket omsorgsnivå den enkelte eldre trenger.

Fra 2007 til 2009 var jeg prosjektleder for intravenøs behandling på sykehjem. Jeg mente at mange pasienter kunne få behandling på sykehjemmet i stedet for å bli sendt til sykehus. Pasientene fikk være i kjente omgivelser, samtidig som sykepleierne fikk brukt og videreutviklet kompetansen sin. Prosjektet fikk mye positiv respons og ble senere videreført som forskning ved Universitetet i Oslo.

Jeg har også vært med på å bygge opp en interkommunal øyeblikkelig-hjelp-avdeling med ni senger. Der var det kun sykepleiere ansatt, og jeg var teamleder i ti år. Det var et tilbud som ble satt stor pris på av pasienter, pårørende, fastleger, ansatte og sykehus.

Jeg er opptatt av å se hele pasienten. Når noe skjer, må vi spørre hvorfor og se etter sammenhenger. Dokumentasjon, informasjonsflyt og samarbeid er avgjørende for at vi skal kunne bygge videre på hverandres observasjoner og tiltak.

Vi må jobbe som et «vi» – dele kunnskap, lære av hverandre og hele tiden utvikle faget.

Pasient og pårørende skal også være en del av dette laget. God informasjon, medvirkning og respekt er viktige forutsetninger for trygg og helhetlig omsorg.



Lisbeth Østby

Jeg har vært medlem av Norsk Sykepleierforbund siden 2001 og engasjert meg i fagarbeid etter masterutdanningen i klinisk helsearbeid i 2025.

Privat har jeg to voksne sønner, én som er fotballproff og én som er ingeniør. Jeg er godt gift med Tøger, og vi har passert sølvbryllupet. Jeg finner ro ved sjøen og på hytta på fjellet, liker å trene og være sammen med venner. Og så strikker jeg litt – enkelt og akkurat nok til at hjertet slår roligere.

Som faglig leder ønsker jeg å bidra til høy faglig kvalitet, tydelige systemer og en kultur der vi lærer av hverandre – slik at pasientene får trygg og god omsorg, hver dag. ■



Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn?

Jeg ble utdannet sykepleier i 2014 ved Universitetet i Agder i Grimstad og har videreutdanning innen demensomsorg ved UIA. Jeg har rundt 16 års erfaring fra kommunehelsetjenesten og eldreomsorgen, og begynte allerede som 17-åring å jobbe i omsorgstjenesten. Det har gitt meg lang erfaring og innsikt i eldreomsorgen fra flere sider.

Hva er du særlig opptatt av faglig?

Jeg er spesielt opptatt av skrøpelige eldre og personer med demens. Vi trenger riktig kompetanse og må bli flinkere til å bruke de ulike yrkesgruppene på riktig måte.

Helsepersonell trenger også kontinuerlig faglig påfyll. Jeg har i dag ansvar for videreutdanning innen klinisk kompetanse for helsearbeidere, med fokus på observasjon, vurdering, førstehjelp og praktiske prosedyrer. Det er viktig å kunne oppdage endringer hos pasientene tidlig og handle raskt.

Hvorfor er demensomsorg så viktig for deg?

Jeg mener demensomsorgen fortsatt ikke blir prioritert godt nok. Demens er en alvorlig og dødelig sykdom, men vi har ikke alltid det samme helhetlige og strukturerte pasientforløpet som vi kjenner fra kreftomsorgen.

Jeg har tidligere jobbet som demenskoordinator og erfarte hvor viktig det er å komme tidlig inn. Både personen med demens og de pårørende trenger informasjon, støtte og trygghet gjennom hele sykdomsforløpet.

Hva mener du er viktig fremover?

Mange ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Da må vi sørge for at tjenestene og boligtilbudene er tilpasset hvor personen befinner seg i sykdomsforløpet.

Det gjør vondt i sykepleierhjertet å se hvor krevende hverdagen kan bli for mennesker med demens og deres pårørende. Derfor trenger vi både ressurser, kompetanse og gode tjenester.

Hva ønsker du å bidra med som faglig leder?

Jeg ønsker å bidra til økt fokus på geriatrisk sykepleie og demensomsorg. Vi trenger mer kunnskap, faglig engasjement og deling av erfaringer fra praksis.

Jeg ser frem til å ta fatt på oppgaven som faglig leder og bidra til at faget får den oppmerksomheten det fortjener. ■



Liv Marie Hovatt



Fagseminar og generalforsamling for Geriatri og demenssykepleierne i Telemark

Av Tor Engevik

Den 10. mars 2026 kalte lokalgruppen for Geriatri og demenssykepleierne i Telemark inn til fagseminar og generalforsamling. Tema for dagen var GSKUV, (generalisert Systematisk Klinisk Undersøkelse og Vurdering), -observasjonskompetanse mage og lunge ved Lisbeth Østby. Etter det engasjerende foredraget og praktiske øvelser der deltagerne brukte stetoskop på hverandre ble det avholdt generalforsamling.

Lokalgruppen valgte der et nytt og faglig sterkt styre bestående av leder Lisbeth Østby og styremedlemmene Kristin Vrålstad Fahre, Vigdis Aaltvedt og Sissel Klausen. Det er bare å ønske lokalgruppen lykke til med kommende fagseminarer og annen faglig aktivitet. ■

Fra venstre: Kirsten Vrålstad Fahre, videreutdanning i geriatri, Lisbeth Østby, master i klinisk helsearbeid, Vigdis Aaltvedt, sykepleier ph.d., Sissel Klausen, master i aldring og eldreomsorg.



Engasjerende fagseminar på Høyskolen Campus Haugesund

Av Tor Engevik

Den 8. juni tok styret i Geriatri og demenssykepleierne lokalgruppe i Rogaland initiativ til et engasjerende fagseminar sammen med AKS sykepleierne i fylket. Seminaret ble holdt på HVL Vestland Campus Haugesund. Marita Husevåg Hellesten ønsket alle velkommen før fylkesleder Aud Holland Riise og nestleder Siri Rugland i NSF Rogaland sa noen ord om sitt engasjement og om viktigheten av at vi sykepleiere gir tilbakemeldinger med god faglig begrunnelse for å beholde kompetansekravet som regjeringen nå har foreslått å fjerne.

Deretter holdt faggruppelider Tor Engevik et innlegg der han fortalte om hvor viktig faggruppene til NSF er ved at

de arrangerer gode fagkvelder og sprer god kunnskap om sykepleiefaget. Tor minnet også på at det er enkelt for alle sykepleiere å melde seg inn i Geriatri og demenssykepleierne NSF ved å sende en sms med ordet geriatri til 02409.

AKS sykepleierne Malene Oppigard og Janne K. Himle holdt så et engasjerende foredrag om hvordan de former sine oppgaver som AKS sykepleiere hjemmetjenesten i Tysvær kommune i Rogaland. Dette ved å bruke gode verktøy for å utrede hjelpebehovet.

Det ble til slutt en god sykepleiefaglig debatt blandt de 22 fremmøtte sykepleierne før Marita ønsket alle vel hjem. ■



AKS sykepleierne Janne K. Himle og Malene Oppigard under foredraget.
Foto: Tor Engevik

Styret i Geriatri og demenssykepleierne Rogaland og fylkesledere. Fra venstre: Stig Riise Pettersen, Marita Husevåg Hellesten, Aud Hølland Riise, Siri Rugland, Kristine Hellesten Ravnås, Olaug Kristin Eikeland Hindal og Sølvi Lunde. Foto: Tor Engevik



Styret i Geriatri og demenssykepleierne Rogaland og faggruppelider. Fra venstre: Stig Riise Pettersen, Marita Husevåg Hellesten, Tor Engevik, Kristine Hellesten Ravnås, Olaug Kristin Eikeland Hindal og Sølvi Lunde. Foto: Siri Rugland





Fagseminar på fylkeskontoret til Norsk Sykepleierforbund i Agder

Av Tor Engevik

Den 16. april var et samlet styre i Geriatri og demens-sykepleierne NSF i Kristiansand for å bidra med å arrangere fagseminar. Det ble et innholdsrikt fagseminar for de over 20 fremmøtte samtidig som det ble servert pizza og drikke. Leder i faggruppen Tor Engevik og ny kontaktperson for lokalgruppen i Agder Liv Maria Hovattn ønsket alle velkommen og takket samtidig Ragne Quinteros, fylkesleder i NSF Agder, for å stille fylkeskontoret til rådighet for samlingen.

Deretter holdt spesialsykepleier i palliasjon Linda Sunne et lærerikt foredraget «når er det nok» der hun fortalte at det på et tidspunkt kan være greit å avslutte livsforlengende behandling, men å fortsette å gi lindrende medisiner. Så holdt sykepleier Monika Reisersølmoen Vigre et engasjert om demensskolen.

Monica fortalte om hvor mye livsglede, trygghet og mestring det ga personer med demens som fikk tilbud om å gå på denne skolen som en del av det ukentlige aktivitetstilbudet i

Grimstad. Spesialrådgiver ved ressurscenter om vold, Sapna Sharma holdt så et tankevekkende foredrag om «blindsoner i eldreomsorgen». Der fortalte hun om eldre som kunne bli utsatt for vold av nær familie og om familienettverkets negative sosiale kontroll, selv for tredje generasjons innvandrere.

Siste foredragsholder var Hanne Nøding som er Agders og landets eneste eldreombud. Hanne fortalte om den nasjonale kampanjen «nabovenn» som har til hensikt å ensomhet og utenforskap gjennom små, lavterskels handlinger i nærmiljøet. Avslutningsvis hadde de fremmøtte sykepleierne gode samtaler med utgangspunkt i de svært gode og lærerike foredragene.

Vi gleder oss til neste fagseminar i Agder og interesserte oppfordres til å ta kontakt med lokal kontaktperson Liv Maria Hovattn, fylkesleder Ragne Quinteros eller faggruppeleder Tor Engevik hvis de har forslag til temaer for fremtidige fagseminarer. ■

Spesialsykepleier i palliasjon Linda Sunne holdt foredraget «når er det nok». Foto: Tor Engevik



Spesialsykepleier Monika Reisersølmoen Vigre forteller engasjert om demensskolen. Foto: Tor Engevik



Eldreombudet i Agder, Hanne Nøding fortalte om den nasjonale kampanjen «nabovenn».



Spesialrådgiver og sykepleier Sapna Sharma holdt så et tankevekkende foredrag om «blindsoner i eldreomsorgen».



Innholdsrikt fagseminar i Innlandet

Av Tor Engevik

Den 26. januar arrangerte Gunn Gihle Riisehagen fra lokalgruppen for Geriatri og demenssykepleierne i Innlandet et fagseminar sammen med faggruppelider og fylkeskontoret i Innlandet. Faggruppelider Tor Engevik og konstituert fylkesleder Åsmund Gravdal ønsket fremmøtte hjertelig velkommen til seminaret ble avholdt på Quality Strand hotell i Gjøvik. Første foreleser var forskningsleder Sverre Bergh fra forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt ved Sykehuset Innlandet som fortalte om ulike forskningsprosjekter. Deretter holdt forskningsmedarbeider Maria Sørnes Pedersen et foredrag om RAIN-studien, om

beboeragresjon i sykehjem. Så fortalte stipendiat Anette Væringstad om PRACTIC-studien som tester ut en tilpasset variant av TID-modellen <https://tidmodell.no/modellen/> for å styrke hjemmetjenestens arbeid med forebygging og tilnærming til kriser hos skrapelige hjemmeboende pasienter. Avslutningsvis holdt faggruppelider Tor Engevik og norgesmester i styrkeløft Unni Olsen på 81 år foredraget «Aktiv alderdom - med trening, musikk og reminisens som medisin». Det ble et innholdsrikt fagseminar der de over 50 fremmøtte deltok med gode spørsmål til foredragsholderne under seminaret. ■

Oppe til høyre:
Forskningsmedarbeider Maria Sørnes Pedersen
holder et informativt foredrag om RAIN-studien.
Foto: Tor Engevik.

Nede til høyre:
Stipendiat Anette Væringstad forteller engasjert
om PRACTIC-studien til de fremmøtte på seminaret.
Foto: Tor Engevik.

Konstituert fylkesleder NSF Innlandet Åsmund Gravdal og
faggruppelider Tor Engevik.



Helsetidrektoratets
anbefalinger for fysisk
aktivitet:

Eldre med nedsatt mobilitet bør gjøre
balanseøvelser og styrketrening tre
eller flere dager i uken for å styrke
balansen og forhindre fall.

AKTIVE ELDERE – EN LEVENDE ALDERDOM GJENNOM STYRKETRENING OG FYSISK AKTIVITET

Et flerfaglig livsgledeprosjekt som har som mål å tilrettelegge for en aktiv og levende alderdom. Prosjektet ble startet av Tor Engevik, leder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for geriatri og demens, i samråd med Ingrid Tvedt, institusjonssjef ved Løvåsen sykehjem og Rune Eidset, spesialrådgiver i Etat for alders- og sykehjem. Det er senere utprøvd og videreutviklet i samarbeid med beboere og ansatte ved sykehjem i Bergen. Opplegget er utprøvd på et tredvetalls sykehjem, serviceboliger, dagsentre og eldretreninger i forskjellige kommuner i Hordaland og Sogn Fjordane.

HAR ELDERE BEHOV FOR STYRKETRENING?

For yngre er det **viktig** å trene. For eldre er det **livsviktig** å trene. Muskelsvinn eskalerer etter 60 års alder. Det som kan forebygge dette er styrketrening. De fleste av oss vil jo bli eldre? Forskning viser også at styrketrening forebygger demens og reduserer utvikling av demens.

MOTIVASJONSFAKTORER

På sykehjem kan dette kan være:

- Musikk. Det er gøy å trene til musikk.
- Reminisens. Å trene hjernen øker tilstedeværelse.
- Sosialt samvær. Trene øvelser sammen.
- Ernæring. Viktig med drikke etter trening for å gjenopprette væskebalanse som er et av våre grunnleggende behov. I tillegg er det sosialt og øker livsglede for både pleiere og beboere.

Hvilket utstyr har man behov for?

- En strikk med to håndtak, og som ikke er for stram
- Tre sanger fra CD, (eller I-Pod), tilpasset beboergruppens musikksmak
- En CD spiller, (eller et annet musikkapparat)
- Treningsprogram med eksempler på øvelser
- Diktbok
- En eller to pleiere med godt humør som kan lede treningsprogrammet og vise øvelsene



“ Det beste vi kan gjøre,
er å være der for hverandre,
se hverandre, huske å gi
hverandre de gode ordene.
Og bære hverandre om det trengs. ”



Her er noen av Kong Haralds beste sitater

Jeg tror den viktigste livsoppgaven vi alle har fått, er å bli det beste av oss selv – uansett hvor vanskelig livet kan være.

– Nyttårstalen 2012

Det sies at visdom kommer med alderen. Min erfaring er at alderen ofte kan komme helt alene også!

– Den årlige middag for Stortinget, 23. oktober 2008

Tiden vi tilbringer sammen er den mest dyrebare vi har.

– Nyttårsatalen 2012

Vi bør være forsiktige med å la oss blende av posisjoner. Det er mennesket som fyller rollen det kommer an på.

– Nyttårstalen 2012

Når vi synger «Ja vi elsker dette landet», skal vi huske på at vi også synger om hverandre. For det er vi som utgjør landet.

– Fra H.M. Kongens tale under Kongeparets hagefest
i Slottsparken 1. september 2016

Å møte en annen med respekt, er å lytte til en tanke og ta imot et hjerte – og trå varsomt i ukjent terreng.

– Nyttårstalen 31. desember 2006



Geriatric and dementia nursing NSF

Bli medlem

Bli med å bygge opp den kompetansen du selv ønsker å møte når du blir eldre. Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i dag!

Ved innmelding etter 1. november er det gratis medlemskap ut året.

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

- Meld deg enkelt inn ved å sende sms med ordet: **GERIATRI** til **02409**
- Eller send en e-post med dine opplysninger til tor.engevik@hotmail.no

Kontingent: kr 400,- for 2026

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 fagtidsskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig, tilbud om fagseminarer og konferanser, mulighet til å søke på utdanningsstipend og en rekke andre medlemsfordeler.



Foto: iStock