

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Sykepleien



**Selvbestemmelse
på sykehjem**



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. Liv Halvorsrud, førsteamanuensis Høgskolen i Oslo og Akershus, HF - Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole. Gørill Haugan, PhD, førsteamanuensis 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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Colourbox

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen 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@hiof.no

Innhold



03 - 2016

- 3 Leder:
Tor Engevik
- 4 Landsstyret og lokalgruppelider i NSF FGD
- 5 Gjesteredaktør:
Jonas Debesay
- 6 Smånytt
- 8 Autonomi i sykehjem for pasienter med demens
- 16 Tilbakeblikk
- 18 Sykepleielederens fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten
- 28 Bruk meg som en Sobril
- 30 Generalforsamling og valg 2017
- 31 Forskning til folket
- 32 Landskonferansen 2017
- 33 Oppmuntrer til trening
- 34 Gratis medlemskap
- 36 Bli medlem

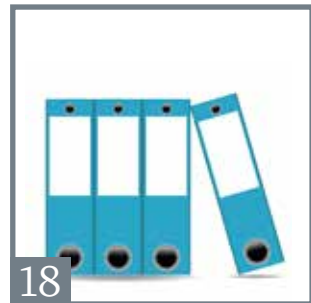




Foto: Privat

**FAKTA****Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Verdig alderdom for rusavhengige

Er rus en aktuell problemstilling i geriatrien? Ja absolutt. Rusavhengige har også behov for eldreomsorg. Spørsmålet er om eldreomsorgen er godt nok rustet til å ivareta den eldre rusavhengige.

På TV

Petter uteligger eller Petter Nyquist, som han egentlig heter, har med tv-serien om sine 52 dager som uteligger blant Oslos rusavhengige gitt oss innblikk i noen av skjebnene bak rusavhengigheten. Mange hevder at serien har fungert som folkeopplyser. Den har kanskje til og med fått folk til å endre holdning. Rusavhengige viser symptomer på geriatriiske sykdommer mye tidligere enn gjennomsnittet. Dette kommer blant annet frem i en studie fra regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, «Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR». Rusmisbrukere i slutten av femtiårene kan ha helseproblemer som tilsvarer de eldste eldre i normalbefolkningen. Dette betyr at det også må finnes en plass til dem i eldreomsorgen.

Leder ved Strax-huset i Bergen, Hugo Torjussen sier at behovet for sykehjems plasser for eldre rusavhengige er økende. Dette begrunner han med økt levealder for denne gruppen som følge av at helsetjenestene og oppfølgingen av den enkelte er blitt bedre. Torjussen berømmer kirkens bymisjons lavterskeltilbud som i dag dekker noe av omsorgsbehovet gjennom gatehospital, men sier at dette på langt nær er nok.

På de fleste sykehjem forventes det at pasientene er rusfrie, men for eldre med alkohol og opi-atavhengighet kan dette ofte være umulig. Siden 2006 har 17 plasser ved Stokka sykehjem i Stavanger vært forbeholdt pleietrengende rusavhengige. På avdelingen er det tillatt med både alkohol og sigaretter så lenge det ikke skader andre. Og selv om illegale stoffer ikke er lovlig, sørger personalet for rene sprøyter til dem som har behov for det. På Stokka har målet vært å gi den enkelte pasient best mulig livskvalitet ut ifra sin rusproblematikk.

Satt på dagsorden

Et svært viktig tema ble satt på dagsordenen i Bergens Tidendes leder den 11. august 2016. Den handlet om eldreomsorg for rusavhengige og vi kunne lese at Bergen endelig kan få sin første sykehjemsavdeling med sju plasser for rusavhengige på Landås menighets eldresenter. Kartlegging har avslørt at rundt 50 rusavhengige eldre i Bergen har behov for heldøgns pleie på sykehjem. For dem er dette en gledelig om enn spe begynnelse.

Som samfunn skal vi vurderes ut fra hvordan de mest sårbare av oss blir behandlet. Uavhengig av personlig ståsted i ruspolitikken er det på sin plass å berømme sykepleier og helsebyråd i Bergen, Rebekka Ljosland, når hun nå går i gang med å gi også rusavhengige som ikke klarer å slutte med rusen et verdig heldøgns tilbud. En verdig alderdom må også være et mål for rusavhengige. ■



Landsstyret NSF FGD 2016

LANDSSTYRET

Leder:

Tor Engevik
Mobil: 90 54 62 28
e-post: tor.engevik@hotmail.no

Nestleder:

Inger Lund Olsen
Mobil: 93 24 32 37
e-post: inger.olsen@halden.kommune.no

Styremedlem:

Siren Anderassen
Mobil: 97 83 42 88
e-post: sirenandreasen@yahoo.no

**Styremedlem,
landskonferanse-
ansvarlig:**

Liv-Berit L. Jordal
Mobil: 41 69 30 56
e-post: livberitjordal@msn.com

**Styremedlem/
redaktør:**

Wivi-Ann Tingvoll
Mobil: 97 53 95 55
e-post: wivi-ann.tingvoll
@hin.no/vat@hin.no

**Styremedlem/
kasserer:**

Elin Grønsveen
Mobil: 41 26 28 84
e-post: elingronl@hotmail.com

1. vara:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

**Nettsideansvarlig/
medlemskontakt:**

Gunhild Grythe
Mobil: 92 08 56 91
e-post: gunhil-g@
online.no

Facebookansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Hordaland:

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

Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Vestfold:

Katrine Linnom Pedersen
Mobil: 93 01 40 58
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

Oppland:

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

Buskerud:

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

Østfold:

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

Oslo/Akershus:

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

Trøndelag:

Linda Vinje
Mobil: 930 26 793
e-post: lindavinje@hotmail.com

KONTAKTPERSONER

Agder:

Kari Benneche Neteland
e-post: karianne.benneche.
neteland@sshf.no

Rogaland:

Ragnhild Kalstveit
Mobil: 90 92 72 00
e-post: r_karstveit@
hotmail.com

Telemark:

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

Nordland:

Ann Iren Nikolaisen
Mobil: 91108478
e-post: ann.iren.nikolaisen@narvik.
kommune.no

Møre og Romsdal:

Anne Merete Hage
annmeha61@gmail.com

Finnmark:

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

Hedmark:

Renate Andersen
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes
i Sogn og Fjordane

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 bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskrifter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens



Foto: Privat

**FAKTA****Jonas Debesay**

Førsteamanuensis, Fakultetet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

Hvordan sikre faglighet og kvalitet?

Innføringen av samhandlingsreformen har satt søkelyset på kvaliteten i overføringen av pasienter fra sykehus til sykehjem eller hjemmesykepleien. Spørsmålet en må da stille er om eldre pasienter får dekket sine behov for trygghet og verdig behandling. Dette setter store krav til sykehusenes utskrivelsespraksis slik at de gjennomføres på en forsvarlig måte, men kanskje enda viktigere er at primærhelsetjenesten er godt nok rustet til å ta imot pasientene. Det er i en slik kontekst jeg leser de to studiene som er presentert i dette temanummeret av Geriatrik sykepleie.

Faglig standard

I den ene studien undersøker forfatterne i hvilken grad ledere i hjemmetjenesten legger til rette for god sykepleiefaglig standard. Det tas utgangspunkt i måten fallhendelser hos eldre blir forebygget og fulgt opp. Den andre studien tar for seg autonomiens betydning for personer med demens. Det er ivaretagelsen av pasientenes medbestemmelsesrett på sykehjem som blir belyst, og noen av hindringene på veien dreier seg blant annet om type bemanning og arbeidskultur.

Disse studiene peker på hver sin måte mot sykepleierarbeidets rammebetingelser i kommunehelsetjenesten. Det er velkjent at sektoren har store utfordringer når det gjelder rekruttering, og at det arbeider mange ufaglærte både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Samtidig har pasienter krav på

kompetent hjelp, inkludert verdig behandling. De strukturelle utfordringene med høyt arbeidspress og lav faglig kompetanse kan derfor lede til etisk ufor-svarlige situasjoner. Når det er mangel på en kultur som fremmer faglighet og kompetanse, er det ikke vanskelig å forstå at sykepleieres helsefremmende- og forebyggende funksjon blir nedprioritert.

Etisk forsvarlig

Profesjonskompetanse og faglighet er også avgjørende for en etisk forsvarlig praksis i møte med eldre. God etisk dømmekraft kan utvikles gjennom mye erfaring, men er etter min mening særlig avhengig av nødvendig bakgrunnskunnskap om verdier og holdninger i omsorg og pleie. Uten en slik profesjonsetisk bevissthet kan det bli vanskelig å identifisere etisk problematiske situasjoner, som for eksempel mangel på autonomi hos eldre pasienter.

En vanlig misforståelse er at etiske dilemmaer dreier seg om store og overgripende hendelser, selv om disse naturligvis er mer sensasjonelle. De vanligste etiske overtrampene er imidlertid de vi i liten grad er i stand til å identifisere, enten på grunn av at vi er så oppslukt av rutiner at vi ikke klarer å løfte blikket, eller at vi rett og slett mangler riktig (faglig) utrustning for å håndtere situasjonen. Jeg har i min forskning trukket frem rammebetingel-senes betydning for god sykepleieutøvelse. Det er derfor gledelig at begge studiene i dette nummeret også anlegger slike betraktninger. ■



Farligste dager

Mandag og tirsdag er de farligste dagene å arbeide på. Det viser en undersøkelse der arbeidsulykker de siste tolv årene er kartlagt. Det er Fagbladet 3F i Danmark som har gjennomført undersøkelsen. 464 arbeidsrelaterte dødsulykker fra 2004 til 2015 er undersøkt, og funnene viser at knappe 37 prosent av dødsulykkene skjedde på en av ukens to første dager.



Kilde: hmsmagasinet.no/NTB

Størrelsen teller

Størrelsen på hippocampusen i hjernen har vist seg å være avgjørende for hvor sårbar man er for stress, herunder angst og depresjon. Forskere fra Norges arktiske universitet og Universitetet i Umeå fant at de som har høyt stressnivå, også har en mindre hippocampus enn de som har lavt stressnivå.



Kilde: UIT

«For meg er alderdommen alltid ti år eldre enn meg selv.» *John Burroughs*

Flere med lav inntekt

Inntektsforskjellene blant nordmenn øker, og stadig flere lever på lav inntekt. Det viser en rapport Statistisk sentralbyrå har laget for Arbeids- og sosialdepartementet. Rapporten slår fast at de fleste her i landet har opplevd en god utvikling i inntekt og levekår de siste årene, men at ikke alle er med på oppturen. Nesten 11 prosent hadde relativt lav inntekt i 2014. Det kan være enslige forsørgere, arbeidsledige, flyktninger eller personer som får ulike former for trygd eller stønad.

Kilde: Forskning.no



Global helse

Millioner av liv er reddet, takket være framskritt i global helse de siste ti årene, skriver Bistandsaktuelt, som presenterer ti framskritt:

1. Barnedødeligheten er kraftig redusert.
2. Vi lever lenger.
3. 17 millioner får effektiv hiv-behandling.
4. Mange flere barn blir vaksinert.
5. Færre dør av malaria.
6. Flere behandles for tuberkulose.
7. Færre dør under fødsel.
8. Parasitter kan bekjempes.
9. Det er gratis helsetjenester i flere land.
10. Flere land jobber med røykeslutt.

Kilde: Bistandsaktuelt

Menn lever lenger

Menn nærmer seg kvinners levealder.

Fra 2014 til 2015 økte menns forventede levealder med 0,3 år mens økningen for kvinner var på bare 0,05 år. Forskjellen mellom kvinners og menns levealder minsker og er nå 3,8 år mens den på starten av 1980-tallet var på nesten 7 år.



Kilde: SSB

Mange har plager

Drøyt 22 prosent av yrkesaktive svensker oppgir at de kjenner kroppslige eller psykiske arbeidsrelaterte plager som følge av stress, tungt manuelt arbeid, dårlig forhold til ledere og kolleger og vold og trusler. Det viser en undersøkelse blant 15 000 svensker. Den høyeste andelen med plager finner vi blant sysselsatte i helse og omsorg, sosiale tjenester og utdanning.



Kilde: Ledernet

Sunt arbeid

Frivillig arbeid kan være bra for den psykiske helsen til eldre, antyder en britisk studie. I hvert fall er det slik at middelaldrende og eldre mennesker som oppgir at de driver med «ulønnet frivillig arbeid», er mer fornøyde med livet. Spørreundersøkelsen fulgte 5000 husholdninger i England fra 1996 til 2008. Samtidig målte man den psykiske helsen deres gjennom spørsmål om trivsel og symptomer på psykiske lidelser. Jo oftere frivillig, desto bedre, ser det ut til. De som var frivillige minst en gang i uka, hadde best psykisk helse. De som var frivillige en gang iblant, trivdes bedre enn de som aldri var det.

Kilde: Forskning.no



Skaper frykt

Å arbeide med mennesker som har truende adferd kan være krevende. I en undersøkelse fra Sahlgrenska akademien, beskriver sykepleiere hvordan de kan oppleve at frykten setter seg etter en truende situasjon. Virkningen av trusler er ikke begrenset til arbeidsplassen. Den som utsettes for en trussel kan føle sterk frykt for å møte vedkommende ute i samfunnet. Sykepleierne i undersøkelsen mener god kommunikasjon er det beste virkemiddelet mot trusler og vold.

Kilde: Personal og ledelse





Autonomi i sykehjem for pasienter med demens

FAKTA

Av Betty-Ann Solvoll,
førsteamanuensis,
Høgskolen i Oslo og
Akershus

Av Vigdis Granum,
førsteamanuensis senior,
Høgskolen i Oslo og
Akershus

Innledning

Hensikten med artikkelen er å kaste lys over hvordan det tilrettelegges for autonomi i sykehjem for pasienter med demens. Temaet belyses ved å granske utvalgte forskningsartikler. Målet er å øke innsikten i hvilke muligheter pasienter kan ha til å delta i beslutninger som angår dem selv. Problemstilling: Hvordan tilrettelegges det for autonomi i sykehjem for pasienter med demens?

Hva fremmer, eventuelt hemmer slike muligheter i dagliglivet?

Bakgrunn

Autonomi er en viktig verdi i vestlige samfunn (1). Innenfor biomedisinsk etikk er autonomi løftet fram som ett vesentlig prinsipp (1). I forbindelse med helsetjenester er retten til autonomi nedfelt i pasientrettighetsloven (2). Nordenfelt (3) legger

Sammendrag: Autonomi er en viktig verdi i vestlige samfunn. Artikkelen har søkelys på pasientautonomi i hverdags situasjoner på sykehjem. Hensikten med studien var å undersøke hvordan forskningslitteratur beskriver tilretteleggelse av autonomi for pasienter med demens. Temaet belyses ved granskning av 12 publiserte forskningsartikler innenfor tidsrommet 2000 – 2015. Autonomi oppfattes som truet når fysisk og kognitiv svekkelse fører til mangelfull evne til å ta informative valg. Litteraturen viser at helsetilstanden ikke alltid har avgjørende betydning for selvbestemmelse. Å være kognitivt svekket fratar ikke nødvendigvis personen egne ønsker og tanker om hvordan dagliglivet skal være. Personalets og familiens kunnskaper og holdninger er medvirkende faktorer til medbestemmelse i hverdagen for personer med demens. Fysiske og kulturelle omgivelser har betydning for å kunne tilrettelegge for autonomi. Virksomhetsledelsen spiller en vesentlig rolle. Nyere litteratur retter oppmerksomhet på autonomi som et relasjonelt begrep. Alle parter i relasjonen blir derved viktig slik at helsepersonell og familie bidrar i fellesskap til å utvikle og styrke pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger.

Nøkkelord: autonomi, demens, sykepleie, sykehjem

Abstract: Autonomy is an important value in Western society. This article sheds light on patient autonomy in everyday situations in nursing homes. How is autonomy facilitated for patients with reduced cognitive capacity in nursing homes? How is this phenomenon described in research literature? These are questions to be highlighted in this article. Research articles published within the period of 2000 – 2015 are browsed. 12 selected articles are analyzed. Autonomy is often perceived as threatened when physical and cognitive impairment results in inadequate ability to make informative choices. Literature shows that health condition is not necessarily crucial for self-determination. Being cognitively impaired does not inevitably deprive a person from communicating his or her will and wishes on how daily life should be. Knowledge and attitudes of health care personnel and families are contributing factors to participation in everyday life for people with dementia. Environmental factors, both physical and cultural, have further impact on facilitating autonomy. Management staff plays an essential role. Recent literature emphasizes autonomy as a relational concept. Thus, all parts in the relationship is important in facilitating autonomy. Health care professionals, families as well as patients contribute jointly to develop and strengthen patients' ability and opportunities to make autonomous decisions.

Key-word: autonomy, dementia, nursing, nursing homes



UHELL: Fall er den hyppigste uheldige hendelsen hos eldre mottakere av hjemmetjenester. Illustrasjonsfoto: Colourbox

til grunn at autonome mennesker må ha evne til å ivareta sine egne anliggender og muligheter til å fatte egne beslutninger. Her gjøres et skille mellom autonomi som en evne til å foreta valg, og den faktiske muligheten mennesket har til å gjennomføre handlingene som valget er knyttet til. I evnen til å foreta valg ligger personens evne til å forstå informasjon som har betydning for valget. Svekkelse på grunn av fysisk eller psykisk sykdom kan bidra til redusert evne til å foreta autonome valg (3).

Evnen til å vurdere egen situasjon og å foreta beslutninger på bakgrunn av denne, innbefatter samtykkekompetanse. Skal samtykket være gyldig,

«Noen vil gjerne bestemme selv.»

stilles det krav til at beslutninger skal kunne tas på et tilstrekkelig informert grunnlag. Personer som av ulike årsaker har kognitiv svikt, kan mangle helt eller delvis evne til å vurdere informasjon. Pasienter med demens har redusert kognitiv kapasitet i ulikt omfang, men likevel gjelder prinsippet om autonomi for pasienten.

Autonomi omtales ofte i litteraturen i sammenheng med «store» etiske spørsmål; for eksempel



spørsmål om liv eller død, om eutanasi, og om å avslutte livsviktig respiratorbehandling. Denne artikkelen har søkelyset på hverdags situasjoner i sykehjem. Hvordan tilrettelegges det for at pasienter med demens kan delta i beslutninger om sin egen hverdag?

Tidligere forskning om pasientautonomi

Forskning viser to hovedtrekk angående pasientautonomi; autonomi virkeliggjøres avhengig av relasjonen mellom aktørene i situasjonen og kompleksiteten i pasientens helsetilstand.

Relasjonelle forhold

Hvorvidt pasienter får bestemme i sykehjem kan handle om hva deres ønsker er. Forhold i dagliglivet, for eksempel hva som skal skje, hvem pasienten ønsker skal hjelpe seg og på hvilket tidspunkt ting skal skje, får gjerne gehør (4). Pasienter som viser tydelig engasjement, synes å bli hørt i større grad (5). Måten pasienter er involvert på har betydning for hvordan sykepleiere tar imot og reagerer på deres utspill. For stort engasjement eller for store krav og ønsker, kan resultere i at pasientene oppfattes som «vanskelige» (6).

Pasienter kan ha ulike oppfatninger av hva autonomi innebærer og varierende ønsker om å få delta i beslutninger. Noen vil gjerne bestemme selv, mens andre setter pris på at andre tar avgjørelser

deres autonomi realiseres (13, 14). I livstruende situasjoner kan pasienter oppleve at de «ikke har noe valg» (15). Terminal fase er typiske situasjoner der pasienter i stor grad får bestemme selv (16). Cole (17) fant at ikke alle i pleiepersonalet har for vane å få eksplisitt samtykke fra pasientene.

Metodebeskrivelse

For å besvare problemstillingen ble forskningslitteratur gransket (18). Søk er gjort i databasene Cinahl, Ovid Nursing og PubMed. Anvendte søkeord var: «autonomi» (i tittel) kombinert med «nursing» og «dementia» (i tekst). Søkeprosedyren ble også gjennomført ved å søke kombinasjoner av ordene i «all text»: autonomy + nursing homes + dementia. Videre ble søk gjort på forfatternavn som hyppig ble nevnt i litteraturen. Artiklens referanselister ble også lest for å finne relevante artikler (19). Søket er avgrenset til de siste 15 år. Kriterier for artikkelutvalg var engelsk- og nordisk-språklige artikler, med tema kvalitativ forskning utført i sykehjem. Relevante teoretiske artikler ble inkludert. Første utvalg foregikk ved at alle titlene ble lest og relevante artikler utvalgt. I andre utvalg ble sammendragene gjennomlest og irrelevante artikler eliminert. Før endelig utvalg ble gjort, diskuterte forfatterne innholdet og relevansen i artiklene. 12 fagfelleurderte artikler ble sluttresultatet (se tabell 1).

Analysen har foregått i tre trinn; Trinn én innebar å skaffe oversikt over artiklens innhold. Sammen drag, metode og funnbeskrivelser i artiklene ble gransket. I trinn to leste vi gjennom funnbeskrivelsene for å kategorisere meningsinnholdet, med utgangspunkt i problemstillingen: Hvordan tilrettelegges det for autonomi hos pasienter med demens i sykehjem? Kategoriene ble ordnet innenfor kunnskapsdomenene; pasienten – relasjonen – omgivelsen. Meningskategorier ble dannet ut fra originalartiklens beskrivelser av resultater, utprøvd i forhold til problemstillingen og satt inn i kunnskapsdomenene. I trinn tre så vi etter sammenheng mellom kategoriene.

Resultater

Autonomi kan fremmes ved å ha fokus på pasientenes ønsker, og å utvikle relasjoner mellom pasienter, familie og helsepersonell. Dessuten har fysiske og kulturelle omgivelser betydning. Ofte handler det om å være bevisst de små mulighetene i hverdagen.

«Økt bemanning fører ikke automatisk til autonomi.»

(7, 8). Eldre personer med sterke oppfatninger av å være autonome tar i større grad i bruk tilbudet om omsorgstjenester (9).

Sykepleieres holdninger til pasienters selvbestemmelse varierer. Holdninger om at eldre pasienter er passive og ikke ønsker å lære om sin situasjon, avdekker paternalisme hos pleiepersonalet (5). Særlig vanskelig kan det være for pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt (10). Andre pleiere er mer aktive overfor pasienter og deres selvbestemmelse (11). Autonomi handler om å respektere pasienters valg selv om pleiere er uenig i valget (12).

Kompleksiteten i pasienters helsesituasjon

Hvor dårlig pasienten er har betydning for hvordan

TABELL 1: Artikkelloversikt

Forfatter År	Tittel	Land	Metode	Resultater
Helgesen AK Larsson M Athlin E 2014	Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle?	Norge	Intervju	Å bestemme i eget liv har sammenheng med verdighet og positivt selvbilde. Det kan være alt fra at beboerne tar egne avgjørelser, at de får justere sine valg, til at personalet tar beslutningene helt og holdet på beboerens vegne, eller at beboere tvinges.
Drageset I Normann K Elstad I 2013	Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet	Norge	Intervju	Å få fortelle fra eget liv gir følelser av sammenheng. Fortsatt kontakt med familie, få gå i naturen og ha kontakt med dyr, sang og musikk og det å få være en del av lokale mattradisjoner, opplevdes meningsfullt.
Smebye KL Kirkevold M 2013	The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study	Norge	Felt studier og intervjuer	Relasjoner som styrket beboerne personlig, var nære følelsesmessige bånd mellom personer med demens, deres familier og helsepersonellet. Forhold som virket reduserende på beboeres personlige styrke var når oppgaver ble satt i sentrum.
Williams A 2013	Integration and independence: a new approach to autonomy and social inclusion within care homes.	UK	Teoretisk artikkel	Personsentrert omsorg sikrer en bedre mulighet for beboere til aktiv deltagelse og øker kvaliteten på omsorg ved å ta utgangspunkt i beboerens individuelle behov.
Landau R Werner S 2012	Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendation for practice	Israel	Fokusgruppe Intervju	Beslutninger om bruk av GPS i omsorgen til personer med demens er vanskelige. Personens egeninteresse må i enhver sammenheng være det overordnede målet. Ingen må bli tvunget til bruk av GPS.
Helgesen AK Larsson M Athlin E 2010	'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes	Norge	Observasjon Intervju	Pasientdeltagelse er ofte et spørsmål om nærvær, fysisk og mental tilstedeværelse. Også beboernes nærvær i form av en tydeliggjøring av hva de ønsker og i hvilken grad de kan tilpasse seg situasjonene, er viktig for deltagelse. Lederskap, antall personell og rutiner kan medvirke til å hindre eller stimulere pasientdeltagelse.
Jakobsen R Sørli V 2010	Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers.	Norge	Intervju	Helsepersonell finner idealer som autonomi og verdighet krevende å balansere opp mot beskyttelse av beboere.
Johansson I Bachrach-Lindström M Struksnes S Hedelin B 2009	Balancing integrity vs. risk of falling – nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes.	Sverige	Intervju	Integritet og autonomi må balanseres med risiko for å falle. Det innebærer å tilpasse seg beboernes tilstand; glemsel, angst og forvirring, evne til å uttrykke seg, forstå og deres kroppslige funksjon.
Askautrud M Ellefsen B 2008	Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis.	Norge	Intervju	Autonomi er den enkeltes rett til å ha innflytelse på egen omsorg. Beboeres autonomi kan hemmes ved forhold både hos en selv, hos personalet og i miljøet. Kunnskap om beboere, aktiv bearbeiding av ansattes holdninger, og et tydelig språk er forhold som ledere i sykepleien kan bidra med til å fremme beboeres autonomi.
Cohen-Mansfield J Bester A 2006	Flexibility as a Management Principle in Dementia Care: The Adards Example	Australia USA	Teoretisk beskrivende	Fleksibilitet i daglig arbeid og planlegging av aktiviteter fremmer beboernes autonomi.
Sacco-Peterson M Borell L 2004	Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting	Sverige	Etnografisk; deltagende observasjon og narrative intervjuer	Autonomi, aktiv deltagelse og beboeres verdighet kan hindres i sykehjem ved fysiske og sosiokulturelle hindringer. Toalettbesøk, bading og påkledning er eksempler på aktiviteter der autonomi kan fremmes ved bedre tilrettelegging.
Hertogh CMPM The BAM Miesen BML Eefsting JA 2004	Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes	Nederland	Etnografisk feltstudie	Det ligger i sykepleiers yrkeskode og som et viktig grunnlag for beboeres aktive deltagelse, at personalet er "ærlig" i sin kontakt med dem, selv om sannheten ofte smerter.

Hva betyr autonomi for pasienter?

For pasientene handler det om å få ta hverdagslige avgjørelser. Det betyr mye for pasienter å få gjennomført personlig hygiene skjermet fra innsyn, få

gå på toalettet alene, få bestemme tidspunkter for bad og dusj, eller om en heller vil vaske seg med klut (20, 21). Autonomi handler også om muligheter til å få bevege seg fritt i avdelingen, få velge hvilke





PÅLEGG: Hva man vil ha på brødskiva, kan man bestemme selv. Illustrasjonsfoto: Colourbox

aktiviteter man ønsker å delta i, velge møbler på rommet, eller hvilke klær og sko en vil bruke (20).

Relasjonenes betydning for pasientautonomi

Relasjoner mellom pasient, familie og helsepersonell har betydning for pasientautonomi. Pleiepersonalets (sykepleiere og hjelpepleiere) oppmerksomhet og fokus på pasientens tilstand, som glemsomhet, angst, forvirring, evne til å uttrykke seg selv, danner utgangspunktet (20). Pleiernes evne til å se og fortolke pasientens situasjon er medvirkende til hvordan de klarer å inkludere pasientene i beslutningene (22). «Ildsjeler» blant personalet øker pasientenes muligheter til å delta i beslutninger om deres hverdag (22).

Familierelasjoner kan ha betydning for pasientautonomi. Nære bånd mellom pårørende, pasienter og helsepersonell medvirker til respekt og fokus på pasientautonomi. Familiens bidrag med informasjon har positiv innvirkning på pleiepersonalets tilretteleggelse for pasientautonomi. Det har betydning om familien har fokus på pasienters styrke og evner, mer enn på deres svakheter og begrensninger (23).

Fellesskapsfølelse kan opprettholde pasienters evner til deltagelse og involvering i eget liv. Kontakt med familien, turer i naturen, å kjæle med dyr, og å delta i sang og musikk, kan være kilder til opplevelse av fellesskap som bidrar til at pasienter lettere gir uttrykk for egne ønsker (24). Relasjonsbygging mellom personal, pasienter og familie ved å styrke kommunikasjonen, gir økt mentalt velvære og reduserer behov for hjelp og følelser av isolasjon

og depresjon. Slike relasjoner øker muligheten for autonomi (25). Fellesskapsaktiviteter, som f.eks. kaffestunder, andakter, publunsj, markedsbesøk, besøk i bibliotek, frisør og butikk, opprettholder muligheter og evner til å være involvert og medbestemmende i eget liv (25).

Når pleiepersonalet skal sørge for pasientautonomi handler det blant annet om å balansere autonomi opp mot ulike risiko. Pasienter som vil klare seg selv, skal samtidig beskyttes, for eksempel mot å falle. Beskyttelse av pasienter og å forhindre skade er utfordrende for personalet når pasienten har redusert evne til å vurdere hverdags situasjonene (20). Idealer om selvbestemmelse kan være vanskelig å gjennomføre, for eksempel når pasienten motsetter seg stell og vask. Dårlig hygiene og vond lukt er uverdig. Det kan oppleves utfordrende dersom pårørende presser på og vil at personalet skal tvinge pasienten til vask, stell eller til å spise (26). Det oppleves også krevende for personalet når pasienter signaliserer at de vil ut, men må holdes inne med tanke på beskyttelse (26).

Omgivelsenes betydning for autonomi

Det fysiske miljøet har betydning for om pasienter gis muligheter til å være selvbestemmende (20, 22). Feil bruk av rom er rapportert som et hinder til selv å kunne ta valg. For eksempel der dusjrom og bad blir brukt til oppbevaring av utstyr, blir mulighetene til å klare seg selv redusert (21). Tilrettelagte fysiske omgivelser kan gi tilgang til hager slik at pasienter kan gå tur på stier som leder dem tilbake til enheten

der de bor. Også hyggelig og god sosial atmosfære med et avslappet tempo legger kulturelle rammer som understøtter autonomi (27).

Teknologiske nyvinninger kan være nyttige bidrag. Mange pasienter med demens utvikler vandreratferd, et mobilitetsmønster som setter dem selv i fare ved at de vandrer ut og ikke finner hjem igjen, fryser eller sulter (28). GPS frisetter pasienter til å vandre slik de vil. Med teknologi følger også etiske utfordringer, fordi det øker graden av overvåking og truer privatlivets fred (28). Men disse kan gi frihet til pasienten og trygghet til personalet for pasientens sikkerhet.

Organisering av omsorgstjenesten legger rammer for muligheter til pasientautonomi. Fleksibilitet i organisasjonen er fremmede faktorer og er et leders ansvar. Fleksibilitet innbefatter at pasientene får bestemme tidspunkter for ulike aktiviteter, når de skal stå opp, spisetider, når de vil gå ut og når de vil sove (27). Ledelsens omtanke for personalet er rapportert som en annen viktig faktor. Når personalet blir behandlet med respekt, medfører det gjensidig respekt mellom ledelse, personell og pasienter (27).

Vaktlistesystemet kan medvirke til større pasientautonomi. Et personal som jevnlig er på vakt resulterer i godt kjennskap til pasientene, og personalet kan forholde seg til pasientens vaner. En vesentlig faktor er at vaktssystemet sørger for tilstrekkelig med bemanning (29, 22). Dersom arbeidsmengden er for stor, frarøves tiden brukt sammen med pasienten. Det svekker personalets muligheter til å la pasienten få gjøre egne valg angående dagliglivets aktiviteter (30). Økt bemanning fører ikke automatisk til autonomi, det må bevisst jobbes fram rutiner i kollegiet (31).

Kulturen på en avdeling har betydning for utvikling av holdninger og verdier som preger utøvelsen av pleien. Her spiller ledelsen medvirkende inn (22). Dersom kulturen i avdelingen ikke oppleves støttende, blir det vanskelig for personalet å ta opp og diskutere saker de er uenige i (26). En kultur for å videreutvikle kunnskap og kompetanse har positiv betydning for tilretteleggelse av pasientautonomi. Personalets fagkunnskaper, begrepsforståelse og kunnskap om lovverk understøtter pasientautonomi (22). Deres ferdigheter i å kommunisere er avgjørende for å støtte pasienters selvstendighet. Evne til å forstå den andre, men også ferdigheter i å forstå hvordan en selv virker inn på andre, bidrar til å styrke eller svekke relasjoner til pasienten (22).

Diskusjon

Pasientautonomi i sykehjem innbefatter å få bestemme i de forhold som betyr noe for pasienten. Helsetilstanden kan være en hindring for selvbestemmelse, men har likevel ikke avgjørende betydning. Å være kognitivt svekket behøver ikke frata personen ønsker eller tanker om hvordan morgenstellet ønskes gjennomført, eller hvilke aktiviteter pasienten ønsker å delta i, eller ikke ønsker å være med på. Personalets og pårørendes kunnskaper og holdninger er medvirkende faktorer. Omgivelsene har betydning for å kunne tilrettelegge for autonomi for pasientene. Virksomhetsledelsen utgjør en viktig forskjell om det blir tilrettelagt for autonomi eller ikke.

Pasienter med demens har større muligheter til å være autonome enn det personalet i utgangspunktet tror. Til tross for sviktende evne til å fatte beslutninger kan personalet i gitte situasjoner gi pasienten muligheter til å fungere i tråd med eget ønske og egen vilje. Kanskje har helsepersonell vært for opptatt av at autonomi innebærer rasjonelle valg og dermed betinger samtykkekompetanse? Selv om pasienters kognitive evne og muligheter til å ta rasjonelle valg er redusert, kan mange pasienter fortsatt gi uttrykk for ønsker i tråd med gamle vaner og rutiner. Å forholde seg til pasientautonomi handler ikke først og fremst om at pasienter skal være medbestemmende i alle forhold, men snarere at personalet har oppmerksomhet på hva pasientene selv opplever betydningsfullt.

«Pasienter som vil klare seg selv, skal samtidig beskyttes.»

Det kan innebære å hjelpe dem, selv om handlingen skulle være utenfor de vanlige rutinene i en avdeling. For eksempel tilhører noen pasienter en generasjon som gjennomfører personlig hygiene ved å vaske seg med klut, og som derfor ikke er så vant til å dusje (21). Spørsmålet om pasientautonomi vil derfor handle om hva innholdet i beslutningen omfattes av.

Tradisjonelt er det lagt vekt på pasienters kognitive evne i forbindelse med selvbestemmelse. Cole m. fl. (32) argumenterer for å se på autonomi som mer enn et informert samtykke. Det er et spørsmål om relasjonell autonomi som ikke ser på individet som et isolert vesen, men som en del av en sosial kontekst. Det innebærer en erkjennelse av at autonomi bare kan defineres og gjennomføres innenfor





denne sosiale konteksten, for eksempel i et sykehjem. Den sosiale konteksten influerer på mulighetene en person har til å utvikle eller uttrykke de nødvendige ferdigheter til å være autonom. Slik blir autonomi ikke bare et individuelt anliggende, men også et sosialt anliggende. Dette får betydning for personer

«Autonomi er en viktig verdi i vestelige samfunn.»

som opplever at kognitiv evne svikter. Helt konkret innebærer dette at familien og helsepersonell hjelper pasienten til å bestemme over sin egen situasjon. Da må pasientene kunne stole på støtten fra pårørende og helsepersonell som er satt til å ivareta dem for å kunne foreta beslutninger. Relasjonell autonomi fordrer en erkjennelse av at helsepersonell bidrar til å utvikle og skape individets evne til å gjøre autonome beslutninger (32). Pleiepersonalet tar pasienter med på råd så langt det er mulig. De vil ofte på forhånd også vite hva pasienten ønsker, fordi de kjenner ham eller henne. I en slik forståelse påhviler det personalet et ansvar å påse at pasienter, til tross for kognitiv svikt, aktivt tas med i beslutninger i hverdagen.

Den vanskelige balansegangen mellom pasientautonomi og det å beskytte pasienter mot fare, vekker en tanke om at andre verdier kanskje kan være viktigere enn autonomi. Betydningen av å få bestemme alt selv blir kanskje ikke så stort, dersom pleie og omsorg blir gjennomført med respekt og verdighet. Randers og Mattison (33) foreslår å gi integritet en større oppmerksomhet. Integritet er forbundet med pasientens liv og verdighet, uavhengig av fysisk eller mental tilstand. Opplevelsen av å bli respektert kan gi en viss følelse av autonomi. Integritet gir assosiasjoner til respekt, uavhengig av pasienters helsetilstand og deres evne til å handle autonomt (33).

Dette reiser spørsmålet om begrepet autonomi er hensiktsmessig i omsorgen for personer med demens. Vi finner støtte i litteratur på at integritet og verdighet kan bidra til opplevelse av å bli tatt på alvor, også de ønsker pasientene måtte ha for hverdagen (34). Verdighetsarbeid inngår i daglige små avgjørelser. Handlingsfrihet, valgfrihet og uavhengighet tenkes ofte som et individuelt fenomen. Det er viktig for helsepersonell å ta inn over seg at dette også handler om komplekse samspill mellom ulike aktører. Etisk bevissthet som er integrert i personalet og i organisa-

sjonen, innbyr til verdig behandling av de eldre (35). Å bli møtt med respekt og et støttende sosialt nettverk som understøtter pasientens mestringskapasitet, er med på å bevare verdighet og å ta pasienters ønsker på alvor (36).

En studie (37) viser til hvordan oppmerksomhet mot integritet kan demme opp for tap av evne til å foreta egne valg. Integritet som verdi kan gi gode retninger for pasienters medbestemmelse. Vekt på integritet i pleie og omsorg kan demme opp for de taps- og sorgreaksjoner pasienten får når de ikke får være autonome. Det å gripe bestemmende inn i pasienters situasjon kan ivareta deres integritet på en bedre måte enn om autonomi alltid skulle bli prioritert (37).

Styrker og svakheter

Styrken i studien er at artiklene omhandler forskning relevant for problemstillingen, der autonomi for personer med demens er i fokus. Svakheten ved studien kan være smal geografisk spredning av artiklene. De fleste artiklene er fra Norden /Europa (se tabell 1). En kan undre seg over at søket ikke ga flere treff på internasjonal forskning. På den annen side kan en slik geografisk konsentrasjon gi en kulturell sammenlignbarhet. Forfatterne har ikke spesial-utdanning i geriatrisk sykepleie, hvilket kan være både en styrke og en svakhet. Svakheten kan være at vi ikke kjenner feltet godt nok. Styrken kan være at vi leser artikler og funn med «utenforstående» øyne.

Konklusjon

Autonomi er en viktig verdi for personer i vestlige samfunn. Vi tenker ofte at autonomi er truet når fysisk og kognitiv svekkelse medfører manglende evne til å ta informerte valg. Ny litteratur retter oppmerksomheten mot autonomi som et relasjonelt begrep. I den betydningen blir alle parter i relasjonen viktig for pasientautonomi. Slik bidrar både helsepersonell og pårørende i fellesskap til å utvikle og skape pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger.

Nyere litteratur peker også på at andre forhold kan styrke pasientautonomi. Begreper som integritet, respekt og verdighet er viktige supplement for at pasienter med demens skal få virkeliggjort sine ønsker for hverdagslivet. Relevant kunnskap og ferdigheter samt fysiske og kulturelle faktorer bidrar i tillegg til å understøtte mulighetene til å tilrettelegge for en hverdag slik pasienten selv ønsker den. ■

Referanser

1. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.
2. Syse A. Pasientrettighetsloven (1999). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
3. Nordenfelt L. Hälsa, autonomi och licskvalitet: några grundläggande begrepp. Lund: Studentlitteratur, 2010.
4. Duncan-Myers AM & Huebner RA. Relationship between choice and quality of life among residents in long-term-care facilities. *American Journal of Occupational Therapy*. 2000; 54(5):504-508.
5. Aasen EM, Kvangarsnes M & Heggen K. Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. *Nursing Ethics*. 2012; 19(3):399-428.
6. Bellis AD. Australian residential aged care and the quality of nursing care provision. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2010; 33(1):100-113.
7. Lavoie M, Blondeau D & Picard-Morin J. The autonomy experience of patients in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2011; 13(1):47-53.
8. Moser A, Houtepen R & Widdershoven G. Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57(4):335-65.
9. Matsui M & Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*. 2008; 27(2): 139-147.
10. Sorenson C, Bounds D, Huffine J & Moss A. Protecting the autonomy of patients with locked-in syndrome through conserving dignity. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2013; 9(2):83-88.
11. Proot IM, ter Meulen RHJ, Abu-Saad HH & Crebolder HFJ. Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*. 2007;14(2):209-39.
12. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R & Bollig G. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*. 2010; 71(4):677-684.
13. Falk S, Wahn AK & Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(3):192-199.
14. Dybwik K, Nielsen EW & Brinchmann BS. Ethical challenges in home mechanical ventilation: A secondary analysis. *Nursing Ethics*. 2012; 19(2):213-224.
15. Cook SA, Damato B, Marshall E & Salmon P. Reconciling the principle of patient autonomy with the practice of informed consent: decision-making about prognostication in uveal melanoma. *Health Expectations*. 2010; 14:363-376.
16. Breier-Mackie S & Newell CJ. Home parenteral nutrition: an ethical decision making dilemma. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2002; 19(4):25-30.
17. Cole CA. Implied consent and nursing practice: Ethical or convenient? *Nursing Ethics*. 2012; 19(4):550-557.
18. Aveyard H. Literature review in health and social care. London: Open University Press, 2010.
19. Booth A, Papaioannou D & Sutton A. Systematic Approches to a Successful Literature Review. Portland: Sage Publication, 2012.
20. Johansson I, Bachrach-Lindström M, Struksnes S & Hedelin B. Balancing integrity vs. risk of falling – nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*. 2009; 14(1):61-73.
21. Sacco-Peterson M & Borell L. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2004; 18:356-366.
22. Helgesen AK, Larsson M & Athlin E. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*. 2014; 21(1):108-118.
23. Smebye KL & Kirkevold M. The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Nursing*. 2013; 12(1):27-53.
24. Drageset I, Normann K & Elstad I. Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2013; 9(1):50-66.
25. Williams A. Integration and independence: a new approach to autonomy and social inclusion within care homes. *Mental Health & Social Inclusion*. 2013; 17(2):70-75.
26. Jakobsen R & Sørli V. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*. 2010; 17(3):269-280.
27. Cohen-Mansfield J & Bester A. Flexibility as a Management Principle in Dementia Care: The Adards Example. *The Gerontologist*. 2006; 46(4):538-544.
28. Landau R & Werner S. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *International Psychogeriatrics*. 2012; 22(3):336-346.
29. Helgesen AK, Larsson M & Athlin E. 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*. 2010; 5(2):169-178.
30. Hertogh, C.M.P.M., The BAM, Miesen B.M. & Eefsting J.A. Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes. *Social Science & Medicine*. 2004; 59:1685-1693.
31. Askautrud M & Ellefsen B. Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*. 2008; 26(4):4-8.
32. Cole C, Wellard S & Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*. 2014; 21(5):576-582.
33. Randers I & Mattiasson AC. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(1):63-71.
34. Tranvåg O, Petersen KA & Nåden D. Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. *Nursing Ethics*. 2013; 20(8):861-880.
35. Lohne V, Rehnsfeldt A, Råholm MB, Lindwall L, Caspari S, Sæteren B, Høy B, Lillesø B, Heggstad AKT & Slettebø Å. Family Caregivers' Experiences in Nursing Homes. Narratives on Human Dignity and Uneasiness. *Research in Gerontological Nursing*. 2014; 7(6):245-252.
36. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, Muller MT & Dick W.L. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(1):97-106.
37. Ørulv L & Nikku N. Dignity work in dementia care. *Dementia*. 2007; 6(4):507-522.

GODT SKODD: Pasienter kan ha favorittsko som de heller vil bruke enn andre sko. Illustrasjonsfoto: Colourbox





FLOTT STRIKK: Selbu i Sør-Trøndelag er kjent over hele landet for sine strikkevarer, og det finnes knapt et menneske over skolepliktig alder som ikke strikker. Her er det den 84 år gamle skredderen Kristen Jørgensen som svinger strikkepinnene, i mars 1947.





Sykepleielederens fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten

FAKTA

Av Rita Solbakken, PhD-student, Universitetslektor ved Profesjonshøgskolen, Nord universitet

Av Terese Bondas, PhD, LicHSc, MHSc, RN, PHN, professor og forskningsdekan ved Profesjonshøgskolen, Nord universitet

Introduksjon

Uheldige hendelser skjer i alle ledd i helsevesenet, mens forskning hovedsakelig har fokusert på institusjonstjenestene. Det er rimelig å anta at uheldige hendelser også skjer i hjemmetjenestene (1-4). Stortingsmelding 47 legger føring for at helsehjelp i størst mulig grad skal ytes i pasientens hjem. Samtidig er antall eldre økende. Dette medfører et økende behov for hjemmetjeneste, og at tjenestene i større grad vil være rettet mot mennesker som har flere diagnoser og funksjonstap og som er meget syke (5, 6).

Internasjonale studier viser at fallhendelser er den hyppigst forekommende uheldige hendelsen hos mottakere av hjemmetjenester (2, 4, 7). Systematiske litteratursøk gjennomført 2013 (Google Scholar, Pub Med og CINAHL) viser at omfang og omstendigheter av fall hos eldre som mottar hjemmetjenester i Norge

ikke er undersøkt (9). Det finnes begrenset kunnskap om sammenheng mellom ledelse og fagansvar i hjemmetjenestene, nasjonalt og internasjonalt (1, 7, 10, 11).

Med mellomledere menes sykepleielederne som står nærmest pasienten og personalet.

Studien er en del av et større forskningsprosjekt med case-study design (12) i to trinn som fokuserer på pasientsikkerhet og ledelse. Først gjennomførte vi en studie av fallhendelser hos eldre (>65 år) mottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, som viser at omfanget av fall er stort, tabell 1 (9). Lederne fikk tilsendt funnene i en rapport to uker før fokusgruppeintervjuet. Funnene var presentert for hver enkelt sektor og for kommunen som helhet og danner bakgrunnen for denne delen av studien som har til hensikt å søke kunnskap om sykepleiele-

Sammendrag:

Bakgrunn: Internasjonale studier viser at fall er den hyppigst forekommende uheldige hendelsen hos eldre mottakere av hjemmetjenester. Sykepleieledere har en nøkkelrolle i utvikling av pasientpleien og for systematisk arbeid med forebygging av uheldige hendelser. Det teoretiske perspektivet er caritativ ledelse. Hensikten var å beskrive sykepleielederens forståelse og innsikt i fagansvaret ved uheldige hendelser, her representert ved fallhendelser i egen sektor.

Metode: Case study design. Omfang og omstendigheter av fall ble studert i en norsk kommune, og disse funnene danne bakgrunn for fokusgruppeintervjuer med fem sykepleier ledere i hjemmetjenesten; et strategisk utvalg av alle sykepleieledere i samme kommune. Kvalitativ innholdsanalyse ble valgt.

Funn: Hovedfunn i studien er at lederens mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være marginalisert, tolket ut fra følgende tema: «Lederne ønsker at sykepleierne skal overta ansvaret for fagutvikling», «Dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet», «Forebygging og oppfølging av uønskede hendelser har ikke vært prioritert» og «De ble ledere ved en tilfældighet».

Konklusjon: Funnene tyder på at lederne prioriter økonomi og personalledelse fremfor fagutvikling pasientsikkerhet og forebygging av fallhendelser. Lederens mulighet til å utvikle og lede og utvikle sykepleiefaget synes å være marginalisert.

Nøkkelord: uheldige hendelser, sykepleieledere, hjemmetjeneste, kvalitativ metode, caritativ ledelse



UHELL: Fall er den hyppigste uheldige hendelsen hos eldre mottakere av hjemmetjenester. Illustrasjon: Colourbox

deres forståelse og innsikt i fagansvaret ved uheldige hendelser, her representert ved fallhendelser i egen sektor i kommunal hjemmetjeneste, basert på ledernes egne beskrivelser. Forskningsspørsmål: Hvordan fokuserer sykepleieledere på forebygging og oppfølging av reelle fallhendelser fra egen sektor?

Bakgrunn

Sammenliknet med institusjonstjenestene ytes sykepleie i hjemmetjenesten i en mindre strukturert form; dette kan medføre risiko for at uheldige hendelser er vanskelige å fange opp (4). Fall har stor betydning for helse og livskvalitet for tjenestemottakeren. Utrygghet, angst og depresjon kan være

følger av fallhendelser. Angst for fall kan medføre at den eldre begrenser aktivitetsnivået og kan dermed resultere i muskelsvakhet, nedsatt balanse, redusert

«De beskriver et personale med stort arbeidspress.»

aktivitet og livskvalitet, som igjen gir økt fallrisiko (13, 14). Redusert selvstendighet hos den eldre som følge av frykt for fall øker pårørendes omsorgsbyrde og bekymring; studier viser også økt behov for hjemmetjenester etter et fall (2, 4, 7). Effektiv fallfore-





Tjeneste mottakere	Antall fall	Tidspunkt	Antall fall	Årsaker til fall	Antall fall	Skade	Antall fall
55 personer	1	00.00-03.00	8	Vet ikke:	24	Ingen skade:	66
10	2	03.00-06.00	9	Annet:	22	Annet:	14
4	3	06.00-09.00	17	Svimmel:	18	Skrubbsår:	10
1	4	09.00-12.00	17	Glatt:	15	Hodeskade:	3
0	5	12.00-15.00	18	Snublet:	12	Skade pga. fall mot møbel e.l.	3
1	6	15.00-18.00	12	Sykdom (ikke medikamenter):	8	Brudd:	3
0	7	18.00-21.00	6	Alkohol:	6	Forstuing:	2
0	8	21.00-24.00	7	Medikamenter:	2	Kuttskade:	2
0	9	Vet ikke:	6			Ikke registrert:	5
1	10	Ikke registrert:	1				

TABELL 1: Beskrivelse av funn i fallstudien. 440 eldre >65 år var registrerte mottakere av hjemmetjeneste og trygghetsalarm. Studien ble gjennomført fra februar til april i 2013. 72 tjenestemottakere hadde til sammen 101 registrerte fall.

bygging gir potensial for bedre helse og livskvalitet for både den eldre og pårørende (10). Likevel viser en studie at sykepleiere i hjemmetjenestene er mer opptatt av å behandle fall enn å forebygge dem. De fokuserer sjelden på fall før uhellet har skjedd, og begrunner dette med at pasientens autonomi går foran sikkerhet (15).

Samfunnet generelt har fokus på pasientsikkerhet og uheldige hendelser med formål å gi bedre helsetjenester (16). Årlig rammes rundt 9000 personer i Norge av hoftebrudd, som er den hyppigst rapporterte, alvorlige skaden, som følge av fall. Gjennomsnittsalder er 80 år. Første året er dødeligheten

«Lederne ønsker at sykepleierne skal overta fagansvar og fagutvikling.»

omtrent 17 % hos de hjemmeboende, 24 % har flyttet til sykehjem. Dødsrisikoen er vist å øke 1,6 ganger etter ett fall (17). Fem år etter hoftebrudd er dødeligheten på hele 60 % (18).

Når ledelse sees i relasjon til uheldige hendelser er det tette bånd mellom sykepleie, pasient og ledelse. Sykepleiere har lang tradisjon for å lede helsetjenester; ledelse har helt siden Nightingale vært et aspekt ved sykepleiernes yrke (19). Sykepleie er ifølge Henderson å hjelpe pasienten (20). Bondas teori om caritativ ledelse utgjør det teoretiske perspektivet i denne studien. Kjernen er kjærlighet til mennesket og det å ville den andre vel. Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger. Å tjene pasienten er derfor sentralt også i sykepleieleddelse (21). Teorien er utviklet i et sykepleievitenskapelig perspektiv, og har fått navn etter motivet: kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Fem hovedoppgaver beskrives i pasientpleien: det caritative motivet, verdighet, måling og mening i helsevesenet og relasjoner i omsorgskulturen. Det innebærer at lederen er tilrettelegger for god etisk sykepleiekultur i egen avdeling til beste for pasientene. Uten ledere med klare visjoner om innholdet i pasientpleien vil det være risiko for at fokuset på å tjene pasienten blir borte (22, 23). Lederens oppgave er å utvikle sykepleiefaget, tilrettelegge for at sykepleien til enhver tid bygger på best tilgjengelig evidens og kontinuerlig etisk refleksjon med fundament i sykepleie (21, 23, 24). "Paths to nursing leadership" (19) beskriver fire måter sykepleiere rekrutteres inn i lederstillinger på, hva som karakteriserer dem og betydningen rekrutteringsmåten har for ledelsesutøvelsen. Hovedforskjellene mellom de ulike ledertypene er engasjementet. Metaforen "tilfeldighetens sti" brukes om den vanligste rekrutteringsmåten, og kjennetegnes ved at de blir ledere fordi de tilfeldigvis fikk muligheten (54,4%). De har ofte en ubevisst likegyldig holdning og manglende engasjement fordi kunnskap og forståelse for sykepleiefaglig ledelse savnes. Dagens sykepleie gis i et miljø preget av høy kompleksitet ved krav om implementering av nye reformer. New Public Management (NPM) ble innført på 1980-tallet og bidro til et paradigmeskifte innen ledelse. NPM tankegangen bygger på teorier og modeller for styring i privat sektor, og modeller for markedsstyring som for eksempel konkurranse for levering av offentlige tjenester (25, 26). Ledelse får større fokus på resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet. Modellen passer dårlig sammen med tanken om caritativ ledelse pga. fare for utilstrekkelig fokus på den lidende pasienten (21, 27). Det er stor faglig enighet om at lederne

har et betydelig ansvar for kvalitet, god praksis, at tjenesten skal nå sine mål og drive forsvarlig. Lederrollen innebærer å fremme en kultur som støtter en evidensbasert praksis som reduserer pasienters risiko for uheldige hendelser (27).

Metode og analyse

Basert på studiens hensikt valgte vi kvalitativ metode. Ett fokusgruppeintervju ble gjennomført av førsteforfatter, med moderatør til stede og ledet ut fra en semistrukturert intervjuguide og med bakgrunn i resultatene fra fallstudien. Fokusgrupper anbefales der en søker empirisk data om erfaringer, holdninger eller synspunkter i grupper (28, 29). Intervjuet varte i 1,5 time og ble tatt opp. 31 sider transkribert tekst ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse, som anbefales der en ønsker større grad av beskrivelse av teksten og mindre grad av tolkning (30). Analysen er gjennomført i tre steg. Det første steget er å finne de meningsbærende enhetene. Deretter så vi på likhetene mellom de ulike meningsbærende enhetene og sorterte dem inn i grupper som ble til subkategorier. Det ble sett på sammenheng mellom de ulike subkategoriene og funnet likheter mellom disse. Etter det tredje steget ble vi sittende igjen med fire kategorier som danner grunnlaget for resultatet.

Kommunens enhetsleder godkjente studien og ga oss tilgang til informanter. De representerer et strategisk totalutvalg av fem mellomledere fra kommunen der fallstudien var gjennomført. Fire var sykepleiere, den femte nesten ferdig med sykepleierutdannelsen, se tabell 2. Intervjuet ble gjennomført i juni 2013. Ingen har trukket seg i ettertid.

Studien er gjennomført i en middels stor norsk kommune. Hadde fokusgruppen blitt gjennomført med et tilfeldig utvalg ledere, eller blitt intervjuet om uheldige hendelser generelt, kunne resultatet blitt annerledes. Informantene er kollegaer. Det kan påvirke for hvor fritt de snakker i intervjuet. For å styrke studiens troverdighet har vi brukt sitater fra lederne i resultatpresentasjonen (30).

Etikk

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 32207) og er i tråd med etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (31). Informert samtykke ble ivaretatt gjennom muntlig og skriftlig informasjon og frivillig underskrift av samtykkeskjema.

	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt
Alder	34 år	54 år	43,4 år
Sykepleierfaring	25 år	9,8 år	0 år
Lederfaring	0,5 år	22 år	7,9 år
Kjønn	Kvinner: 4 Menn: 1		

TABELL 2: Beskrivelse av informantene i studien.

Resultat

Resultatene presenteres ut fra følgende kategorier:

- Dilemma mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet
- Forebygging og oppfølging av uheldige hendelser ikke har vært prioritert
- De ble ledere ved en tilfældighet

Det overordnede tema er: ledernes mulighet for utvikling og ledelse av sykepleiefaget synes å være marginalisert.

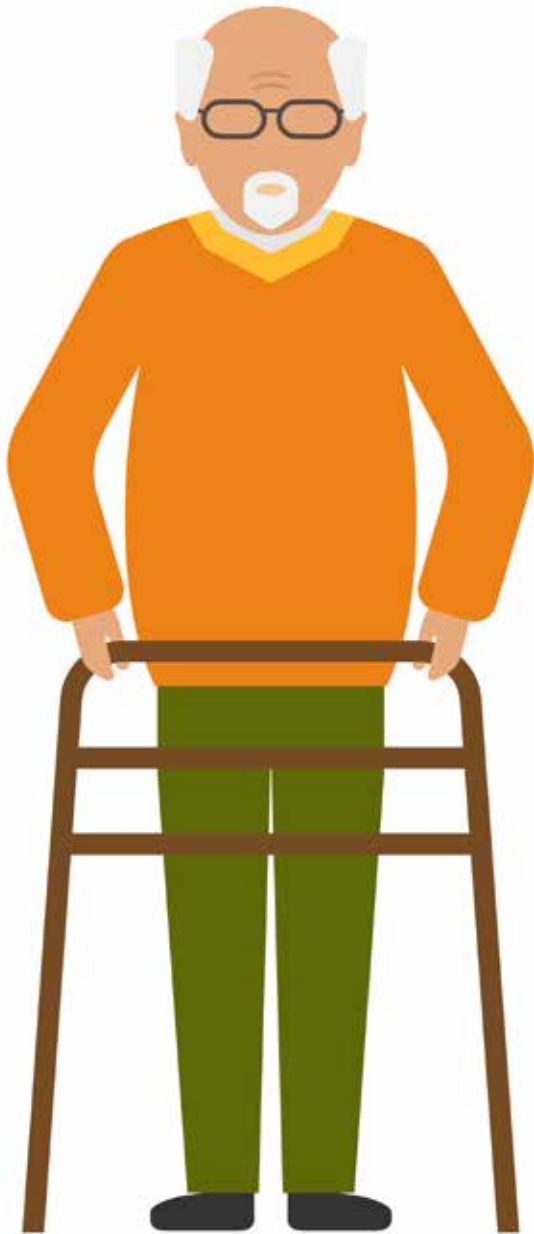
Lederne ønsker at sykepleierne skal ta overta ansvaret for fagutvikling.

Ifølge informantene er fagansvaret tyngende fordi hjemmetjenesten oppleves som en spesiell kontekst å utøve ledelse i, på den måten at personalet jobber alene opp mot tjenestemottakerne. Lederne har ingen mulighet til å kontrollere om tjenestemottakerne får den sykepleien de er i behov av, selv om de gjerne ønsker det. Det beskrives utfordrende at personalet og lederne jobber så selvstendig. Særlig vanskelig er det for ledere som tidligere har utøvd ledelse i institusjon.

«Faget er faget, men det å lede i hjemmetjenesten kan ikke sammenliknes med institusjonsledelse der man har pasienter og ansatte rundt seg hele tida og du føler veldig godt at du har kontroll både på drifta og personal, mens her har du ikke sjans, i hvert fall har ikke jeg det og det ... til å være ute og ivareta brukerne eller kontrollere at de har det de skal ha, og at de får det de skal få. Jeg er prisgitt personalet og det er jeg veldig UKOMFORTABEL med (1)».

Informantene opplever tett sammenheng mellom eget fagansvar og ansattes anvendelse av kunnskap. Ansatte beskrives å ha mye formell kompetanse, men lederne ser liten effekt av satsingen som har vært på kompetanseheving i kommunen noe de





FORSIKTIG: Angst for å falle kan føre til at den eldre begrenser sitt aktivitetsnivå. Illustrasjon: Colourbox

tilskriver en kultur der ansatte ikke tør stå fram og dele kunnskap med kollegaer. De er delt i synet på i hvilken grad personalet bruker kunnskap og er opptatt av faget. En leder (1) sier: «de bruker ikke den videreutdanninga si i hverdagen i det hele tatt ... ikke engang inn i diskusjoner der de har en spisskompetanse».

«Vi må jobbe med den ansatte- få han til å blomstre (4)». Lederansvaret er å bygge gode kulturer som motiverer og inspirerer til å ta i bruk egen kunnskap. Veiledning av personalet vil være en stor del av lederoppgaven. For å lykkes med dette arbeidet mener lederne de må få frigjort tid og fagansvaret må delegeres til sykepleierne. Sykepleiernes ansvar blir å ivareta sykepleiefaget, gi faglig veiledning av øvrige personale og fungere som stedfortreder når leder ikke er til stede. De håper at en slik organiseringen vil medføre en varig kulturendring med sykepleiefaget i fokus.

Dilemma mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet.

Ifølge informantene har samhandlingsreformen (6) gitt større uforutsigbarhet med kortere planleggingstid for mottak av pasienter som nå kommer tidligere ut fra sykehuset, er sykere og har mer komplekse sykdomsbilder. Det kreves at igangsatt behandling skal videreføres i hjemmet og medfører en uforutsigbar arbeidsmengde. «Det er ikke slik at vi kan la være å ta imot pasienter med komplekse problemstillinger og som krever mer personell selv om de kanskje ikke alltid har fagkompetansen på plass. Da må vi heller skolere dem (4)».

De beskriver et personale med stort arbeidspress, lange pasientlister, mange arbeidsoppgaver og lite rom for uforutsette hendelser. De er bekymret for at det går utover kvaliteten på tjenesten og utbrenthet hos personalet. En informant (4) får automatisk dårlig samvittighet hvis hun påpeker noe som ikke er tilfredsstillende gjort. Lederne snakker om dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet. «Jeg må nok følge opp og skjerpe litt mer. Som leder må du velge hva du skal ha fokus på og vite at du prioriterer rett (3)». «Det er ikke avklart og det er ikke tydelig nok det som vi forventer av dem (4)».

Balansen mellom krav og ivaretagelse av personalet og fokus på uheldige hendelser i egen avdeling beskrives som utfordrende.

Forebygging og oppfølging av uheldige hendelser har ikke vært prioritert.

Systematisk registrering og oppfølging av uheldige hendelser, har ikke vært gjort i denne kommunen. Det forklares med manglende tid og verktøy. Fallstudien bidro til en bevisstgjøring om fall og fallforebygging hos ledere og ansatte. De ble nysgjerrige på sammenhengen mellom hvordan de jobber og uheldige hendelser: «... før dette kom i gang, da ... ja, det var jo en og annen som datt i ny og ne altså, det var jo egentlig den oppfatninga vi hadde i forkant. Mens at når at vi begynte å registrere så vi jo at her er en del fall (2)».

Faktakunnskap om fall kan nå hentes direkte fra dokumentasjonssystemet og brukes som måleverktøy. En lederoppgave blir å følge opp resultatene fra fallstudien. «... det er en stor bevisstgjøring og at de faktisk har noen fakta og noen uttalelser om noe- det er kjempebra. Det er det ... det er gull verd og det er klart at vi må bruke det (4)».

I den grad informantene beskriver lederansvaret er det i stikkordsform: å motivere personalet og holde fokuset oppe gjennom å repetere. De tror det er mye å hente på organisering av personalet. «Men, jeg er avhengig av å ha sykepleiere rundt meg som styrer hverdagen og tar de her funksjonene inn i arbeidsdagen sin. Og jeg tenker at vi vil ikke, det er ikke noen sektorer som vi kan fungere i hvis vi ikke har noen som tar denne funksjonen i hverdagen og styrer det opp mot brukerne (4)».

De ble ledere ved en tilfeldighet

Fire sa at det var egentlig helt tilfeldig at de har blitt ledere: «Det var egentlig bare noe jeg gjorde egentlig ... jeg har jo gjort noen av oppgavene tidligere ... og har vært konstituert innimellom (2) Rekruttering ja, den skjedde på Rema foran melka. Der møtte jeg enhetsleder som spurte hvorfor jeg ikke hadde søkt på stillingen ... ja, og sånn ble det (1). Den femte lederen er midlertidig plassert i stillingen, og har kun fagansvar ved avdelingen. Lederne sier de ikke har tradisjon for å benytte evidensbasert kunnskap i sin lederfunksjon på grunn av manglende opplæring i kunnskapsbasert praksis.

Diskusjon

Studien utforsker hvordan mellomledere i hjemmetjenesten fokuserer på uheldige hendelser, eksemplifisert ved en studie av omfang og omstendigheter

av Eldres fallhendelser i egen sektor (9). Lederne ønsker at sykepleierne skal overta fagansvar og fagutvikling, som de ikke oppfatter primært som sitt kompetanseområde. De beskriver dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivare-

« Informantene i vår studie ble ledere ved en tilfeldighet. »

takelse av personalet. Forebygging av uheldige hendelser har ikke vært prioritert. Deltakerne beskrev det som tilfeldig at de ble ledere. Hovedfunn i studien er at ledernes mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være marginalisert.

Fagansvaret ligger til sykepleielederes arbeidsoppgaver (21, 27). Lederne opplever manglende samsvar mellom arbeidsmengde og tilgjengelig tidsressurs. Når ledelse gjennom NPM dreies mot større fokus på resultatledelse og kostnadseffektivitet, står en i fare for å miste fokuset på fagledelsen- som innebærer å ha pasienten i fokus for sin ledelse av tjenesten (21, 32). Nettopp fordi lederne er sykepleiere evner de å se faglige problemstillinger. Opplevelsen av manglende tid til å prioritere fagansvaret tynger dem. Hvis ledere ikke har fokus på hovedoppgaven som er å tjene pasienten, sier Bondas at ledernes fokus lett kan flyttes over til økonomi og personalledelse (19). Det sammenfaller med funnene i studien. Det er bekymringsfullt når ledere uttrykker et så tydelig ønske om å delegerer fagansvaret til sykepleierne for at de selv skal kunne fokusere på administrative oppgaver, særlig siden informantene uttrykker bekymring for reell sykepleierdekning. En leder (1) opplever at sykepleierne heller ikke tar fagansvar, men delegerer fagansvaret videre til helsefagarbeidere og ufaglærte. Uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet kan medføre uheldige hendelser (32, 33). Undersøkelserkommunen i vår studie hadde «flat struktur» og stillingen assisterende avdelingsleder var fjernet. Tidligere ivaretok assisterende leder sykepleiefaglige problemstillinger, mens avdelingsleder ivaretok personalet og økonomien. De ønsket en organisering der en eller flere sykepleiere utpekes til å ha fagansvar og å være ressursperson for lederen. En leder (4) mente det er en forutsetning for at hun skal kunne ivareta sine lederoppgaver. Kan ønske om delegering av fagansvar forstås

som et ønske om å få tilbake tidligere organisering? Om sykepleierne tilføres flere oppgaver og større ansvar frykter samtidig lederne at dette kan bidra til utbrenthet blant sykepleierne.

Lederne skal sikre at kvaliteten på tjenesten er god (5). Fall er anbefalt innført som en av flere kvalitetsindikatorer i institusjonstjenesten (34), hvorfor det ikke gjøres på samme måte i hjemmetjenesten er usikkert. Hvis lederne ikke skal ta fagansvar, hva er da hensikten med å ha ledere som er sykepleiere?

«Lederen skal sikre at kvaliteten på tjenesten er god.»

Bondas` forskning viser at måten lederne rekrutteres inn i lederstillinger på har betydning for ledelsesutøvelsen. Informantene i vår studie ble ledere ved en tilfeldighet. Ingen har videreutdanninger eller sier de bruker evidens i ledelse. Tilfeldig rekrutteringsmåte bidrar som oftest ikke til utvikling av tjenesten ved visjonært lederskap og bruk av evidensbasert sykepleie og det kan gjøre det vanskelig for dem å finne sin egen lederidentitet. (19, 35). Modenhet og engasjement kan utvikles gradvis, og etter år med ledererfaring kan det vokse fram ett genuint ønske om å være leder (19).

I intervjusituasjonen opplevde vi det vanskelig å få lederne til å fortelle om hvordan de «fokuserer på ønskete hendelser». Vi måtte gjenta spørsmålet flere ganger gjennom intervjuet. Lederne sier de må prioritere daglig drift foran fagansvar og forebygging av uheldige hendelser. Kommunen mangler dokumentasjons- og rapporteringssystemer for uheldige hendelser. Gjennom fallstudien fikk lederne hjelp til å utarbeide et dokumentasjonsskjema for fallregistrering. Det opplevdes som en forutsetning for få en oversikt og sette uheldige hendelser generelt på dagsorden (9). Likevel ble det ikke brukt i alle sektorer etter fallstudiene var avsluttet. Lederne omtaler fallstudien som ett prosjekt. De nevner heller ikke at det kan ha overføringsverdi til andre typer uheldige hendelser. Det støttes av tidligere studier som viser større fokus på behandling av fallskader enn på forebygging (15). Lederne rekrutteres fra fagfeltet og mangler ofte formell kompetanse og rekrutteringsmåten kan ha betydning for utøvelse av ledelse og dermed for forståelse av fagansvar ved fallhendelser (19).

Konklusjon

Ledernes mulighet for å ivareta og utvikle sykepleiefaget synes å være marginalisert. Studien tyder på at lederne prioriterer økonomi og personalansvar og synes å ha har tapt fokus på fagansvar, sykepleiefaglig utvikling og pasientsikkerhet, her eksemplifisert ved forebygging og oppfølging av fallhendelser i egen sektor. Vi trenger sykepleieleidere som setter pasienten i sentrum for sine beslutninger og handlinger, og som kombinerer fagansvar og økonomi. Det forutsetter engasjement, kompetanse, tid og verktøy. Kunnskap bygd på evidens bør være utgangspunkt for lederne beslutninger. Vi trenger forstå det gjennom videre forskning.

Referanser

- Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences*. 2012;Volume 14 (Issue 4):452-7.
- Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V, et al. Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):148-60.
- Stenhagen M, Ekström H, Nordell E, Elmståhl S. Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;58(1):95-100.
- Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2010;22(2):115-25.
- Haycock Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of nursing management*. 2012;20(3):372-81.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen:rett behandling- på rett sted -til rett tid.Oslo: Depratementet,2009 (St.mld.nr. 47 (2008-2009)).
- Vikman I, Nordlund A, Naslund A, Nyberg L. Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *International journal of Circumpolar health*. 2009;195-204.
- Kirkeveld M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- Solbakken R, Bondas T. Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2015;11(1).
- Meyer C, Dow B, Bilney B, Moore K, AmandaBingham, Hill K. Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: influence on care recipients and caregivers. *Australian Journal of Ageing*. 2010;31 No1:6-12.
- O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1993;137(3):342-54.
- Yin RK. *Case study research : design and methods*. 5th ed. ed. Los Angeles, Calif: SAGE; 2014.
- Clyburn TA, Heydemann JA. Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2011;10:402-9.

14. Sylliaas H, Idland G, Sandvik L, Forsen L, Bergland A. Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology*. 2009;14(7):351–5.
15. Bergland H, Gressne T. 2013. Hentet fra: <http://www.hih.no/nor/hih-2/?&displayitem=475&modulenevs>. Nedlastet 14/1-13
16. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. 2010.
17. Hektoen L, Aas E, Luras H. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:584–9.
18. Hektoen LF. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Rapport H; 2014.
19. Bondas T. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(5):332–9.
20. Henderson V, Mellbye S, Munkeby A-M. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforl.; 1998.
21. Bondas TE. Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*. 2003;27(3):249–53.
22. Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351–62.
23. Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):477–86.
24. Bondas Terese. Det caritative lederskapet. *Vård i Fokus*. 2008;25(3):4–8.
25. Lian OS. Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. 2. utg. ed. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
26. Szebehely M. Aldreomsorgsforskning i Norden: en kunnskapsøversikt: Nordic Council of Ministers; 2005.
27. NSF. Sykepleier med lederansvar- god på fag og ledelse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2005.
28. Halkier B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
29. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105–12.
31. Sykepleiernes samarbeid i Norden. Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden; 2003. Revidert utg.
32. Tingvoll W-A. Individual arrangements for elderly patients after hospitalization—a phenomenological-hermeneutic study based on experiences from nurse leaders in the municipality/Individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusopphold—en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieleidere i kommunen. *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*. 2011;31(3):40.
33. Helsetilsynet. Når svikten ligger i struktur og ledelse. 2008.
34. Senter for økonomisk forskning. Bedre måling av kvalitet i kommunene. SØF-rapport nr. 2/2012.
35. Kassah BL, Tingvoll WA, Fredriksen STD. Samhandling—sykepleieleidere og bestiller-utførerheten. *Geriatrisk sykepleie*. 2014;3:26–33.



ADMINISTRASJON: Arbeidsoppgaver innen økonomi og ledelse, kan gjøre at ledere ikke får tid til å jobbe så mye med fagutvikling. Illustrasjon: Colourbox

Bruk Sykepleiens digitale tjenester

Sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også stillingsportalen SykepleienJobb med relevante stillinger over hele landet. Skriv inn på www.sykepleien.no i adressefeltet i din nettleser. Du kan komme direkte til ledige sykepleierstillinger ved å skrive www.sykepleienjobb.no i adressefeltet.



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta er mobilutgaven perfekt.

Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset alle skjermer.

Det kan være lurt å bokmerke nettstedet www.sykepleien.no. På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen din, slik at du slipper å skrive nettadressen hver gang.



Nyhetsbrev

Vi sender deg et nyhetsbrev en gang i måneden for at du enkelt skal kunne følge med. Her lenker vi rett inn til aktuelle saker som ligger på nett. Enkelt og greit for deg!

Ønsker du nyhetsbrevet ukentlig, gå inn på Facebook-sidene Tidsskriftet Sykepleien, se til venstre i menyen og meld deg på nyhetsbrevet som sendes 2 ganger i uka. Meld deg på i dag!



Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med [#yrkesykepleier](https://www.instagram.com/yrkesykepleier) kan du også få bildet ditt i bladet. Har du ikke konto, lag en i dag. En spennende bildeverden venter på deg!



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien. Appen er tilgjengelig før bladet kommer hjem til deg via posten. Med appen har du enkel tilgang til blader helt tilbake til 2013.

Ved å laste ned Sykepleiens app fra Appstore (iPad) eller Google Play (Android) får du tilgang til nye utgaver av bladet så snart de foreligger. Etter at utgaven er nedlastet, trenger du ikke lenger nettilgang for å kunne lese blader. Kjekt på hyttetur, reiser etc.



Facebook

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer, og se hva andre mener. Her kan du også bidra selv. Vi legger løpende saker og linker til relevante artikler.

Klikk på «Like»-knappen for å følge med om du ikke allerede gjør det! En spennende verden venter deg!



Sykepleien Forskning

Er blitt heldigital. Masse spennende stoff ligger på sykepleien.no under fanen Forskning.

Her finner du masse viktig stoff og et omfattende arkiv som kan være nyttig både i din jobb og om du studerer. Lik oss gjerne på Facebook for lettere å følge med på, samt lese hva andre mener. Vi er nå over 4200 følgere, men har plass til mange fler! Lik oss i dag, og inviterer gjerne dine venner også!



Sykepleien



Bruk meg som en Sobril

På under ett år har medisinerer med benzodiazepiner blitt redusert til null ved Haugsåsen bokollektiv i Skien.

FAKTA

Av Caroline Boda Sakariassen, fagsykepleier

Av Lina Welfler, sykepleier

Vi som er sykepleiere ved Haugsåsen bokollektiv har en visjon. Som helsearbeidere har vi års erfaring innenfor demensarbeid. Sammen med geriatrisk hjelpepleier Ingunn, satt vi oss ned og skrev visjonen ned på et ark. Den var verken nytende eller revolusjonerende, men den fordret til en del holdningsarbeid og dugnadsinnsats fra pleiepersonellet.

I en tid hvor det omorganiseres nærmest annet hvert år på grunn av økonomi, føler vi at vi får alt mer å gjøre og mye mindre tid. Beboere på institusjon blir fort institusjonalisert og dessverre ser man at pleiepersonell i like stor grad følger etter. Så nå er det tid for å tenke annerledes. Erfaringen og teorien ligger der, både i form av taus kunnskap og eksplisitt kunnskap.

Uro hos beboere utløser ofte spørsmål om man kan gi en Sobril, slik at beboeren roer seg. Hverdager hvor aktiviteter ofte uteblir da man ikke har kunnskap, lyst eller tid til å aktivisere beboerne, gjør at mange beboere vandrer, er rastløse eller rett og slett sover seg gjennom hverdagene.

Hva om man kunne skape en avdeling hvor man levde i øyeblikket? Hvor rammene rundt hverdagen, både de fysiske og psykiske ligger godt til rette for å

«Hvem medisinerer vi for? Beboeren eller oss?»

skape gode øyeblikk, samfølelse og mestring. Denne visjonen hadde vi når vi startet dette prosjektet.

Veien ble til mens vi gikk, og resultatet, noen få måneder etter, er helt klart målbare!

Veien vår

Visjonen, som beskrevet over, har nok lenge ligget der,

men ingen har turt å ta skikkelig tak i den. Som pleiepersonell blir vi, selv om vi ikke liker å innrømme det, like institusjonalisert som våre beboere. Vi følger en døgnrytmeplan som er standardisert, og hvor man nærmest forventer at alle skal passe inn i. Livet derimot fungerer ikke slik. Og i alle fall ikke livet som dement. Uro og atferdsproblematikk er et økende problem, og beroligende piller er for mange en løsning. For oss også. Samtidig så kjenner man på det etiske dilemmaet – hvem medisinerer vi for? Beboeren eller oss?

Vi startet i det små. Beskrev prosjektet og la det frem for våre ledere. Alle endringer av større karakter er viktig å ha støtte i ryggen. Vi la frem hva vi kunne tenke oss, hva vi ville oppnå og hva vi hadde behov for. Vi fikk noen økonomiske midler, og etter iherdig leting på finn.no fant vi tidsriktige møbler. Gjennom samtaler med beboere og pårørende fikk vi tak i andre tidsriktige gjenstander. Gjenstander som beboere har et forhold til og som skaper følelser og ikke minst samtaleemner. Møbler, bilder og duker ble byttet ut, smekker ble byttet ut med forklær. Vi har en veldig flink og engasjert hjelpepleier på avdelingen som la mye tid i å skulle finne gjenkjennbare gjenstander. Da den fysiske rammen var på plass, startet veien mot å jobbe miljørettet.

Man må også, i tillegg til å ha en visjon, tenke fagrettet og målbevisst. Hva vil vi oppnå? Gagner dette bare oss, bare beboere eller alle sammen? Det å ha fokuset på personsentrert omsorg er intet nytt, men det å skulle fullstendig få implementert dette i en felles tenkning kan være utfordrende. Det å skulle se hver enkelt beboer for den hun eller han er, hva slags personlighet er der fra før av, hva slags bakgrunn, yrkes- og familiemessig må frem i lyset. Man må som pleiepersonell snakke sammen om dette, og sammen med pårørende og beboeren finne frem til den beste løsningen.

Holdningsarbeid hos pleierne er av stor betydning,



da det tar tid å overbevise, vise og lære bort og av hverandre. Mange har flere års erfaring innenfor demensomsorgen, og sitter med mye taus kunnskap. Samtaler, internundervisning og henvisning til reelle resultater har vært viktig. Engasjementet hos pleierne må være på plass for å oppnå suksess. Som fagarbeidere sitter vi med mye makt når det gjelder våre beboere – da især for hvordan hverdagen deres skal utarte.

Uro – for hvem?

Uro er en stor del av demensarbeidet. Men det å definere uro kan være vanskelig. For hva er egentlig uro? Og for hvem? Vil vi ha beboere sittende helt stille i stolen sin, dag etter dag etter dag? Hvor de etter hvert faller, både mentalt og fysisk. Eller vil vi ha dem oppe og gå? Ut i frisk luft, gå tur i gangene, være med på ulike aktiviteter? Når en beboer vandrer frem og tilbake i gangene, er dette uro? Muligens er det uro for personalet, men er det

uro for beboeren? Kanskje dette er hennes måte å få beveget seg på, kikke seg litt rundt, luften i hodet, orientere seg, få litt alenetid? Eller er det en hvileløs vandring på let etter mamma, barn, mann, toalettet, en vei ut? Dette må kartlegges og snakkes om. Og ut fra dette kan man skreddersy en omsorg som gjør at man kan møte beboeren i sin vandring. Ta en del av vandringen eller hente henne inn igjen og få roet henne ned før det utarter. Og er da Sobril svaret?

Vårt mål

Målet er å kunne jobbe systematisk med miljøarbeid, bruke dette i en terapeutisk setting, men at den ikke blir standardisert. Vi som mennesker er ikke standardiserte, og mennesker med en demensdiagnose er alt annet enn standardiserte. Å jobbe ad hoc har fungert for oss, man må velge riktig tidspunkt for når reminisensarbeidet skal starte.

Dersom man klarer å definere uro hos en beboer,

TRIVSEL: Sykepleierne bruker miljøbehandling aktivt for å skape trivsel og dermed redusere angst og uro. Illustrasjonsfoto: Colourbox





altså, hva som er reel uro, og hva som fungerer mot dette, som ikke innebærer medisiner, da har man funnet en fantastisk løsning. Klarer man da å stagge denne uroen før den eskalerer, da har man funnet gull! Hos en beboer på en av avdelingene her er det å kunne titte i et fotoalbum det som gjør at hun roer seg. Da lever hun i de øyeblikkene og historiene fotoalbumet forteller, dette skaper trygghet, gjenkjennbarhet og ikke minst mestringsfølelse. Eller å kunne prate om hva slags yrke man har hatt sammen med beboere som har en høy yrkesstolthet, kan være med på å skape en følelse av tilhørighet, samhold og ikke minst stolthet.

Det å skulle anerkjenne at vi som pleiepersonell kan være løsningen er ikke nytenkende, men det å skulle erfare det kan være en lang vei å gå.

Personsentrert omsorg

Miljøbehandlingen brukes aktivt for å skape trivsel, aktivitet, glede, livskvalitet og dermed redusere

angst og uro. Miljøbehandlingen gjennom personsentrert omsorg skaper et skreddersydd tilbud til hver og en. Sykepleier Lina og geriatrisk hjelpepleier Ingunn har basert sin internundervisning om personsentrert omsorg og miljøbehandling på Gundersons miljøprosesser (strukturert miljøbehandling i demensomsorgen) – trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse (Helsedirektoratet). Det er også blitt vektlagt at miljøterapi er det fysiske rommet, men også pleierne i miljøet er en viktig faktor. Gjennom dette jobbes det systematisk slik at den personsentrerte omsorgen blir både forebyggende og har en behandlende effekt.

I underkant av et år har man redusert medisinering med tanke på benzodiazepiner til null. Gjennom aktivt å søke kunnskap om beboeren, skape trygge rammer, validere beboerens følelser, være i øyeblikket, ser vi at dette har en utrolig mye bedre effekt enn å gi for eksempel en Sobril. ■



Generalforsamling og valg 2017

I forbindelse med landskonferansen i NSF FGD, som avholdes i Tromsø 20. og 21. april 2017, skal det avholdes generalforsamling og valg. Vi trenger kandidater til alle verv, fra hele landet og alle deler av helsetjenesten. Har du lyst til å bidra i det sentrale faggruppetyrtet i NSF, FGD, eller kjenner du noen som kan passe?

Send en epost med personlig info som navn, tlf., utdanning og arbeidssted. Du får tilsendt en villighetserklæring som må fylles ut og returneres: Valg-fgd@online.no

Hilsen leder i valgkomiteen Ranveig Lie





LÆR OM FORSKNING:
Redaktør Barth Tholens anbefaler studenter å skaffe seg Forskningens ABC, som blir gitt ut av tidsskriftet Sykepleien. Foto: Marit Fonn

Forskning til folket



Nå kan du finne «alt» om forskningsartikler på ett sted. Sykepleien sender ut Forskningens ABC gratis til alle studentmedlemmer i Norsk Sykepleierforbund.

Tekst **Nina Hernæs**

Hvordan søker man etter forskningsartikler, hvordan leser man forskning og hvordan skal den vurderes og brukes? Sykepleien har samlet grunnleggende spørsmål og forsøkt å svare på dem i en egen artikkelsamling: Forskningens ABC.

Kort og presist

Samlingen er basert på artikler som har stått på trykk i Sykepleien Forskning, men stoffet er systematisert og gjort mer tilgjengelig. Artikkene er korte og presise.

Forskningens ABC gis ut fordi stadig

flere studenter etterspør grunnleggende informasjon om hvordan de skal forholde seg til og bruke forskning.

«Artikkene er korte og presise.»

Artikkelsamlingen er delt opp i fem hovedbolker:

Hvordan SØKE etter forskning? Hvordan LESE forskning? Hvordan kan vi VURDERE forskning? Hvordan kan

vi BRUKE forskning i praksis? Hvordan kan vi selv SKRIVE en god forskningsartikkel?

Mulig for flere

Forskningens ABC sendes gratis ut til de 1 200 studentene som er medlem i Norsk Sykepleierforbund. Men det er mulig for andre å få tak i samlingen. Da koster den 49 kroner, fritt tilsendt. Forskningens ABC kan bestilles på redaksjonen@sykepleien.no.

Artikkene kan også leses på sykepleien. no/article-themes/forskningens-abc ■



NSF FGD Landskonferanse 2017



DEMENS – en hverdag på mine premisser?

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe innen geriatri og demens inviterer til innholdsrik landskonferanse neste år. Mer innhold om konferansen får du i neste utgave av Geriatrisk sykepleie, men sett av datoene allerede nå.

Tema for landskonferansen 2017 er «Demens – en hverdag på mine premisser»



20 og 21 april 2017
Clarion Hotel The edge i Tromsø

Målgruppe:

Sykepleiere, hjelpepleiere/helefagarbeidere, leger, fagutviklere, forskere, pårørende og allmennhet.



Oppmuntret til trening

Treningsopplegget «Aktive eldre – en levende alderdom med fysisk aktivitet og styrketrening» skal motivere eldre til å trene. I august delte vi det ut i Nordfjord og Gloppen.

Tekst **Tor Engevik**, faggruppelære i NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Med støtte fra Rieberfondet, allmennyttige midler fra Sparebanken Vest og fagutviklingsmidler fra Norsk Sykepleierforbund har faggruppeleder Tor Engevik og norgesrekordholder i styrkeløft Unni Olsen på 71 år laget et treningsopplegg for eldre. Treningsopplegget deles gratis ut på sykehjem, dagsentre og serviceboliger. Den 29. august var undertegnede og Unni Olsen i vakre og sommervarme Nordfjord for å dele ut tre gratis kasser med treningsopplegget som heter «aktive eldre-en levende

alderdom med fysisk aktivitet og styrketrening».

Trening på demens kafé

Det var vår gode kollega og faggruppedlem Jorund Levorstad som sammen med Ann-Karin Vangberg-Hjelle, leder i Nasjonalforeningen for folkehelse i Eid og Gloppen, som inviterte oss oppover. Vi ble først møtt av initiativtagerne og 30 deltagere på demens kafé i Eid der vi gjennomførte en trening. Etter treningen spiste vi nydelig lapskaus sammen med de glade deltagerne. Deretter kjørte Kurt,

den hyggelige mannen til Ann-Karin, oss videre til fornøyde 25 eldre og pleiere på Gloppen sykehjem. Begge steder ble vi møtt av glade mennesker som lovet å forsette med treningsopplegget til glede for de eldre. ■

«Begge steder ble vi møtt av glade mennesker.»



FIKK TRENINGSSOPPLEGG:

Ann-Karin Vangberg-Hjelle (t.v.) og Jorund Levorstad fikk nytt treningsopplegg av Tor Engevik og Unni Olsen (t.h.). Foto: Reidun Røed



Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

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

Mvh Gunhild Grythe,
medlemskontakt i NSF FGD



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: forskning@sykepleien.no

Sykepleien

forskning

facebook.com/SykepleienForskning

Bli medlem

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



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

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent per år: kr 400,-

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller send en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no

Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409