

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Pårørendes erfaringer fra samarbeid med helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens

Side 7

GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

TRYKK: Mediehuset Andvord AS

FORSIDEFOTO: Shutterstock

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.

Innhold

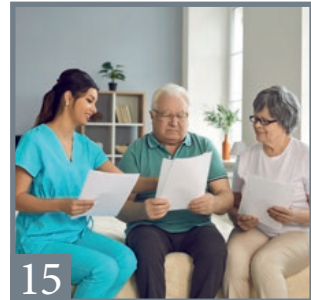
02 - 2023



- 7** Pårørendes erfaringer fra samarbeid med helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens
- 15** Samhandling mellom sykehjem og ambuleringe alderspsykiatrisk team om pasienter med APSD
- 23** Ny organisering av hjemmebaserte tjenester – Prosjekt HeltOm
- 31** Videreutdanning i gerontologisk sykepleie. VID Bergen



7



15



23



31



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Stolt sykepleier?

I en ideell verden hadde sykepleiere på sykehjem hatt tid. Tid til alle oppgavene de var satt til å gjøre og tid til alle dem som bor der. De hadde hatt anledning til å aktivisere, til å være sammen med og til å høre om alt som var bedre før. Behov for latter, glede og samvær minsker nemlig ikke med alderen og på mange måter er humor den beste medisin.

For noen år siden fikk jeg mulighet til å samle en fin bukett med damer i 80-årene til trening og sosialt samvær. Der traff jeg «Hermine» på 85 år. Jeg fikk vite at hun hadde vært sykepleier et langt yrkesliv og for å få kontakt sa jeg, du **var** jo sykepleier du Hermine. Hun rettet seg opp i ryggen, så på meg med et stolt, men strengt oversykepleierblikk og svarte: «jeg **var** ikke sykepleier! Jeg **er** sykepleier». Jeg fikk kontant svar på tiltale.

I en alder av 85 var Hermine fremdeles sykepleier. Og for mange er det sånn at det å være sykepleier ikke bare er et yrke. Å være sykepleier er en stor del av identiteten, livet ut. For sykepleie er kompetanse, det er omsorg, det er lidenskap for faget og det er verdens beste yrke, når ressursene står i forhold til oppgavene vi skal løse.

Hermine var tydelig stolt av yrket sitt mange år etter at hun hadde gått ut av tjeneste og etter at hun hadde kommet godt stykke inn i sin egen demensutvikling. Jeg er usikker på om hun hadde vært like stolt i dag, dersom hun

hadde visst hvordan det egentlig står til. Det jeg imidlertid er helt sikker på, er at hun ikke ville synes noe om at alle løper så fort. Hele tiden.

Den siste tiden har det vært reportasje på reportasje i landets små og store aviser med fokus på bemanningen i eldreomsorgen. I Bergensavisen står mine sykepleierkollegaer Kristin Standal Søvik og Sandra Dyngedal Riise frem og beskriver en hverdag der tiden ikke strekker til. De klarer ikke å gi pasientene det de trenger og det er umulig å levere på det som kreves av dem: <https://www.ba.no/okende-antall-avvik-pa-sykehjem-jeg-foles-meg-utilstrekkelig-hverdag/s/5-8-2423096>. Sykepleierne beskriver at de knapt nok klarer dekke de fysiske behovene til beboerne og at både toalettbesøk, medisindeling, måltider og stell er noe de ofte må overlate til neste skift. Hvordan de også skal klare å ivareta de psykiske, sosiale og åndelige behovene som helsepersonell også er pålagt å dekke, ja det kan man bare spørre seg om. For ikke å snakke om hvordan de skal få alle områder av pasientbehandlingen til å kjennetegnes av kvalitet.

I Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer § 2 står det at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og sykepleieren understøtter



håp mestring og livsmot hos pasienten. Jeg tror ikke alle sykepleiere i landets sykehjem føler at retningslinjene er i tråd med deres hverdag.

Det kan se ut som om vi har passert grensen for hva som er både faglig og etisk forsvarlig. Og det å skrive avvik for å dokumentere manglende omsorg blir nødvendigvis nedprioritert når man ikke får gjort de viktigste oppgavene. Når sykepleiere forteller at de hver dag går hjem og føler seg utilstrekkelig, så har totalbelastningen allerede blitt for stor.

I følge fagtidsskriftet Sykepleien er bemannings-situasjonen så presset at mange sykepleiere faktisk ville valgt økt bemanning i stedet for økt lønn.

<https://sykepleien.no/2022/10/ville-valgt-okt-bemanning-fremfor-hoyere-lonn>.

Det sier det meste, men samtidig vet vi at god nok lønn er helt vesentlig om vi skal få flere til å velge å arbeide i helse og eldreomsorg. Alt henger nemlig sammen med alt.

Heldigvis opplever sykepleiere å få støtte og forståelse fra dem som leder tjenestene. I tillegg til at helsefagarbeidere og sykepleiere som jobber pasientnært har latt seg intervju, så har også sykehjems- og etatsledere stått frem og beskrevet en virkelighet som er kritisk og på grensen til uforsvarlig: <https://www.ba.no/etatsdirektoren-om-bemanningen-pa-sykehjem-narmer-oss-grensen-for-forsvarlighet/s/5-8-2405750>.

Alphonse Karr – fransk kritiker, journalist og forfatter skrev de velkjente linjene sine for over 150 år siden;

Å ikke hedre de gamle
er som å rive ned om morgenen
det huset som vi skal
sove i om kvelden

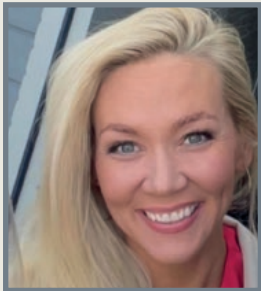
Det er nok lite sannsynlig at han så for seg dagens eldreomsorg, men han peker på noe som er like aktuelt i dag som det var den gang og han minner oss på at før vi vet ordet av det er det vår tur. Vår tur til å måtte vente på å få gå på toalettet, til å ikke bli sett når vi trenger det, og til ikke å få den hjelpen vi trenger, når vi trenger det som mest. Det bør derfor være i hele folkets interesse å gjøre det vi kan for å rekruttere, beholde og ta vare på de som jobber i eldreomsorgen.

Og det krever innsats – på alle nivå. Strikken er tøyd til det ytterste. Og strikk som er tøyd for langt over tid, vil ryke. Til slutt.

For Engewik



Foto: Shutterstock



Marianne Simonsen

Universitetslektor ved UiT

Master i aldring og geriatrisk helsearbeid

Behov for gode samarbeidspartnere

Den kommunale eldreomsorgen er under stort press og er avhengig av gode samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten og fra pårørende for å sikre opprettholdelsen av tilstrekkelig god kvalitet i tjenestetilbudet. I denne utgaven av Geriatrisk sykepleie er det publisert to vitenskapelige artikler som på hver sin måte inneholder temaer der det finnes utfordringer som bør sees nærmere på for å sikre kvaliteten i helsetjenesten som tilbys. Den ene artikkelen setter fokus på samhandling mellom sykehjem og ambuleringe alderspsykiatriske team om pasienter med APSD. Den andre artikkelen har som tema hvordan pårørende erfarer samarbeidet med helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens.

Samhandling mellom sykehjem og ambuleringe alderspsykiatrisk team

Utfordrende atferd, også kalt atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens eller nevropsykiatriske symptomer, opplever hos de fleste personer med demens gjennom sykdomsforløpet. Disse symptomene skaper utfordringer både for personen med demens, for pårørende og for personalet. APSD krever mye ressurser fra helse- og omsorgspersonell, og arbeidet kan oppleves belastende. I dagens sykehjem har om lag 80 % av beboerne APSD. Helsepersonell kan

ofte mangle handlingsberedskaper for hvordan ulike situasjoner skal håndteres. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet skal det tilbys miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg til disse pasientene. Tidligere studier viser at dersom helsepersonell har forståelsen av demens og APSD som kommunikasjonsuttrykk, og at de bruker en personsentrert tilnærming, så kan dette bidra til reduksjon av APSD.

Mange sykehjem benytter seg av spesialisthelsetjenesten for å få råd og veiledning når det gjelder APSD. I studien til Bjordal og Hollekve var hensikten å undersøke hvordan helsepersonell ved sykehjem erfarer samhandlingen med ambuleringe alderspsykiatrisk team fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med APSD. Helsepersonellet som ble intervjuet i studien ønsket en bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten for pasientene. De opplevde at den faglige veiledningen de fikk fra det ambuleringe teamet var nyttig. Det å ha en felles plattform for dialog og kunnskapsutveksling opplevdes som givende. I studien fant de også at helsepersonellet opplevde det som viktig å etter spørre faglig bistand fra teamet når det var behov for det, og at framgangsmåten for å søke faglig bistand fra teamet kan bli tydeligere.



Samarbeid mellom pårørende og helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens

Det er viet stor plass til samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende i nasjonale og politiske føringer de senere år. I 2017 ble det publisert en egen nasjonal pårørendeveileder. I dag yter både pårørende og frivillige nesten like mye omsorg som kommunehelsetjenesten. Hvordan erfarer egentlig pårørende samarbeidet? Det er gjort heldigvis forskning på området, og i studien til Arentsen og Helgesen setter de fokus på hvordan pårørende erfarer samarbeidet med helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens. Samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende til personer med demens er særlig viktig, på bakgrunn av nedsatte kognitive funksjoner som progredierer i sykdomsforløpet. I studien fortalte pårørende at de opplevde at helsepersonell har det travelt og at de ikke ønsket å oppleves som krevende pårørende.

Videre erfarte de pårørende at viktig informasjon glipper, og at turnus og turnover blant personalet kan utfordre samarbeidet. De pårørende fortalte at de hadde behov for å bli sett, og behov for veiledning og støtte, samt informasjon fra helsepersonell. I studien vises det til at de uformelle samtalene betyr mye for relasjonen mellom pårørende og helsepersonell. Arentsen og Helgesen skriver at det er viktig å se nærmere på hvordan man, til tross for utfordrende organisatoriske rammer, kan bygge opp under et godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell.



Foto: Shutterstock

Pårørendes erfaringer fra samarbeid med helsepersonell på skjermet enhet for personer med demens

I de senere årene har det vært sterkt fokus på pårørendes rolle i ivaretagelsen av Eldres helseutfordringer, og pårørendesamarbeid er viet stor plass i nasjonale og politiske føringer (1-4).

Bakgrunn

Regjeringen legger stor vekt på ivaretagelse av pårørende og anerkjennelse av dem som en viktig ressurs i helse og omsorgstjenestene (3). Pårørende og frivillige yter allerede omsorg omtrent på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten, og samfunnet vil være avhengig av pårørende som en omsorgsressurs også i fremtiden (1). Mange pårørende deltar aktivt i ivaretagelsen av sine nærmeste før de kommer på institusjon, men erfarer at deres deltakelse blir nesten fraværende når den syke flytter på institusjon (1), selv om mange har et sterkt ønske om å involveres og forsøker å finne sin plass i institusjonsmiljøet og i sin relasjon til personalet (5). Pårørende kan fungere som en samarbeidspartner og en bro til forståelse og gjenkjennelse av den sykes behov, da de som oftest sitter på kunnskap og erfaringer om den sykes liv, ønsker og preferanser (6), men deres perspektiver kommer ofte ikke fram (8).

Pårørendes innsikt og kjennskap til personen med demens kan være nyttig i samhandlingsutfordringer helsepersonell erfarer på bakgrunn av at personen som skal hjelpes kanskje ikke forstår eller greier å gjøre seg selv forstått i situasjonen. Tidligere forskning viser at inkludering av pårørende er sammenfallende med økt livskvalitet for personen med demens (18), og rangerer høyt på hva som er viktig ifølge pårørende (7). Harper et.al (8) så nærmere på pårørende til personer med demens sine erfaringer, og fant at mangelfull kommunikasjon var et tilbakevendende tema, som må priorite-

res. Pårørende som opplever god kommunikasjon med helsepersonell er generelt mer tilfreds med tjenesten, mens de som har uavklarte informasjonsbehov er mindre tilfreds (9).

Til tross for økende interesse for samarbeid og involvering av pårørende, er det fortsatt behov for mer kunnskap om hva slags kontakt pårørende har med helsetjenesten, og hvordan de vurderer kontakten (9). Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hvordan pårørende til personer med demens i sykehjem erfarer samarbeidet med helsepersonell, slik at helsetjenestene kan legge bedre til rette for inkludering og pårørendesamarbeid.

Metode

Vi benyttet en kvalitativ tilnærming (10). Etter å ha gitt informasjon og fått tillatelse fra enhetsleder sendte vi informasjon og ferdigfrankerte, uadresserte konvolutter til avdelingsleder ved en skjermet enhet. I konvoluttene lå det enda en ferdigfrankert konvolutt med førsteforfatters adresse, informasjonsskriv, samtykkeerklæring og kontaktinfo-skjema. Avdelingsleder leverte deretter konvolutter til pårørende i avdelingen, som kunne sende svar direkte til førsteforfatter.

Datainnsamling

Datainnsamlingen besto av individuelle intervju gjennomført høsten 2021, med fem pårørende til personer med demens på skjermet enhet i en kommune i Norge. Tre av deltakerne var barn av personer med demens, og to var ektefeller. Begge

FAKTA

Regine Arentsen,
Sykepleier med mastergrad i Helsefag - Aldring og geriatrisk helsearbeid. Spesialsykepleier i Pasientsentrert helse-tjenestetsteam ved UNN Harstad.
Epost: regine@arentsen.no
Telefon: 980 68 560
Postadresse: Mustapartjordet 37, 9403 Harstad

Ann Karin Helgesen,
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg, PhD. Professor ved Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag ved Høgskolen i Østfold og Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

kjønn var representert. For at intervjuprosessen skulle føles tryggest mulig for deltakerne fikk de selv velge hvor de ville intervjues. Intervjuene foregikk i deltakernes hjem, i møtelokaler og over teams, og tok fra 36 til 62 minutter (median 46 min). Førsteforfatter transkriberte intervjuene ordrett.

Den semistrukturerte intervjuguiden (10) bidro til å sikre struktur i intervjusamtalen og var temainndelt med underspørsmål. Temaene var «Samarbeid overordnet», «Pårørendesamtaler», «Beslutningsprosesser», «Legekontakt», «Livshistorie», «Besøk og deltakelse i hverdagslivet til den syke». Førsteforfatter gjennomførte prøveintervju med kollega og familiemedlem uten helsefaglig bakgrunn og fikk tilbakemeldinger på at noen av spørsmålene måtte revideres for å være lettere å forstå.

Intervjuguiden ble også revidert underveis mellom intervjuene.

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av SIKT (11) (Referanse-nummer 834751) og følger forskningsetiske retningslinjer (12). Skriftlig informert samtykke er innhentet. Deltagerne er informert om studiens

formål og muligheten til å trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for dem.

Analyse

Systematisk tekstkondensering ble brukt til å analysere resultatene (10). Førsteforfatter har arbeidet med pårørende til personer med demens i 17 år og har derfor med seg en for forståelse fra praksisfeltet. For å sikre validitet i analyseprosessen har vi derfor vært nøye med å være tro til metoden og fulgt stegene i metoden nøye. Under intervjuene ble deltakerne bedt om å forklare nærmere eller spesifisere ved enhver usikkerhet rundt hva de mente, for å sikre at deres stemme kom tydelig fram. Førsteforfatter gjennomleste først alle transkripsjonene flere ganger for å få et helhetsinntrykk. Underveis mens jeg leste noterte jeg temaer som ble nevnt av intervjudeltakerne. Deretter samlet jeg temaene jeg hadde kommet frem til, og slo sammen ord som handlet om det samme, som ble til tre kodegrupper med tilhørende subgrupper.

Videre gjennomgikk jeg transkripsjonene og så mer i dybden av materialet for å finne meningsbærende enheter med relevans for problemstillingen.

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: I de senere årene har det vært sterkt fokus på pårørendes rolle i ivaretagelsen av eldres utfordringer, og samarbeidet med pårørende er viet stor plass i nasjonale og politiske føringer. For personer med demens, som har utfordringer med kognitive funksjoner er det viktig med godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell. Studiens hensikt var å få mer kunnskap om hvordan pårørende erfarer samarbeidet med helsepersonell rundt personer med demens i sykehjem.

Metode: Det er benyttet kvalitativ metode. Det ble gjennomført 5 semistrukturerte, individuelle intervju som er analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Studien viser at pårørende har behov for å bli sett, og behov for veiledning og støtte samt informasjon fra helsepersonell. Deres behov for informasjon avhenger av tilliten til helsepersonellens kompetanse. Pårørende erfarer at helsepersonell har det travelt og ønsker ikke å bli oppfattet som krevende pårørende. De erfarer også at viktig informasjon glipper, og at samarbeidet utfordres av turnus og turnover.

Konklusjon: Den uformelle samtalen er av stor betydning for relasjonen mellom pårørende og helsepersonell og for samarbeidet. Det er viktig å se nærmere på hvordan man, til tross for utfordrende organisatoriske rammer, kan bygge opp under et godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell.

Nøkkelord: Pårørende, samarbeid, helsepersonell, personer med demens, skjermet enhet i sykehjem.

Summary

Background and purpose: In recent years, there has been a strong focus on the role of relatives in looking after the challenges of the elderly, and cooperation with relatives has been given a large place in national and political guidelines. For people with dementia, who have challenges with cognitive functions, good cooperation between relatives and healthcare personnel is important. The purpose of the study was to gain more knowledge about how relatives experience the collaboration with healthcare personnel around people with dementia in nursing homes.

Method: A qualitative method has been used. Five semi-structured, individual interviews were conducted which have been analyzed using Malterud's systematic text condensation.

Result: The study shows that relatives have a need to be seen, and a need for guidance and support as well as information from healthcare personnel. Their need for information depends on their trust in the health personnel's competence. Relatives learn that healthcare personnel are in a hurry and do not want to be perceived as demanding relatives. They also experience that important information is missed, and that cooperation is challenged by rotation and turnover.

Conclusion: The informal conversation is of great importance for the relationship between next of kin and healthcare personnel and for collaboration. It is important to take a closer look at how, despite challenging organizational frameworks, good cooperation between relatives and health personnel can be built up.

Key words: Relatives, collaboration, healthcare personnel, people with dementia, sheltered unit in a nursing home.

Jeg ga alle deltakerne en farge og markerte hvem som hadde sagt hva av de meningsbærende enhetene. Deretter laget jeg en tabell med kodegruppene og plasserte de meningsbærende enheten i gruppene jeg mente de hørte hjemme i. Deretter abstraherte jeg innholdet til kondensater. Jeg startet med en meningsbærende enhet som var særlig beskrivende for subgruppen, og skrev deretter inn tekst fra de øvrige enhetene i subgruppen slik at de passet til teksten. Teksten jeg satt igjen med ble et slags kunstig sitat, som jeg igjen kunne trekke ut et kort «gullsitat» som summerte opp innholdet i kondensatet (10). Til sist så jeg over kondensatene og forsøkte å sammenfatte resultatene og forfatte en analytisk tekst, altså rekontekstualisere innholdet (10). All dataanalyse er gjort i tett samarbeid med andreforfatter.

Resultater

Gjennom analysen kom vi frem til to hovedkategorier med subgrupper.

Pårørende har behov for å bli sett

Deltakerne beskrev et behov for å bli sett. At de ble møtt på en god måte og at deres behov for veiledning og støtte ble møtt av personalet.

Å bli møtt der man er

Gjennomgående hadde deltakerne positive opplevelser, og følte seg ivaretatt som pårørende, men flere ønsket mer initiativ til samtale fra helsepersonell. Det at helsepersonell tok seg fem minutter til å spørre om hvordan de hadde det ble trukket fram som en positiv erfaring. Måten helsepersonellet kommuniserte og at de forklarte ting på en forståelig måte virket inkluderende.

«For meg er det viktig at de tar initiativ til kontakt, spør hvordan det går og legger til rette for at jeg kan få være pårørende. Det er veldig fint å kunne ha noen å snakke med om alt dette, som har erfaring og kan gi gode råd.»

(Deltaker 4).

Når helsepersonellet brukte fremmedord kunne det oppfattes ekskluderende og distanserende. Deltakerne følte seg ikke sett som pårørende når informasjonen de fikk ikke var tilpasset deres rolle



som pårørende. I kommunikasjonen mellom pårørende og helsepersonell nevnte flere det å være på bølgelengde.

«...Det er ikke alle jeg føler at jeg kan snakke om alt med, et par av dem ja, men noen føler jeg at jeg ikke har noe kontakt med. Du vet dette handler om kjemi og, om det å være på bølgelengde slik at man kan være litt mer personlig». (Deltaker 1).

«Pårørende fortalte at regelmessige møter og helsepersonellens kompetanse var avgjørende for tillit»

Betydningen av å ha noen å støtte seg til

Flere av deltakerne uttrykte at de fant støtte i helsepersonells erfaringer når de skulle medvirke på vegne av personen med demens, men også når de følte at situasjoner ble vanskelig. Flere uttrykte utfordringer rundt kommunikasjonen med personen med demens, de savnet en samtalepartner, og særlig når det kom til vurderinger eller avgjørelser som angikk personen med demens var det fint og kunne høre pleiernes erfaringer og vurderinger.

«Ja altså, jeg er jo nybegynner i dette. For eksempel det å skulle ta hen (personen med demens) hjem, hva gjør man? Hva er lurt .. hva slags erfaring har de? Og ta avgjørelser alene er vanskelig. Så da er det godt å diskutere med primær». (Deltaker 2).

Primærkontakten ble trukket fram som en de hadde en god relasjon og særlig tillitt til, og som de opplevde at hadde et ekstra øye for dem som pårørende.

«Altså når jeg er på besøk og primærkontakten er på jobb, så kommer hun inn, også i 5 minutt og slår av en prat, og med henne kan jeg prate om ALT. Og det betyr veldig mye, at de, altså at både primærkontakten, men også de andre som er rundt hen den dagen jeg er der kan ta seg tid å prate». (Deltaker 3).

Fremmende og hemmende faktorer for samarbeid
Pårørende fortalte at regelmessige møter og helsepersonellens kompetanse var avgjørende for tillit. Turnus og rulling mellom avdelinger forstyrret samarbeidet med helsepersonell. Endring av primærkontakt eller lege bidro til opplevelser av at helsepersonellet manglet oversikt.

Regelmessige møter er viktig

Pårørendemøter ble beskrevet som et treffpunkt for kontakt og samarbeid med helsepersonell, hvor deltakerne opplevde å få god informasjon om det som angikk personen med demens. Deltakere som hadde hyppig dialog med primærkontakt opplevde ikke alltid behov for formelle pårørendesamtaler.

Flere av deltakerne trakk fram det å kunne ta opp ting underveis, og uttrykte at den spontane kontakten var vel så viktig; den som gjerne oppsto i korridor eller på pasientrom.. Denne typen samtale var av mer uformell karakter og ga ofte innsikt i personen med demens sin hverdag.

«Det som kanskje er viktigst for meg er å vite hvordan hverdagen er, hvordan sover hen, hvordan går det med spisingen, hvordan er stemningen liksom. Og det er jo disse tingene jeg kanskje kan bidra mest til å hjelpe med». (Deltaker 4).

Flere uttrykte at spontan, hverdagslig informasjon hjalp dem å tilpasse sine besøk og bidra med konkrete ting. Informasjon om hverdagen ga også temaer for samtale med personen med demens.

Helsepersonellens kompetanse og engasjement er avgjørende

Flere av deltakerne opplevde at pleierne hadde god faglig kompetanse. Når helsepersonellet delte sine betraktninger og vurderinger rundt personen med demens sin situasjon fikk pårørende bekreftet at de så de utfordringene som var, og ble trygget i at pleiernes faglige kompetanse var god.

«Jeg tenker at det er forskjell på hvilken kompetanse de har. Noen er bare innom og serverer kaffen og så ut igjen, mens andre kommer med beskjeder og spørsmål til meg, fordi de har kontroll og vet hva de skal spørre meg om, mens jeg er der.» (Deltaker 4).

For flere av deltakerne var helsepersonellens kjennskap til personen med demens og hans livshistorie av betydning for hvordan de opplevde pleien, og de ønsket gjerne å bidra med denne kunnskapen.



Foto: Shutterstock

Handlinger og ord av omtanke for den syke ble trukket frem som en viktig faktor for at de opplevde at personen med demens var godt ivaretatt. Det opplevdes betryggende når man følte at personen med demens ble ivaretatt av noen som ville den vel, og små handlinger kunne være av stor betydning.

«Måten de snakker til hen på, og veileder hen varsomt.. Det er jo mange ting hen ikke kan selv lengre, så det å se hvordan de hjelper hen, at de vet hvordan hen vil ha det. Den biten er og utrolig viktig». (Deltaker 3).

Mangel på kontinuitet er en utfordring

Turnus og arbeidsfordeling var en utfordring når det kom til kontinuitet i kontakten, særlig med primærkontakt. Deltakerne henvendte seg fortrinnsvis til primærkontakt når de hadde konkrete spørsmål, men som en konsekvens av turnus/rullering mellom avdelinger kunne det ta lang tid mellom hver gang de traff vedkommende.

Flere uttrykte skepsis til hvordan pleierne kunne ha oversikt når de rullerte på flere avdelinger. Hvis det var enkelte pleiere de møtte ofte i avdelingen fikk de et inntrykk av at disse hadde bedre oversikt.

Noen opplevde at det var avhengig av hvem pleier som var på jobb hvilken informasjon de ble gitt.

Jeg synes det er vanskelig når de gjør ulikt for da vet jeg ikke hva jeg kan forvente. Når jeg får informasjon om medikamentendringer hos en pleier, så tenker jeg at «ok, jeg kan forvente at jeg får slik informasjon», også noen måneder etterpå finner jeg ut at de har tatt bort et viktig medikament som jeg ikke har fått høre om før jeg selv merker det på atferden». (Deltaker 5)

Selv om flere av deltakerne uttrykte at de ikke ønsket å delta i beslutninger om medisineringsendringer som kunne påvirke personen med demens i vesentlig grad. Slik kunne de være forberedt på eventuelle virkninger eller bivirkninger.

Flere opplevde det som utfordrende at de ikke visste hvem lege var til enhver tid, og at det var stadige utskiftninger av lege. De fortalte at kontakten de hadde med lege som regel gikk via sykepleiere, og de savnet tilbakemeldinger på hva som ble diskutert med legen.

Deltakerne fortalte om travle pleiere, og flere trakk det fram det som hemmende for samarbeidet,





da de syntes det var vanskelig å «forstyrre» dem eller «mase».

«De har nok å styre og stelle med pasientene, det skal ikke bli en byrde for dem med oss pårørende.» (Deltaker 1).

Diskusjon

Studien viser at pårørende til personer med demens på sykehjem har behov for å bli sett. Det handler blant annet om å bli inkludert og anerkjent som en sentral person i personen med demens sitt liv. Helsepersonells evne til å ta initiativ til samtale og lytte til dem kan oppleves relasjonsbyggende og være en erklæring av omsorg overfor pårørende (2;3;13). Med blikket kan helsepersonell formidle tilgjengelighet, interesse og engasjement overfor pårørende, mens unnvikelse av blikk-kontakt er et tegn på det motsatte (14). Kommunikasjonen er av stor betydning for hvordan pårørende erfarer møtene med og tilliten til helsepersonellet. På samme måte som tallrike ord uten følelse bak kan skape avstand og være til hinder for god kommunikasjon, kan få ord med en ekte omtanke bak skape nærhet (15). Noen av deltakerne nevnte «kjemi» som viktig for relasjonen med helsepersonell. Små

gester som et blikk eller et «hei» kunne være tilstrekkelig for at pårørende skulle oppleve å føle seg sett. Enkelte mente at kjemien kunne avhenge av helsepersonellens personlighet og erfaringer. Helsepersonells personlige kompetanse omhandler evnen til å kunne innta de holdninger og perspektiver som kreves for å skape gode relasjoner og rom for tillitt og trygghet (15).

Hoek et al. (13) fant at den uformelle kontakten var særdeles viktig for pårørende, det at helsepersonell sa «hei» og fikk dem til å føle seg velkommen. Det gjorde det også enklere og henvende seg til personalet. Dette er sammenfallende med opplevelsen til flere av deltakerne fra denne studien, som trakk fram uformelle og spontane møter som viktig for samarbeidet og relasjonen med helsepersonellet.

Måten helsepersonell kommuniserte med pårørende og hyppigheten var også av betydning for relasjonen. Pårørende som ofte kommuniserte med helsepersonell var mer fornøyd med sykehjemmet (13). Noen av deltakerne i vår studie erfarte at helsepersonellet benyttet et fagspråk som de ikke forsto, og at dette skapte distanse i samarbeidet. Asymmetrien i relasjonen mellom pårørende og helsepersonell kan skape en mulighet for maktmis-



Foto: Shutterstock

bruk, da pårørende har behov for helsepersonells kompetanse (14). Ved å kommunisere på en måte som er vanskelig for mottakeren å forstå utnytter man den strukturbestemte ulikheten i relasjonen (15). Som den profesjonelle part i kommunikasjonsforholdet må helsepersonell legge til rette for en god gjensidig kommunikasjon, som bidrar til felles forståelse og som styrker samhandlingen og brukermedvirkningen.

Flere av deltakerne uttrykte behov for veiledning og støtte fra helsepersonellet. For flere var primærkontakten en person som de følte særlig tillit til, og som de helst ønsket å ta opp viktige ting med. Dette er sammenfallende med resultater fra studien til Hoek et al. (13), hvor pårørende heller ville vente med å ta opp visse ting dersom primærkontakten var fraværende. Mange kommuner som benytter primærkontaktordning erfarer at det bidrar til å sikre mer kontinuitet i tjenesten, god tjenesteyting og kommunikasjonsrutiner med pårørende. Pårørende opplever også at pleien blir mer personlig og tilpasset individet (1).

Studien viste at pårørende ønsket å bli inkludert av helsepersonellet, og da gjerne i det dagligdage som opptok personen med demens. Dette er i tråd med tidligere studier (16), hvor man fant at pårørende ønsket jevnlig oppdateringer på hva personen med demens har opplevd den dagen, eller siden sist de var der da personen selv ikke kunne gjengi det. Studien til Rognstad et al. (17) beskrev at tap av tilgang på hverdagsinformasjon medførte mangel på samtaleemner mellom pårørende og personen med demens.

Deltakerne i studien fortalte at de ikke hadde behov for å inkluderes i faglige spørsmål og beslutningsprosesser når de følte seg trygge på helsepersonellens kompetanse. På den andre side ble de usikre når de erfarte at de ikke fikk opplysninger de anså som viktige, eller opplevde at det var vilkårlig hvorvidt de fikk informasjon. Dette er i tråd med resultater fra tidligere forskning (13;18).

Flere av studiens deltakere erfarte «pårørendesamtalen» som nyttig og informativ og fikk der formidlet sin kunnskap om pasienten. Braut og Aarheim (19) sier at det er hensiktsmessig å ha slike samtaler for å innhente informasjon og kartlegge behov og utfordringer. Samtidig er det en mulighet for pårørende til å få informasjon, medvirke og involveres i den daglige ivaretagelsen av personen med demens (4).

Deltakerne i studien opplevde at samarbeidet ble utfordret av turnus, rullering mellom avdelinger og utskifting av personale. De beskrev travle helsepersonell og ville helst ikke mase/forstyrre. Resultater fra tidligere forskning viste at pårørende ønsket mer kontakt med helsepersonell enn de

«Deltakerne i studien opplevde at samarbeidet ble utfordret av turnus, rullering mellom avdelinger og utskifting av personale»

hadde, men var redd for å uttrykke det blant annet fordi de så at pleierne hadde det travelt, eller ikke ville fremstå som klagende i frykt for at det ville få konsekvenser for personen med demens (13).

De kommunale helsetjenestene er i dag preget av knapphet på kvalifisert fagpersonell (19) i tillegg til at beboere i sykehjem er sykere enn tidligere og mottar mer avanserte behandlinger og tjenester (22). Sykehjem er gjennom forsvarlighetskravet forpliktet til å drifte faglig forsvarlig (22), men det kan være utfordrende fordi ressursene er begrenset og kapasiteten mangelfull (6). Dette kan videre føre til at fagkompetansen må fordeles for å sikre faglig forsvarlig drift (19) og derav at personalet må rullere mellom flere avdelinger. Deltakerne i studien erfarte at rulleringen medførte dårlige rammer for samarbeid, da det kunne gå lang tid mellom hver gang man møtte for eksempel primærkontakt på avdelingen.

Oppsummering og implikasjoner for praksis

Studien viser at pårørende har behov for å få avklart roller og forventninger slik at de kan finne sin plass i samarbeidet med helsepersonellet og medvirke slik de ønsker. Pårørende har ulike ønsker og behov, og det er essensielt at helsepersonellet har rammer som gjør at de kan inkludere og gi hver og en den oppfølging vedkommende har behov for.

Flere pårørende uttrykker tillitt til helsepersonellet, og trekker frem primærkontakten som en som tar seg tid til dem og har oversikt, god kjennskap til og omsorg for personen med demens.



Primærkontaktordningen er i så måte viktig for relasjonen og samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende.

Studien viser også at turnus, skiftende personale og varierende kompetanse preger kontinuiteten i samarbeidet negativt. Dette er en kjent problemstilling i helsevesenet, og vil ifølge framskrivninger kunne bli et økende problem i framtiden. Det er viktig at betydningen av pårørendesamarbeid blir verdsatt og at det på systemnivå blir lagt til rette slik at det enkelte helsepersonell gis rom til å skape gode relasjoner og åpne for samarbeid med pårørende, både fordi det er verdifullt for personen med demens og pårørende, men også fordi pårørende kan være en omsorgsressurs i sykehjem. ■

Referanser

- Meld. St.15 (2017-2018). Leve hele livet. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Vi - de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. [Oppdatert: 2.des.2020. Hentet: 10.mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deblaa4a/vi-de-paroerende.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021. [Oppdatert: 2.des.2020. Hentet: 12.mars.2022] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010elfc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. [Oppdatert: 28.januar 2019. Hentet: 12.mars 2022]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paroerendeveileder>
- Førsund, L. H., Skovdahl, K., Kiik, R. & Ytrehus, S. The loss of a shared lifetime: A qualitative study exploring spouses' experiences of losing couplehood with their partner with dementia living in institutional care. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(1-2), 121-130. <https://doi.org/10.1111/jocn.12648>
- Tønnesen, S. & Kassah, B. L. L. Pårørende til pasienter og brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I: S. Tønnesen & B. L. L. Kassah (Red.), *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester- Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. s.16-27.
- Reid, R. C. & Chappell, N. L. Family involvement in nursing homes: Are family caregivers getting what they want? *J Appl Gerontol*. 2017;36(8), 993-1015. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/0733464815602109>
- Harper, A. E., Terhorst, L., Moscirella, M., Turner, R. L., Piersol, C. V., & Leland, N. E. The experiences, priorities, and perceptions of informal caregivers of people with dementia in nursing homes: A scoping review. *Dementia (London)*. 2021;20(8), 2746-2765. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/14713012211012606>
- Gotaas, N., Monkerud, L. C. & Zeiner, H. H. Samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. By- og regionforskningsinstituttet NIBR: OsloMet;2020. (NIBR-rapport 2020:26); Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/20.500.12199/6517/2020-26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Malterud, K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget;2017. 254 s.
- Norsk senter for forskningsdata SIKT (NSD). Tilgjengelig fra: www.sikt.no
- World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internett]. [Oppdatert Oktober 2013; hentet 21.sept 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hoek, L. J., van Haastregt, J. C., de Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. mfl. Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia (London)*.2021;20(5), 1631-1648. <https://doi.org/10.1177/1471301220962235>
- Thornquist, E. *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk;2009. 390 s.
- Skau, G. M. *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm; 2017. 204 s.
- Jakobsen, R., Sellevold, G. S., Egede-Nissen, V. & Sørlie, V. Ethics and quality care in nursing homes: Relatives' experiences. *Nursing Ethics*. 2019; 26(3), 767-777. <https://doi.org/10.1177/0969733017727151>
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M. & Nåden, D. Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. *Nordic journal of nursing research*.2015;35(1), 57-64. <https://doi.org/10.1177%2F0107408314560478>
- Helgesen, A. K., Larsson, M. & Athlin, E. How do relatives of persons with dementia experience their role in the patient participation process in special care units? *Journal of Clinical Nursing*. 2012;22(11-12), 1672-1681. <https://doi.org/10.1111/jocn.12028>
- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. *Det norske helsevesenet: Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Oslo: Det Norske Samlaget;2020. 199 s.
- Hayward, J. K., Gould, C., Palluotto, E., Kitson, E., Fisher, E. R. mfl. Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. *Dementia (London)*. 2022;21(2), 618-647. <https://doi.org/10.1177/14713012211046595>
- Cappelen, K. *Pasientsikkerhetskultur i sykehjem*. I: K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet i praksis: Teori og praksis i helsevesenet*. 3. utgave. Oslo; 2018. s.89-100.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Samhandling mellom sykehjem og ambuleringe alderspsykiatrisk team om pasienter med APSD

Over 90 prosent av pasienter med demenssykdom ved norske sykehjem utvikler atferdsmessige og psykologiske symptom (APSD) (1, 2). De ulike symptomene kan blant annet omfatte angst, depresjon, vrangforestillinger, aggresjon, apati og vandring (3, 4).

Introduksjon

Symptomene kan i stor grad påvirke pasientens livskvalitet og kan føre til betydelig belastning for helsepersonell ved sykehjem (5-7). Årsakene til APSD er sammensatte og behandlingstiltakene bør evalueres kontinuerlig (3, 8). Siden pasienter med APSD kan ha mange ulike symptom, krever det god kartlegging og ulik behandlingstilnærming (1, 8). Pasientene vil i varierende grad være i stand til å uttrykke behov for hjelp, derfor må helsepersonell være oppmerksomme på endringer i atferd og behov (1).

God samhandling mellom profesjoner og tjenestenivåer er viktig for å sikre at pasienten får forsvarlig behandling (9, 10). Å yte likeverdige, helhetlig og sammenhengende tjeneste er hovedformålet i samhandlingsreformen og andre nasjonale styringsdokument (11-14). Evaluering av reformen viser likevel at tjenestene kan oppleves fragmentert (15) og at det er variasjon i tjenestetilbud i forhold til geografi og alder (16).

Integrerte helsetjenester med et felles forvaltningsnivå kan være en mulig løsning på samhandlingsutfordringene for pasienter med komplekse helsetjenestebehov (17) som for eksempel pasienter med APSD, men det fins lite dokumentasjon som angir at en full integrasjon av alle helsetjenestene vil løse samhandlingsutfordringene vi står overfor (18).

Vik (19) har utviklet en samhandlingstypologi som kan bidra til å belyse hva som kan utfordre

og hva som kan fremme samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Modellen kategoriserer fire former for samhandling: *Relasjonelt samarbeid* kjennetegnes av nærhet og felles forståelse og relasjonene mellom profesjonene er preget av respekt og likeverd. *Operasjonelt lukket samarbeid* er preget av nærhet og differensiering, men det mangler enighet om hva som skal ligge til grunn for samhandling. Den tredje formen er *koordinert oppgavefordeling* som kjennetegnes av både avstand og sammenkobling. *Fragmentert oppgavefordeling* er den fjerde formen som bærer preg av avstand og differensiering der det mangler både møteplass og gjensidig kunnskap om hverandres oppgaver.

Spesialisthelsetjenesten yter både ambulante og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for voksne (20). Ambulante psykiatriske tjenester i spesialisthelsetjenesten har økt de siste årene (20-22) og slike team kan føre til mer helhetlig og individuell tilnærming til pasienten og mer fleksible og koordinerte tjenestetilbud (23-25). Dette tjenestetilbudet kan være et viktig bidrag for å bedre samhandlingen mellom de ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten, men kan fortsatt styrkes (21).

Det er foreløpig få studier som ser på samhandling mellom sykehjem og ambuleringe alderspsykiatriske team, men forskning viser at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har ulike perspektiver på samhandling (26-28). Det er behov for videre

FAKTA

Terese Bjordal, sykepleier og høgskolelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. terese.bjordal@hvl.no Tlf: 57 67 76 81

Ingvild Hollekve, vernepleier og høgskolelektor, Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet. ingvild.hollekve@hvl.no Tlf: 57 67 76 82

Anne Marie Sandvoll, sykepleier og professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. anne.marie.sandvoll@hvl.no Tlf: 57 67 76 31

forskning om hvordan de ulike tjenestenivå til pasienter med APSD samhandler. Hensikten med studien var å utforske og beskrive samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og ambulering alderspsykiatrisk team fra spesialisthelsetjenesten. Vi formulerte følgende forsknings spørsmål: Hvordan erfarer ansatte i sykehjem samhandling med ambulering alderspsykiatrisk team om pasienter med APSD?

Metode

Vi benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervju, som er hensiktsmessig for å få frem informantenes erfaringer med samhandling med ambulering alderspsykiatrisk team (29). Førsteforfatter gjennomførte intervjuene og alle forfatterne deltok i analyseprosessen.

Kontekst

Alle forfatterne har erfaring fra arbeid med pasienter med demens i eldreomsorgen og har sett i praksis hvor viktig god samhandling er, men også hvor utfordrende det kan være å få til. Vi har utforsket erfaringer med samhandling mellom sykehjem og to ambulering alderspsykiatriske team fra spesialisthelsetjenesten et sted på Vestlandet. De to ambulante teamene er tilknyttet hvert sitt

distriktspsykiatriske senter. Teamene blir oftest kontaktet om pasienter med demens med særlig utfordrende atferd, som for eksempel verbal og fysisk utagering der både utredning og forskjellige tiltak er utprøvd. De ambulante teamene jobber oppsøkende og møter både pasient og helsepersonell i deres miljø ved behov for råd og veiledning. Begge teamene gir tjenester til kommuner med spredt bosetning og store geografiske avstander.

Utvalg

Utvalget er strategisk med målsetting om at informantene kan belyse problemstillingen (29). Inkluderingskriteriene for å delta var samarbeids erfaringer med ambulering alderspsykiatriske team. Via de ambulering teamene fikk vi oversikt over fire sykehjem de hadde samarbeid med og kontaktet ledelsen. Fem sykepleiere og en vernepleier takket ja til å delta. Alle var kvinner i alderen 35-55 år og hadde fra 15 års erfaring innen demensomsorg og informantene hadde samarbeidet med teamet alt fra to til åtte ganger. Se tabell 1 (neste side) for informasjon om informantene.

Innsamling av data

Etter avtale med informantene gjennomførte førsteforfatter intervjuene på deres arbeidsplass

Sammendrag

Helsepersonell på sykehjem samhandler med spesialisthelsetjenesten om pasienter med atferdsmessig og psykologiske symptom ved demens (APSD). Alderspsykiatriske ambulering team fra spesialisthelsetjenesten, er en oppsøkende tjeneste som gir faglig bistand til både helsepersonell og pårørende. Tjenesten er lite utbygd.

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsepersonell ved sykehjem erfarer samhandling med ambulering alderspsykiatriske team fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med APSD. Teamet sin målgruppe er pasienter med alderspsykiatriske lidelser og APSD. Studien er kvalitativ og vi intervjuet seks helsepersonell fra fire ulike sykehjem.

Informantene ønsker bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten for pasienter med APSD. Når de får faglig bistand fra ambulering alderspsykiatriske team, oppleves samhandlingen som mer nyttig. De får en felles møteplass med rom for kunnskapsutveksling og dialog. Imidlertid kan ambulering alderspsykiatriske team bli bedre kjent og fremgangsmåten for å søke faglig bistand fra teamet, kan bli tydeligere. Det er også viktig at helsepersonell etterspør faglig bistand til pasienter med APSD

Nøkkelord: Sykehjemsansatte, ambulering alderspsykiatriske team, APSD, samhandling, kvalitativ studie.

Abstract

Healthcare professionals at nursing homes interact with the specialist healthcare service in relation to patients with behavioral and psychological symptoms (BPSD). Geriatric-psychiatric ambulatory teams from the specialist health service are an outreach service that provides professional assistance to both health personnel and relatives. The service is not very developed. The aim of the study was to describe the interaction between municipal health services and ambulatory geriatric-psychiatric teams from the specialist healthcare service. The team's target group is patients with geriatric psychiatric disorders and BPSD. This is a qualitative study where we interviewed six healthcare professionals from four different nursing homes. The informants want better interaction with the specialist health service in general to patients with BPSD. When they receive professional assistance from the ambulatory geriatric psychiatric team, they experience the interaction as useful and good. They get a common meeting place with room for knowledge exchange and dialogue. However, the ambulatory geriatric psychiatric team can become better known and the procedure for seeking professional assistance from the team can become clearer. It is also important that healthcare personnel request professional assistance for patients with BPSD.

TABELL 1: Oversikt over informanter og sykehjem

INFORMANT	SYKEHJEM
A	1
B	2
C	2
D	3
E	3
F	4

høst 2016. Forskningsspørsmålet la grunnlag for intervjuguiden og innledningsvis ble informantene spurt om deres erfaring med ambuleringe alderspsykiatrisk team. Videre fikk de spørsmål om bakgrunn for å søke faglig bistand og hvordan de erfarte samhandling og oppfølging fra temæet. Informantene ble oppfordret til å snakke fritt (30). Resultatene fra de første intervjuene ga også innspill til nye spørsmål. Eksempel på dette var at noen av informantene var usikre på om teamet kom fra spesialisthelsetjenesten eller kommunen og spørsmål om dette ble inkludert i intervjuguiden. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert av førsteforfatter (29). I etterkant fikk informantene transkribert intervju på e-post for deltakersjekk (29).

Analyse

Analysen er inspirert av systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud (29), som er en metode for tematisk tverrgående analyse. Det inn-

samlende råmaterialet ble systematisk strukturert og analysert i fire steg (29).

I det første analysetrinnet leste vi gjennom materialet for å danne oss et helhetsinntrykk av innholdet og se etter foreløpig tema (29). Eksempler på dette var *vanskelig å få psykiatrisk hjelp til eldre pasienter med atferdsendringer, oppfølging og samarbeid med ambuleringe team*.

I det andre analysetrinnet så vi etter meningsbærende enheter som kunne kaste lys over problemstillingen (29). Eksempel på det var: *jeg føler mange ganger at vi sitter på hver vår stubbe*. Vi gikk gjennom teksten systematisk og merket meningsbærende enheter innen same tema, det vil si koding (29).

I det tredje analysetrinnet gikk vi gjennom hver kodegruppe og delte de inn i subgrupper for å se etter nyanser i teksten. Ut ifra subgruppene, laget vi kunstige sitater for hver av gruppene, et kondensat (29).

I det siste trinnet sammenfattet vi det viktigste fra hver kodegruppe, før vi utviklet en analytisk tekst med sikte på kategoriutvikling. Alle forfatterne diskuterte kategoriene grundig før vi til slutt konkluderte med *På hver vår stubbe og Ambulerende team bidrar til bedre samhandling*. Deretter gikk vi tilbake til intervjumaterialet for å sikre at resultatet var i overensstemmelse med de opprinnelige rådata (29). Se tabell 2 for eksempel på analyseprosessen.

Etiske hensyn

Forskningsprosjektet er meldt inn til Sikt (tidligere Norsk senter for forskningsdata) nr. 48127.

TABELL 2: Eksempel på analyseprosessen

Tema	Meningsbærende enhet	Kode	Subgruppe	Kategori
Vanskelig å få psykiatrisk hjelp til eldre pasienter med atferdsendringer	Jeg føler mange ganger at vi sitter på hver vår stubbe	Fragmenterte tjenester	Behov for bedre samarbeid og faglig bistand til pasienter med atferdsendringer	<i>På hver vår stubbe</i>
Oppfølging og samarbeid med ambuleringe team	Etter at teamet kom på plass, har det blitt bedre enn det var før, for da slet vi egentlig med å få hjelp	Bedre samhandling	Bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten etter kontakt med ambuleringe team	<i>Ambulerende team bidrar til bedre samhandling</i>





Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og gav skriftlig samtykke til å delta. De ble gjort oppmerksomme på at de når som helst kunne trekke seg underveis. De fikk også informasjon om at all data ville bli anonymisert.

Resultat

Gjennom analysen kom det frem to kategorier: *På hver vår stubbe og Ambulerende team bidrar til bedre samhandling.*

På hver vår stubbe

Informantene mente samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten burde forbedres til eldre pasienter med demens og som i tillegg hadde store atferdsendringer. De hadde erfart at det ikke alltid var så lett å få hjelp til denne pasientgruppen.

Flere av informantene beskrev en hverdag der de mente kommune og spesialisthelsetjeneste hadde fokus på egne oppgaver og at det ble jobbet for lite i fellesskap til pasientens beste. En av informantene beskrev det slik:

Jeg føler mange ganger at vi sitter på hver vår stubbe. (Informant F)

Informanten beskrev at de ba om hjelp gjentatte ganger fra spesialisthelsetjenesten til en pasient som i perioder var både utagerende og urolig og opplevde at det tok lang tid før de ble hørt.

Hvis du ber om hjelp mange nok ganger, så til slutt gjør du ikke det, vi har nok hatt en del slike opplevelser opp igjennom årene.

(Informant F)

Noen av informantene hadde også en opplevelse av at de fikk mindre hjelp og faglig bistand.

I forhold til psykiatrien generelt så har vel vi på sykehjemmet fått lite hjelp egentlig. (Informant E)

En av informantene stilte spørsmål om de selv ventet for lenge med å be om faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten når pasientene ble urolige og aggressive og påpekte at det var viktig å be om hjelp tidlig.

Informantene mente at ambulant team kunne bli mer synlig og at tjenesten burde vært mer kjent i kommunen. De mente kjennskap til teamet fra spesialisthelsetjenesten ble for tilfeldig og person-avhengig, og at det kunne ta lengre tid å få faglig bistand når tjenesten var lite kjent. Flertallet hadde fått informasjon om teamet via tilsynslegen ved



sykehjemmet. Et mindretall ble kjent med teamet når pasienter som ble innlagt ved sykehjemmet, allerede hadde denne tjenesten. Andre hadde fått informasjon om tjenesten gjennom kurs. Flere av informantene beskrev også at de var usikre på hvilke arbeidsoppgaver teamet bistod med og hvordan de skulle gå frem for å få henvisning fra temaet, skildret av en av informantene slik:

Vi var på et kurs og fikk informasjon om at det nå skulle bli et team som skulle diagnostisere og få pasienter henvist til seg, så slik fikk vi kjennskap til teamet. Men hvordan vi liksom skal ta kontakt med teamet og sånn, det vet jeg ikke helt. (Informant D)

Informantene kom med forslag om at teamet kunne sende ut jevnlig informasjon om ambulerende alderspsykiatrisk team til de ansatte på sykehjemmene i kommunene.

Ambulant team bidrar til bedre samhandling

Informantene beskrev en positiv endring når de fikk faglig bistand fra det ambulerende teamet. De beskriver et godt samarbeid med ambulerende team *når de først fikk kontakt med dem*. Informantene opplevde det som særs nyttig at teamet kom til sykehjemmet og snakket med både pasienten, ansatte og pårørende. De opplevde å kommunisere godt med medlemmene av teamet og fikk god veiledning i forhold til pasientene. Informantene beskrev at det var lettere å ta kontakt og samhandle med teamet når de kjente til dem og at det var positivt å ha en tjeneste som var i nærområdet. En informant beskrev det slik:

Etter at teamet kom på plass, har det blitt bedre enn det var før, for da slet vi egentlig med å få hjelp. (Informant F)

Flere av informantene mente to til fire måneders ventetid var tilfredsstillende, mens andre hadde behov for rask samhandling med teamet når de hadde pasienter med stor uro og aggresjon. Oppfølgingen fra ambulant team varierte ut ifra pasientens situasjon. Noen ganger var det behov for flere konsultasjoner, for eksempel når iverksatte tiltak ikke fungerte, andre ganger var et tilsyn nok. Alle sakene ble avsluttet etter drøfting med avdelingen, tilsynslegen og ambulant team. Kontakten i etterkant foregikk stort sett på telefon. Flertallet av informantene beskrev oppfølging og avslutning som god og at de kunne ta kontakt hvis noe nytt oppstod, slik dette utsagn viser:

Det ambulerende teamet sa vi bare kunne ta kontakt igjen hvis det var bruk for noe mer, det er jo veldig fint. (Informant B)

En informant hadde imidlertid erfart at avdelingen måtte gjennom en ny henvisningsprosess etter avsluttet sak og mente det kunne føre til unødvendig arbeid. Et mindretall hadde erfart at teamet også bistod med å henvise pasienter videre, for eksempel til spesialiserte alderspsykiatriske sengeposter, når det var behov for mer omfattende hjelp. Videre henvisning og oppfølging ble oppfattet som positivt.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsepersonell erfarer samhandling med ambulerende alderspsykiatrisk team fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med APSD. Informantene beskriver at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten kan være krevende og bære preg av tilfeldig kjennskap til hverandre. Når informantene forteller om sine samhandlingserfaringer med ambulerende alderspsykiatrisk team fra spesialisthelsetjenesten, beskriver de en mer positiv samhandling. De forteller om en tjeneste som er i nærområdet med muligheter for å møtes og snakke sammen og utveksle kunnskap. Informantene mener imidlertid at ambulerende alderspsykiatrisk team kan bli bedre kjent for de ansatte i helse- og omsorgssektoren der dette tilbudet eksisterer. Det kom også frem usikkerhet rundt henvisningsprosessen og hvilke oppgaver teamet kunne bistå med.

Informantene skildrer en utfordrende samhandling med spesialisthelsetjenesten preget av lite samarbeid og fokus på egne oppgaver. Det er i tråd med tidligere studier (27, 31), og eksempel på det Vik beskriver som fragmentert oppgavefordeling (19). Kommunalt ansatte i helse- og omsorgstjenesten opplever at de ikke alltid er likeverdige behandlingsspartnere og at de kan ha ulike perspektiver på samhandling (26-28). For å få en mer likeverdig samhandling, er det behov for bedre kommunikasjon og kunnskap mellom nivåene (28, 31) og ambulante tjenester kan være et godt virkemiddel. Ambulant aktivitet fra spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri har i de senere årene økt noe (20-22), men kan styrkes ytterligere (21).

Funnene våre viser at det kan være utfordrende å få hjelp til pasienter med APSD. Forskning viser manglende rutinemessige undersøkelser av årsaker





Foto: Shutterstock

til APSD og manglende systematisk vurdering og håndtering (32, 33). En av informantene mente det var viktig å be om hjelp til pasienter med APSD, og ikke vente for lenge. Dette er i tråd med helsepersonelloven og krav om faglig forsvarlighet (34) og viktig for å skape gode og sammenhengende tjenester for pasienten (35). En proaktiv samhandling og deling av informasjon kan gi gode behandlingsresultater for pasienten og støtte til de ansatte (36). Likevel hadde flere av informantene opplevd å be om hjelp fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med APSD uten å bli hørt. Det er variasjoner i forhold til geografi og alder når det gjelder psykisk helsevern, blant annet mottar eldre færre tjenester sammenlignet med yngre (16). Pasienter med demens på sykehjem blir også sjeldnere henvist til spesialist, som for eksempel øyelege (37). Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (38), og forskning viser at de kan bli enda bedre til å yte veiledningstjenester (28). Veiledning og kunnskapsoverføring i praksis kan ha god effekt (39), som for eksempel ved å ta i bruk ambulerende team. Fremover vil det bli økende mangel på helse- og omsorgspersonell i helsesektoren (17) og det

kan gjøre det utfordrende å yte personsentrert omsorg til pasienter med APSD (40). Det er derfor nødvendig å utnytte potensialet av tilgjengelige ressurser bedre (10), som for eksempel ambulerende alderspsykiatriske team til pasienter med APSD. Studien vår viste at flertallet var fornøyd med tiden fra henvisning til det første møte med teamet, men et mindretall påpekte at de ønsket rask faglig bistand når pasienter var aggressive og utagerende. En åpen og rask kommunikasjon er avgjørende i en samhandlingsprosess mellom flere instanser (36).

Våre informanter erfarte at samhandlingen med ambulerende alderspsykiatrisk team var god *når de først fikk kontakt med dem*. Samhandlingen endret karakter i en mer positiv retning når de fikk faglig bistand fra teamet. De møtte fysisk og samarbeidet om pasientene. Den måten å jobbe på kan representere det Vik (19) beskriver som relasjonelt samarbeid. Deltakerne samhandler gjennom felles arena og dialog, preget av nærhet og felles forståelse. Når aktørene i helse- og omsorgssektoren får mulighet til å møtes, kan det bidra til kunnskap- og informasjonsdeling og økt felles forståelse (41, 42). Forskning viser gode resultat ved bruk av ambu-

lerende tjenester (24, 25). Det er derfor viktig å styrke og videreutvikle denne type tjenester (43).

Selv om vår studie viste at teamet bidrog til en mer positiv samhandling, kom det frem at ambulerende team kan bli bedre kjent i kommunene og mangel på informasjonsflyt er et av kjennetegnene i fragmentert oppgavefordeling (19). Flere av våre informanter hadde fått informasjon om teamet av tilsynslegene ved sykehjemmene, men forskning gjort blant leger i primærhelsetjenesten viser behov for bedre oversikt og samhandling med spesialisthelsetjenesten (26, 28, 44). Å få oversikt over tjenestetilbudet og behandlere i spesialisthelsetjenesten kan virke utfordrende (45, 46). Våre funn viser også usikkerhet rundt henvisningsprosessen og hvilke oppgaver teamet kunne bistå med. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (47), og uklar henvisningsprosess kan utfordre denne rettigheten. Helse- og omsorgssektoren kan være kompleks og fragmentert (13, 19) og for pasienter, pårørende og helsearbeidere er det viktig å forstå hvordan sektoren fungerer for å finne frem. Informantene ønsket jevnlig informasjon om tjenestetilbudet fra teamet, og foreslo informasjon på e-post til personalet og informasjonsbrosjyre til sykehjemmet. Det er derfor behov for regelmessig informasjon om dette tilbudet. En av målsettingene i samhandlingsreformen var å fremme elektronisk informasjonsutveksling (11) og i dag foregår en stor del av kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten digitalt (48). Dette kan være et viktig bidrag for å bedre samhandlingen.

Metodiske vurderinger av studien

For å vurdere kvaliteten på studien, har vi vurdert om vi fikk svar på problemstillingen (29). Informantene bidrog med beskrivelser som var relevante for å utvikle ny kunnskap på området og belyse problemstillingen, som for eksempel at de opplevde bedre samhandling med det ambulerende teamet. I etterkant fikk informantene utskrift av intervjuet på e-post for eventuelle korrektiv og godkjenning, såkalt deltakersjekk (29). Vi har forsøkt å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig og gjort rede for våre valg gjennom hele prosessen (30). Erfaringskunnskap om samhandling fra ambulant team er etterlyst og funnene kan derfor være av interesse for de som arbeider med eller forsker på demensomsorg. Studien kan

bidra til å sette søkelys på samhandlingen rundt pasienter med APSD. På grunn av et lite utvalg, kan studien likevel ikke generaliseres og må tolkes med varsomhet og det er mulig at resultatet ville sett annerledes ut dersom studien ble gjennomført i andre kommuner.

Konklusjon og implikasjoner for videre forskning

Studien viser at sykehjemsansatte har behov for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten for pasienter med APSD. Når ambulerende team jobber oppsøkende, erfares en samhandling som bærer preg av nærhet og felles forståelse. Imidlertid kan tjenesten bli bedre kjent og fremgangsmåten for å søke faglig bistand fra teamet, kan bli tydeligere. Det er også viktig at helsepersonell etterspør faglig bistand til pasienter med APSD. Med økende forekomst av pasienter med demens, er det behov for videre forskning som kan bidra til å møte utfordringene på området. Ambulerende alderspsykiatriske team er en tjeneste som bør utforskes mer.

Merknader

Forfatterne har ingen interessekonflikt.

Takksigelser

Vi vil først og fremst takke informantene som deltok i studien og delte av sine erfaringer. Videre retter vi en stor takk til Merete Johnsen Dale for viktige bidrag i planlegging, gjennomføring og veiledning i denne studien.

Forfatteroversikt

- Terese Bjordal f. 1970. Høgskolelektor ved HVL. Forskergruppe: Kvalitet og innovasjon i helse- og omsorgstenesta.
- Ingvild Hollekve f. 1973. Høgskolelektor ved HVL. Forskergruppe: Profesjonskunnskap.
- Anne Marie Sandvoll f. 1967. Professor ved HVL. Forskergruppe: Kvalitet og innovasjon i helse- og omsorgstenesta. Nettverket omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår. ■

Litteraturliste

1. Helsedirektoratet. Demens: Nasjonal faglig retningslinje. Nettdokument. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Kontrakt nr.: 31. oktober 2022.
2. GjØra L, Strand BH, Bergh S, Borza T, Brækhus A, Engedal K, et al. Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021;79(3):1213-26.

3. Selbæk G. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2005;125(11).
4. Cloak N, Al Khalili Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. *StatPearls*. 2021.
5. Helvik A-S, Selbæk G, Šaltyt Benth J, Røen I, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents from admission to 30-month follow-up. *PLoS One*. 2018;13(10):e0206147.
6. Lichtwarck B, Myhre J, Goyal AR, Rokstad AMM, Selbæk G, Kirkevold O, Bergh S. Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Aging & Mental Health*. 2019;23(8):966-75.
7. Sun M, Mainland BJ, Ornstein TJ, Sin GL, Herrmann N. Correlates of nursing care burden among institutionalized patients with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(10):1549-55.
8. Bessey LJ, Walaszek A. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):66.
9. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. 2011.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025. Helse- og omsorgsdepartementet; 2020.
11. St. meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2009.
12. Meld.St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. 2019.
13. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre. 2018.
14. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. 2015.
15. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Norges forskningsråd; 2016.
16. Bale M, Holsen H, Osvoll KI, Bedane HK, Skrede O. Helseatlas for psykisk helvern og rusbehandling. Oversikt og analyse i bruk av psykisk helvern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidende i Norge for åra 2014-2018. 2020. Kontrakt nr.: Nr. 1 2020.
17. NOU 2023: 4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
18. Den norske legeforening. Å bygge broer. Samhandling for pasienter med langvarig behov for koordinerte tjenester 2019.; 2019.
19. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Coordination between health care professions – a scoping review. 2018;21(2):119-47.
20. Helsedirektoratet. SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN. Aktivitet etter institusjonstype 2014-2018. 2018.
21. Oelze C, Torgunrud HH, Barstad RK, Kjelby E, Sørensen PH, Tveito M. PLAN FOR NORSK ALDERSPSYKIATRI 2022-2030. 2022.
22. Pedersen PB, Lilleeng SE. Distriktspsykiatriske tjenester 2017. Helsedirektoratet; 2019. Rapport nr.: IS-2825.
23. Morgan D, Kosteniuk J, Seitz D, O'Connell ME, Kirk A, Stewart NJ, et al. A five-step approach for developing and implementing a Rural Primary Health Care Model for Dementia: a community-academic partnership. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e29.
24. Nkodo J-A, Dubnitskiy-Robin S, Debaq C, Desmidt T, Mennecart M, Camus V, Fougère B. [The role of the old age psychiatrist in a mobile geriatric team: an example in Tours city area (France)]. *Geriatrics et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 2020;18(2):223-31.
25. Jones E, Mould S, Ward L, Ryan L, Patel HP. Integrated care for people living with dementia. *Clinics in Integrated Care*. 2022;11:100095.
26. Romøren M, Pedersen R, Førde R. Én pasient, to verdener - samhandling mellom sykehjemleger og sykehusleger. One patient, two worlds – coordination between nursing home and hospital doctors. 2017;137(3):193-7.
27. Tønnessen S, Kassah BLL, Tingvoll W-A. Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Interaction with the specialist - seen from the home nurse's perspective. 2016(1):14-22.
28. Rohde T, Grut L, Lippestad JW, Anthun KS. Samhandling mellom kommuner og sykehus. Oslo: KS; 2020. Kontrakt nr.: RAPPORTNR 102020752.
29. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
30. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
31. Petersen HV, Foged S, Nørholm V. «It is two worlds» cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(9-10):1999-2008.
32. van Duinen-van den Ijssel JCL, Mulders AJM, Smalbrugge M, Zwijsen SA, Appelhof B, Zuidema SU, et al. Nursing Staff Distress Associated With Neuropsychiatric Symptoms in Young-Onset Dementia and Late-Onset Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(7):627-32.
33. Eikelboom WS, Koch J, Beattie E, Lautenschlager NT, Doyle C, van den Berg E, et al. Residential aged care staff perceptions and responses towards neuropsychiatric symptoms: a mixed methods analysis of electronic healthcare records. *Aging Ment Health*. 2023;27(2):243-50.
34. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (1999).
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal hjernehelsetjeneste (2018-2024). 2017.
36. Grootsholten E, Poslowsky I, Bakker T. Nursing Staff's Observations of BPSD Amongst Older Adults with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study. *Nursing Reports*. 2023;13(1):166-78.
37. Spreckelsen O, Schmiemann G, Freitag MH, Fassmer AM, Engel B, Hoffmann F. Are there changes in medical specialist contacts after transition to a nursing home? an analysis of German claims data. *Bmc Health Services Research*. 2020;20(1).
38. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), (1999).
39. Surr CA, Sass C, Drury M, Burnley N, Dennison A, Burden S, Oyeboode J. A collective case study of the features of impactful dementia training for care home staff. *BMC Geriatrics*. 2019;19(1):175.
40. Richter C, Fleischer S, Langner H, Meyer G, Balzer K, Köpke S, et al. Factors influencing the implementation of person-centred care in nursing homes by practice development champions: a qualitative process evaluation of a cluster-randomised controlled trial (EPCentCare) using Normalization Process Theory. *BMC Nursing*. 2022;21(1):1-13.
41. Hoff A, Jensen LH, Eriksen S. Samhandlingsmøter ved pasient-overgang fra alders-psykiatrien. *Sykepleien forskning (Oslo)*. 2017;61369:e-61369.
42. Elstad TA, Antonsen S, Tillerli H, Storli M. «Vi møtes på tvers og ser hva vi kan få til sammen». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2017;14(3):232-43.
43. Huseby I, Eldøen G, Gjerstad L. Statusrapport hjernehelsetjeneste; 2017.
44. Sjetne IS, Holmboe O, Danielsen K. Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre. Resultater i 2018 og utvikling over tid *Folkhelsetilstand*; 2019. Kontrakt nr.: 2019:3.
45. Helsedirektoratet. Samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsevne-Erfaringer fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner Forprosjekt 2020. Oslo; 2021.
46. Jobling N, Mjåland K, Birkeland B. Fengselssykepleiers erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastleger om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). *Sykepleien forskning (Oslo)*. 2023;91849:e-91849.
47. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (1999).
48. Hellelø R, Lyngstad M, Brattheim B, Melby L. Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: Hellelø R, Olsen RM, red. Digitalisering i sykepleietjenesten-en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm; 2019. s. 153-76.

Ny organisering av hjemmebaserte tjenester – Prosjekt HeltOm

Prosjektet HeltOm er en ny måte å samhandle på rundt pasienten som mottar tjenester fra EHBT (etat for hjemmebaserte tjenester). Bergen kommune er nå inne i siste fase av dette utviklingsprosjektet, og omorganiserer nå i bydelene enhetene Arna/Åsane og Fyllingsdalen/Laksevåg. Kommunen har vedtatt at HeltOm-modellen skal være den foretrukne organiseringen av hjemmebaserte tjenester.

HeltOm-prosjektet har hatt en høy grad av gevinstrealisering og innovasjon. Løsningene i prosjektet svarer ut krav om økonomisk bærekraft og effektivitet i hjemmebaserte tjenester. Det tar utgangspunkt i viktige reformer for helse- og omsorgstjenestene:

1. Tillitt og faglighetsreformen
2. Økt fokus på forebygging, mestring og pasientressurser i helsetjenestene
3. Behov for innovasjon og nyteknologier for å møte fremtidens utfordringer

Innovasjon

I HeltOm er ansatte organisert i fagteam fremfor tradisjonelle avdelinger:

1. Omsorgsteam
2. Helsetjenesteteam

I omsorgsteam (OT) jobber helsefagarbeidere og assistenter. De ledes av en avdelingsleder som er sykepleier.

En helsefagarbeider har rollen som vaktkoordinator i sitt team på kveld og på dagvakt i helger.

I helsetjenesteteam (HT) jobber sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og en klinisk ernæringsfysiolog. De ledes av en avdelingsleder som er sykepleier.

En sykepleier har rollen som ansvarsvakt for alle team innenfor et geografisk område på kveld, og på dagvakt i helger.

Ansatte i begge typer team følges opp av fagansvarlige sykepleiere som jobber systematisk med kompetanseheving. Disse er ansatt i HT.

Sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter er primær- og sekundærkontakter på sine pasienter i sine team.

Team organisering;

- Har vært viktig fordi det setter i system en tettere involvering og samhandling med andre faggrupper
- Gir mer ansvar og autonomi til den enkelte ansatte, spesielt helsefagarbeidere

HeltOm-modellen har gitt:

- et redusert behov for antall sykepleiere
- et redusert lederspenn, sammenliknet med tradisjonell organisering
- høyere grad av trivsel og motivasjon, sammenliknet med tradisjonell organisering
- ansatte med ny og økt kompetanse
- mer selvstyrte team
- mer effektiv utnyttelse av ansatte med videreutdanning i tjenesten

Det er sannsynlig at EHBT vil oppnå ytterligere positive resultater når ny organisering og rollefordeling har fått etablert seg i tjenesten og primærkontaktsystemet og det tverrfaglige samarbeidet styrkes, samt videreføring og arbeidet med kompetansehevende tiltak er fullt ut utviklet.

Hvilke erfaringer sitter vi med etter prosjektet: Implementeringsprosessen har vært vellykket, men krevende.



Av Wivi-Ann Tingvoll



Gurli Følstad, prosjektleder i Arna og Åsane i HeltOm 3.0. Har vært med som prosjektleder i alle tre prosjektene siden oppstarten i Fana og Ytrebygda i august 2019.





Prosjektet anbefaler at modellen videreutvikles for å sikre ytterligere gevinstrealisering. Blant annet kreves et økt søkelys på tiltak som kan styrke pasientene sin mestring, egenomsorg og funksjon i dagliglivet. Det jobbes systematisk og målrettet med kompetanse.

I prosjektet er det klarlagt kompetansekrav til ansatte som skal jobbe i omsorgsteam (OT) og helsetjenesteteam (HT).

Veiledende rolle for sykepleiere i HT

Endringene i primærarbeidet oppleves uvant for endel sykepleiere. Det er en forandring å skulle innta en veiledende rolle for helsefagarbeiderne.

De viktigste suksessfaktorene i arbeidet:

- Felles forståelse av utfordringsbildet og involvering av ansatte i endringsarbeidet.
- Aktiv involvering av tillitsvalgte og vernetjestene.
- Prinsippene i tillits- og faglighetsreformen er en del av ledere og de ansatte sin måte å tenke på eget arbeid og tjeneste.
- God dialog mellom ansatte i OT og geografisk ansvarlige sykepleiere i HT.
- Fagansvarlige sykepleiere som får frigjort tid til kvalitets- og opplæringsarbeid og spiller en nøkkelrolle i endringsprosessene.

Gevinstrealisering er en pågående prosess. Det er sannsynlig at EHBT vil oppnå ytterligere positive resultater når den nye organiserings- og rollefordelingen får satt seg, primærkontaktsystemet og det tverrfaglige samarbeidet er styrket, og det systematiske og målrettede arbeidet med kompetanse blant medarbeidere er videreført. ■

Lokale faggrupeledere/kontakter

Nordland	Tina Sjøvoll	tina.sjovoll@narvik.kommune.no	Mobil 91 30 60 43
Troms	Hilde Fryberg Eilertsen	hildefryeil@hotmail.com	Mobil 90 10 43 23
Vestfold	Katrine Linnom Pedersen	katrine.linnom@hotmail.com	Mobil 93 01 40 58
Møre og Romsdal	Aina Therese Meisal	ainatherese@hotmail.com	
Buskerud	Heidi Hobbestad	heho7412@hotmail.com	Mobil 99 70 49 51
Østfold	Anne Kierulf Jacobsen	anne.kierulf.ja@gmail.com	Mobil 41 90 20 70
Oslo og Akershus	Christine Jærv Erkeheim	christineerheim@hotmail.com	Mobil 95 80 10 93
Rogaland	Oddveig Andersen	oddveiga86@hotmail.com	Mobil 95 55 08 01
Trøndelag	Linda Vinje	lindavinje@hotmail.com	Mobil 93 02 67 93
Innlandet	Gunn Gihle Riisehagen	gunneitosi@gmail.com	
Vestland	Trond Bergflødt	trond.bergflodt@bergen.kommune.no	

Presentasjon av 2 lokale faggruppemedlemmer



Navn: Anne K. Jacobsen

Stilling: Hovedtillitsvalgt i 100% frikjøp.

Arbeidsted: Sarpsborg kommune.

Fylke: Viken (Gamle Østfold).

Hvor lenge har du vært lokal faggruppeleder: Er inne i mitt tredje år som faggruppeleder. Vært med i styret siden 2013. Vært nestleder, og ble leder i 2020.

Eget styre: vi har eget styre med 7 styremedlemmer.

Fagdager/fagforum: Vi har siden vi startet opp hatt 2 fagdager i året. 1 på kveld og 1 hel dag. Ble et stopp når pandemien traff oss. I år 2023 har vi hatt 10 års jubileum, og vi arrangerte da en heldagskonferanse. Både med fysisk oppmøte og medlemmer som kunne følge digitalt.

Samarbeid: Vi samarbeider med utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste. Har ikke vært gode på samarbeid med andre lokalgrupper.

Hvilke tanker/ideer har du fremover når det gjelder din rolle som lokal faggruppeleder: Vi har tatt opp i styret at vi skal fortsette med å ha en heldagskonferanse x 1 pr år. Vi stiller opp med stand på konferanser vi har muligheter til. Vi har også tenkt å ta opp igjen å reise rundt å på skoler å frem snakke yrket sykepleier. Bli bedre på å sende ut medlemsbrev om hva vi jobber med. Vi har også ca 4-5 faste styremøter i løpet av året. Bli bedre på å verve medlemmer, og fortelle om viktigheten av å være medlem i en faggruppe som dekker mange av våre brukere i kommunehelsetjenesten. Ha fokus på fagutvikling og kompetanseheving. Har også snakket om å få til et treffpunkt x 2 i året for medlemmer som jobber innen eldreomsorgen.



Navn: Tina Sjøvoll

Stilling: Demenskoordinator

Arbeidssted: Narvik kommune

Lokalgruppeleder for Nordland siden 16.01.2020

Eget styre med kasserer og medlemmer av faggruppen

Jeg startet som leder i en tid hvor det brøt ut en pandemi. Første året ble det dermed ikke mulig å arrangere så mye. Vi har arrangert fagdager i samarbeid med demensforeningen i 2021, 2022 og 2023. I forbindelse med de nevnte fagdagerne har vi etablert et tett og godt samarbeid med demensforeningen. Vi vil også i fremtiden arrangere temadager årlig på høsten i forbindelse med den internasjonale Alzheimerdagen 21 september.

Det er viktig for meg at vi som lokalgruppe kan bidra med fokus på faget geriatri og demens.

Vi har valgt å ha demensvennlig og aldersvennlig samfunn som paraplybegrep på temadagene. Temadagene vil inneholde ulike foredrag og tema knyttet til fagfeltet. Målgruppen er alle med interesse for feltet og er dermed ikke kun knyttet til fagpersoner. Deltagere har dermed vært både helsepersonell som arbeider i feltet samt pårørende, studenter og elever.



Lokal faggruppeledersamling 26.-27. oktober 2023

Tema som var satt opp til den årlig samlingen: palliasjon, søvn og demens.

Hilde F. Eilertsen, demenskoordinator i Tromsø kommune.

Foredrag: «Pårørendearbeid i demensomsorgen»



Katrine Linnom, spesialsykepleier i geriatri.

Foredrag: «Eldre og søvn»



Teamet var pårørendearbeid i demensomsorgen i Tromsø kommune, Hvilke tilbud og tjenester som er i dag, Rettigheter, særlig til pårørende til personer med demens, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Hun viste til at det i dag er mange tilbud til personer med demens, men det kan noen ganger være vanskelig å få oversikt over disse i kommunene. Vi må også huske på at sykepleie til den demenssyke, også er hjelp/støtte til pårørende.

Søvnvansker hos eldre er vanlig, en studie fra 2008 av LaReau med flere viser at over 65 % av voksne mellom 65 og 84 år plages av dårlig søvn. Søvnvaker har ofte svært sammensatte årsaker som somatiske sykdommer, psykiatriske tilstander, døgnrytmeforstyrrelser, bruk av legemidler, psykososiale faktorer og manglende søvnhygiene. Linnom påpekte at for sykepleieren skal kunne møte eldre med søvnvansker bør man ha kunnskaper om dette og hva som er normal søvn. Knapphet på tid og ressurser kan ført til at man kontakter lege for søvnfremkallende medikamenter fremfor å kartlegge og observere pasienten for å finne årsaken. Kanskje kan det være en arteriell svikt i bena eller en vond rygg som gir søvnvansker, er det da riktig å behandle dette med innsøvningsmedikamenter?



Presentasjon av Ine Myren, ny leder sentralt fagforum



Myren har en bakgrunn som sykepleier, intensivsykepleier og tidligere universitetslektor i akutt sykepleie ved OsloMet. Hun har nesten seks års erfaring som koordinator for NSF's faggrupper. Hennes visjon er å styrke det sterke faglige engasjementet og frivilligheten som driver faggruppene fremover, samt inkludere dem i ulike organisatoriske satsninger. Myren mener faggruppene er nøkkelen til å skape gode synergier på tvers av organisasjonen og til å sikre at politikken som utformes, er et direkte svar på medlemmenes behov.

Med hennes engasjement og visjon er det grunn til å være optimistisk om at faggruppene vil spille en enda viktigere rolle i å forme fremtiden for sykepleie i Norge.



Lokalgruppeledere og kontaktpersoner som var med på samlingen.

Deltakere fra styret.





Fagkveld i Haugesund

Av Oddveig Andersen, arrangert av lokalgruppe i Rogaland

Vi hadde en svært vellykket fagkveld i Haugesund med 20 tilskuere som fikk høre Tove Giske snakke om mening, håp og livsvilje i åndelig og eksistensiell omsorg.

I tillegg delte Karen Irene Høyland sine erfaringer fra praksisfeltet. Hun er enhetsleder ved Knutsaåsen sjukeheim på Stord og Eiren Børven, avdelingsleder i hjemmetjenesten i Sveio.

Mange gode diskusjoner og historier kom frem i løpet av kvelden, og jeg tror alle fremmøtte opplevde dette som nyttig faglig påfyll.

På øverste bilde: Styret i lokalgruppen, fra venstre: Torunn Berekvam Lyse, Olaug Kristin Eikeland Hindal, Sølvi Anne Eide Lunde, foreleser Tove Giske, Marita Husevåg Hellesén og Oddveig Jorunsdotter Andersen.

Bildet under: Sykepleier og professor Tove Giske forteller om åndelig omsorg.



Fagdag i Østfold

Av Tor Engevik

Den 28. august kalte NSF's faggruppe for geriatri og demens sin lokalgruppe i Østfold inn til fagdag i Sarpsborg. Det heldags fagseminaret ble åpnet av Anne K. Jacobsen, leder i lokal faggruppe og Håkon Johansen fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. De 20 fremmøtte fikk høre gode foredrag om sykepleieridentitet, gode fagmiljøer og e-helse. Leder i faggruppen Tor Engevik og norgesmester i styrkeløft Unni Olsen fortalte om viktigheten av fysisk aktivitet for eldre. Og til avslutning holdt sykehjemslege PhD Christine Gulla et foredrag om eldre og legemiddelhåndtering. Gulla gikk gjennom kartlegging av pasienten, kartleggingsverktøy, behandling og medikamentgjennomgang. Til slutt delte leder i lokal faggruppe ut en flott gave og en kopp med noe godt i til foredragsholderne.

På øverste bilde: Lokal faggruppeleder, Anne K. Jacobsen, leder i faggruppen, Tor Engevik og norgesmester i styrkeløft, Unni Olsen. Bildet under: Sykehjemslege PhD, Christine Gulla med foredraget eldre og legemiddelhåndtering.





Fagkveld i Hordaland

Av Tor Engevik

I samarbeid Norsk sykepleierforbund i Nordhordland arrangerte geriatri og demens sin lokalgruppe i Hordaland den 24. august en flott fagkveld i Knarvik med pizza og et faglig foredrag. Lokalgruppeleder og rådgiver ved Kompetansesenter for demens i Bergen kommune, Trond Eirik Bergflødt, holdt foredraget «Nei takk! Jeg klarer meg selv» som omhandlet utfordringer og muligheter for kommunikasjon mellom pleiepersonell og mennesker med demensdiagnose. De nesten femti fremmøtte sykepleierne kom med gode eksempler fra egen praksis og deltok ivrig i dialog med foreleser. Avslutningsvis kom de fremmøtte med gode tilbakemeldinger til foreleser om at det hadde vært et lærerikt og nyttig foredrag.

På øverste bilde: Lokalgruppeleder, Trond Eirik Bergflødt holder foredrag til nesten femti engasjerte tilhørere i Knarvik. Bildet under: Konferanseansvarlig i sentralfaggruppe Liv-Berit Jordal mottar treningskasse til et sykehjem i Nordhordland.



GOD JUL

og

GODT NYTT ÅR



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Verdighetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter innen eldreomsorg

Vi tilbyr kurs og etterutdanninger innen:

- > Palliasjon
- > Frivillighet og kultur
- > Akuttmedisin
- > Praktisk implementering
- > Klinisk kommunikasjon og etikk



Skann QR-koden og les mer om hva vi tilbyr av kompetanseheving

> verdighetsenteret.no



Videreutdanning i gerontologisk sykepleie. VID Bergen.

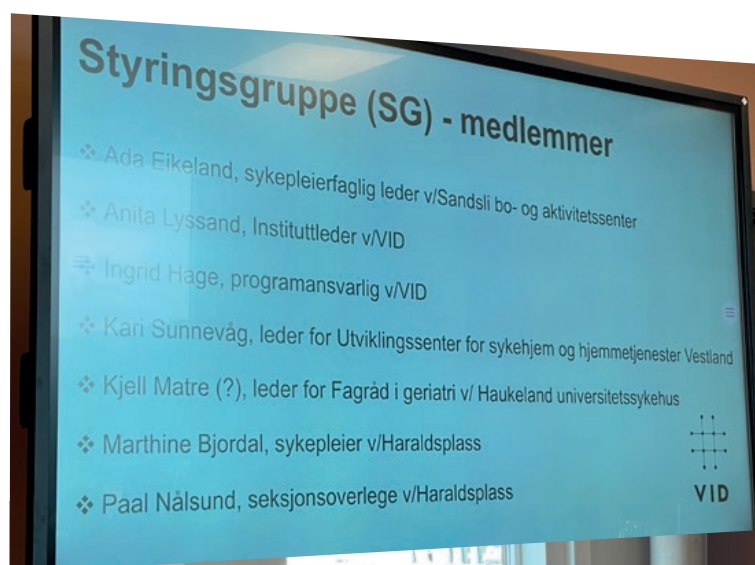
Av Wivi-Ann Tingvoll

Rollen til sykepleieren er endret og utdanningen må være i takt med dagens helse- og omsorgstjeneste. I tillegg etterspør klinikken flere faglig dyktige sykepleiere innen geriatri.

I lys av dette pågår det en revisjon av tidligere studieplaner i videreutdanningen i gerontologisk sykepleie ved VID vitenskapelige høyskole, i samarbeid med nøkkelpersoner fra praksis.

I september ble det innkalt til en workshop med representanter fra klinikken i Spesialist- og kommunehelsetjenesten (leger og sykepleiere), Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, og tidligere studenter, forskere, og fagpersoner fra VID for å få innspill til den nye utdannelsen. Etter innspill fra klinikken, vil utdanningen endre navn til videreutdanning i geriatrisk sykepleie. Flere andre tilbakemeldinger fra dette møtet vil inngå i revideringsprosessen. Prosjekt-, ressurs-, og styringsgruppen i dette arbeidet består av nøkkelpersoner fra klinikken og VID.

Det jobbes med å få godkjent revidering av videreutdanningen innen februar, med oppstart av studiet til høsten 2024. ■



Mer verdig omsorg



- DignaCare er en fleksibel sensor som festes enkelt på utsiden av inkontinensproduktet.
- Sensoren varsler om behov for skift av inkontinensprodukt via en brukervennlig app.
- DignaCare sikrer en verdig hverdag for de som lever med inkontinens, og en enklere hverdag for helse- og omsorgspersonell. Med DignaCare kan vi som samfunn oppnå høyere kvalitet i behandling, og omsorg, og gi mer helse for investerte kroner.

Besøk: www.dignacare.com





NORSK
SYKEPLEIERFORBUND



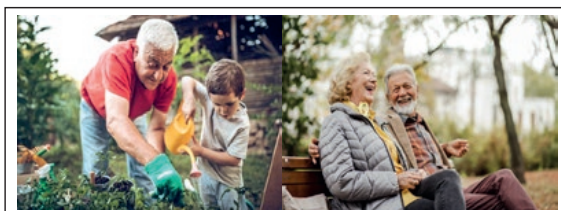
NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

NSF FGD's Landskonferanse 2024



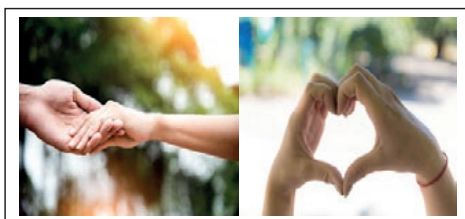
Demens

Livsglede



Mestring

Verdighet



Clarion Hotel The Hub Oslo 18 – 19 april 2024

Sett av dagene og kom på en spennende konferanse!!!

[Registrer deg her!](#)



Engasjerende trening, musikk og reminisens ved sykehjem

Med støtte fra Nasjonalforeningens lokallag i Nordhordland og GC Rieber Fondene har leder i NSF's faggruppe i geriatri og demens, Tor Engevik, og norgesmester i styrkeløft, Unni Olsen, delt ut treningskasser til sykehjem i Nordhordland.

Treningskassene er fullt utstyrt med treningsstrikk, treningshefte med øvelser, diktbok til reminisens og CD med musikk.

Her kan dedikerte pleiere lage en god trim og sangstund med reminisens sammen med glade beboere på respektive sykehjem i Nord Hordaland.

Ta gjerne kontakt med Tor og Unni som reiser rundt i hele Norge og holder foredrag om trening og aktivitet for eldre. ■



Tor deler ut treningskasse til aktivtør Åse ved bu- og omsorgsenter på Lindås.



Unni og Tor deler ut treningskasse til aktivtør Birte på Nordliheimen sykehjem på Austrheim.



Tor deler ut treningskasse til sykepleier Laila ved Masfjorden sykehjem.



Unni og Tor deler ut treningskasse til helsefagarbeiderne Preben og Grete ved sykehjemmet på Frekhaug.



Unni, Tor og Annie fra aktivitetsansvarlig ved Fedje sykehjem.



Island



Styret valgte og ta en studietur til Island i år. Landet har ca 332 000 innbyggere, og 60 % bor i hovedstaden Reykjavik.

Island er et moderne og «eksotisk» land med mange av de samme samfunnsforhold som i Norge; lange avstander, spredt befolkning, små kommuner, høy forventet levealder med «eldrebølge» som resultat.

Vi valgte å besøke Hjúkturnarheimili i Reykjavik, som er et sykehjem med 190 beboere. Et sykehjem som fungerer i tråd med moderne ideer om aldring, hvor livskvalitet er det styrende prinsippet.

Vi ble veldig godt mottatt og vist rundt på sykehjemmet av avdelingsleder Anna Herdís Pálsdóttir og direktør Þórdís Hulda Tómasdóttir (Þórdís=Tordis). Sykehjemmet gir omsorg og pleie til ulike grupper eldre som ikke kan bo i eget hjem, f.eks personer med demens på alle nivåer. Tjenesten kan gis i dagavdelinger, langtidsavdelinger, bofellesskap, samt viktige aktiviteter ved rehabiliteringsavdelingen. Der kan enkeltpersoner komme for blant annet bruddrehabilitering, eller ulike behov for korttidsopphold. Det var også en egen kvinneavdeling for personer med demens.

I sykehjemmet blir det tilbydd sykepleietjenester 24 timer i døgnet,

som medisinske tjenester, fysioterapi og ergoterapi. Beboerne tilbys sunn og næringsrik mat. Det var hver uke oppsatt egen og variert menyliste for mat.

Det er et eget treningsstudio som er stort og godt utrustet med ulike treningapparater.

Hver avdeling har egen aktivtetsplan for hver uke.

Et sentralt aktivtetsbidrag i hverdagen var musikketerapeuten, som var ansatt ved sykehjemmet og bidrog til sang og korøvelser.

Egne underholdningskvelder ble arrangert, der pårørende og bekjent ble invitert. Det brede tilbudet av tjenester gir beboerne muligheten til å delta i variert og givende aktiviteter og underholdning.

I tilknytning til sykehjemmet drives det 45 omsorgsboliger. Der det er ekstra besøksrom som pårørende kunne bo i når de var på besøk.

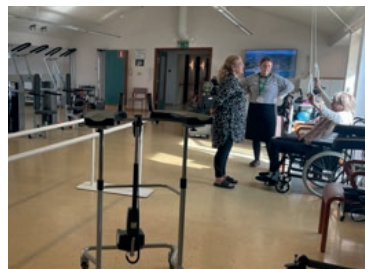
Hjúkturnarheimili er godt gjennomtenkt og planlagt med faglige beviste ledere og ansatte. Vaktrommet var fjernet, og det var en kultur på at ansatte skulle være sammen med pasientene. ■



Avdelingsleder Anna Herdís Pálsdóttir og direktør Þórdís Hulda Tómasdóttir.



Egen musikketerapeut.



Et godt utrustet treningsstudio.

Bli medlem

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

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

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

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

INNMELDINGSBLANKETT

Jeg ønsker å bli medlem av NSF FGD:



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Navn:

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2024

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

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

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