



Geriatrisk sykepleie

NR. 2-2014 • ÅRGANG 6

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

**Ny teknologi
i eldreomsorgen**

Sykepleien

Landsstyret NSF FGD 2014 – 2016



Leder:

Cecilie Olsen
Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen
Mobil: 99 22 85 54
e-post: sovolse@online.no



Nestleder og ansvarlig for lokalgruppene:

Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com



Redaktør:

Wivi-Ann Tingvoll
Hagebakken 11, 8500 Narvik
Mobil: 97 53 95 55
e-post: vat@hin.no



Økonomiansvarlig:

Marianne Kumlin
Sørli, 2134 Austvatn
Mobil: 91 59 46 85
e-post: marianne@kumlin.biz



Konferanseansvarlig, sekretær og medlem i stipendutvalget:

Bjørg Thomassen
Landmark. 5. Bera terrasse 7C
3026 Drammen
Mobil: 47 61 43 90
e-post: bjorg.landmark@drmk.no



Annonse og abonnementsansvarlig pluss utstiller ansvarlig:

Liv Inger Korsnes Nilsen
Kløverstien 4B, 6511 Kristiansund N
Mobil: 90 06 71 42
e-post: linilse@online.no



1. vara og medlem i stipendutvalget:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no/
ranveig.lie@ullensaker.kommune.no



2. varamedlem:

Bente Skauge
Lundsvei 2B, 1710 Sarpsborg
Mobil: 91 60 12 12
e-post: besk@hotmail.no

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agder-fylkene:

Styret etterlyser interesserte medlemmer i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Terje Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

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

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekrheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Kari Kristin Bergersen Stærk
Telefon: 98 69 44 36
e-post: kari.kristin.sterk@stavanger-kommune.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

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

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppeleder i Buskerud:

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

Lokalgruppeleder i Trøndelag:

Kari Merete Lian
Mobil: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Lokalgruppeleder Østfold:

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

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Liv Inger Korsnes Nilsen
Mobil: 90 06 71 42
e-post: linilse@online.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Telefon: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Ipod-trøbbel for eldre

Kommuner og helsevesen vil at flere eldre skal bruke nettbrett som fjernkontroll for å styre lys og temperatur i eget hjem. Men for mange eldre er Ipad umulig å bruke.

– De som trenger teknologien mest, er de som har minst forutsetninger for å bruke den, sier Hilde Alyseike Dahle, prosjektstyrer ved Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser ved Stavanger universitetssjukehus.

Sammen med kollega og nevropsykolog Kolbjørn Brønnekk har hun forsket på bruk av velferdsteknologi blant eldre.

Dahle mener det må skilles mellom ulike grupper av eldre, og at velferdsteknologiske hjelpemidler må skreddersys brukerne.

Kilde: www.uis.no

LEDER:
Cecilie Olsen



Teknologi til pasientens beste

Innovasjon og tjenesteutvikling er nødvendig for å bevare og utvikle velferdsstaten, men innovasjon skjer ikke uten risiko. Man må prøve og feile, og vi er avhengig av at noen driver denne utviklingen fram. Ved implementering av teknologi er det behov for standardisering og samforstand. Gode ideer, prosjekter og forskning må løftes frem og nå ut til flere. Vi må fortsette å gjøre mer av det som virker!

Innovasjon er vanskelig å planlegge. Det finnes i dag 428 kommuner i Norge. 428 spredte aktører som alle selvstendig jakter på gode tjenester for sine innbyggere. Kommunene er driftsorganisasjoner med ulike størrelser og rammebetingelser. Dette gir store utfordringer når teknologi skal utvikles og implementeres. Kommunesektoren skal være nyskapende, men skal de ha innovasjonsansvaret? Kan kommunene være bestillere av ny kunnskap fra forskningsfeltet, næringslivet og frivillig sektor?

Samhandling på tvers av ulike aktører er en forutsetning for å skape gode tjenester i praksis. Engasjement og tørre å ta risiko er suksessfaktorer. Det samme er kunnskap om hvilket behov teknologien skal fylle. I Bergen kommune var det ønskelig å gi sykehjemspasienter bedre mulighet for trening. Det ble kjøpt inn trenings sykler med hjelpemotor slik at pasientene kunne sykle lenge. Først da det ble laget filmer fra Bergensgatene som ble vist på storskjerm sammen med musikk mens pasientene syklet, ble effektene synlige. Pasientene opplevs som roligere, sover bedre, spiser bedre, for-døyselen fungerer og muskelmasse bygges. Pasientene viser glede, mestring og deltar i et sosialt fellesskap rundt sykkel og skjerm hvor de prater om det de ser. Et eksempel på tjenesteutvikling og forebyggende tiltak hvor gevinsten er større enn kostnaden!

KS sitt innovasjonsverktøy N3 framhever innovasjon som noe nytt, nyttig og nyttiggjort. Nyttig som å skape verdi, øke tryggheten, forbedre kvaliteten og lette arbeidet for de ansatte. Velferdsteknologi kan være et supplement til å løse de oppgaver vi ellers ikke kan få gjort, men for å finne gode løsninger i praksis må vi også erkjenne de etiske utfordringene verktøyene bringer med seg. Sammen med pasienter og pårørende er vår styrke og

kunnskap det å være god på å kjenne behovet, ikke nødvendigvis å kjenne til løsningene på forhånd. Pasienter og pårørende er eksperter på sine behov. For å vite behovet må vi tørre å spørre hva som kan hjelpe for den enkelte. Kanskje kartlegging av behov også kan føre til mer verdighet for brukergruppen, samt økt bevisstgjøring om brukermedvirkning når behovene må defineres?

Skottland er et foregangsland i å ta i bruk velferdsteknologi. Louise McCabe, forsker ved Universitetet i Stirling, mener at dersom vi klarer å utvikle god teknologi for personer med demens, vil dette hjelpe andre pasientgrupper siden dette er en meget utfordrende gruppe å utvikle gode teknologiske løsninger for. Forskning om bruk av GPS og sporingsteknologi fra Skottland på yngre personer med demens viser at dette ikke bare gir økt sikkerhet, men sikrer også uavhengighet hos bruker.

Det gjør vondt å lese overskrifter fra media som «kvinne 92 forsvunnet fra sykehjemmet», eller «mann 77 meldt savnet». Som oftest handler dette om personer med demens som begir seg ut på tur og ikke finner veien tilbake. Dette skaper naturlig nok frykt og bekymring hos både pasient og pårørende. Bruk av GPS og sporingsteknologi kan kanskje forhindre eller redusere noen av disse hendelsene.

I Lindås kommune prøves det ut omsorgsteknologi i inntil 250 boliger. Prosjektet vil gi nyttig erfaring fra norske forhold og gir også mulighet til se på effekter for organisering. Utsagn som «no søv eg godt om nettene» fra pårørende til person med demens tyder på at installasjon av velferdsteknologi opplevs som en trygghet. Ringvirkninger av prosjektet viser også økt fokus på forebygging og brukerens behov.

Å tenke annerledes kan føre til store gevinster for pasienter, pårørende, helsepersonell og velferdsstaten. Fest setebeltene og heng med!

Cecilie Olsen

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

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

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. Solveig Hauge, PhD, førsteamanuensis, Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo. Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole. Gørill Haugan, PhD, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT:

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

ANNONSER:

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

HJEMMESIDE:

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

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

Astrid Svalastog

Tlf: 97 67 12 62
astrid.svalastog@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Monica Hilsen

monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 6. november 2014

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiiof.no



10 **PÅRØRENDE:** GPS-sporing i demensomsorgen



24 **SYKEPLEIE:** Utfordringer i hjemmetjenesten

Innhold

NR. 2-2014 • ÅRGANG 6

«Å tenke annerledes kan føre til store gevinster for pasienter og pårørende.»

Cecilie Olsen, side 3

2 Landsstyret, lokalgruppeledere og kontaktpersoner

3 LEDER: Cecilie Olsen

6 GJESTEREDAKTØR: Liv Wergeland Sørbye

7 NSF's innovasjonsarbeid i utviklingen av morgendagens sykepleietjeneste

8 Prøver ut ny teknologi i behandlingen

10 Den pårørendes situasjon og GPS-sporing i demensomsorgen

16 Kompresjonsstrømper til besvær?

20 Birgitte Graverholt – sykepleier med fersk doktorgrad

23 Foreslå kandidater til Årets sykepleier

24 Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten: Hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig?

35 Søk stipend

8 **TEKNOLOGI:** Pasienter prøver nye hjelpemidler



Vitenskapelig tidsskrift

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

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

■ GJESTEREDAKTØR:
Liv Wergeland Sørbye



Jeg vil så gjerne, men hjernen min kobler feil

Begrepene innovasjon og velferdsteknologi assosieres umiddelbart med effektivitet, økonomi og fremmedgjøring. I næringslivet omtales innovasjon som «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess» (1). Helse og omsorgsdepartementet gir uttrykk for at begrepet innovasjon kan være fremmedgjørende ut fra en omsorgsideologisk tenkning. Det legges vekt på at hensikten er å skape noe nytt som kan være nyttig og bli nyttiggjort (2). Norsk Sykepleierforbund har presentert sin politiske plattform for innovasjon og tjenesteutvikling og legger vekt på at dette krever motivasjon og ressurser (3).

Tidsskriftet Geriatrik sykepleie henvender seg til fagpersoner som daglig møter eldre som er ekstra sårbare for endring. Faste rutiner, kjente ansikter i kjente omgivelser er med på å skape trygghet i en ellers for mange, kaotisk verden. Det er derfor viktig å lære mer om hvordan kunnskap og erfaringer fra andre samfunnsområder kan skape nytenkning og individuelt tilpassede løsninger for den enkelte eldre.

Dette temanummeret omfatter forskning, fagutvikling og eksempler fra praksis. Leseren blir introdusert til et geografisk informasjonssystem som blir brukt for å analysere hvilke sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten står overfor relatert til tid. Studien viste at en i større grad må være bevisst hvilke prinsipper som ligger til grunn for ukeprogrammene relatert til faglig forsvarlig sykepleie. En hyppig årsak til bruk av hjemmetjenester er behov for hjelp med kompresjonsstrømpe. Vi får her presentert et litteraturstudie som viser at selv om pasienten er påkledd, kan ødemene reduseres ved å ha beina på en stol ca. en halv time før sykepleieren ankommer. Dette gir en større fleksibilitet i kjøreruten (4-5).

Velferdsteknologi blir ofte introdusert som en del av en større statlig finansiert plan for å håndtere konsekvensene av «eldrebølgen». Men utviklingen skjer raskt. For ti år siden var Norge det land i Europa som hadde høyest andel eldre med trygghetsalmer (6). I dag skal alle «gamle» trygghetsalmer fases ut, og ny teknologi innlæres. Stadig flere personer med kognitiv svikt får nå muligheter til å teste ut ulik teknologi, bruk av GPS har vært omdiskutert (7). Til tross for flere etiske og juridiske betenknninger er, totalt sett, fordelene med et slikt sporingssystem større enn ulempene. I artikkelen *GPS-sporing i demensomsorgen* beskriver forfatterne kompleksiteten knyttet til bruk av GPS-løsninger. De ønsker å bidra til å nyansere debatten og forventningene til velferdsteknologien (8).

Sentrale etiske prinsipper må alltid ligge til grunn for vurderingen av ny teknologi. Sensorer eller bruk av GPS kan gi personen muligheter for å bevege seg fritt, istedenfor at autonomien blir hemmet ved å være innelåst i eget hjem eller på en lukket avdeling. Dette er et gode (velgjørenhet) og er med på å øke selvstendighet og trivsel. Prinsippet om ikke å skade er viktig, velferdsteknologi må balanseres med mulig skade (maleficence) og forestillinger om rettferdighet for den personen det gjelder (9). Ingen tiltak må skade pasienten selv om privatlivet kan bli invadert. Krav til taushetsplikt og personvern må ivaretas. Hensynet til pasientens beste skal alltid veie tyngst. I forhold til alvorlig demente kan hensynet til nærmeste pårørendes ønske om trygghet og forutsigbarhet være et viktig anliggende ved uttesting av velferdsteknologi.

Som sykepleiere må vi kontinuerlig være delaktig i tjenesteutvikling. Vi må også være åpne på at eksisterende løsninger kan være bedre enn nye. Dokumentasjon og forskning er derfor et viktig grunnlag for å få en god praksis.

Referanser:

1. Stmeld. St.meld. nr. 7 (2008-2009). Et nyskapende og bærekraftig Norge. In: regjeringen.no, editor.2008.
2. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2012.
3. Norsk sykepleierforbund. Politiske plattform for innovasjon og tjenesteutvikling. 2013-2016. <https://www.nsf.no/Content/1400111/Politisk%20plattform%20innovasjon%20og%20tjenesteutvikling.pdf>
4. Holm SG. Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten, hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? Geriatrik sykepleie 2014; 6(2):x-x.
5. Holm SG. Kompresjonsstrømper til besvær? Geriatrik sykepleie 2014; 6(2):x-x
6. Sørbye LW. Characteristics of Female 65+ in Home Care Service - At 11 Sites in Europe. Tromsø Telemedicine and eHealth Conference, 2007 <http://www.telemed.no/index.php?id=452498>
7. Hughes R. Wander-walking and the use of telecare: key principles to uphold. Nursing & Residential Care [serial on the Internet]. 2013; 15(1): Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/91264621/wander-walking-use-telecare-key-principles-uphold>.
8. Thygesen H, Moser I. Den pårørendes situasjon og GPS-sporing i demensomsorgen. Geriatrik sykepleie 2014; 6(2):x-x
9. Dewsbury G, Ballard D. The ethical issues of telecare: a help or a hindrance? Nursing & Residential Care [serial on the Internet]. 2013; 15(7): Available from: http://www.nursingresidentialcare.com/cgibin/go.pl/library/article.html?uid=99176;article=NRC_15_7_490.

Liv Wergeland Sørbye

GJESTEREDAKTØR

Utvikling av morgendagens helsetjeneste

Sykepleietjenesten får en viktig posisjon i framtidens helse-Norge. Norsk Sykepleierforbund vil bidra i utviklingen, og har utarbeidet en politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling.

Høsten 2013 utarbeidet Fag- og helsepolitisk avdeling i Norsk Sykepleierforbund (NSF) sju politiske plattformer. Disse skal gi retning for NSF's videre fag- og samfunnspolitiske arbeid i møtet med morgendagens helsemessige utfordringer – flere eldre og pleietrengende, og et endret sykdomsbilde.

En av plattformene tar opp innovasjon og tjenesteutvikling. Her har Sykepleierforbundet definert fem forskjellige satsingsområder.

1. Gjennom etableringen av en god innovasjonskultur vil helse- og omsorgstjenesten bli langt mer effektiv og omstillingsdyktig i møtet med befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. En god innovasjonskultur forutsetter god ledelse, som verdsetter og anerkjenner gode ideer, og tar dem i bruk. Det kreves også mangfold og kollektiv innsats – mange ulike synspunkter og erfaringer, og samtidig åpenhet, toleranse og kollektiv innsats om nye måter å løse utfordringene på.

2. Innovasjon krever også gode rammebetingelser. Innovasjon koster! Det koster å være i front, det koster å bygge progressive arbeidsmiljøer, det koster å være raus med prøving og feiling. Det er langt billigere å følge etter de andre, og å aldri gjøre noe utover det man alltid har gjort. Samtidig må man være mye flinkere til å planlegge for å lykkes med systematisk innovasjonsarbeid. Bruk og spredning av gode resultater krever strategisk planlegging.

3. Det må kontinuerlig vurderes hvordan ansvar og oppgaver er fordelt. Det



HJELPEMIDLER: Ny teknologi gir nye muligheter, men det er viktig at alle som skal bruke de tekniske hjelpemidlene får god opplæring. Illustrasjonsfoto: Microstock/Scanpix.

må etableres klare mål og kriterier for fordeling av ansvar og oppgaver mellom personellgrupper, og mellom helsepersonell og pasient og pårørende/frivillige. God kvalitet og faglig forsvarlighet må være retningsgivende. NSF har utviklet åtte prinsipper for ansvars- og oppgavedeling, der kvalitet, tilgjengelighet og effektive tjenester står i sentrum.

4. Brukerne av helse- og omsorgstjenester må bli langt sterkere involvert, både individuelt og gjennom pasientorganisasjonene. Gjennom aktiv deltakelse av pasienter og pårørende i beslutningsprosesser, og tilstrekkelig opplæring i bruk av ulike hjelpemidler, skal tjenestene bli langt mer tilpasset den enkelte bruker og vedkommendes egenressurser og hjelpebehov.

5. Mye av framtidens hjelpebehov vil kunne løses gjennom en hensiktsmes-

sig bruk av velferdsteknologi. Samtidig er det for NSF's vedkommende sentralt at forutsetningene for dette møtes – at organiseringen av tjenestene tilpasses en forsvarlig bruk av teknologien, at brukerne av teknologien gis tilstrekkelig opplæring og kompetanse, at det avklares hvordan anskaffelse, drift og vedlikehold av verktøyene skal finansieres, at brukerne er involvert i anskaffelsen, og at det foretas nødvendige etiske vurderinger i forkant av anskaffelse av verktøyene. NSF mener at det bør etableres et nasjonalt kompetansesenter for velferdsteknologi, til rådgivning og veiledning overfor kommuner som ønsker å være mer aktive i bruk av teknologien. ■



Av Jo Cranner, seniorrådgiver i Norsk Sykepleierforbund, Fag- og helsepolitisk avdeling

Tester ny teknologi i Sarpsborg

Prosjektet eSenior prøver ut nye hjelpemidler for hjemmeboende eldre og andre med omsorgsbehov i Sarpsborg kommune. Målet er å undersøke om hjelpemidlene kan brukes som et supplement til andre omsorgstjenester.

Sarpsborg kommune tar i bruk ny teknologi for å gi eldre en enklere og tryggere hverdag. Prosjektet eSenior prøver ut teknologi for hjemmeboende eldre og andre med omsorgsbehov. 25 testpersoner har siden i fjor høst bidratt til å samle kunnskap og erfaring om bruk av teknologi som et supplement til andre omsorgstjenester.

Marie Dahl leder prosjektet eSenior. Hun er sykepleier med lang fartstid fra hjemmesykepleie.

– Det å hjelpe folk til selvstendige liv og utsette en omsorgskarriere ble et viktig mål i prosjektet. Og her er pårørende og frivillige viktige, sier Marie Dahl.

Blant testpersonene var det både tjenestemottakere og folk som klarer seg uten noen form for hjelp i dag. Omsorgsstatistikk tydeliggjorde områder hvor det ble brukt mye tjenestetid, og det ble stilt spørsmål om oppgavene kunne løses enklere med en form for teknologi. Brukermedvirkning er grunnpilaren i prosjektet både gjennom kartleggingen i forkant og gjennom tilbakemeldinger fra testpersonene.

Trygghetsalarm med GPS

Den mobile trygghetsalarmen Wuzzi, som er utviklet av det nederlandske selskapet Qvita, blir testet ut i prosjektet i Sarpsborg kommune. Og det var et klart ønske fra de eldre at trygghets-alarmen også kunne fungere utendørs. Apparatet er en forenklet mobiltelefon med GPS-sporing. Pårørende kan ofte være engstelige for sine gamle og kjenne på behovet for en trygghet mer enn den gamle selv, og i prosjektet ble spørsmålet stilt om pårørende kan håndtere dette selv og være trygge nok med det. Og noen opplever faktisk at de med trygghetsalarmen kan håndtere denne utryggheten på egen hånd uten å involvere kommunen. GPS-sporingen gjør det enkelt å finne den som trenger hjelp uten å sette i gang en leteaksjon. Og den gir brukeren frihet og mulighet til å opprettholde aktivitet.

– KOLS-syke kan føle seg i god form og vil ut og gå en tur, og så kommer de halvveis i turen eller de har gått lenger enn de egentlig trodde og så sitter de der, og da kan de enkelt få tak i noen ved hjelp av alarmen. Andre ønsker kanskje å gå til butikken, men tør ikke fordi de er dårlig til beins og trygghets-alarmen virker bare innendørs, forteller Marie Dahl.



PROSJEKTLEDER: Marie Dahl leder prosjektet eSenior. Hun er sykepleier med lang fartstid.

Trygghetsalarmen er utviklet som et hjelpemiddel for personer med demens, og leverandøren har gjennomført utprøving med gode erfaringer. I Sarpsborg kommune er imidlertid kognitiv svikt holdt utenom prosjektet fordi de ønsket å få gode tilbakemeldinger fra testpersonene. Og erfaringene i Sarpsborg viser at GPS-sporing er et velegnet hjelpemiddel også for kognitivt friske.

Helsesjekk på nettbrett

I prosjektet tester de daglig helsesjekk for KOLS-syke. Ofte debutterer KOLS-pasienten i relativt ung alder med sykdommen, og dette er en gruppe mennesker som ønsker å være selvstendige. Den daglige helsesjekken innebærer at brukeren kan

NETTBRETT: KOLS-syke Mona Nilsen noterer vekt, oksygenmetning og spirometri på et nettbrett hver dag. Opplysningene er nyttige både for henne selv og helsepersonell.



gjøre sine målinger og følge med på sykdommen fra dag til dag. Vekt, oksygenmetning og spirometri blir notert ned på et nettbrett. Sykdomsutviklingen blir visualisert med grafer på nettbrettet. I tillegg til å gi brukeren trygghet og opplevelse av å ha kontroll, er dette et godt hjelpemiddel for fastlege eller lege som tar imot på legevakt eller sykehus. Og selv om mange testbrukere ikke tidligere har brukt nettbrett, så mestrer de dette nå.

Medisindispenser som varslere

Administrering av medikamenter er en tjeneste som hjemmesykepleien tradisjonelt bruker mye tid på. Medisindispenseren Pilly, som er utviklet av Dignio, blir testet ut i prosjektet. Dispenseren som testes nå, minner brukeren om å ta medisinen og kan varsle hjemmesykepleieren dersom brukeren ikke tar medisinen til rett tid. Her har sykepleierne i hjemmetjenesten vært i god dialog med Dignio og bidratt i utviklingen av teknologien.

I prosjektet blir det også testet ut elektronisk overføring til journal av medisinske målinger hjemme hos bruker som blodtrykk og blodsukker. Og på Valaskjold omsorgssenter blir det prøvd ut nye fallsensorer basert på ultralydteknologi.

Helsegevinst og større frihet

Vi spør hva Marie Dahl tenker om det kommunen sparer. Vil det bli skatteleppe for innbyggerne eller får sykepleierne mulighet til å gi mer og bedre omsorg?

– I prosjektet er det ikke noe fokus på tid eller kroner i den forstand. Og svaret ligger kanskje mer på et politisk eller administrativt nivå. Sykepleierne gir tilbakemelding om at brukerne får en helsegevinst og opplever større frihet. Det ligger

tenker at vi vet hva som er best for pasienten. Vi sier vi har fokus på brukeren, men vi må snu det til brukerens fokus. Og da tror jeg ikke det blir de store tunge tjenestene, men en enklere måte å tilfredsstille behov på, sier Marie Dahl.

– Utfordringen framover ligger i tjenesteinnovasjon. Der må vi satse videre på bakgrunn av erfaringer vi gjør i prosjektet. Arbeidet vi gjør er 90 % organisasjonsendring og 10 % ny teknologi, avslutter Marie Dahl.

«Utfordringen framover ligger i tjenesteinnovasjon.»

kost-/ nytteanalyser til grunn for prosjektet, men det handler mer om å omfordele ressursene for å kunne ta seg mer av dem som har et stort pleiebehov enn dem som bruker mye av vår tjenestetid til veldig lite. De som tidligere fikk sykehjemsplass, kan få bo hjemme lenger. Institusjon er ikke løsningen på alt. Vi kan ikke bygge oss ut av fremtiden, understreker Marie Dahl.

Vi spør også om vi kunne oppnå det samme gjennom nok folk og kompetanseheving, men Marie Dahl er ikke enig i det.

– Jeg er opptatt av at vi sykepleiere ofte



Tekst **Håkon Johansen**, leder NSF Faggruppe geriatri og demens Østfold

GPS-sporing i demensomsorgen



Av **Hilde Thygesen**, postdoc-stipendiat, Diakonhjemmet Høgskole, ergoterapeut/sosiolog, forsker innen omsorgsteknologi, etikk, framtidens eldreomsorg

Innledning

Demens er en progressiv sykdom som påvirker alle aspekter av kognitiv funksjon, inkludert minne og orientering, og har dyptgripende virkninger på evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter. I Norge i dag bor de fleste som lider av demens hjemme i den tidlige fasen av sykdommen.

En stor risikofaktor knyttet til demens er vandring (1). Etter hvert som sykdommen utvikler seg, får mange problemer med hukommelse og forvirring, og kan ha vansker med å finne veien hjem når de oppholder seg utendørs. På hovedredningsentra-

len på Sola, for eksempel, blir det slått full alarm 50-60 ganger i året fordi personer med demens har lagt ut på vandring (2). I tillegg blir det lokalt gjennomført en rekke søk etter personer med demens, og ikke alle søk får en lykkelig slutt. Derfor blir vandrere som anses i fare for å gå seg bort ofte flyttet til skjermet (låste) enheter på sykehjemmet.

Flyttingen fra hjemmet til en institusjon er ofte nødvendig på grunn av bekymring for personens sikkerhet og trygghet, men dette er for mange ikke en ønsket løsning. For personer med demens som er i mer avanserte stadier av sykdommen, kan det å være



Av **Ingunn Moser**, rektor/professor, Diakonhjemmet høgskole, sosiolog. Forsker inne helse, kropp og medisin; organisasjon, teknologi og innovasjon

Sammendrag

Bakgrunn: Personer med demens har ofte stor glede av å være ute. Bruk av GPS-sporing enheter kan gi eldre med kognitiv svikt frihet til å bevege seg utendørs alene, under kontroll. Denne artikkelen tar spesifikt for seg pårørendes situasjon.

Metode: Artikkelen er basert på empiriske data hentet fra EFORTT-prosjektet (ethical framework for telecare technologies), et EU-prosjekt som involverte fire land. Den norske studien hadde fokus på bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen.

Resultat: Empirien viser at bruk av GPS-sporing har viktige implikasjoner for de involverte aktører. Både personer med demens og deres pårørende rapporterer om økt sikkerhet og selvstendighet. Funnene viser at ved innføring av GPS-sporingsløsninger så overføres nye oppgaver og nye former for ansvar til de pårørende.

Konklusjon: Et kritisk punkt er at mange pårørende ikke har kapasitet, ferdigheter eller nødvendig kompetanse til å ivareta det ansvaret og de oppgavene som de tildeles ved bruk av velferdsteknologiske løsninger. Dette er aspekter knyttet til det potensialet som velferdsteknologien forventes å utgjøre som sjeldent er belyst i dagens meningsutveksling om temaet. Spørsmålet som reises er hvordan helsepersonell som arbeider med velferdsteknologiske løsninger for eldre kan støtte pårørende slik at disse utfordringene kan imøtekommes.

Nøkkelord: Demensomsorg, GPS-sporing, nye oppgaver, ansvar, kompetanse.

Abstract

Background: Many people with dementia enjoy being outdoors in spite of cognitive impairment. The use of GPS tracking devices in dementia care can provide the elderly with freedom to go outside alone, under control. This article is aimed specifically at the situation of family caregivers.

Method: This article is based on empirical data drawn from the EFORTT-project (ethical framework for telecare technologies), a EU-project involving four European countries. The focus of the Norwegian study was on the use of telecare technologies in dementia care.

Results: The empirical data shows that the use of GPS-tracking has important implications for the actors involved. Both the persons with dementia and family caregivers are reporting on improved safety and increased independence. The findings also show that GPS-tracking is assigning new tasks and responsibilities to family carers.

Conclusion: The critical point is that many family carers do not have the capacity, skills or competencies needed in order to take on the new tasks and responsibilities by themselves. These are important aspects related to the expectations telecare technologies are expected to fulfill, that are rarely discussed. The question that is raised is how healthcare professionals working with telecare in elderly care can meet these challenges.

Keywords: Dementia care, GPS-tracking, new tasks/responsibilities, competence.

A photograph of an elderly person from behind, walking on a paved path. They are wearing a white cap, a vibrant, multi-colored patterned jacket, and blue jeans. They are using a silver metal walker with four wheels. The background shows a green lawn and a black metal fence.

«En stor risikofaktor
er vandring.»

UT I NATUREN: Gleden av å bruke kroppen og oppleve naturen er viktig når de kognitive funksjonene svikter. Illustrasjonsfoto Clourbox.



utendørs være en av svært få aktiviteter de har igjen. Gleden av å få bruke kroppen og oppleve naturen er viktig når de kognitive funksjonene svikter. Det å kunne legge til rette for å være i egen bolig kan også ha en samfunnsmessig gevinst. Institusjonsplasser er kostbare, og krever mye personellressurser.

Bruk av «global positioning system» (GPS-sporing) i demensomsorgen er enda i oppstartingsfasen i Norge. Norske helsemyndigheter ga nylig tillatelse til elektronisk sporing av personer uten samtykkekompetanse, hvorav personer som lider av demens utgjør en betydelig gruppe (3). En GPS består av en liten enhet som personen som skal lokaliseres skal ha med seg, mens vedkommende befinner seg utendørs. Enheten er koplet til et satellittnavigeringssystem som gjør det mulig for personer med godkjent tilgang til et digitalt kart å finne hvor personen med enheten befinner seg.

En GPS-sporingsenhet er bare ett eksempel på ny teknologi rettet mot hjelpetrengende eldre i Norge. Andre eksempler er automatiske døralarmer, fall-detektorer og andre former for automatisk varsling som sender en alarm i tilfelle av en nødsituasjon. Disse teknologiene er ofte referert til som velferdsteknologi og er introdusert som en del av en større statlig finansiert plan for å håndtere konsekvensene av «eldrebølgen». Det overordnede målet med investeringer i velferdsteknologi er å muliggjøre en mer kostnads- og arbeidseffektiv helse- og omsorgstjeneste. Argumentet er at dette vil være nødvendig

for å kunne møte den forventede høye veksten i etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. I den offentlige debatten blir fordelene med velferdsteknologi vektlagt. Ikke bare vil de nye teknologiene gi mer effektive tjenester, men også bidra til mer trygghet og selvstendighet for sine brukere, og på denne måten resultere i bedre tjenester. I denne artikkelen vil vi vise at velferdsteknologien også har sine begrensninger. Et viktig poeng er at teknologien ikke fungerer i og av seg selv, men kommer med en rekke forutsetninger. I denne artikkelen vil vi ta for oss de utfordringer som er knyttet til bruk av GPS i demensomsorgen, og de oppgaver og ansvar som tillegges de pårørende ved implementering av ny teknologi.

Bakgrunn

Fokus på ny teknologi i omsorg for eldre er en internasjonal trend. I en rekke land refererer offentlige plandokumenter til de demografiske og økonomiske utfordringene; med økende antall eldre, forventet mangel på omsorgspersonell og økte kostnader for offentlig helse- og velferdstjenester. Eksempler er rapportene «Building Telecare i England» (4), OECD-rapporten «Long-term Care for Older People» (5) og ISTAG-rapporten om «Strategic Orientations for Information and Communication Technologies Research in Europe» (6). I Norge er det tre rapporter som danner plattformen for regjeringens satsing på implementering av velferdstek-

nologi: «Innovasjon i omsorg» (7), «Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene» (8) og «Morgendagens Omsorg» (9). Forskningsaktiviteten i dette feltet har også vært høy, og særlig det siste tiåret (10, 1, 11).

Metode

Artikkelen er basert på empiriske data fra et EU-finansiert prosjekt, EFORTT (Ethical Frameworks for Telecare Technologies for older people at home), der GPS i demensomsorgen var en av flere case-studier. Dette prosjektet ble avsluttet i 2011. Metodisk bygger studien på analyser av politikk- og plan-dokumenter, diskusjoner i borgerpaneler (med eldre, pårørende og ulike talspersoner for interessegrupper i feltet), samt intervjuer med sentrale aktører om hvordan GPS-løsningene fungerer i praksis. Pårørende var dermed bare en av flere målgrupper for prosjektet. EFORTT-prosjektet som sådan har hatt et utforskende fokus, med en målsetting om å bidra til en rikere forståelse av og refleksjon rundt bruk av velferdsteknologiske løsninger, som GPS.

Når vi i denne artikkelen fokuserer på pårørendes rolle i forhold til bruk av velferdsteknologi, har dette sammenheng med at dette er en gruppe som ofte blir oversett i de pågående diskusjonene rundt velferdsteknologiens muligheter. Intervjuene som sitatene i denne artikkelen er hentet fra inngår i den større studien.

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste (NSD), og ble vurdert som ikke fremleggspliktig for Regional Etisk Komite (REK).

Denne aktuelle artikkelen tar utgangspunkt i et innlegg publisert i en konferanserapport (12). Andre erfaringer fra prosjektet er tidligere publisert blant annet i (13-14).

Resultater

• «Mannen min fikk sin demens diagnose for snart fem år siden. Han har alltid likt å gå lange turer. Problemene kom etter en stund. Det var noen episoder hvor han gikk seg vill, og en gang frøs han nesten i hjel. (...) Etter en stund begynte han å vandre også om natten, og i en periode var jeg ute og lette etter ham nesten hver natt. Det var et mareritt for både ham og for meg. (...) Det var da jeg fikk denne GPS'en, og jeg må si at det var som å få et nytt liv for oss begge. Med ett kunne jeg bli med i koret igjen og begynne å gå på treningsstudio. Og mannen min begynte å delta på dansegruppa regelmessig, noe han ikke hadde gjort på mange år.»

• «Mannen min har en MMS-score på 5. Men ellers er han sterk og aktiv. Nylig deltok han i et løp, og han fullførte 10 kilometer på mindre enn en time! Daglig går han lange turer. Da han fikk demensdiagnosen for en del år tilbake så var det viktigste for han å kunne fortsette å gå på tur.»

Sitatene er hentet fra intervjuer med pårørende, og viser betydningen av GPS-enheten både i forhold til den syke og pårørende/ektefelle. GPS'en gir muligheter, både for et nytt levesett, og for å kunne fortsette med fritidsaktiviteter. For pårørende betyr GPS'en at de ikke trenger å være fysisk til stede med sine ektefeller kontinuerlig, fordi GPS-enheten gjør det mulig å finne ut hvor vedkommende oppholder seg til enhver tid. Dette bidrar til økt selvstendighet og mulighet for å leve et mer aktivt liv, viser studien.

Nye oppgaver

• «Det var en utfordring å få ham til å ta det [GPS-enheten] med seg. Jeg fant en liten pose for en mobiltelefon med en nøkkelring. Han husker fortsatt å låse døren. Det var en rutine jeg visste at han hadde fortsatt. Og han tar den [GPS-enheten] med seg 80 % av tiden. Men posen viste seg å være for tynn. Fordi når han hadde den i lommen trykket han på knappen uten å merke det, så den koplet seg ut. Så jeg kjøpte en ny pose med en nøkkelring.»

Dette sitatet viser noe av kompleksiteten knyttet til å få GPS-enheten til å fungere. Denne pårørende var i arbeid og borte fra hjemmet deler av dagen. Hun måtte derfor finne kreative måter å sikre at ektefellen tok GPS-enheten med seg på sine lange daglige turer, og at enheten ikke slo seg

«Oppgaver og ansvar overføres til de pårørende.»

av tilfeldig. Dette er bare to av flere utfordringer knyttet til bruk av GPS i demensomsorgen. For at GPS'en skal ha en hensikt må noen også logge seg inn på en datamaskin eller smarttelefon for å finne personens oppholdssted. Dette er oppgaver som må gjøres regelmessig, ja kanskje daglig, fordi GPS-enheten ellers ikke vil fungere. Og dette er oppgaver som ofte overlates til den pårørende viser studien.

Nye ansvarsområder

• «Ved å bruke GPS får jeg mer ansvar. Jeg er ansvarlig for at GPS'en lades, fordi hvis den ikke er det, og han går på sine turer og batteriet er flatt, er det min feil hvis det skjer noe. Og det er opp til meg å finne en løsning som sikrer at han tar den med seg. Og så det er ikke bare om GPS-enheten i seg selv. Det er problemer med lommer, glidelåser og jakker. Og dette er ment å fungere sammen med utstyret [GPS].»

I dette sitatet reflekterer pårørende over konsekvensene av bruk av GPS-enheten. For å få en GPS-enhet til å fungere må batteriene lades. For hvis de oppgavene som er involvert ikke er oppfylt, vil ikke teknologien fungere, noe som betyr at den heller ikke vil gi noen beskyttelse eller sikkerhet for personen som lider av demens. Konsekvensen er at nye former for ansvar hviler på den pårørende.

Drøfting

Bruk av elektronisk sporingssystem for personer med demens skaper debatt. Ethiske og juridiske utfordringer er blitt drøftet parallelt med den teknologiske utviklingen. I denne artikkelen, som er basert på empirisk forskning, har vi studert implementering og bruk av GPS-sporings enheter i Norge (3). For vi går videre og diskuterer pårørendes rolle vil

«Fokus på ny teknologi i omsorg for eldre er en internasjonal trend.»

vi understreke det positive potensialet i nye teknologier, inkludert GPS sporing.

Vi har spesielt fokusert på den rollen de pårørende har i forhold til at den nye teknologien skal kunne fungere som forutsatt. Ved å vise til utdrag fra intervjuer med pårørende har vi vist at bruk av GPS-sporing enheter gir både personen med demens og pårørende muligheter for mer selvstendighet og økt trygghet. Mange pårørende føler seg usikre og bekymret når deres nærmeste ikke finner frem til kjente steder. Behovet for trygghet og sikkerhet er derfor ofte et krav fra den pårørende, og ikke personen med demens (15). Helsepersonell har vært mer tilbakeholdende i forhold til bruk av sporingsenheter enn pasientens pårørende (1). Her kan etisk argumentasjon være et vikarierende argument for mangel på kunnskap om bruk av velferdsteknologi.

I et av sitatene viste vi til en person som hadde en Mini Mental Status (MMS) lik 5. Dette er uttrykk for en meget alvorlig demens (16). Samtidig så hadde personen og ektefellen stor nytte av GPS-sporing enheten. Det er derfor viktig at det blir foretatt individuelle vurderinger, slik at en ikke unnlater å prøve ut mulige gode løsninger på bakgrunn av forhåndsbedømming.

Samtidig så har vi vist at GPS-sporing i demensomsorgen ikke er noen enkel løsning. For at teknologien skal fungere så forutsettes det at en rekke oppgaver blir ivarettatt. Studien viser at disse oppgavene ofte tilfaller den pårørende. I tillegg overføres nye former for ansvar på den pårørende gjennom disse oppgavene. Et viktig poeng er at mange pårørende ikke har kapasitet eller den nødvendige kompetansen til å påta seg denne type oppgaver og ansvar. Et eksempel er oppgaver som krever grunnleggende dataferdigheter, som å logge seg inn på en datamaskin og finne ut hvor vedkommende som er ute og går oppholder seg. Mange pårørende har svært begrenset erfaring med bruk av datamaskiner, så selv om teknologien er enkel og brukervennlig kan det likevel vise seg å være en barriere. Men også andre ferdigheter og kompetanse trengs, som er relatert til den fysiske og mentale kapasiteten til den pårørende som er involvert. Det kreves god hukommelse, evne til å planlegge samt evne til kreativ problemløsning.

I praksis så betyr dette at velferdsteknologiske løsninger som GPS sporing ikke er aktuelle løsninger for enkelte, med mindre det etableres et tett samarbeid mellom pårørende og hjemmebaserte tjenester. I enkelte tilfeller vil det være hensiktsmessig med en arbeidsdeling mellom hjemmebaserte tjenester og pårørende. Noen pårørende vil for eksempel kunne følge med på hvor personen med demens oppholder seg, men vil trenge assistanse til å bringe vedkommende hjem (17).

Den offentlige debatten, om i hvilken grad velferdsteknologien ivarettar personen med demens sin integritet, er med på å forme både helsepersonell og pårørendes holdninger (11). Pasient og brukerrettighetsloven (3) tillater nå bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (§ 4-6 a). Et viktig premiss er at pårørende må oppleve at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse.

I denne artikkelen har vi referert til et større prosjekt uten å beskrive metode og materialet nær-



mere. Dette gir leseren en begrenset innsikt, men ved henvisning til aktuelle kilder vil leserne kunne innhente mer informasjon (12-14).

Konklusjon

Vår forskning viser at ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i demensomsorgen, som GPS sporing, så overføres en rekke oppgaver og ansvar til de pårørende. På den ene siden kan bruk av GPS være et viktig tiltak som kan bidra til økte selvstendighet og aktivitet både for den pårørende og for personen med demens. På den andre siden så er det samtidig viktig for det profesjonelle hjelpeapparatet å være klar over kompleksiteten knyttet til de oppgavene og det ansvaret som pårørende blir tildelt gjennom implementering av GPS, ettersom dette krever både ferdigheter og en form for kompetanse som mange pårørende ikke har. Et annet viktig poeng er at disse oppgavene og kravene til kompetanse og ferdigheter kommer på toppen av en allerede tung pleiebyrde for mange pårørende.

Konsekvensen av dette er at velferdsteknologiske løsninger, som GPS sporing, ikke er en aktuell løsning for enkelte, med mindre det profesjonelle hjelpeapparatet kan bidra med nødvendig støtte og assistanse for de pårørende.

TEKNOLOGI: I norske kommuner i dag er det iverksatt en storstilt implementering av velferdsteknologiske løsninger. Illustrasjonsfoto Colourbox.

Et viktig anliggende med denne artikkelen er å synliggjøre at velferdsteknologien, som GPS sporing i demensomsorgen, har sine begrensninger. I norske kommuner i dag er det iverksatt en storstilt implementering av velferdsteknologiske løsninger. Målet er at mer enn 300 norske kommuner skal ha tatt i bruk velferdsteknologi innen 2020, som en del av Helsedirektoratets strategi på området. Retorikken rundt satsingen og den offentlige meningsutvekslingen på området har lenge vært ensidig preget av store forventninger knyttet til hvilke muligheter velferdsteknologien representerer.

Ved å få frem kompleksiteten knyttet til bruk av GPS løsninger, og hva dette innebærer av oppgaver og ansvar for de pårørende, så håper vi å kunne bidra til å nyansere debatten og forventningene til velferdsteknologien. ■

Referanser:

1. Landau R, Werner S, Auslander G, Shoval N, Heinik J. Attitudes of Family and Professional Care-Givers towards the Use of GPS for Tracking Patients with Dementia: An Exploratory Study *Br J Soc Work* 2009 39(4):670-92.
2. Østby B. Skal vi GPS-merke demente? *Sykepleien* nett 2012. <http://www.sykepleien.no/nyhet/870557/skal-vi-gps-merke-demente> (lest 07.05.2014)
3. Lov av 7. juni 2013 nr. 29. Pasient- og brukerrettighetsloven Om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (Styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.) Endring. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2013.
4. «Building Telecare in England». Older People and Disability, Great Britain: Dept. of Health 2005.
5. OECD. Long-term Care for Older People: the OECD Health Project, OECD Publishing, Paris: France, 2005.
6. «Long-term Care for Older People». ISTAG-rapporten om «Strategic Orientations for Information and Communication Technologies Research in Europe» 2004; ftp://ftp.cordis.lu/pub/ist/docs/2004_strategic_orientations_web_en.pdf
7. NOU 2011:11. «Innovasjon i omsorg.» Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2011.
8. Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene» Oslo: Helsedirektoratet 2012.
9. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2012.
10. Thygesen H. Technology and good dementia care. A study of technology and ethics in everyday care practice. Oslo: Senter for teknologi, innovasjon og kultur (TIK), detsamfunnsvitenskapelige fakultetet, Universitetet i Oslo. 2009.
11. Rialle V, Ollivet C, Guigui C, Herve C. What do family caregivers of Alzheimer's disease patients desire in smart home technologies? Contrasted results of a wide survey. *Methods Inf Med*. 2008;47(1):63-9.4.
12. Thygesen H, Moser IB, Øderud T. GPS-Tracking Devices in Dementia Care: New Tasks, Responsibilities and Competencies. I: *Assistive Technology: From Research to Practice AAATE 2013*. IOS Press 2013 ISBN 978-1-61499-303-2. s. 770-775.
13. Aussen D, Svagård I, Øderud T, Holbø K, Bøthun S. Trygge Spor. Trondheim: SINTEF. 2013. (ISBN 9788214053142).
14. Moser IB, Thygesen H. Velferdsteknologi og teleomsorg: nye idealer og former for omsorg. I: *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013:144-158 (ISBN 9788205425521).
15. Olsson A, Engstrom M, Skovdahl K, Lampic C. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scand J Caring Sci*. 2012 Mar;26(1):104-12.
16. Strobel C, Engedal K. Norsk revidert MMSE-Nr. Norsk Helseinformatikk. 2008. <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/mmse-nr-mms-norsk-revisjon-29968.html>
17. Rasquin S, Willems C, de Vlieger S, Geers R, Soede M. The use of technical devices to support outdoor mobility of dementia patients. *Technology & Disability* 2007; 19 (2-3):113-20.

Kompresjonsstrømper til besvær?



Bakgrunn

Er rammene for oppfølging av hjelp til på-/avkledning av kompresjonsstrømper i hjemmetjenesten innenfor det som er forsvarlig?

Flere av tjenestemottakerne i hjemmetjenesten får hjelp til å ta på og ta av kompresjonsstrømper, da de selv ikke er i stand til å gjøre dette. Bruk av kompresjonsstrømper er en behandling som primært er initiert av lege, mens tilpassing og veiledning i bruk gjøres av fysioterapeuter og sykepleiere.

I det brukerstyrte innovasjonsprosjekt «Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg» ble dagsprogrammene til de ansatte i hjemmetjenesten analysert. Den analysen viste at ansatte i hjemmetjenesten som regel ikke hadde mulighet til å være hos tjenestemottakeren så tidlig på morgenen, slik at kompresjonsstrømpene kunne tas på før han/hun sto opp, som er det normale. Så det ble viktig å finne ut av, gjennom en litteraturstudie, om den praksis hjemmetjenesten har, er forsvarlig, eller om den kan påføre tjenestemottakerne skade. Hensikten med denne artikkelen er å løfte opp problemet og se om det er aksept for den praksis som er i hjemmetjenesten.

■ Typen kompresjonsstrømper

- Støttestrømpe, brukes ved lette hevelser og «tunge» bein. De krever ingen tilmåling.
- Antitrombosestrømper er laget for å forebygge blodpropp og skal tilmåles den enkelte pasient.
- Graderte kompresjonsstrømper er et viktig supplement i behandling av ødemer og venøse sår i beina, posttrombotisk syndrom og lymfødem. Strømpene fins i 4 klasser og de må være tilpasset etter behov for at behandlingen skal være effektiv (15).

Bruk av kompresjonsstrømper

Kompresjonsstrømper brukes for å bedre sirkulasjonen i beina hos brukere med varicer, for å forebygge dyp venetrombose (DVT), lymfødem eller leggsår. Faglige retningslinjer og systematiske oversikter som beskriver behandling av leggsår, forebygging av DVT/posttrombotisk syndrom eller lymfødem er tydelig på at korrekt bruk av kompresjonsstrømper er en effektiv behandling ved korrekt bruk (2-11).

Det påpekes i disse retningslinjer og systematiske oversikter at undervisning og veiledning av pasienter og eventuelt deres pårørende i korrekt bruk av kompresjonsstrømper er vesentlig for å oppnå ønsket effekt. Ulempen er at det ikke står noe om hva som er korrekt bruk. Det kommer fram at:

Patients should be encouraged to wear graduated compression stockings for as long as is practical in waking hours and to remove stockings when they go to bed (7).

Norsk Helseinformatikk, NHI, (12) har lagt ut prosedyre om påføring av kompresjonsstrømpe på sin nettside som beskriver hvordan og når kompresjonsstrømper skal tas på. Det samme står i fag- og prosedyrebøker i sykepleie (13-16). En av retningslinjene, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guideline 92 (9), skriver at kompresjonsstrømpene skal være på hele døgnet, men tas av daglig for hygieniske formål og inspeksjon av huden. Men denne retningslinjen er primært laget for forbygging av venøs trombose-emboli i sykehus. Retningslinjen anbefaler «the correct and recommended duration of use of venous thromboembolism (VTE) prophylaxis at home» uten å skrive mer om hva det er.

BestPractice (10) skriver at:

«The recurrence of venous leg ulcerøs in patients compliant with stocking use is half that in those

HJELPEN KOMMER SENT: Mange får hjelp til å ta på kompresjonsstrømper etter at de har stått opp, selv om de skulle fått hjelp før. Illustrasjonsfoto: Microstock/Scanpix.



who are non-compliant, and non-compliance is the primary cause of compression therapy failure.»

Forskning viser at det er viktig å følge opp at kompresjonsstrømper brukes slik det er forventet for at resultatet skal bli det beste for pasienten. I tillegg til å forverre tilstanden hos brukeren, kan feil bruk av

kompresjonsstrømper også påføre brukerne trykksår, hudsår og eller skade av fibularisnerven (1).

Metode

For å få mer evidens om hva som er forsvarlig prosedyre for på- og avkleddning av kompresjonsstrømper

Sammendrag

Bakgrunn: Kompresjonsstrømper er en viktig del av behandlingen av kronisk venøse lidelser. Ulike retningslinjer anbefaler at de skal tas på om morgenen før brukeren har stått opp. Brukere som får hjelp av hjemmetjenesten til å ta disse på, har ofte stått opp før den ansatte i hjemmetjenesten kommer og hjelper de på med strømpen. Er det forsvarlig praksis?

Kunnskapsgrunnlag: Artikkelen er basert på litteratursøk i Helsebibliotekets databaser, Ebrary og Google books.

Resultater: Etter gjennomgang av relevant litteratur har vi vektlagt anbefalinger som sier at når pasienten har stått opp, så skal han/hun sitte med beina høyt i 15–30 minutter før kompresjonsstrømpene tas på.

Fortolkning: Det er muligens svak evidens for at det er greit å ta på kompresjonsstrømper etter at bruker har stått opp, om visse forholdsregler følges.

Implikasjoner for praksis: Om det er vesentlig at bruker skal ha minst mulig ødem i underkremittetene før kompresjonsstrømpe tas på, bør hjemmetjenesten få beskjed om hvordan de skal forholde seg når brukeren har stått opp. Brukeren må også få tilsvarende informasjon når han/hun begynner med kompresjonsstrømper. Behandlende lege bør være orientert om hvilke rutiner hjemmetjenesten følger.

Abstract

Background: Compression stockings are an important part of the treatment of chronic venous disorders and should be put on before getting up in the morning. Most textbooks in nursing and guidelines for the treatment with compression stockings recommend this. Those who receive help from home care to put on compression stockings, has often got up in the morning and then the stockings are put on too late according to the guidelines. Is it acceptable practice?

Knowledge base: The article is based on literature Health Library databases, Ebrary and Google books.

Results: After reviewing relevant literature, the recommendations are emphasized that states that if the compression stockings are to be put on after rising from bed, it is useful to elevate the legs for twenty to thirty minutes prior to putting on the stockings

Conclusion: It is possibly weak evidence that it is okay to put on compression stockings after the home care recipient has been raised, if certain precautions are followed.

Implications for practice: If it is essential that the home care recipient should have the least amount of edema in the lower-extremity before compression stocking be putting on, the recipient must get better information when he / she starts with compression stockings. Clinicians should be informed about the routines home care services have, as they help users with compression stockings.

er det gjort søk i helsebibliotekets databaser og prosedyrenettverket, for å se om det er gjort noe forskning som begrunner hvorfor kompresjonsstrømpene skal tas på før brukeren har stått opp. For å systematisere søket, fulgte jeg prinsippene for søk som gjennomsyrer kunnskapsbasert praksis, «S-pyramiden» (17), også kalt pyramidesøk. Denne pyramiden har 6 nivå, men kunnskapsbaserte oppslagsverk øverst, så oppsummerte systematisk oversikter, systematiske oversikter, oppsummerte enkeltstudier, og nederst i pyramiden enkeltstudier.

Framgangsmåten ved pyramidesøk, er at man først søker i litteraturen øverst i pyramiden. Og fortsetter søket nedover i databasene til man har funnet det man søkte etter. På nettsiden til helsebiblioteket kan pyramidesøk gjøres i databasen Kunnskapsegget, dypdykk i medisin og helsefag.

Søkeordene som ble brukt, er anti-embolism stockings, compression stockings, compression garments og elastic stockings. Tilsvarende søk med garments og hosiery i stedet for stocking ble også gjort. For å sikre at skandinaviske artikler om emnet også ble funnet, ble det brukt tilsvarende søkeord på norsk, svensk og dansk. I tillegg har forfatteren søkt i Ebrary og Google books for å se hva fag- og prosedyrebøker i sykepleie skriver om hvordan og når kompresjonsstrømper bør tas på.

Resultat

Det er skrevet mye om bruk av kompresjonsstrømper, men lite om det praktiske rundt bruken av kompresjonsstrømper utenfor sykehus.

Nettsiden til Fagprosedyrer viser til to retningslinjer for bruk av antitrombosestrømper i forbindelse med elektiv hofteprotesekirurgi og etter Aorta Coronar Bypass (ACB) operasjon (18,19). Det er kun etter

Aorta Coronar Bypass (ACB) operasjon at pasienten anbefales bruk av antitrombosestrømpene på dagtid. Det oppgis ikke noe om når strømpene bør tas på.

Pyramidesøket hos Helsebiblioteket ga en oversikts artikkel fra UpToDate som skriver om bruk av kompresjonsstrømper for å forebygge leggsår:

Stockings should be put on in the morning when edema is minimal and after the placement of ulcer dressings, if any. If there will be a delay after rising from bed (eg, shower), it is useful to elevate the legs for twenty to thirty minutes prior to putting on the stockings (20).

Når det gjelder fag- og prosedyrebøker, er prosedyren beskrevet i flere, men da primært for bruk av kompresjonsstrømper i forbindelse med operative inngrep (14,21). Det henvises også til produsentens retningslinjer for bruk av strømpen.

De to bøkene (22,23) som skriver litt mer utføring om prosedyren, ta på /ta av kompresjonsstrømper skriver under Special considerations:

Apply stockings in the morning, if possible, before edema develops. If the patient has been ambulating, ask him to lie down and elevate legs for 15 to 30 minutes before applying the stockings to facilitate venous return (22,23).

Det foreligger ikke noen referanse i oversiktsartikkelen eller fagbøkene på hvorfor angjeldende tidsperiode pasienten skal sitte høyt med beina er valgt.

En litteratur, randomisert, klinisk studie av Kahn mfl. (24) viser at bruk av kompresjonsstrømper for å forebygge posttrombotisk syndrom ikke har noen effekt. Hvorfor studien får dette resultatet kan bl.a. være at svært mange pasientene i studien ikke følger anbefalingene for bruken av kompresjonsstrømper. Det er allerede satt i gang en oppfølgingsstudie for å få mer kunnskap om bruk av kompresjonsstrømper, og pasientenes evne til følge behandlingsopplegget (25).

Påføring av kompresjonsstrømpe

- Når strømpene skal tas på, bør det brukes glidesokk og ev. talkum på huden
- En eventuell sårbandasje kan dekkes med nylonstrømpe.
- Det er lettere å gripe tak i strømpen med husholdningshansker på hendene når strømpen skal trekkes på.
- Det finnes også stativ til hjelp for å tre strømpen på foten.
- Det kan av og til være en løsning å bruke to par strømper med lavere kompresjonsgrad utenpå hverandre dersom en stram strømpe er umulig å få på.
- Strømper skal alltid tas av om natten, og de må tas på før pasienten står opp om morgenen. Strømper slites ved bruk og vask, og må fornyes etter 6–8 måneder (12).

Fortolkning

Det er eksempler i faglitteraturen på at hjemmetjenesten kan ta på kompresjonsstrømper etter at tjenestemottaker er stått opp. I en oversiktsartikkel (20) og to prosedyrebøker (22,23) tas opp problemet med hva som bør gjøres om pasienten har stått opp før kompresjonsstrømper tas på. De anbefaler at pasienten sitter høyt med beina i 15 – 30 min for å redusere ev. utviklet «morgenødem» før kompresjonsstrømpene tas på. Om det er akseptabel praksis er vanskelig å vite, siden det ikke vises til hvorfor aktuell tidsperiode er valgt. For mange brukere som får assistanse av ansatte i hjemmetjenesten til å ta på kompresjonsstrømper, kan det

være en bedre praksis, enn at strømpene tas på uten at pasienten har sittet med beina høyt i 15–30 minutter.

Implikasjoner for praksis

Prosedyrebeskrivelse for hvordan og når kompresjonsstrømper tas på, bør ta inn et punkt om hva som bør gjøres når pasienten har vært oppe en stund før han/hun får hjelp til å ta på kompresjonsstrømpe. Det bør også gå tydeligere fram i den informasjonen pasienten får når behandling med kompresjonsstrømpe skal fortsette hjemme etter utskrivning fra sykehus, særlig om de må ha hjelp fra hjemmetjenesten. Slik hjemmetjenesten er organisert, så vil mange av brukerne som får hjelp med kompresjonsstrømper, få besøk etter at de har stått opp.

Vedtaket om helsetjenester bør også gjøre bruke-

ren oppmerksom på at ansatte i hjemmetjenesten kan komme etter at de har stått opp. Det bør presiseres at det er viktig at brukeren setter seg ned med beina høyt 15 – 30 minutter før de venter besøk av hjemmetjenesten for å redusere eventuelt utviklet «morgenødem». Brukere som behandles med kompresjonsstrømper bør følges opp med kontroll hos fastlege, da ikke all behandling med kompresjonsstrømper er for resten av livet. Behandling for å forebygge posttrombotisk syndrom er tidsbegrenset til TO år (24).

Når det gjelder videre forskning på effekt av kompresjonsstrømper, så bør det komme fram om den som bruker kompresjonsstrømper får hjelp fra hjemmetjenesten eller ikke. Det kan være med å si noe om kvaliteten på den tjenesten som gis. ■

Referanser:

1. Hayes JM, Lehman CA, Castonguay P. Graduated compression stockings: updating practice, improving compliance. *Medsurg Nurs* 2002; 11:163-166.
2. Coull A, Clark M. Best Practice Statement – Compression Hosiery. *Wounds UK* 2005. www.wounds-uk.com/pdf/content_8953.pdf (11.04.14)
3. Elvsås I-KØ, Graff BA, Harboe I, Norderhaug IN. Kompresjonsstrømper i forebygging av dyp venetrombose. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28. Oversikt over oversikt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse tjenesten; 2008.
4. Kanaan AO, Lepage JE, Djazayeri S, Donovan JL. Evaluating the Role of Compression Stockings in Preventing Post thrombotic Syndrome: A Review of the Literature. *Thrombosis* 2012;2012:694851.
5. Schjødt I, Kallestrup L, Søgaard T. Klinisk retningslinje for bruk af graduerte elastiske kompresjonsstrømper til forebygging af posttrombotisk syndrom. PTS hos patienter med nydiagnosticeret symptomgivende dyb venetrombose i underkølede lemmer og/eller bækkenet. Århus, Center for Kliniske Retningslinjer; 2011. www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KR_DVT_SLUT_121111.pdf (11.04.14)
6. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141 (2 Suppl):e419S-e494S.
7. NCGC. Venous thromboembolic diseases: the management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing. Clinical Guideline. Methods, evidence and recommendations. London: National Clinical Guideline Centre; 2012. www.nice.org.uk/nicemedia/live/13767/59711/59711.pdf (11.04.14)
8. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8. Art. No.: CD002303. DOI: 10.1002/14651858.CD002303.pub2. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002303.pub2/pdf (11.04.14)
9. NICE. Venous thromboembolism: reducing the risk. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. NICE clinical guideline 92. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010. guidance.nice.org.uk/CG92/QuickRefGuide/pdf/English (11.04.14)
10. BestPractice. Chronic venous insufficiency. Recommendations. BMJ Evidence Centre; 2012. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/507/follow-up/recommendations.html> (11.04.14)
11. Roderick P, Ferris G, Wilson K, Halls H, Jackson D, Collins R, et al. Towards evidence-based guidelines for the prevention of venous thromboembolism: systematic reviews of mechanical methods, oral anticoagulation, dextran and regional anaesthesia as thromboprophylaxis. *Health Technol Assess* 2005; 9:iii-x, 1.
12. NHI. Kompresjonsstrømper. Norsk Helseinformatikk for helsepersonell; 2007. nhi.no/sykdommer/hud/diverse/kompresjonsstrømper-1654.html?page=all (11.04.14)
13. Almås H, Stubberud DG, Grønseth R. Klinisk sykepleie. Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
14. Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden Hospital manual of clinical nursing procedures. 8th ed. ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
15. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende Behov. Bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
16. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2008.
17. Nortvedt, M.W., Jamtvedt G, Graverholt, B., Nordheim, L.V., & Reinart, L.M. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* [Oslo], Akribe.
18. Boge RM, Akdsal EA, Dalheim A, Hansen BS, Olsen AL, Haveland L, et al. Antitrombosestrømper-bruk etter Aorta Coronar Bypass (ACB) operasjon. 2011. Fagprosedyrer.no, Helse Vest.
19. Boge RM, Akdsal EA, Dalheim A, Hansen BS, Olsen AL, Haveland L, et al. Antitrombosestrømper-bruk ved elektiv hofteprotesekirurgi. Helse Vest 2011. Fagprosedyrer.no
20. Alguire PC, Mathes BM. Medical management of lower extremity chronic venous disease. HelseDirektoratet, UpToDate, Wolters Kluwer Health; 2014. www.uptodate.com/contents/medical-management-of-lower-extremity-chronic-venous-disease (11.04.14)
21. Perry AG, Potter PA. Clinical nursing skills & techniques. 7th ed. ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier; 2010.
22. Lippincott. Lippincotts Nursing Procedures. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
23. Springhouse. Nursing: Perfecting Clinical Procedures. Philadelphia: Wolters Kluwer Health – Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
24. Kahn, S.R., Shapiro, S., Wells, P.S., Rodger, M.A., Kovacs, M.J., Anderson, D.R., Tagalakis, V., Houweling, A.H., Ducruet, T., Holcroft, C., Johri, M., Solyomoss, S., Miron, M.J., Yeo, E., Smith, R., Schulman, S., Kassis, J., Kearon, C., Chagnon, I., Wong, T., Demers, C., Hanmiah, R., Kaatz, S., Selby, R., Rathbun, S., Desmarais, S., Opatry, L., Ortel, T.L., Ginsberg, J.S., & SOX, t.i. 2014. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 383, 880–888. download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613619029.pdf?id=eaa1N-SeQILqd2TlIFvu (11.04.14)
25. Cate-Hoek, A. J. Elastic compression stockings-is there any benefit?, comment. *Lancet* 383, 851–852. 2014. www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613623478.pdf (11.04.14)

Om sykehjem og overføring til sykehus

Geriatrisk sykepleie har gleden av å gratulere Birgitte Graverholt som disputerte fredag 28. februar 2014 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen.

Tekst Terje Årsvoll Olsen

Doktoravhandlingen har tittelen: «Acute hospital admissions from nursing homes: Rates and characteristics; unwarranted variation and effects of interventions to reduce them». I anledning avhandlingen fikk vi et lite intervju med den ferske forskeren.



Foto: Jørgen Barth

Personalia

Birgitte Graverholt (f. 1974) er intensivsykepleier og har jobbet ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen siden 2006. Avhandlingen utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Doktorgradsarbeidet er gjennomført under hovedveileder professor Trond Riise og biveiledere professor Monica Wammen Nortvedt (HiB) og professor Gro Jamtvedt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og HiB). Høgskolen i Bergen har finansiert stipendiatstillingen.

– *Hvorfor meldte du deg inn i faggruppen for sykepleiere innen geriatri og demens?*

– Da det ble klart at doktorgraden min skulle handle om sykehjem og overføring til sykehus, var det naturlig å melde seg inn i gruppen.

– *Du har disputert til doktorgraden med sykehusinnleggelse fra sykehjem som fokus. Kan du si litt om hva prosjektet ditt gikk ut på og hva du vil trekke frem som særlig viktig for oss sykepleiere i faggruppen innenfor geriatri og demens å tenke på?*

– Sykehusinnleggelse fra sykehjem er tema for dette doktorgradsarbeidet og består av tre delarbeid. Første delarbeid undersøker omfanget av sykehusinnleggelse fra alle sykehjemmene i Bergen kommune og beskriver hvilken diagnose pasientene får på sykehuset, lengde på sykehusoppholdet og dødelighet. Studien viser blant annet at innleggelse fra sykehjem er svært vanlig og vanligere enn det som er vist i tilsvarende internasjonale studier.

I det andre delarbeidet beskrives en svært stor variasjon i antall sykehusinnleggelse mellom sykehjemmene, der det sykehjemmet som har flest innleggelse legger inn sine beboere ni ganger så ofte som det sykehjemmet som legger inn færrest. De minste sykehjemmene og de med flest korttidsplasser har de høyeste innleggesratene,

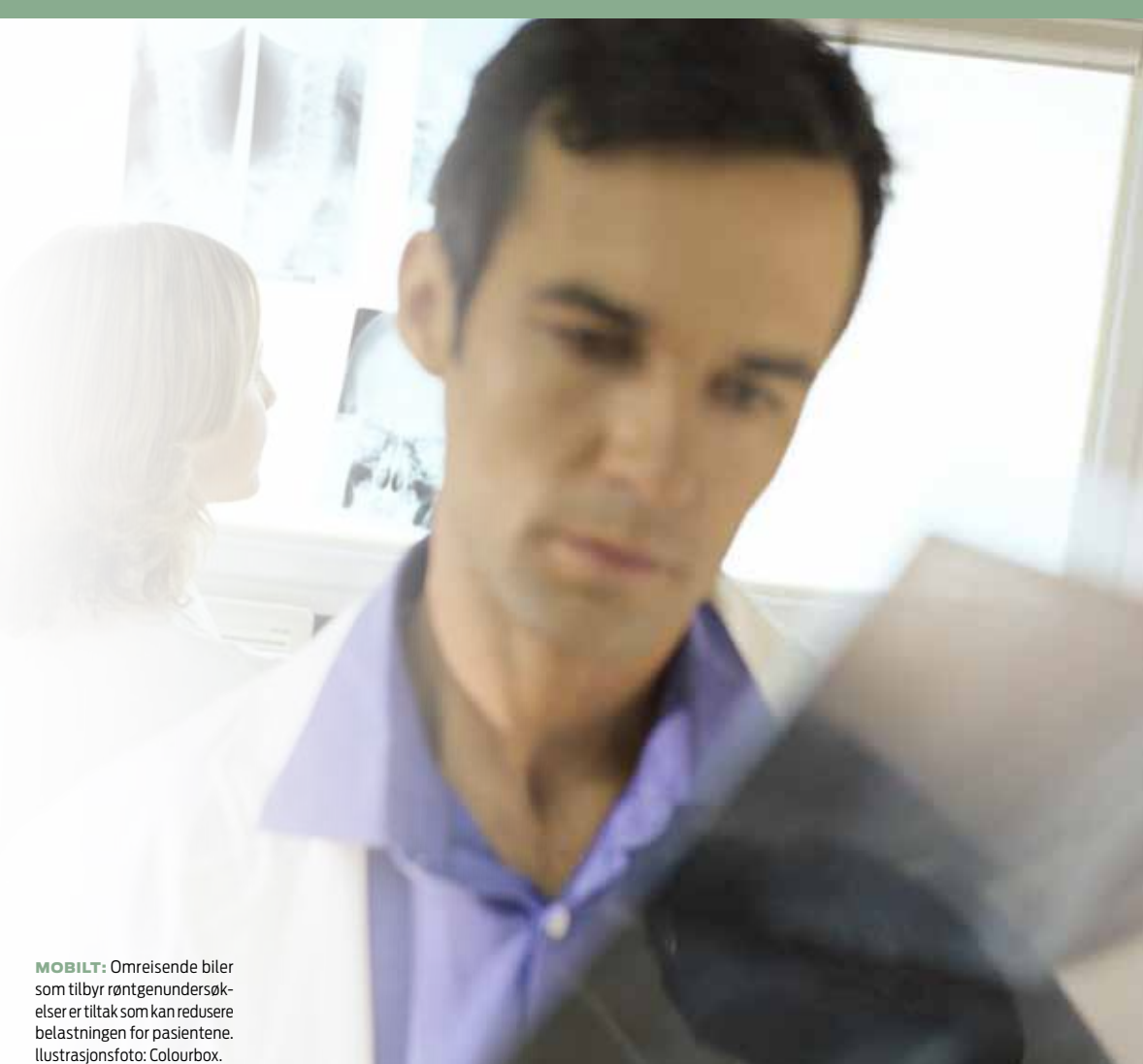
men variasjonen er i det store og hele vanskelig å forklare. Det siste delarbeidet gir en systematisk oversikt over alle studier som har evaluert effekter av tiltak for å redusere sykehusinnleggelse fra sykehjem.

Denne oversikten viser at det er gjort relativt lite forskning på effekter av tiltak for å redusere sykehusinnleggelse fra sykehjem, til tross for at dette er et høyt prioritert helsepolitisk tema. Samtidig viser flere av de inkluderte studiene lovende resultater med tanke på å finne bedre og mer skånsomme behandlingsmåter enn å sende beboerne til sykehus.

Faglig kunnskap

– *Du er intensivsykepleier. Hvordan tenker du at en slik kompetanse kan komme vel med i kommunehelsetjenesten generelt og sykehjem spesielt?*

– Som intensivsykepleier har jeg sett mange akutt og kritisk syke i sykehus. Men også i sykehjem er akutt sykdom vanlig og ut fra denne pasientgruppen er dette noe som må forventes. Av min erfaring ser jeg at det å handle systematisk og effektivt er viktig når akutte situasjoner oppstår. For å klare det, må jeg som fagperson ha gode faglige virkemidler, hvor kunnskapsbaserte retningslinjer er det viktigste. Slike retningslinjer vil hjelpe fagpersonen å huske hva som skal observeres og hvilke



MOBILT: Omreisende biler som tilbyr røntgenundersøkelser er tiltak som kan redusere belastningen for pasientene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tiltak som skal gis. Dette er viktig for å sikre at pasienten får rett behandling, men det er også en trygghet for fagpersonen. Så er det viktig å minne om at alle pasienter er ulike og det kan hende behov og ønsker varierer.

– *Prøveforelesningen din hadde tittelen «Hvilke ressurser og utfordringer har norske sykehjem mht. å kunne bedre pasientbehandling?» Vi vet det er umulig å svare kort på hva du snakket om, men kan du gi oss en kortversjon på hovedbudskapet ditt?*

– Jeg lenket god pasientbehandling til god kvalitet i helsetjenestene. Hovedbudskapet mitt var at Norge har premiser for å få verdens beste eldreomsorg! Vi er det landet som bruker mest ressurser på eldreomsorg av alle! Men vi

vet likevel lite om kvaliteten på tjenestene og vi mangler systemer som sikrer at alle jobber mot samme mål med de samme kunnskapsbaserte ressursene.

Retningslinjer

– *Hvordan var det å disputere?*

Etter å ha jobbet med noe over så

«Ønsker større fokus på kunnskapsbasert praksis.»

lang tid var det en flott anledning å diskutere dette med noen kyndige personer som har brukt mye tid på å lese arbeidet. I forkant var det litt høye skuldre.

– *Tenkte du på at kommisjonen kunne finne på å ikke akseptere prøveforelesningen din og sende deg hjem?*

– Nei, faktisk ikke. Kvalitet i helsetjenesten er noe jeg brenner for og som jeg kan en del om fra før.

– *Hvis du skulle utfordre og råde faggruppens medlemmer og lesere av geria-*

trisk sykepleie. Hva ville du formidle til oss om utfordringer og muligheter framover innen geriatrien?

– Jeg ønsker meg et enda større fokus på kunnskapsbasert praksis, på ulike nivå.



EKSPERTE: Fagsykepleiere bør være eksperter og kunne manøvrere seg systematisk i kunnskap som er tilgjengelig. Illustrasjonsfoto Colourbox.

Det er for stor variasjon i praksis og dette handler om at alle gjør ting på sin måte. Sånn blir det når det ikke finnes gode og kunnskapsbaserte retningslinjer som brukes i praksis. Dersom vi kunne fått til en dugnad for å få opp antallet kunnskapsbaserte retningslinjer i Helsebiblioteket, ville dette være et løft. Men tilgjengelig kunnskap endrer ikke praksis uten videre. Derfor er vi avhengig av at ledere legger til rette for og etterspør en kunnskapsbasert praksis. Dette setter krav til kompetanse som kanskje ikke finnes der ute – men som er helt nødvendig. Fagsykepleiere bør etter min mening være eksperter på dette - de bør kunne manøvrere seg systematisk i det vellet av kunnskap som ligger tilgjengelig og finne det som er relevant der de jobber. Hver og en av oss har en plikt til å holde oss oppdatert og dette har aldri vært enklere. Bruk smarttelefonen og abonner på det som er viktig for deg som fagperson og der hvor du jobber!

Nytenking

På forskning.no understreker Birgitte Graverholt at det er rom for nytenking.

Hun trekker frem at bedre diagnostiske hjelpemidler i sykehjemmene kunne også bidratt til færre innleggelser, og at EKG-undersøkelse på sykehjemmet og omreisende biler som tilbyr røntgenundersøkelser også er eksempler på tiltak som kan redusere belastning

«Setter krav til kompetanse som kanskje ikke finnes der ute.»

gen for pasientene. Målet er ikke er å unngå sykehusinnleggelser for enhver pris. Pasienten skal heller ikke få et dårligere tilbud ved sykehjemmet, men et tilsvarende tilbud som er like godt og trygt. Hyppigste årsaker til sykehusinnleggelser er knyttet til lunge og sirkulasjonssystemet, og til fallrelaterte hendelser. Til sammen står disse for 55 prosent av innleggelsene. Det er godt dokumentert fra tidligere studier at sykehusopphold er svært uheldig for denne skjøre pasientgruppen. Forvirring, redusert matinntak og liggesår er noen av konsekvensene. I tillegg

kommer påkjenningen av å måtte forholde seg til et nytt sted og mange nye mennesker.

– Hvilke planer har du nå?

– Jeg ønsker å forske videre. Derfor søker jeg om finansiering til videre studier. Jeg jobber på Senter for kunn-

skapsbasert praksis og derfor er det naturlig at eventuelle videre prosjekter vil bli knyttet opp mot dette fagfeltet. Problemstillinger som springer ut fra klinisk arbeid vil være mest interessant å jobbe med. Jeg tror at dersom man samarbeider tett med dem som står nærmest pasientene vil de beste forskningsspørsmålene oppstå, de som er viktigst å få svar på for dem som jobber der og som reflekterer pasientenes behov. Jeg brenner også for brukerinvolvering og tror at det vil skje mye på den fronten framover, både i klinisk praksis, men også i forskning. ■

Årets sykepleier

innen fagfeltet geriatri og demens

Send inn
forslag!

Prisen deles ut til ett enkelt medlem av faggruppen. Prisen er på kr. 5000,- og vil deles ut årlig dersom det foreligger verdige kandidater. Prisen skal fremme sykepleietjenesten i Florence Nightingales ånd tilpasset det moderne samfunnet.

Årets sykepleier jobber innen fagfeltet geriatri og demens og utøver sykepleierfaget på en måte som utpeker seg gjennom pasientrettet arbeid og/eller utvikling av sykepleiefaget på en slik måte at personen:

- fremmer god kvalitet i praksis
- stimulerer til et godt fag – og arbeidsmiljø for studenter og kollegaer
- synliggjør sykepleietjenesten innen geriatri og demens på en positiv måte

- er nytenkende for å heve kvaliteten
- er en sykepleier som er tydelig, modig og stolt

Informasjon om prisen:

- Kandidater kan foreslås av medlemmer i NSF
- Kandidaten må være medlem av NSF FGD
- Prisen publiseres på hjemmesiden til NSF og NSF FGD i tillegg til i Geriatrisk sykepleie

Forslagene sendes leder av NSF FGD innen søknadsfristens utløp **1. oktober hvert år**.

Vinneren annonseres med tekst og bilde på NSF FGDs årlige landskonferanse, på hjemmesiden til NSF FGD og i Geriatrisk sykepleie.

Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten

– hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig?



Bakgrunn

At eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, legger føringer for hvordan kommunene bør organisere pleie og omsorgstjenesten (1-3). I 2011 fikk 1 av 5 over 67 år helsetjenester i hjemmet (4) administrert av hjemmetjenesten i kommunene og det tallet vil øke i årene som kommer.

Helsetjenester i hjemmet er en tjeneste innbyg-

gere kan søke om når de trenger det. Tjenesten innvilges som enkeltvedtak. Det oppgis hvor mye tid til hjemmesykepleie og eller praktisk bistand per uke som er innvilget for å gjennomføre vedtaket (5). På bakgrunn av tidsrammen gitt i vedtaket, organiserer hjemmetjenesten, ofte i samråd med bruker, når det passer best med besøk. I Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (6) §3 står det at:

Sammendrag

Bakgrunn: 16 % av eldre over 67 år mottar hjemmetjenester fra det offentlige. Det er lite forskning som viser hvordan hjemmetjenesten planlegger og organiserer besøk hos brukere som får to eller flere besøk hver dag.

Metode: Deskriptiv, retrospektiv metode hvor data fra vedtak, og dagsprogram for en uke fra to kommuner ble samlet inn midtvinteren 2012. Det ble gjort en kvantitativ analyse dagsprogrammene og vedtakene. Geografiske informasjonssystem ble brukt for å visualisere og analysere data med en geografisk referanse.

Resultat: I kommune A mottar 33 % av brukerne to eller flere besøk per dag, i kommune B 30 %. Hjelp til morgenstell, tilrettelegging av frokost og utdeling av morgenmedisiner skjedde i perioden kl. 8.30–11.30. Hjelp til kveldsstell, tilrettelegging av kveldsmat og utdeling av kveldsmedisiner skjedde mellom kl. 18.00–22.30. Organiseringen av dagsprogrammet var slik at 3 brukere kunne oppleve nattfaste. Flere fikk sine medikamenter med for kort tidsintervall.

Konklusjon: Organisering av besøkene til denne gruppen medførte at døgnytmene ble forskjøvet hos brukerne. Organisering av dagsprogrammene har en geografisk dimensjon som det ikke alltid tas hensyn til.

Implikasjoner for praksis: Ansatte i hjemmetjenester må bli mer bevisst på å synliggjøre utfordringer knyttet til sykepleie og medisinsk faglig kunnskap relatert til hvor brukerne bor i kommunen.

Nøkkelord: hjemmetjenesten, geografiske informasjonssystem, ukeprogram, vedtak, nattfaste

Abstract

Background: There is little research showing how the home care services plan and organize visits with recipients receiving two or more visits each day.

Method: Descriptive, retrospective method, where data from decisions and weekly schedules from two municipalities were collected and recorded. Geographic information systems were used to analyze the nursing challenges related to time. It was performed a quantitative analysis of the weekly schedules and decisions. Geographic information systems were used to visualize and analyze data with a geographic reference.

Result: In municipality A receives 33 % of the recipients two or more visits per day, in the municipality B 30%. Help for morning care, preparation of breakfast and distribution of morning medications occurred in the period at 8:30 to 11:30. Help for evening care, preparation of supper and distribution of evening medication occurred between 6:00 p.m. to 10:30 p.m. The organization of the day-schedules resulted in three recipients experienced night fasting. Several got their drugs at intervals shorter than and some at intervals longer than the usual dose interval.

Conclusion: Organization of visits to this group resulted in circadian rhythm was displaced by the home care recipient. In planning the days schedules, there is a geographical dimension that is not always taken into account.

Implications for practice: Employees in home care services should be more aware of highlighting nursing challenges related to where home care recipients live in the municipality.

Keywords: home care services, geographic information, day-schedules, decisions, night fasting

Av Solrun G. Holm, cand. san., førstelektor/PhD student ved Universitetet i Nordland. FoU-ansvarlig i Hjemmetjenesten, Vestvågøy kommune



KVALITETSTID: Sykepleiere i hjemmetjenesten får mer tid til pasienten, hvis arbeidsdagen er organisert slik at det ikke brukes unødvendig mye tid til å kjøre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Dette skal blant annet løses slik at brukere kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold (6). Planlagte ukeprogram i hjemmetjenesten viser hvordan kommunen legger forholdene til rette for at brukere får de tjenester de skal ha til rett tid i løpet av en uke. Hva som er rett tid vurderes individuelt i forhold til hvilke tjenester brukerne får. Det sees i sammenheng med hvor mange besøk brukere trenger og hvor de bor i kommunen.

Søk i Bibsys Oria, Helsebibliotekets databaser og Norart, viser at det er gjort flere studier hvor ulike sider ved hjemmetjenesten er belyst, som kontinuitet (7,8), pårørendes rolle (9), vedtak, prioritering og etiske dilemma (10-15), skjult arbeid (16), organisering (17), dokumentasjon (18, 19) legemiddelhåndtering (20-22), ernæring (23), velferdsteknologi (24) omsorg og kjønn (25)

Det foreligger ingen studier som har sett på hvordan ukeprogrammet med kjøreruter praktisk planlegges relatert til geografisk bosted til brukerne og hvilke tjenester de får.

Den sykepleiefaglige rammen for denne studien er Hendersons sykepleieteori om sykepleierens særegne funksjon (26,27)

Hendersons beskrivelse av sykepleierens enestående funksjon og hva hun forstår med grunnleggende sykepleie gir, sammen med nevnte forskrift, et godt bilde av hva sykepleierne har ansvar for. I hjemme-

tjenesten arbeider sykepleieren svært selvstendig, og hun har ofte mange fastleger å forholde seg til når det gjelder oppfølging av behandlingsforløp.

Hensikten med denne artikkelen er å vise hvilke sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten må ta hensyn til hos brukere som får to eller flere besøk daglig når ukeplanen/kjørerutene settes opp for at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Metode

Dette prosjektet er en deskriptiv retrospektiv studie. Deltakere i studien er hjemmetjenesten i to større nordnorske kommuner, kommune A med 10800 innbyggere og et areal på ca. 400 km², og kommune B med 10100 innbyggere og et areal ca. 700 km². I tabell 1 vises hvor mange innbyggere det er i kommunene i alderen 60 år og eldre da dataene ble registrert. Kommune A har ca. 4 % flere eldre over 60 år enn kommune B.

Begge kommunene har fem sektorer for hjemmetjenesten. Med i denne studien er de sektorene hvor

■ Sykepleierens særegne funksjon

Sykepleierens særegne funksjon består i å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), som ha ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

I tillegg til dette hjelper hun pasienten med gjennomføring av den behandling som legen tar initiativ til. (25, 26)

Virginia Hendersons 14 gjøremål og Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

Virginia Hendersons 14 gjøremål

1. Puste normalt
2. Spise og drikke tilstrekkelig
3. Kvitte seg med avfallsstoffer
4. Bevege seg og innta behagelige kroppstillinger
5. Sove og hvile
6. Velge passende klær – kle på og av seg
7. Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene
8. Holde kroppen ren og velpleid og beskytt hudoverflaten
9. Unngå farer i miljøet og å skade andre
10. Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
11. Dyrke sin tro
12. Arbeid på en måte som styrker selvfølelsen.
13. Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon

14. Lære, oppdage eller tilfreds stille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som fins.

Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold

- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Mulighet for selv å ivareta egenomsorg
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledding
- Tilbud og varierte og tilpassede aktiviteter

de ansatte primært bruker bil for å besøke brukerne, fire sektorer i kommune A og tre sektorer i kommune B. Geografien til kommunene er svært forskjellig. Kommune A har fem sektorkontorer på fem ulike steder i kommunen, mens kommune B har samlet sine sektorkontorer på samme sted.

Datainnsamling

Det ble registrert 420 dagsprogram og 477 vedtak fra de sektorene som er med i denne studien. Datainnsamlingen av vedtak og ukeprogram ble gjort for 1 uke midtvinteren 2012. Det var ikke samsvar mellom antall vedtak og antall brukere som fikk besøk. Grunnen til det var at flere bare var tildelt praktisk bistand, som ble gitt med 2 til 4 ukers mellomrom. For noen brukere var vedtakene ikke skrevet, da datainnsamlingen pågikk.

Dataanalyse

Det ble gjort en kvantitativ analyse av helsetjenester i hjemmet som vedtaket beskriver og de enkelte dagsprogram ved bruk av regneark. Dagsprogrammene ble også analysert ved bruk av geografisk informasjonssystem (GIS).

Geografisk informasjonssystem (GIS) er et verktøy til forvaltning, visualisering, og analysering av data med en geografisk referanse. Cromley og McLafferty (28) definerer GIS som:

a computerbased system for integrating and analyzing geographic data. The locations of features on earth's surface are stored so that neighborhood relationships among features can be analyzed and so that groups of different features sharing same locations can be identified (s. 17).

Innen helseforskning er GIS mye brukt til analyse og presentasjon av geografisk stedfestet informasjon som kan vise spredning av sykdommer, helse hos befolkningen og tilgang til helseinstitusjoner mm (29-35). Jeg har ikke funnet artikler som har brukt GIS i forskningsøyemed for å analysere dagsprogrammene i hjemmetjenesten, relatert til hvilke tjenester brukerne får. Det er skrevet en fagartikkel og noen rapporter som har tatt for seg optimalisering av kjørerutene i hjemmetjenesten ved bruk av GIS (36-38).

Alle dagsprogrammene ble lagt inn i GIS, for å kunne analysere mønsteret i de planlagte kjørerutene. I tillegg ble vaktplanen registrert, samt alle brukere som fikk besøk. Planlagt besøkstid ble også lagt inn. Resultatet ble kart for hvert dagsprogram som viste hvor mange kilometer den ansatte kjørte, hvor mye tid som gikk med til kjøring, antall besøk, samt hvor mye tid som var planlagt til besøk.

Utfordringene ved å bruke GIS er at ikke alle brukerne hadde adresser med vei-/gatenummer. Det medførte at brukerens adresse måtte legges inn manuelt med de riktige koordinatene. For å sikre at

Aldersgrupper	Kommune A (n=10800)		Kommune B (n=10100)	
60-69 år	1278	12 %	1077	11 %
70-79 år	759	7 %	545	5 %
80-89 år	508	5 %	345	3 %
≥90år*	97	1 %	93	1 %
Totalt	2642	25 %	2060	20 %

*Kommune A hadde 1 og kommune B 3 personer som var 100 år eller mer.

TABELL 1:
Antall eldre i kommune A og kommune B.

Sektor kontor	Kommune A			Kommune B		
	Besøk N(%)	Kjøreruter N(%)	Brukere N(%)	Besøk N(%)	Kjøreruter N(%)	Brukere N(%)
Sektor kontor 1	81 (29)	528 (20)	61 (23)	82 (45)	519 (35)	57 (38)
Sektor kontor 2	77 (28)	888 (33)	82 (31)	49 (27)	493 (34)	47 (31)
Sektor kontor 3	45 (16)	691 (26)	64 (24)	50 (28)	454 (31)	48 (32)
Sektor kontor 4	73 (26)	560 (21)	61 (23)			
Totalt	276 (99)	2667 (100)	268 (101)	181 (100)	1466 (100)	152 (101)

TABELL 2:
Oversikt over antall brukere, antall besøk pr uke og antall kjøreruter for å dekke besøkene.

Antall besøkende	Kommune A				Kommune B		
	Sektor 1 N= 81 (100 %)	Sektor 2 N=77 (100 %)	Sektor 3 N=45 (100 %)	Sektor 4 N=73 (100 %)	Sektor 1 N=82 (100 %)	Sektor 2 N=49 (100 %)	Sektor 3 N=50 (100 %)
2 besøk	12 (15)	15 (19)	4 (9)	11 (15)	10 (12)	11 (22)	7 (14)
3 besøk	8 (10)	7 (9)	8 (18)	4 (5)	4 (5)	5 (10)	6 (12)
4 besøk		2 (3)	4 (9)	4 (5)	4 (5)	2 (4)	1 (2)
5 besøk		6 (8)	4 (9)			1 (2)	
6 besøk			1 (2)				
7 besøk							
8 besøk			1 (2)				
Sum	20 (25)	30 (39)	22 (49)	19 (25)	18 (22)	19 (38)	14 (28)
Besøk av 2 ansatte		4 (6)	2 (4)		2 (2)	1 (2)	

TABELL 3:
Antall brukere som får besøk to eller flere ganger pr dag. Tabellen viser også hvor mange som får besøk av to ansatte.

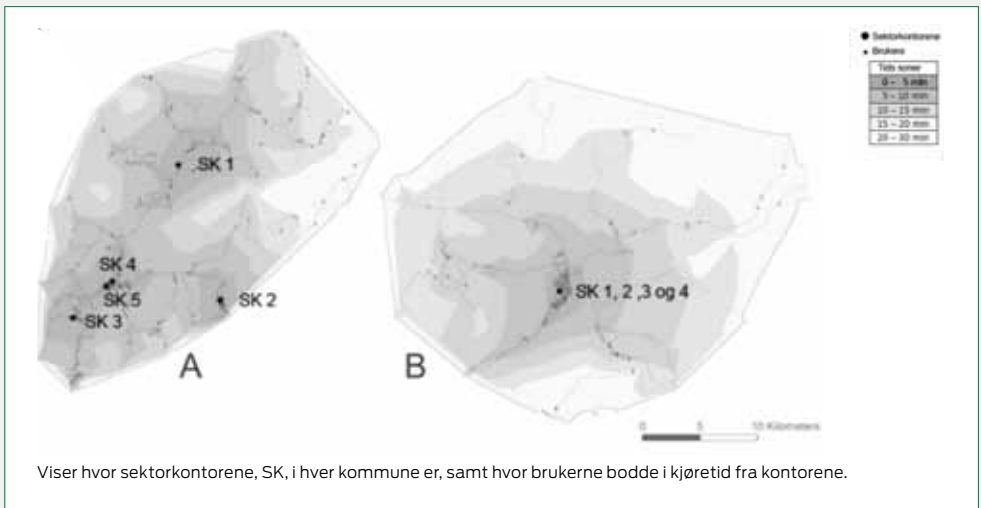
FIGUR 1:



FIGUR 3:



FIGUR 2:



de beregningene GIS-programmet gjorde, stemte med de faktiske forholdene, så ble noen av kjørerutene kontrollkjørt.

Forskningsetikk

Denne studien er en del av et brukerstyrt innovasjonsprosjekt *Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg*. Prosjektet er godkjent av Regionaletisk komité, REK, Nord med registreringsnummer 2011/2457-6 og NSD med nr. 28643. Brukerne ble registrert med løpenummer. For å bruke GIS var det nødvendig å registrere alle brukernes adresser, slik at kjørerutene ble laget. Disse vises som ruter uten geografiske kjennetegn. Alle data vil bli slettet i henhold til tillatelsen som er gitt av REK.

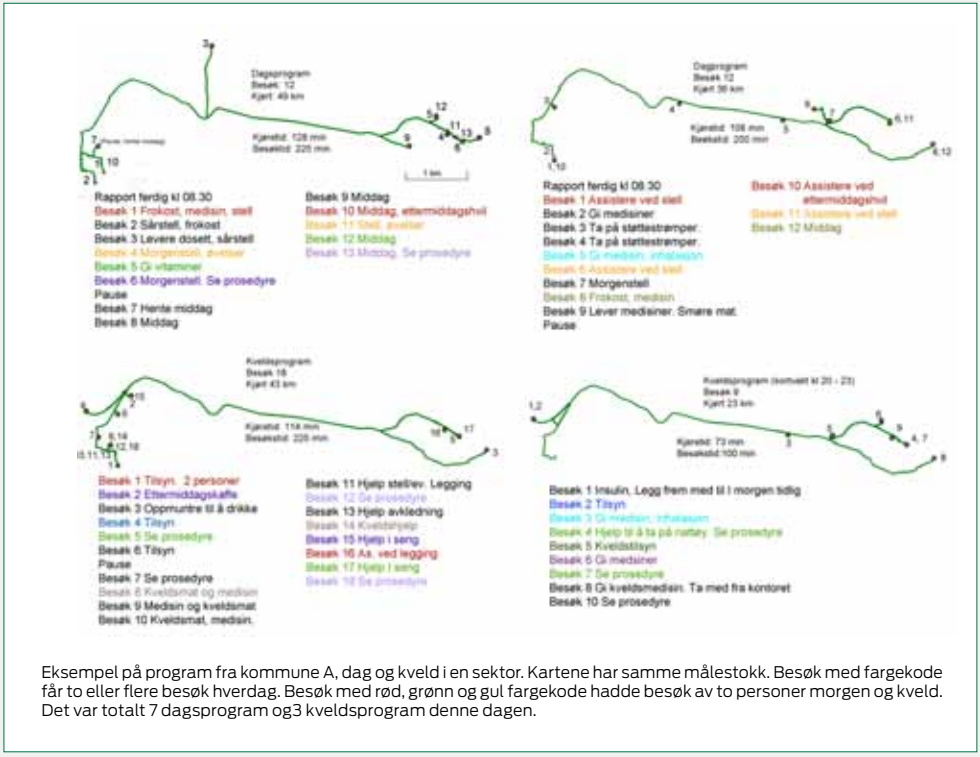
Funn

Kommune A har en større andel eldre enn kommune B, noe som også gjenspeilte seg i antall brukere som fikk vedtak. Funn fra vedtakene viste at tjenesten fordelte seg på grunnleggende sykepleie, administrering av legemidler, sårstell, andre sykepleieprosedyrer, tilsyn og praktisk bistand (figur 1).

Kommune A hadde 276 brukere og det ble gjennomført 2667 besøk. Antall besøk ble fordelt på 268 dagsprogram. I kommune B fikk 181 brukere 1466 besøk som var fordelt på 152 dagsprogram.

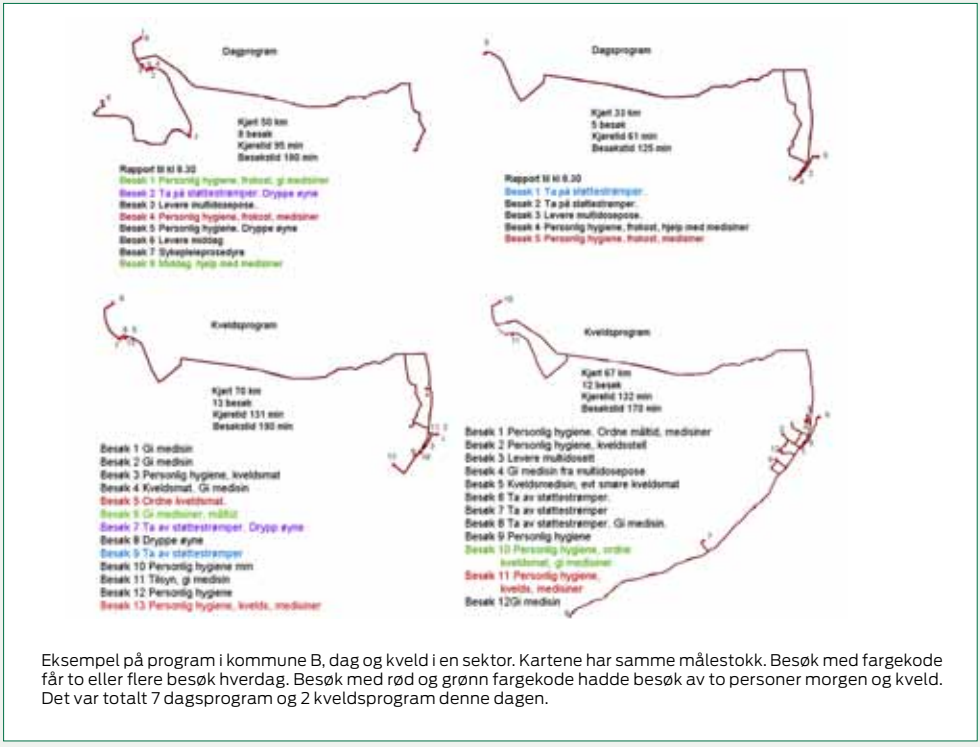
Tabell 2 Viser oversikt over antall bruker, antall besøk per uke og antall ruter for å dekke besøkene.

De fleste dagvaktene begynte ute hos brukerne kl. 08.30 i begge kommunene, og seinvaktene i kommune A sluttet kl. 22.30 og i kommune B kl. 22.00.



FIGUR 4:

Eksempel på program fra kommune A, dag og kveld i en sektor. Kartene har samme målestokk. Besøk med fargekode får to eller flere besøk hverdag. Besøk med rød, grønn og gul fargekode hadde besøk av to personer morgen og kveld. Det var totalt 7 dagsprogram og 3 kveldsprogram denne dagen.



FIGUR 5:

Eksempel på program i kommune B, dag og kveld i en sektor. Kartene har samme målestokk. Besøk med fargekode får to eller flere besøk hverdag. Besøk med rød og grønn fargekode hadde besøk av to personer morgen og kveld. Det var totalt 7 dagsprogram og 2 kveldsprogram denne dagen.

TABELL 4:
Tidsramme be-
søkene skjer inn-
enfor.

Tidsramme	Kommune A				Kommune B		
	Sektor 1 N= 81 (100 %)	Sektor 2 N=77(100 %)	Sektor 3 N=45 (100 %)	Sektor 4 N=73(100 %)	Sektor 1 N=82 (100 %)	Sektor 2 N=49 (100 %)	Sektor 3 N=50 (100 %)
5 timer				1 (1)			1 (2)
6 timer					2 (2)		
7 timer	1 (1)				3 (4)		
8 timer	3 (4)			5 (7)	6 (7)	1 (2)	
9 timer	4 (5)	4 (5)		3 (4)	5 (6)	3 (6)	4 (8)
10 timer	3 (4)	5 (7)	1 (2)	3 (4)		5 (10)	3 (6)
11 timer	2 (2)	10 (12)	7 (9)	5 (6)	2 (2)	7 (14)	1 (2)
12 timer	3 (4)	6 (8)	8 (18)	2 (3)		3 (6)	1 (2)
13 timer	4 (5)	3 (4)	5 (11)				3 (6)
14 timer		2 (3)	1 (2)				1 (2)
Sum	20 (25)	30 (39)	22 (49)	19 (25)	18 (22)	19 (38)	14 (28)

To sektorer i kommune A hadde en kortvakt på kveldene alle ukedagene, en kortvakt fra kl. 17.00 til kl. 22.30 og en fra kl. 20.00 til kl. 23.00. Kommune B hadde ingen kortvakter på kvelden. Tidsperioden besøkene skjedde innenfor var 13–14 timer. De ansatte kjørte som regel ut fra sektorkontorene kl. 8.30 etter rapport. Hjelp til morgenstell, tilrettelegging av frokost og utdeling av morgenmedisiner hos dem som får det daglig, skjedde i perioden kl. 8.30–11.30. Hjelp til kveldsstell, tilrettelegging av kveldsmat og utdeling av kveldsmedisiner skjedde mellom kl. 18.00 og 22.30.

Tabell 3 viser hvor mange som fikk to eller flere besøk hver dag. I kommune A fikk 33 % av brukerne to besøk eller flere hver dag. Splittet opp på sektorene så fikk 25 % av brukerne i sektorene 1 og 4 to eller flere besøk hver. I sektor 2 fikk 39 % to besøk eller flere, mens sektor 3 fikk 49 % av brukerne det. Når det gjelder kommune B, fikk 30 % to besøk eller flere, fordelt sektor 1 med 25 %, sektor 2 med 38 % og sektor 3 med 28 %.

Fra GIS, ble det i tillegg til kjørerutene også tatt ut et kart som viste hvor brukerne bodde relatert til avstand i tid fra sektorkontorene (SK) (figur 2). Kartet viste hvor forskjellig bosettingsmønsteret er i to sammenliknbare kommuner når det gjelder areal og antall innbyggere. I kommune A er det tydeligere grense mellom sektorene enn i kommune B. Siden sektorkontorene er på samme sted, er det et

samarbeid mellom sektorene om å besøke brukere i sentrum.

Kartet viste at mange brukere bodde i kommunenes utkant, noe som gjenspeilet seg i hvor mange kilometer de ansatte kjørte i løpet av uken. I begge kommunene er det en sektor som har lange avstander til brukerne (figur 3).

For kommune A beregnet GIS at de ansatte i sektor 1 kjørte 3500 km hvis de fulgte dagsprogrammene slik de var satt opp. I de andre sektorene var det henholdsvis 2040 km, 1209 km og 1234 km. I kommune B var det også en sektor som kjørte mye, sektor 1, med 2653 km i løpet av uken. I de to andre sektorene kjørte de henholdsvis 1559 og 1747 km.

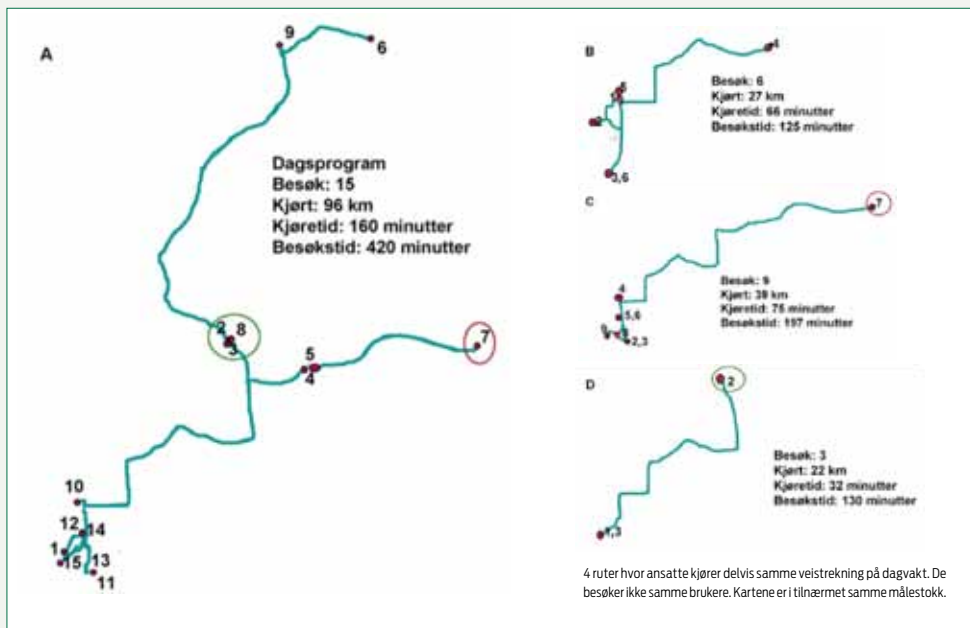
De fleste kjørerutene utenfor tettbygd strøk følger hovedveiene fram og tilbake til kontoret med avstikere som figur 3, 4, og 5 gir eksempler på.

Det var til sammen 9 brukere hvor det var behov for 2 ansatte ifb med stell. Figur 4 og 5 viser eksempel fra kommune A og B hvordan dags- og kveldsprogram ser ut med kart. Besøk kodet med rødt, gult og grønt var hos brukere hvor de måtte være to for å gjennomføre tjenesten ved hvert besøk.

Kommune B hadde to brukere som krevde besøk av to ansatte ifb med morgen- og kveldsstell.

Veinettet i begge kommune er slik at det er flere som kjører delvis samme veistrekning. Figur 6 viser et eksempel uhensiktsmessig programoppsett.

Den som kjørte rute A, besøkte 15 brukere. Tiden



FIGUR 6:

hos brukerne var planlagt til 7 timer. Kjøring, samt tid inn og ut av hus ble beregnet til 2 timer og 40 minutter. Som det går fram av figur. 6, så ble deler av kjøreruten kjørt dobbelt opp. Arbeidsoppgavene på ruten var utdeling av medisiner, morgenstell, tilrettelegging av måltid, sårstell og tilsyn. De tre andre som kjørte delvis samme strekningen hadde henholdsvis 6, 9 og 3 besøk, og de holdt seg godt innenfor arbeidstiden.

Tiden mellom første og siste besøk i løpet av dagen varierte fra 5 til 14 timer (tabell 4) i begge kommunene.

Tjenestene som ble gitt til de som fikk to eller flere besøk, er alt fra enkle tjenester som tar 10 minutter til svært komplekse tjenester som kan opptil en 1,5 time på formiddagen og 30 minutter til tre kvarter på ettermiddag- og kveldstid.

Brukere som fikk hjelp til morgenstell, kveldsstell/ hjelp til legging og tilrettelegging av alle måltidene fikk det innenfor 9 til 14 timer i kommune A, og 10 til 12 timer i kommune B. Hos en delvis sengeliggende bruker gikk det ca. 14 timer fra han fikk kveldsmat til frokost neste dag. Hos to andre som trengte mye tilrettelegging, gikk det 13 timer. Dette var brukere som fikk 4 besøk hver dag. Analyse av kjørerutene på kveldsvakt viste at om besøksrekkefølgen ble endret, så ble nattfasten kanskje en time kortere, men det ble mer kjøring og det gikk utover utdeling av medisin til en annen bruker.

Oppfølging av behandlingsopplegg

De fleste som fikk hjelp med å ta på elastiske strømper, fikk besøk mellom kl. 10 og 11. Da var brukerne stått opp og påkledd. Det kom fram under innsamling av dagsprogrammene. Tidsperioden brukerne hadde strømpene på varierte mellom 8 og 10 timer.

Øyendråper som gis x 2 eller oftere, ble hos de fleste brukerne gitt innenfor et tidsintervall på 8 til 9 timer.

Ansatte i hjemmetjenesten delte ut medisin hos 30 % av dem som fikk 2 besøk eller flere i kommune A og til 39 % i kommune B. Tiden mellom første og siste utdeling varierte mellom 7 og 12 timer i kommune A, og 8 og 12 timer i kommune B.

Diskusjon

Vedtakene viste at hjemmetjenesten denne uken brukte mest tid på grunnleggende sykepleie og praktisk bistand.

Den største utfordringen så ut til å være organisering av kjørerutene, slik at brukerne fikk tjenestene til rett tid, samt ha normal livs- og døgnrytme. Ved å bruke kart for å analysere organisering av kjørerutene, ble utfordringer som oppsto vedrørende planlegging av rekkefølgen av besøk tydeliggjort. Lange avstander, og kartet avdekket fram og tilbake kjøring på deler av veistrekningen på flere ruter, særlig i kommune B (se figur 5).



MINDRE TID I BIL: God planlegging kan redusere antall timer sykepleierne bruker bak rattet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Kontinuitet

Forskriften (6) sier at det skal være kontinuitet i tjenesten. Men hva som ligger i det, er opp til den enkelte hjemmetjeneste å vurdere. Kontinuitet er for eksempel at brukere bør ha færrest mulig ansatte å forholde seg til (7,8). Kontinuitet kan også være at brukerne får tjenesten slik den er planlagt. Kommunene i

«Optimalisering av kjørerutene vil gi bedre tid til brukerne.»

dette prosjektet hadde ulik oppfatning av kontinuitet. I kommune B var målet at brukere fikk et fast personale å forholde seg til. Når brukeren flyttet fra utkanten og inn til sentrum, så endret det organiseringen av dagsprogrammet vedkommende tilhørte. Noe som på flere ruter førte til mer kjøring mellom sentrum og utkant. Det ble mer tid i bil og mindre tid til andre oppgaver som rapportering og dokumentasjonsarbeid.

I kommune A hadde sektorene som politikk at alle ansatte i sektoren skulle kjenne rutine hos

«tunge» brukere, slik at de var trygg på at de kunne prosedyrene om de måtte «overta» på grunn av ferie eller sykdom. I tillegg visste brukerne at den som kom kunne det som skulle gjøres. Siden mange av de ansatte kjører delvis samme strekning, så har en sektor i kommune A, lagt opp kjørerutene slik at en bruker som fikk to besøk på formiddagen og tre besøk på ettermiddagen, fikk besøk av fire ansatte. På kveldsvakten fikk han besøk av samme person som hjalp han opp av sengen etter ettermiddagshvilen, som også hjalp han til sengs, mens en annen kom innom for å tilrettelegge kveldsmåltidet. På den måten fikk han 13 timer mellom første besøk om morgenen og siste besøk om kvelden.

Med fokus på kontinuitet, fikk kommune B flere ruter med mye uhensiktsmessig kjøring, som en ansatt som kjørte 3 mil tur-retur for et tilsyn på en strekning hvor andre kunne ivareta besøket. Optimalisering av kjørerutene til enhver tid, vil gi bedre tid til brukerne og andre oppgaver. Tid i dag er et knapphetsgode som bør veies opp mot at brukere skal ha kontakt med færrest mulig ansatte.

Organisering av døgnet

Tid i seng hos dem som var innvilget tjeneste til hjelp i seng om kvelden og stå opp neste dag varierte fra 10 til 14 timer. Det er i lengste laget. En som bodde lengst unna kontoret, fikk morgenstell og frokost så seint som kl. 11.30 og kveldsstell kl. 22.00. Kjørerutene viste hvorfor det ble slik. Geografisk avstand mellom brukerne medfører at de ansatte som regel ikke kan gå mellom brukerne slik de som arbeider i sykehjem kan. I hjemmetjenesten må de ansatte i hovedsak gjøre seg ferdig med arbeidet før de besøker neste bruker. Det er noe av det særegne ved hjemmetjenesten (39).

Tilrettelegging av måltider

Tre lite selvhjulpne brukere fikk hjelp til måltider innenfor en tidsramme på 10–11 timer. Tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltidet dagen ble hos disse 13–14 timer, dvs. nattfaste. Nattfaste i sykehjem bør ikke overstige 11 timer (40). For hjemmetjenesten foreligger det ikke noen slik anbefalinger. Det er lite kunnskap om nattfaste hos brukere som er særlig avhengig av at hjemmetjenesten tilrettelegger måltidene. Med stadig mindre selvhjulpne brukere, vil nattfaste være en av utfordringene som må tas i betraktning. Ifølge helsetilsynet har hjemmetjenesten mangelfulle systemer og praksis med å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos brukerne, samt rutiner for oppfølging (40). Underernæring er også et problem for hjemmetjenesten (23). Det er ikke tilstrekkelig bare å legge til rette for måltid, hjemmetjenesten bør også vurdere hvordan underernæring kan forebygges hos brukere i risikozonen.

Oppfølging av behandlingsforløp

Når det gjelder oppfølging av behandlingsforløp, var det mange brukere som fikk hjelp til å ta på og ta av elastiske strømper. De ansatte opplevde det som et problem at brukerne hadde stått opp lenge før de kom på formiddagen. Faglitteraturen (41,42) sier at elastiske strømper skal tas på før man står opp og tas av når man legger seg om kvelden. En litteraturstudie (43) viser at det foreligger lite kunnskap om effekten av å ta på elastiske strømper etter at brukeren har stått opp. Utfordringen blir å lage gode rutiner knyttet til bruk av elastiske strømper som informerer brukerne om hvordan de skal forholde seg.

Utdeling av legemidler er også en utfordring. Hos flere av dem som fikk hjelp med øyendråpene, var tiden mellom drypping om kvelden og første

drypping neste dag 16 timer, noe som er i meste laget. For medisiner som de ansatte delte ut, hvor kravet var at de også skulle påse at de ble tatt, så gikk det for lang tid fra siste medikament ble gitt om kvelden til utdeling neste dag. Ved å bruke geografisk referanse til hvor brukerne bor kan ansatte synliggjøre hvordan de kan sikre at brukerne får sine legemidler til rett tid. Ved å se på de enkelte kjørerutene, så er ikke en omlegging av kjørerutene alltid noe alternativ, da det går ut over andre brukere på samme rute. Bruk av kortvakter på kvelden, slik kommune A hadde, gjorde at de kunne gå lengre tid mellom første og siste besøk. Men å ha en arbeidsdag fra kl. 20 til 23 på kvelden gir ikke følelse av noe arbeidsfellesskap. Omsorgsteknologi kan være til hjelp når det gjelder legemidler, bl.a. ved å ta i bruk medisindispenser. Noe som prøves ut i Helsenettverk Lister (44).

Konklusjon

I denne artikkelen er det satt fokus på noen av de sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten har relatert til organisering av besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig. Utfordringer er knyttet til grunnleggende sykepleie som å gi brukerne normal livs- og døgnrytme, tilrettelegging av måltider hos brukere som ikke mestrer det selv, slik at nattfaste unngås. Administrering av legemidler hvor hjemmetjenesten har ansvaret for å dele ut medisinerne hver dag gir utfordringer vedrørende optimal tid mellom hver doseutlevering.

Implikasjoner for praksis

Ansatte i hjemmetjenesten må bli mer bevisst på å synliggjøre utfordringer knyttet opp til sykepleie- og medisinsk faglig kunnskap relatert til hvor brukerne bor i kommunen. Det er behov for mer forskning om hvordan hjemmetjenesten organiserer sine tjenester relatert til sykepleiefaglige utfordringer og tidsdimensjonen. ■

Referanser:

1. Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet. Digital agenda for Norge: IKT for vekst og verdiskaping. Oslo: Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet; 2013. Meld. St. 23 (2012-2013). www.regjeringen.no/pages/38268786/PDFS/STM2012201300230000DDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Meld. St. 29 (2012-2013). www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM2012201300290000DDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)

3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. St.meld. nr. 47 (2008-2009) www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)
4. Mørk E. Hjemme så lenge som mulig. I Ramm, J. (red) Eldres bruk av helse og omsorgstjenester. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2013. www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachement/125965?_ts=13f8b5b6898 (Lest 28.04.14)
5. Sosial- og helsedirektoratet. Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf> (Lest 28.04.14)
6. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR 2003-06-27 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. [www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html](http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html) (Lest 28.04.14)
7. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag* 2013, 21: 182-190.
8. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs* 2014, 70: 553-563.
9. Benzein E, Johansson B, Saveman B-I. Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. *J Clin Nurs* 2004, 13: 867-875.
10. Higuchi KA, Christensen A, Terpstra J. Challenges in home care practice: a decision-making perspective. *J Community Health Nurs* 2002, 19: 225-236.
11. Øresland S, Maatta S, Norberg A, Lutzen K. Home-based nursing: an endless journey. *Nurs Ethics* 2011, 18: 408-417.
12. Øresland S, Maatta S, Norberg A, Jørgensen MW, Lutzen K. Nurses as guests or professionals in home health care. *Nurs Ethics* 2008, 15: 371-383.
13. Tønnessen S, Forde R, Nortvedt P. Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2009, 10: 276-284.
14. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics* 2011, 18: 386-396.
15. Tønnessen S. The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Avhandling (ph.d.) - Universitetet i Oslo; 2011.
16. Kirchhoff JW. De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad University: Faculty of Economic Sciences, Communication and IT, Working Life Science; 2010. www.diva-portal.org/smash/get/diva2:287297/FULLTEXT01.pdf (Lest 28.04.14)
17. Vabø M. Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007.
18. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs* 2010, 19: 100-108.
19. Gjertsen H, Solvoll G, Gjernes T. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene: en studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF-rapport nr. 12. Bodø, Nordlandsforskning; nordlandsforskning.no/files/Rapport_2012/Rapport_12_2012.pdf (Lest 28.04.14)
20. Absulem S, Hardin H. Home health nurses' perceived care errors. *Rehabil Nurs* 2011, 36: 98-105, 128.
21. Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nur* 2004, 25: 164-170.
22. Sino CG, Munnik A, Schuurmans MJ. Knowledge and perspectives of Dutch home healthcare nurses regarding medication frequently used by older people. *Int J Older People Nurs* 2013, 8: 131-138.
23. Landmark BT, Gran SV, Grov EK. Ernæringsstatus blant pasienter i syke hjem og hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klin Sykepleie* 2014, 28: 4-14.
24. Roelands M, Van OP, Depoorter AM, Buysse A, Stevens V. Introduction of assistive devices: home nurses' practices and beliefs. *J Adv Nurs* 2006, 54: 180-188.
25. Haukelien, H. Omsorg og styring: kjønn, arbeid, og makt i velferdskommunen. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013. www.telemarkforskning.no/publikasjoner/tiler/2353.pdf (Lest 28.04.14)
26. Henderson V. Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 1961.
27. Henderson V, Mellbye S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
28. Cromley EK, McLafferty S. GIS and Public Health. New York - London: The Guilford Press; 2012.
29. Dulin MF, Ludden TM, Tapp H, Blackwell J, de Hernandez BU, Smith HA et al.: Using Geographic Information Systems (GIS) to understand a community's primary care needs. *J Am Board Fam Med* 2010, 23: 13-21.
30. Foley R. Assessing the applicability of GIS in a health and social care setting: planning services for informal carers in East Sussex, England. *Social Science & Medicine* 2002, 55: 79-96.
31. Graves BA. Integrative literature review: a review of literature related to geographical information systems, healthcare access, and health outcomes. *Perspectives in Health Information Management* 2008, 5: 1-13. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2500173/pdf/phem005-0011.pdf (Lest 28.04.14)
32. McLafferty S. GIS and health care. *Annu Rev Public Health* 2003, 24: 25-42.
33. Nykiforuk CJ, Flaman LM. Geographic Information Systems (GIS) for Health Promotion and Public Health: A Review. *Health Promotion Practice* 2011, 12: 63-73.
34. Passalent L, Borsy E, Landry MD, Cott C. Geographic information systems (GIS): an emerging method to assess demand and provision for rehabilitation services. *Disabil Rehabil* 2013, 35: 1740-1749.
35. Steinberg SJ, Steinberg SL. Geographical information systems for the social sciences. Investigating Space and Place. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc; 2006.
36. Angelsen R. Web GIS for hjemmetjenesten. *Web GIS for Home Care Services. Kart og plan* 2013, 3: 165-178.
37. Vägverket. Valgfrihet och transporter i hemtjänsten. Göteborg: Vägverket; 2010. publikationswebbutik.vv.se/upload/5498/2010_29_valgfrihet_och_transporter_i_hemtjansten.pdf (Lest 28.04.14)
38. Vägverket. Kravspesifisering for ruttoptimering. Publikation 2007:59. Borlänge: 2007 publikationswebbutik.vv.se/upload/3067/2007_59_kravspesifisering_for_ruttoptimering.pdf (Lest 28.04.14)
39. Twigg J. The body in health and social care. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006
40. Ouren T, Kristiansen O, Kaurin M, Herbern SM, Vege A, Jacobsen F et al. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem - statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem/Publikasjoner/Nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem.pdf](http://publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem/Publikasjoner/Nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem.pdf) (Lest 28.04.14)
41. Almås H, Stubberud DG, Grønseth R. Klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
42. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie, Grunnleggende Behov. Bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
43. Holm SG. Kompresjonsstrømper til besvær? Er rammene for oppfølging av hjelp til på-/avledning av kompresjonsstrømper i hjemmetjenesten innenfor det som er forsvarelig? *Geriatrisk Sykepleie* 2014, 2: 26-30.
44. Helsenettverk Lister. Foreløpige resultater medisindispenser. 2014. www.lister.no/prosjekter/helsenettverk-lister/velferdsteknologi/demens/567-forloepige-resultater-medisindispenser. (Lest 28.04.14)

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.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost (sovolse@online.no) som videreformidler 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.

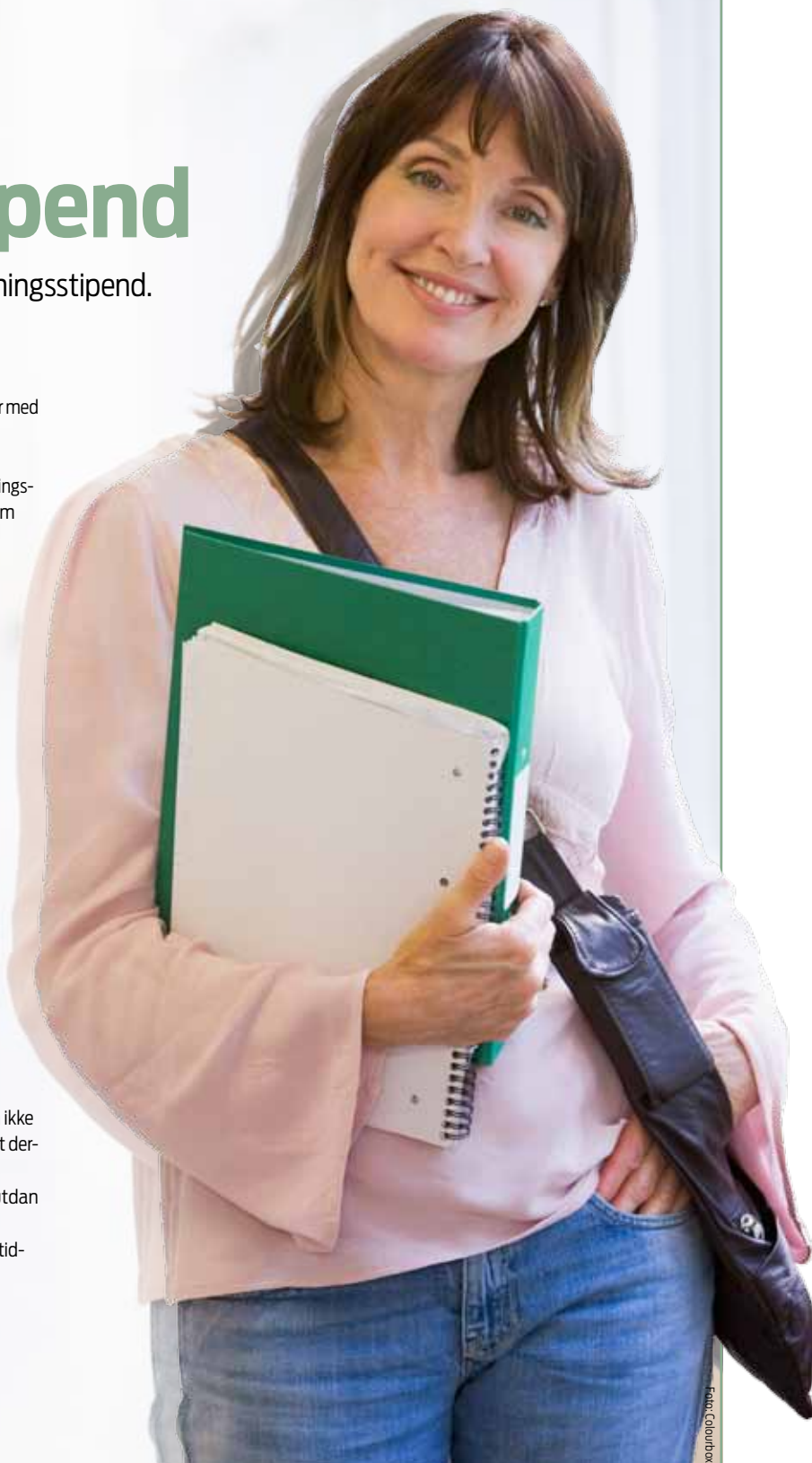


Foto: Colourbox

Er det mulig å gjøre eldre og personer med demens til «dedikerte idrettsutøvere»...?

MOTiview

TRENINGSGLEDE
for eldre og personer med demens



Motiview er et motivasjonsverktøy som stimulerer eldre og personer med demens til økt fysisk aktivitet.

Ved hjelp av levende bilder og valgfri musikk kan brukeren dra på sykkeltur i kjente omgivelser og barndomsminner.

HELSEGEVINSTER ... :

- Kraftig reduksjon i *fallforekomst*
- Raskere *rehabilitering*
- Mindre *smarter*
- Økt *matlyst*, samtidig reduksjon av *overvekt*
- Bedre *søvn*
- *Angst og engstelse*, samt *fysisk utagering* kraftig redusert
- Bedre *trivsel*
- Reduksjon av *psykofarmaka*



Ta kontakt for informasjon om priser, filmmuligheter og leveranse.
post@motitech.no // tlf. 815 70 755 // www.motitech.no
Du finner oss også på facebook

Motiview er utviklet i samarbeid med etat for alders- og sykehjem i Bergen Kommune, og er støttet av Innovasjon Norge.

MOTiTECH
MOTIVASJONSTEKNOLOGI