



Helse

Fagtidsskrift for Helsefagarbeidere i Delta

fagarbeideren



SOVER DU GODT? HELSE DØGNRYTMEFORSTYRRELSER OG TURNUS

SIDE 6



Etikk og teknologi

Digitalt tilsyn kan bli vanlig framover. Etisk refleksjon er avgjørende for valg av løsning. Bør man vise bilde, eller infrarød stråling? Skal opptaket lagres? Skal pleiere ha tilgang hele tiden?

SIDE 26



Jobber som hjemmetrener

Mona Nordstrand-Nøding jobber med intensiv opptrening i hverdagslige aktiviteter så brukere skal klare seg bedre på egenhånd. Les om hennes arbeidsdag på hjemmebesøk i Oslo.

SIDE 22

VAKTROMMET

Gode tilbud til bedrifter som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett
- 100% silikon
- Kan dekontamineres



Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497

Turnus og helseproblemer handler om søvn

Vi vet at turnus og skiftarbeid kan være helseskadelig. Mye forskning viser sammenheng mellom økt sykdomsrisiko og ugunstig arbeidstid, men i helse- og omsorgssektoren kan vi ikke legge ned arbeidet om natta. Det holder ikke å vite at det er en sammenheng. Vi må vite hvorfor problemene oppstår, og hva vi kan gjøre for å minimere dem, og det er grunn til å tro at det hele koker ned til et spørsmål om søvn.

Sover du godt?

Dersom du kan svare ja på det spørsmålet, så har du sannsynligvis ingen grunn til å bekymre deg for økt helserisiko forbundet med turnus. I motsatt fall, bør du ta søvnproblemet på høyeste alvor, og det gjelder i bunn og grunn uansett arbeidstidsordning.

Kunnskap om søvn og døgnrytme er begrenset blant helsearbeidere og ikke minst blant arbeidsgivere, forteller søvnforsker Bjørn Bjorvatn i denne utgaven av Helsefagarbeideren. Han kommer med noen klare anbefalinger til hvordan en tredelt turnus bør legges opp for å minimere døgnrytmeproblemer.

Husker du Trim for eldre?

Nå finnes en moderne utgave med treningsvideoer som er enkle å ta i bruk i institusjoner. Målet er å bidra til en mosjonsrevolusjon i eldreomsorgen, sier skaperne. De vil dele sin oppskrift med flest mulig. Å motivere til trening er noe helsefagarbeider Mona Nordstrand-Nøding også er opptatt av. Hun jobber som hjemmetrener i Oslo.

God lesning!

Ann Beate Grasdalen, redaktør

INNHold

- 4 Småstoff
- 5 Ikke bare, bare å bo hjemme
- 6 Sover du godt?
- 10 Nattarbeid kan øke forekomst av demens
- 12 Søvnforstyrrelser og demenssykdom
- 14 Lønnsløft for helsefagarbeidere i kommunene
- 15 Avtalt ekstravakt skal betales selv om den blir avlyst
- 16 Samlet over 100 lærere til konferanse om helsearbeiderfaget
- 18 Vil starte mosjonsrevolusjon i eldreomsorgen
- 22 Slik er jobben som hjemmetrener
- 25 «Jobben din» – Deltas podkast om livet på jobben
- 26 Opplæringsverktøy for virtuelle hjemmebesøk
- 31 Lær opp helsefagarbeidere i lovverket rundt velferdsteknologi
- 34 – Vi fikk ikke høre noe om fagskoleutdanninger på skolen

KONTAKTINFO REDAKSJONEN:

Tips oss gjerne om store og små saker!
post@helsefagarbeidere.no



ANN BEATE GRASDALEN
redaktør
ann.beate.grasdalen@helsefagarbeidere.no



MICHAELA VEERASAMY
Delta ung representant
michaella95@hotmail.com



ULF BORTHEN
fagjournalist
ulf.borthen@helsefagarbeidere.no



ANNE C. ERIKSEN
fotograf
aceriksen@gmail.com



SVEIN OLAV TØNDEL
styrerepresentant
seven@helsefagarbeidere.no



www.helsefagarbeidere.no
Lik oss på Facebook:
Helsefagarbeidere i Delta

Finn dette bladet og tidligere utgaver
på internett: tidsskriftet.helsefagarbeidere.no



DANMARK: 1 av 3 i tjenesten opplever selvmord

I Danmark har 34 % av de ansatte i hjemmetjenesten opplevd selvmord eller selvmordsforsøk. Til tross for at eldre har høy selvmordsrate, mangler de fleste sosu-ansatte (tilsvarende norske helsefagarbeidere) opplæring i hvordan vurdere risiko for selvmord. Åtte av ti i sykehjem og i hjemmetjenesten har ikke fått utdanning eller veiledning, og halvparten svarer at de i lav grad, eller ikke i det hele tatt har nødvendig kunnskap til å håndtere personer som har forsøkt å begå selvmord, eller overveier å gjøre det.

Kilde: Fagbladet FOA



Foto: shutterstock.com

EN NYTTIG NETTRESSURS

Depresjon er den vanligste psykiske sykdommen hos eldre. Tilstanden kan være ekstra utfordrende på grunn av eldres sammensatte sykdomsbilde. I fjor lanserte Aldring og helse en webportal som inneholder anbefalinger og opplæringsressurser for behandling av depresjon blant eldre.

www.depresjonhoseldre.no

Flere gutter vil bli helsefagarbeidere

Stadig flere gutter kan tenke seg yrker innen helse- og oppvekstfagene. Fra 2009 til 2019 har andelen gutter som søker seg til helse- og oppvekstfag økt fra 11 til 21 prosent, ifølge Kunnskapsdepartementet. Helsearbeiderfaget har rundt fire tusen søkere i år. 17 prosent av dem er gutter. I løpet av to år har det vært en økning på fire prosent. I 2017 var andel gutter 13 prosent.

Systemet med multi-doser bør forbedres

Dagens multidosemedisinering er ikke godt nok tilrettelagt for hjemmeboende brukere, mener Sintef-forskere.

Kristine Holbø fra Sintef lister opp flere problemer som kan føre til risiko:

- Informasjonen på multidose-posene er vanskelig å lese
- Posene kan være skjøre og vanskelige å åpne
- Tabletter kan mistes på gulvet og ikke erstattes
- Dårlig informasjon om når medisiner skal tas og om bivirkninger

Kilde: Gemini.no

Byggebransjen legger bedre til rette for eldre arbeidstakere

– Etter 45 års alder bør ansatte i pleie- og omsorgssektoren få tilpassede oppgaver og flere pauser jevnt fordelt utover dagen, sier Stami-forsker Suzanne Merkus til fagbladet Sykepleien. Byggebransjen ser ut til å klare det bedre enn pleie- og omsorgssektoren. Opptil 52 prosent av ansatte i pleie- og omsorgssektoren melder at de er plaget av smerter i nakke, skuldre eller rygg.

– Studien vår antyder at byggebransjen er flinkere til å ta vare på de eldre arbeidstakere enn pleie- og omsorgssektoren, sier Merkus.

Byggebransjen ser ut til å organisere arbeidet slik at de eldre har noe lavere arbeidskrav. Pleie- og omsorgssektoren ikke har den samme tilnærmingen. Der må alle bidra like mye, uansett alder.

Kilde: Sykepleien.no



Regjeringens politikk innenfor eldreomsorgen, er at de eldre skal bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Det er vel og bra, men det er mer enn pasienten selv som må ville det.

Ikke bare, bare å bo hjemme

En herlig tid vi har i møte, med vakker vår som går rett inn i en forhåpentligvis varm og god sommer for hele landet.

Årets lønnsforhandling er i havn innenfor KS (kommunesektoren). De øvrige områdene er ikke ferdig i skrivende stund.

Vi kan vel si oss ganske fornøyd. Resultat gir reallønnsvekst for våre grupper. Vi har også fått et lønnsloft for både fagarbeidere, fagarbeidere med tilleggsutdanning, høyskoleutdannede og ledere, som er det vi krevde i forhandlingene.

Ønsker du å se hva lønnsoppgjøret har gjort for nettopp deg, les artikkelen på side 14 om lønnsloft for helsefagarbeidere i kommunene.

Det lønner seg å si ifra

Regjeringen ønsker å få matlukten tilbake på flere sykehjem, og foreslår derfor i revidert nasjonalbudsjett å etablere et tilskudd til renovering, bygging eller etablering av kjøkken ved eksisterende sykehjem og heldøgns omsorgsbolig. Det foreslås å sette av 12,5 millioner kroner i tilsagnsramme for 2019. Det lønner seg å si fra. Vi har hatt uttalelige møter med myndigheter og andre hvor vi har presisert at matlukt gjør noe med appetitten, nå håper vi at regjeringen går inn for tilskuddet, slik at kommunene kan starte tilbakeføringen av matlukt til sykehjemmene.

Hjemme alene anno 2019

Regjeringens politikk innenfor eldreomsorgen, er at de eldre skal bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Det er vel og bra, men det er mer enn pasienten selv som må ville det. Det må legges til rette slik at pasienten får besøk nok, hjelp nok og selskap nok. En eldre person mister sultfølelsen, noe som gjør at mat blir underordnet. Får du ikke nok mat, fører det til underernæring, som igjen kan føre til at den eldre personen blir uklar. Jeg mener at dette problemet kan løses ved å bygge flere «eldresenter» hvor den eldre har sin egen leilighet, men kan gå ut av døra, så treffer de flere. I tillegg bør det bygges ut dagsentertilbud og/eller intensivere besøkstjeneste.

Vi er å finne på Arendalsuka i august, hvor denne problemstillingen skal presenteres for politikere, inkludert eldre- og folkehelseministeren. Overskriften vil være «HJEMME ALENE anno 2019»

God sommer!

Jette Dyrnes, leder av Helsefagarbeidere i Delta



Om du jobber i turnus, så er dette spørsmålet helt avgjørende for helsen:

SOVER DU GODT?

Om man sover dårlig over lang tid, øker risiko for sykdom. Det er god grunn til å tro at dårlig søvnkvalitet er den direkte årsaken til økt sykdomsrisiko ved nattarbeid.

Tekst: **Ann Beate Grasdalen**



Bjørn Bjorvatn er leder av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ved Haukeland Universitetssjukehus og lege ved Bergen søvnsenter. Han er professor i allmennmedisin og har i mange år forsket på skiftarbeid.

Det er gjort mye forskning på sammenhenger mellom skiftarbeid og en rekke sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, tarmsykdommer og demens. Tendensen i forskningen er at arbeid om natten fører til økt sykdomsrisiko. Nøkkelen til å forstå sammenhengen er å finne i søvnkvaliteten, mener søvnforsker Bjørn Bjorvatn.

– Jeg tror at uansett hvilken sykdom du ser på, så vil det være økt risiko forbundet med å jobbe om natten, for søvn er så essensielt for helsen.

Søvn er en stor utfordring ved turnusarbeid, men det er samtidig også der løsningen ligger. For om man lykkes med å oppnå god søvnkvalitet, så behøver ikke ugunstig arbeidstid å innebære helserisiko.

– Om du sover bra og er uthvilt, så er ikke nattarbeid noe problem, påpeker Bjorvatn.

Om man derimot sliter med søvnen, så bør man ta det problemet på alvor og gjøre noe med det.

– Jeg tror mange ikke tar nok inn over seg hvor farlig det er å jobbe når man er veldig søvngig. Om du går 24 timer uten søvn, så har du en reaksjonsevne tilsvarende promille på 1,0.

Det er et tankekors at risiko forbundet med alkohol så åpenbart er straffbart, samtidig som søvnighet blir bagatellisert, påpeker Bjorvatn. Han tror mange arbeidsgivere

kan lage turnusordninger som bedre ivaretar arbeidstakernes helse ved å ta hensyn til søvnbehov.

Snu døgnrytmen, eller ikke?

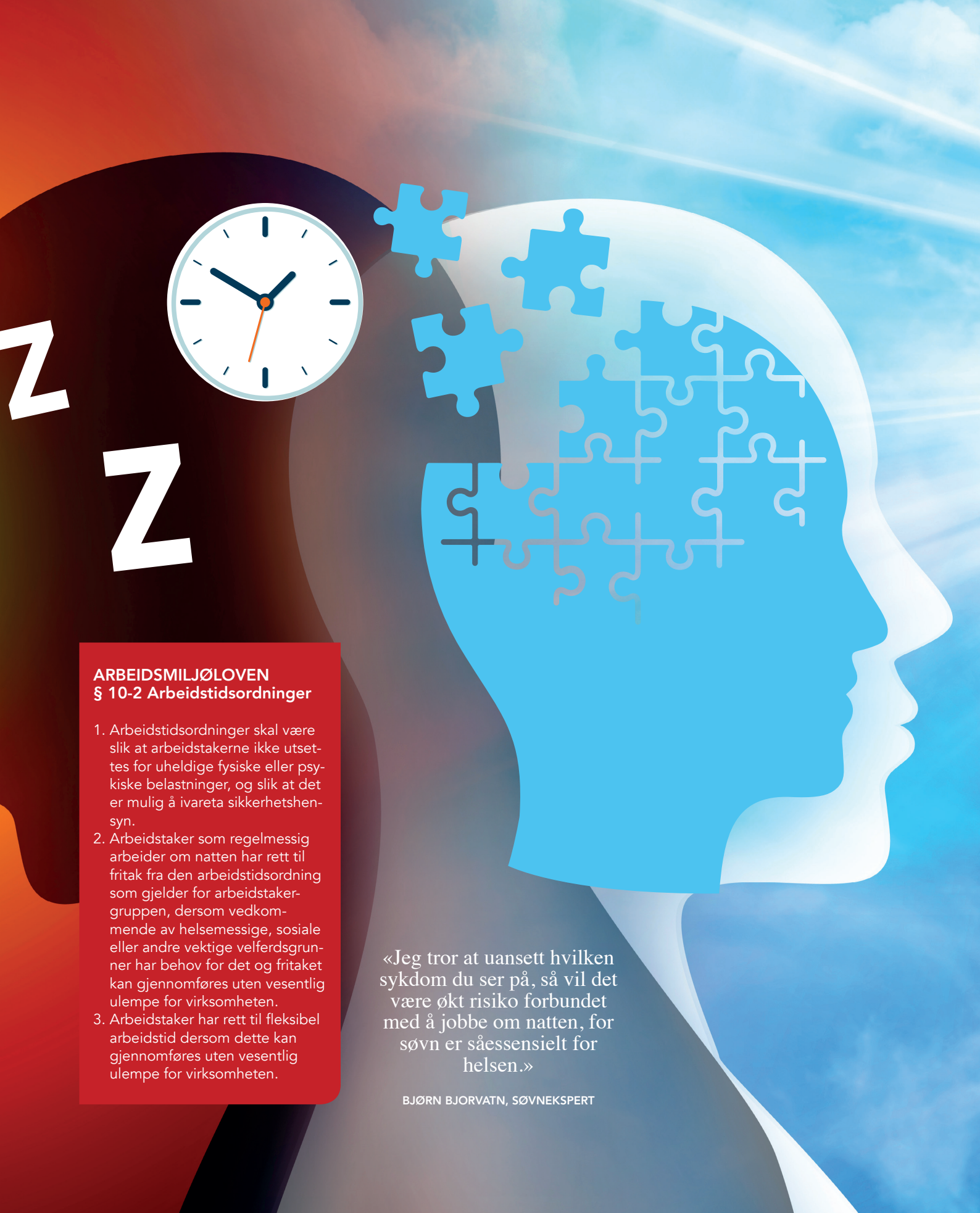
Et viktig aspekt for døgnrytmen er hvor mange nattevakter man skal jobbe etter hverandre. Fordelen med å jobbe nattevakt i minst en uke av gangen, er at man kan snu døgnrytmen. Da blir man mer opplagt på jobb, og det kan være mindre skadelig for helsen. For mange er det imidlertid vanskelig å gjennomføre i praksis, fordi familieliv og sosialt liv krever normal døgnrytme.

Om man jobber maks tre nattevakter etter hverandre, så kan man unngå å endre på døgnrytmen, noe som gjør det enklere å veksle mellom arbeidstider. Det er denne løsningen som vanligvis velges i helsevesenet i Skandinavia, i motsetning til i USA der man velger permanente nattevakter.

Å variere mellom vakter på dag, kveld og natt er svært vanlig i Norge og resten av Skandinavia. For å unngå søvnproblemer, bør den tredelte turnusen følge noen klare regler:

Maks tre netter

For ikke å snu døgnrytmen, så bør man altså ikke ha flere enn tre nattevakter i strekk. Dette bør unngås i alle turnuser der man ønsker å veksle arbeidstiden.



ARBEIDSMILJØLOVEN § 10-2 Arbeidstidsordninger

1. Arbeidstidsordninger skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn.
2. Arbeidstaker som regelmessig arbeider om natten har rett til fritak fra den arbeidstidsordning som gjelder for arbeidstakergruppen, dersom vedkommende av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det og fritaket kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten.
3. Arbeidstaker har rett til fleksibel arbeidstid dersom dette kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten.

«Jeg tror at uansett hvilken sykdom du ser på, så vil det være økt risiko forbundet med å jobbe om natten, for søvn er såessensielt for helsen.»

BJØRN BJORVATN, SØVNEKSPERT

Veksle vakter med klokken

Det er enklere å opprettholde god søvnkvalitet ved å forlenge våkeperioden med noen timer enn å forkorte den. Derfor er det bedre å gå fra dagvakt en dag til kveldsvakt neste dag til nattevakt og så videre, enn å gå andre veien.

Unngå «quick returns»

«Quick return» betyr at det går mindre enn elleve timer mellom to vakter.

– Det blir frarådet av alle eksperter og burde kanskje vært forbudt, men er likevel utbredt i helsesektoren, sier søvneksperthen. – Det er åpenbart uheldig og noe som burde vært gjort mye mer med.

– Mange pleiere går kveldsvakt etterfulgt av dagvakt, noe som ofte ikke gir mer enn ni timer fri. Da blir søvnlengden i snitt på bare fem timer, viser studier, for man skal reise hjem, spise litt og finne roen før man sover.

I undersøkelser blant sykepleiere på sykehus er antallet «quick returns» og antallet nattevakter i løpet av et år talt opp og sammenlignet for sykdomsrisiko.

– «Quick returns» viser seg å være like ille som nattevakter. Det overrasket meg. Jeg trodde ikke at det var så farlig. Det er viktig å få formidlet.

Fri etter periode med natt

Etter en periode med nattarbeid er det viktig med tilstrekkelig fri.

– Om du går natt, så bør du ikke jobbe på et par dager før du jobber dag. Det er ikke alltid at dette skjer.

Arbeidsgiver plikter å tilrettelegge

Etter Bjørn Bjorvatns erfaring, så takler de fleste skiftarbeid bra, men det er store individuelle forskjeller, og det passer ikke for alle.

– Jeg har pasienter som rett og slett ikke takler det. Da må jeg skrive en legeattest som bekrefter at nattarbeid er et helseproblem. Arbeidsmiljøloven sier at arbeidsgivere har plikt til å tilrettelegge. Om det ikke fungerer, så må NAV inn i bildet, eller man må finne seg en annen jobb på egen hånd.

I følge Arbeidsmiljøloven plikter arbeidsgiver å lage arbeidstidsordninger som ikke utsetter arbeidstakere for uheldige belastninger. Samtidig må fritak for nattevakter kunne gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten.

– Gjør arbeidsgivere nok for å tilrettelegge?

– Svaret på det er ganske enkelt nei. Kunnskap om søvn og døgnrytme er begrenset blant helsearbeidere og ikke minst blant arbeidsgivere. Jeg ser av og til helt

«Kunnskap om søvn og døgnrytme er begrenset blant helsearbeidere og ikke minst blant arbeidsgivere.»

håpløse turnuser som viser at den som setter turnusen ikke selv jobber i skift.

Samtidig vil Bjorvatn understreke at vi har bedre regler i Norge enn i mange andre land.

– Skiftarbeidere jobber færre timer i uken enn andre. Det er bra. Mange land har langt verre ordninger, blant annet med økt forekomst av angst og depresjon som resultat.

Skiftarbeidslidelse

Skiftarbeidslidelse er en ganske ny diagnose. Den gis til arbeidere som plages av insomni eller økt søvnighet relatert til en arbeidstidsordning som gjør at arbeideren må være våken når han/hun normalt sover. Problemet må vare i minst tre måneder. Bjorvatn og medarbeidere har registrert forekomst på hele 44 prosent blant sykepleiere som jobber tredelt turnus på sykehus.

Dagarbeid kan også være problem for B-mennesker om man starter tidlig om morgenen, for eksempel kl. 6.

Kritisk til døgnåpent samfunn

Selv om mange takler skiftarbeid godt, så er mennesker skapt for å jobbe om dagen



og sove om natten. Søvneksperter er derfor kritisk til en utvikling som går mot at alle tjenester skal være tilgjengelige hele døgnet. Helsesektoren er nødt til å være døgnåpen, men kioskene trenger ikke å være det. Å redusere skiftarbeid til et minimum, bør være et mål, mener han.

– Man kan ikke starte med nattarbeid i alle næringer. Det er som regel unge mennesker som tar slike jobber, og som risikerer økt risiko for sykdommer senere i livet.

I Danmark har staten tatt sykdomsrisikoen på alvor. Som eneste land i verden gir de erstatning til sykepleiere som har fått brystkreft som følge av nattarbeid, ifølge Bjorvatn.

Prioriter søvn

Å involvere arbeidstakere i turnusplanlegging er generelt en fordel. Men det er ikke sikkert at man velger det som er best for en selv ut fra et helsemessig ståsted.

Bjorvatn ser ganske ofte arbeidstakere som gjør uheldige valg, ofte motivert ut fra lønn eller ønske om lengre perioder med fri. I helgene kan «quick returns» være populært for å unngå å bare jobbe kvelder.

Mange forstår kanskje ikke hvor viktig det er for helsen å sove godt. Derfor er oppfordringen hans klar:

– Vi bør prioritere søvn høyere.

Bjørn Bjorvatn er forfatter av boken Skiftarbeid og søvn – Slik mestrer du nattarbeid og uregelmessig arbeidstid. Boken gir konkrete råd om hvordan man kan mestre denne type arbeid ved å sove best mulig før og etter jobb. Den gir blant annet kunnskap om søvnmekanismer og døgnrytmeregulering.

Fem kjappe om søvnproblemer og skiftarbeid

1 Kan man forutsi hvem som får problemer med skiftarbeid?

– Noen er mer fastlåste og takler dårlig å endre på rutiner, mens andre er mer fleksible. Det er et personlighetstrekk. Er du A-menneske, så er nattarbeid verre for deg enn for B-mennesker. B-mennesker sover gjerne godt utover neste dag, mens A-mennesker blir trøtete tidlig på natten og har mer problemer med å sove om morgenen.

– I Nederland forsøker de å screene arbeidstakere før de blir ansatt, men selv om noen personlighetstrekk har sammenheng med dårlig skiftarbeidstoleranse, så gjelder det ikke for alle. Jeg er derfor skeptisk til slike løsninger.

2 Om man selv opplever å sove godt, er det da noen helserisiko?

– Jeg snakker med mange skiftarbeidere som sier at de ikke har problemer. Om du føler at du takler skiftarbeid godt, så er det sannsynligvis ikke noe problem.

3 Om man har problemer med å få sove, er det noe man kan gjøre?

– Ja, det finnes mange grep. Jeg har systematisert dem i boken «Skiftarbeid og søvn», og tror at mange vil få noen aha-opplevelser av å lese boken. Det avgjørende for valg av virkemiddel er om man jobber én natt, tre netter eller syv netter på rad. Man kan bruke melatonin og lysterapi for å flytte på døgnrytmen, og muligheten for å ta en liten treningsøkt om natten kan være et grep for å holde seg bedre våken. Jeg beskriver også bruk av sovemedisiner og andre midler i boken.

4 Blir nattevakter vanskeligere med alderen?

– Nattarbeid er gjerne lettest å takle for unge mennesker. For mange blir det tyngre etter hvert. Med alderen blir man mer A-menneske og mer rigid i rytmer og tilnærming til ting. Samtidig har jeg snakket med flere helsearbeidere over 60 år som trives veldig godt på natt.

5 Kan man kompensere for en natt med dårlig søvn?

– Går man en natt uten søvn, så sover man dypere etterpå for å kompensere, men man sover ikke dobbelt så lenge neste natt. Man tar aldri igjen det man har tapt. Det er et problem som ikke bare gjelder for nattarbeid. Mange mennesker sover ut i helgene på grunn av søvnunderskudd i uken, men det er nok ikke uten negative konsekvenser.



NATTARBEID KAN ØKE FOREKOMST AV DEMENS

Tre nyere nordiske studier beskriver hvordan skift- og nattarbeid virker inn på helsen. Her er en gjennomgang av resultatene. To av forskningsrapportene er fra Danmark, en er fra Sverige.

Tekst: **Ulf Borthen**

Tvillingstudie og sårbarhet for demens

I Sverige ble to store befolkningsgrupper av tvillinger inkludert i et forskningsprosjekt som inkluderte sårbarhet for utvikling av demenssykdom.

Den ene gruppen var født mellom 1926 og 1943 og dreide seg om 13 000 frivillige kvinner og menn fra det svenske tvillingregisteret. De fylte ut skriftlige skjemaer som kartla blant annet arbeid og helse. Den andre gruppen inkluderte 40 000 tvillinger født fram til 1950. Disse var deltagere i en telefonisk spørreundersøkelse foretatt i årene rundt tusenårsskiftet.

I begge gruppene ble det spurt om deltagernes eventuelle skift- og nattarbeid. Det ble kartlagt hvor mye og hvor lenge. Etter mange år ble individenes svar om arbeidsforhold sammenlignet med opplysninger fra det svenske pasientregisteret. Demenssykdom ble

diagnostisert i henhold til internasjonale standarder.

I denne forskningsrapporten fra 2018 ble det funnet betydelig overvekt av demenssykdom hos de personene som i sin tid rapporterte at de jobbet natt- eller skiftarbeid. Dette sett i forhold til personer med dagarbeid.

Den statistiske sannsynligheten for å bli rammet av demens økte i takt med antall vakter og antall år med nattarbeid og skiftarbeid.

Kilde:

Bokenberger K, Sjölander A, Dahl Aslan A K, et al. Shift work and risk of incident dementia: a study of two population-based cohorts. Eur J Epidemiol. 2018 Oct;33(10):977-987.



Menn utenfor helsesektoren

Som en del av forskningsprosjektet Københavns mannstudium, inngikk en undersøkelse av 3300 menn i alderen 40-59 år. Forskningsrapporten ble lagt fram i 2017.

Mennene var rekruttert fra ansatte i militæret, posten, tolletaten, nasjonalbanken, brannvesenet, et entreprenørfirma og lignende. De ble spurt om aktuell arbeidssituasjon ved to senere tidspunkt med 15 års mellomrom. Det ble kartlagt nattarbeid og lange arbeidsuker, sett i forhold til normal arbeidstid. Tre hundre individer ble underveis ekskludert fra disse beregningene fordi de hadde fått sykdommer forbundet med hjerte- og karlidelser.

Blant tre tusen personer ble det ikke funnet øket forekomst av demens, tvert imot var det en svak tendens til det motsatte.

Svakheter i mannstudien

Det er mulige metodiske svakheter knyttet til denne studien. Arbeidstagere med hjerte- og karlidelser ble holdt utenfor de statistiske beregningene. Vi vet i dag at hjerte- og karlidelser hos middelaldrende kan være en sårbarhetsfaktor for utvikling av demens i alderdommen.

Videre ble det spurt om den enkelte hadde nattarbeid kun på to aktuelle tidspunkt. Dermed var det ikke mulig å si noe om mengden av nattarbeid opp gjennom yrkeskarrieren og hvilken inn-

virkning mengden av nattarbeid kunne ha for senere forekomst av demenssykdom.

Denne forskningsrapporten kan sies å bare være representativ for menn og bare innen visse sektorer av arbeidslivet.

Grupper som har spesielt mye nattarbeid, for eksempel kvinner innen helsesektoren, ble ikke innbefattet.

Kilde:

Nabe-Nielsen K, Garde A H, Ishtiak-Ahmed K, et al. Shift work, long working hours, and later risk of dementia: A long-term follow-up of the Copenhagen Male Study. Scand J Work Environ Health. 2017 Nov 1;43(6):569-577.

Kvinnelige sykepleiere

I den andre danske undersøkelsen, også denne fra 2017, handler det om en stor gruppe kvinnelige sykepleiere. Her hadde til sammen 18 000 blitt inkludert i studier for måling av mengden nattarbeid og skiftarbeid.

To grupper sykepleiere over 44 år ble rekruttert: en gruppe i 1993, den andre i 1999. Disse ble fulgt fram til 2013. I denne perioden døde 1616 av ulike årsaker. På dette tidspunktet ble offentlig register for dødsårsak gjennomgått for hvor mange som hadde blitt rammet av en demens eller andre sykdommer. Det var tre framtreddende funn.

For det første viste statistikken at sykepleiere som skiftet mellom senvakt og dagvakt, og sykepleiere hvor jobben inkluderte nattevakt, hadde generelt sett høyere dødelighet i forhold til de som bare hadde dagvakter. Det andre var den klare sammenhengen mellom skift- og nattarbeid med dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdommer. Det tredje var

den sterke statistiske sammenheng mellom kvelds- og nattarbeid og dødsårsak knyttet til demenssykdom.

Den statistiske sammenheng med demenssykdom er i denne undersøkelsen klar og urovekkende, men de må sees i sitt rette perspektiv.

Det dreier seg jo i alt om 18 000 individer: Blant arbeidstagere med kveldsarbeid ble det funnet 8 tilfeller av demens, blant de med roterende skift, dag-kveld-natt, ble det konstatert 14 dødsfall knyttet til demenssykdom. Det bemerkelsesverdige er at antallet, statistisk sett, er så mye høyere hos skiftarbeidere enn hos sykepleiere med normalarbeidstid.

Kilde:

Jørgensen J T, Karlsen S, Stayner L, et al. Shift work and overall and cause-specific mortality in the Danish nurse cohort. Scand J Work Environ Health 2017;43(2):117-126.

Søvnforstyrrelser og demenssykdom

Søvnforstyrrelser kan hindre den naturlige utfellingen av beta-amyloider slik at dette stoffet hoper seg opp og tar livet av omkringliggende hjerneceller. Beta-amyloider er et protein som produseres i hjernens store nevroner, men som i store mengder er giftig for hjerneceller. I verste fall kan avleiring gjennom flere tiår lede til omfattende hjerneskader og demens.

Tekst: **Ulf Borthen**

Hjernecellenes «restavfall»

De store nervecellene i hjernebarken, nevronene, er storforbrukere av energi og produserer/forbruker en rekke stoffer til signaler og kommunikasjon mellom hjernecellene. De fleste stoffene resirkuleres, brytes ned og brukes på ny av nervecellene og av tallrike støtteceller som involveres i denne prosessen. Noen stoffer blir til overs, er lite nedbrytbart og fjernes. Beta-amyloid er et av flere stoffer, som cellene i stor grad kvitter seg med for godt.

Beta-amyloid er naturlig og nødvendig

Beta-amyloidet er et sluttprodukt av aktive nevroners intense aktivitet. Desto mer aktivitet, desto mer beta-amyloid produseres. Forskning antyder at stoffet dannes i ekstra store mengder ved oksygenmangel forårsaket av sirkulasjonssvikt, ved hjerneskader og iskemi. Oksidativt stress har et viktig, årsaksforløp i dannelsen av beta-amyloider. Det er funnet tegn på at beta-amyloider også produseres i økende grad ved inflammasjon og infeksjoner, formodentlig i en prosess for å beskytte nervecellene og det omkringliggende miljøet.

Amyloidet er stort og klissete

Beta-amyloider er omfangsrrike, sammensatte og tungt oppløselige proteiner. De har lett for å kitte seg sammen. Under uheldige omstendigheter kan de danne store klumper hvor det også inngår fragmenter fra nærliggende nerveceller. Nervecellene i nærheten av store amyloidansamlinger svekkes og cellenes utløpere blir kortere. Etter hvert dør cellene. Disse klumpene kalles senile plakk og ble presis

beskrevet og sirlig illustrert av Alois Alzheimer i 1907. De fleste mennesker har noe amyloidansamling mellom enkelte av nevronene/områdene i hjernen – i økende grad med alderen. Det regnes som normalt og behøver ikke å medføre svekkelse av hjernens funksjon.

Beta-amyloidene felles ut om natten

Hjernecellenes renovasjonssystem består av et nettverk av svært tynne kanaler. Dette er drenering som ligger mellom de enkelte hjernecellene og kalles det glymfatiske system. Her kvitter hjernecellene seg med stoffer som ikke lenger er til nytte. Om dagen er det nesten ikke åpning i kanalene, men de åpner seg under søvn. Ved for lite og oppstykket søvn, for eksempel forårsaket av barnegråt, søvnapne, bekymringer eller smerter, hindres det glymfatiske systemet i effektiv drenering. Sett ut i fra dette, kan oppstykket og mangelfull søvn føre til utilstrekkelig utvasking av beta-amyloider.

Dyreforsøk viser at i det samme øyeblikket hvor individet våkner, stenges det glymfatiske systemet ved at cellene som omkranser kanalene øker i volum. Det er ikke klarlagt hvor fort dreneringen åpner igjen etter at individet har falt i søvn. Under søvn virker renovasjonen når personen ligger, det hjelper ikke å sitte og sove. Det er mulig at det glymfatiske systemet bare er åpent under enkelte søvnfaser, kanskje først og fremst de «dype» søvnfasene 3 og 4. Utskillelsen av beta-amyloider forstyrres ikke av sovemedisiner. I noen grad skjer det antagelig en utviding av kanalåpningen også etter fysisk aktivitet.

Forebygging

Opphopningen av beta-amyloider går meget langsomt og en øket forekomst kan i enkelte tilfeller sees allerede 20 til 25 år før eventuelle demenssymptomer kan observeres. Prosessen er til en viss grad – i det minste i teorien – reversibel. Det beste er å forebygge, både i arbeidsliv og privat, ved å prioritere nok uforstyrret nattesøvn. Det er uklart om søvn på dagtid innebærer tilstrekkelig andel av dype søvnfaser til at det glymfatiske system fungerer effektivt. Mellom 7 og 8 timers nattesøvn er uansett hevdet å være ideelt.

Kilder:

Spira A P, Gamaldo A A, An Y, et al. Self-reported Sleep and β -Amyloid Deposition in Community-Dwelling Older Adults. *JAMA Neurol.* 2013;70(12):1537-1543

Benveniste H, Liu X, Koundal S, et al. The Glymphatic system and Waste Clearance with Brain Aging: A Review. *Gerontology* 2018 Jul 11:1-14

Lucey B P, Bateman R J. Amyloid- β diurnal pattern: possible role of sleep in Alzheimer's disease pathogenesis. *Neurobiol Aging* Vol 35 (2014): 35 suppl 2, S29-S34.

Ringstad G, Valnes L M, Dale A M, et al. Brain-wide glymphatic enhancement and clearance in humans assessed with MRI. *JCI Insight* 2018 Jul 12; 3(13): e121537



ANBEFALINGER

- Nok tid mellom vaktene, især mellom senvakt og dagvakt.
- Unngå nattevakt i størst mulig grad.
- Få behandling for egne søvnforstyrrelser; vansker med å sovne, søvnapne, tidlig oppvåkning, hyppig vannlating, og andre forstyrrelser eller svekkelser av søvnen.
- Regelmessig fysisk aktivitet.

Lønnsløft for helsefagarbeidere i kommunene

Årets lønnsoppgjør for kommunene, unntatt Oslo kommune, gir et lønnsløft for både fagarbeidere, fagarbeidere med tilleggsutdanning, høyskoleutdannede og ledere. Det betyr solide lønnstillegg også for mange helsefagarbeidere

Se våre regneeksempler:

1) Bente, helsefagarbeider med 10 års ansiennitet per 30. april 2019

Årslønn per 30.4 2019	402 300	
+ sentralt tillegg per 1.5	12 000	
= ny årslønn per 1.5	414 300	gjeldende fra 1.5 til 30.6 2019
+ justering til nytt garantilønnsnivå per 1.7	5 700	
= ny årslønn per 1.7	420 000	= et samlet lønnsløft på 17 700

Bente synes at dette var et godt løft og fortsetter i stillingen sin, og den 1. august, etter 16 år i stillingen går hun over til 16 års ansiennitet.

Årslønn per 1.7 2019	420 000	
Opprykk til 16 års ansiennitet per 1. 8	10 000	
Ny årslønn per 1.8	430 000	= 27 700 i samlet lønnsvekst fra 1.5 til 1.8

Kari, helsefagarbeider med 1-års tilleggsutdanning på godkjent fagskole og 10 års ansiennitet per 30. april 2019

Tidligere har Kari fått lokale lønnstillegg slik at hun ligger høyere enn garantilønn etter 10 år (kr. 423 300) per 30.april 2019. I likhet med Bente har hun vært ansatt i 16 år den 1. august 2019.

Årslønn per 30.4 2019	430 000	
+ sentralt tillegg per 1.5	13 000	
= ny årslønn per 1.5	443 000	gjeldende fra 1.5 til 30.6 2019
+ justering til nytt garantilønnsnivå per 1.7	0	
= ny årslønn per 1.7	443 000	= et samlet lønnsløft på 13 000

Kari får et ansiennitetsopprykk til 16 år per 1. august 2019:

Årslønn per 1.7 2019	443 000	
Opprykk til 16 års ansiennitet per 1. 8	10 000	
Ny årslønn per 1.8	453 000	= 23 000 i samlet lønnsvekst fra 1.5 til 1.8

Andre tariffområder

Lønnsoppgjøret i Oslo kommune: Se delta.no.

Lønnsoppgjøret for sykehusansatte: Er ikke klart, mekling med frist 28. mai kl. 24.00. Følg med på delta.no

Viktig for deg som jobber i kommunen: **Avtalt ekstravakt skal betales selv om den blir avlyst**

Har du opplevd å bli bedt om å ta en ekstravakt som blir avlyst, og ikke betalt? Delta har fått gjennomslag overfor KS og kommunene for at en avtalt ekstravakt med et fastsatt start- og sluttidspunkt skal betales i sin helhet, selv om den blir avlyst.

Bakgrunnen for avgjørelsen var en sak hvor det ble inngått avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, om å arbeide i tillegg til deltidsstilling. Vakten ble lagt inn i vaktplanen, men avlyst før den skulle begynne.

Deltas lokale tillitsvalgte tok opp saken uten at det kom til enighet med kommunen. Dermed tok Delta sentralt saken videre til KS, som konkluderte slik i tvistesaken mellom Delta og den aktuelle kommunen: «En slik inngått avtale om arbeid kan ikke arbeidsgiver eller arbeidstaker ensidig fri seg fra. I denne saken må Vefsn kommune derfor utbetale i henhold til den inngåtte avtalen. Vefsn kommune må i dette tilfellet bære risikoen for at kommunen ikke har satt vedkommende til annet arbeid».

– Så lenge det er inngått en avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker med et fastsatt start- og sluttidspunkt for vakten, så er den bindende. Da forplikter arbeidstaker seg til å stille som avtalt, og arbeidsgiver har lønnsplikt. Hvis arbeidsgiver plutselig ikke trenger denne arbeidskraften lenger, er det deres risiko, fastslår Delta.

Gjelder ikke alltid

Det er viktig å merke seg at dersom man er timelønnet og for eksempel blir ringt opp og bedt om komme på jobb, men ikke har avtalt start – og sluttidspunkt på vakten, så gjelder hovedtariffavtalens punkt 12.3: «Ekstrahjelp (vakter) som møter opp etter tilsigelse, men som må gå igjen fordi deres assistanse ikke lenger trenges, lønnes for 2 timer. De som har påbegynt arbeidet, men hvis tjeneste blir overflødig, lønnes for minst 4 timer. I begge tilfeller kan de pålegges annet arbeid i tilsvarende tidsrom».

Har du spørsmål om lønn og arbeidstid?

Ta kontakt med tillitsvalgt i Delta, eller Deltas rådgivningstjeneste Delta Direkte som har åpent alle dager kl. 08-20: epost direkte@delta.no, 987 02 125



SAMLET OVER 100 LÆRERE TIL KONFERANSE OM HELSEARBEIDERFAGET

Knapt noe yrkesfag trenger større rekruttering enn helsearbeiderfaget. Derfor er det viktig at vi som fagforening er opptatt av at utdanning utvikler seg i takt med tiden.

Tekst: **Per Tandberg** Alle foto: **Anne C. Eriksen**



Jette Dyrnes, leder av Helsefagarbeidere i Delta, er svært fornøyd med konferansen for yrkesfaglærere som foreningen arrangerte sammen med OsloMet.

– Det er andre gangen vi gjør dette. Og i år var vi dobbelt så mange som i fjor. Nærmere bestemt 105 lærere fra Finnmark i Nord til Agder i sør. Er det ikke flott, forteller Dyrnes entusiastisk.

– Som fagforening er vi opptatt av utdanningen til våre medlemmer. Og vi bruker mye krefter på at den skal bli så god som mulig. Spesielt er vi på vakt slik at den ikke blir for teoretisk, og da er lærerne som var samlet på denne konferansen veldig viktige.

At det var OsloMet som var medarrangør var derfor ikke tilfeldig. De utdanner mange av de yrkesfaglærerne som senere underviser i helse- og omsorgsfag.

Kobler utdanning og arbeidsliv

– På mange måter kan man si at målet med konferansen også er å knytte lærerne enda tettere opp mot den virkeligheten som er ute i arbeidslivet, slik at vi nettopp unngår

at det blir for teoritungt på skolen, sier Dyrnes.

Foruten lærere så deltok det også ledere fra flere opplæringskontor for offentlig sektor.

– Det er dem som styrer læreplassene i kommunene, og slik sett har de en veldig viktig rolle. Gode og mange nok læreplasser er en svært viktig forutsetning for at utdanning til helsefagarbeidere skal bli vellykket, sier Jette Dyrnes.

Engasjerende innledere

Dyktige foredragsholdere skapte stort engasjement blant deltakerne på konferansen. Ikke minst sørget Nina Amble og Else Marie Johansen fra OsloMet for en fin avslutning med sitt fokus på omdømmebygging og heltidskultur i helsearbeiderfaget.

– Skal vi få mange nok søkere til dette yrket, så må vi bygge en sterkere heltidskultur. Det nytter ikke at unge utdanner seg i fire år, og så får de tilbud om en 13 prosent stilling, sa Amble blant annet.



Aktiviteten i salen var høy under konferansen, og mobilen ble brukt til å svare på spørsmål.

UTDRAG FRA PROGRAMMET

- Fagprøven, slik foregår den i dag
- Siste nytt innen diabetes
- Organisering av praksisplasser
- Reformen fagfornyelsen
- Målrettet miljøarbeid
- Problembasert læring
- Heltidskultur



Et av temaene på lærerkonferansen var lærerprøven, og hvordan den gjennomføres rundt om i landet. Dette snakket vi om med noen av deltakerne under pausen.

Tekst: **Anne C. Eriksen**

**Synes du at du vet nok om hvordan fagprøven gjennomføres hos dere?
Hva mener du er viktigst at blir vurdert under en fagprøve?**



Egnethet må vurderes underveis

Lena Lynch fra Eidsvoll videregående skole synes ikke at hun vet nok om hvordan fagprøven gjennomføres i kommunen, og skulle gjerne visst mer om det.

På spørsmål om hva hun mener er viktigst å vurdere under fagprøven svarer hun:

– Jeg tenker at egnethet og fagkompetanse er viktig å vurdere under en fagprøve.

I møtet med pasienter er det viktig å kunne vise at man er egnet til å være sammen med og jobbe med pasienter. Fagkompetansen er selvsagt også veldig viktig.

Hun mener at egnethet må vurderes underveis. Hvis det vurderes at kandidaten ikke er egnet til å stå i dette yrket, bør vedkommende heller ikke få lov til å gå opp til fagprøven.

Er fagprøven for skriftlig?

Merete Stokkeland Risan (til høyre) fra Romsdal videregående skole vet en del om hvordan fagprøven gjennomføres, og mener at tverrfaglighet og fagkunnskap er noe av det viktigste å vurdere under fagprøven.

Solveig Helgheim, også fra Romsdal videregående skole, supplerer med at helhetlig kompetanse er viktig i vurderingen.

– Det er viktig å få med seg alle kravene om blant annet prosedyrer, hygiene, empati og samarbeid.

Hun forteller at de hadde en kollega som var sensor på fagprøven og dermed fikk de god kjennskap til hvordan den gjennomføres gjennom henne. Hun spør seg om prøven er for skriftlig, og over for kort tid.

– Kanskje bør prøven være over flere dager, alternativt fem dager og mindre skriftlig.



Vet nesten ingenting om fagprøven

Gerd Formofetten fra Kuben videregående skole i Oslo sier at hun vet nesten ingen ting om hvordan fagprøven gjennomføres.

– Jeg kan ikke gå til eleven på vg2 og si hvordan fagprøven blir gjennomført, til det har jeg fått for lite informasjon fra opplæringskontoret.

I vurderingen mener hun de må se på kandidatens helhetlige kompetanse. Hun tror at gjennomføringen hadde blitt mye bedre om de hadde fått kunnskap om dette allerede på vg1 slik at de kunne forberede seg over lang tid. Kuben har nå blitt samarbeidspartner med opplæringskontoret. Hun har tro på at det vil bidra til bedre

VIL STARTE MOSJONSREVOLUSJON I ELDREOMSORGEN

Å bevege seg er et grunnleggende behov, også for de eldre. Vi har troen på at små endringer kan skape store forandringer, og ønsker å gjøre det enkelt å sette i gang styrke- og balanse-trening uten ekstra ressurser, og uten å ha treningsfaglig bakgrunn.

Tekst: **Ragna Sigmo Skipstad**, fysioterapeut ved Fysioklinikken, Egersund,
Elisabeth Wiken Telenius, fysioterapeut og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

De gunstige effektene av fysisk aktivitet for eldre er vel dokumentert, men likevel ser vi at sykehjemsbeboere lever veldig inaktive liv av flere grunner (1). Sykehjemsbeboere i dag er skrøpeligere enn før og har et mer komplekst sykdomsbilde ofte med en kognitiv svikt. Dette gjør det vanskeligere for dem å ivareta sine grunnleggende behov for bevegelse og fysisk aktivitet. I tillegg kan en ofte se at beboerne blir passive mottakere, i stedet for aktive deltagere i hverdagsaktiviteter. Denne inaktiviteten får store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser og resulterer blant annet i at funksjonstapet, og derigjennom tap av selvstendighet, skjer raskere enn nødvendig. (2)

For at eldre i og utenfor institusjon skal bli sterkere, stødigere og mer selvhjulpne startet Eigersund kommune og Fysioklinikken, i samarbeid med ExorLive og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, prosjektet: «Digital aktivitetsmedisin for bedre folkehelse» i 2016. Målet er å implementere kunnskapsbasert trening og praksis i kommunens bo og servicesentre, og institusjoner. Med midler fra Fylkesmannen i Rogaland og med fag- og forskningsmiljø på laget, har vi skapt et innovativt treningsverktøy som kan få de eldre «opp av godstolen».

Vi ønsker å gjøre det enkelt å sette i gang aktivitet, styrke- og balansetrening uten ekstra ressurser, og uten å ha treningsfaglig bakgrunn.

Vi vil spre kompetanse og entusiasme til alle de flinke medarbeiderne som jobber med eldre. For å få til dette, trenger vi et verktøy som er så enkelt, lystig og brukervennlig at alle kan, og vil, ta det i bruk. På den måten vil det bli lettere å innføre en daglig dose med fysisk aktivitet på kommunens mange institusjoner.

Budskapet er at det er alle sitt ansvar å motivere og legge til rette for at beboerne skal være aktive. Aktivitet og trening må være en del av hverdagen – også på et dagsenter, helsehus og på sykehjem.

Undervisning og trening

Prosjektet «Digital aktivitetsmedisin for bedre folkehelse» er todelt og består av



På Kjerjaneset dagsenter i Eigersund kommune er det SeniorLive trening med instruktør på storskjerm hver dag klokken 11. Noen sitter og noen står, men alle er med.

Aktivitet og trening må være en del av hverdagen – også på et dagsenter, helsehus og på sykehjem.



Foto: Ragna Sigmo Skipstad

undervisningsfilmer og treningsfilmer. For å nå ut til sluttbrukere, er det ofte nødvendig å påvirke de som jobber med de eldre. Deres kunnskap, valg og prioriteringer er avgjørende for å få de eldre mer i aktivitet.

Del to i prosjektet er treningsfilmene. I samarbeid med ExorLive har vi laget et treningsfilmer til musikk med øvelser for styrke- og balanse. Vi har kalt filmene «SeniorLive» og de er tilgjengelige via et ExorLive abonnement.

Vi er opptatt av at disse filmene ikke bare skal anses som generell fysisk aktivitet; dette er målrettet trening med tanke på å vedlikeholde og bedre funksjonsnivå. Øvelsene i treningsfilmene er inspirert av Otago-programmet (3) og HIFE øvelsene (4), men er tilpasset brukergruppen. De som kan stå og gå, skal utføre øvelsene stående. De som sitter, kan følge bevegelsene så godt som de kan.

Musikken i filmene er valgt med tanke på målgruppen, men er likevel moderne

og kan i så måte appellere til folk i alle aldre. Treningsfilmene er ikke ment som en erstatning for annen fysisk aktivitet på avdelingene; de er et supplement. Personalet er med på trimmen og gir veiledning ved behov.

I skrivende stund har vi 12 treningsfilmer tilgjengelige via ExorLive. Vi utvider og forbedrer utvalget fortløpende. Nå til sommeren kommer det 10 nye SeniorLive-treningsfilmer. Ved å få til et tett samarbeid mellom fagmiljø, filmprodusenter og brukergruppe, vil utvalg og tilpasningsmuligheter stadig forbedres.

Tilbakemeldinger

I Eigersund kommune har vi innført SeniorLive trening på både sykehjem, rehabiliteringsavdeling og på dagsenter. Tilbakemeldinger fra både personale og sluttbruker er meget positive. Treningsfilmene er lystige og lette. Med instruktør på skjerm går det nesten av seg selv. De ansatte synes det er enkelt å sette på filmene i stedet for å måtte lage sitt eget opplegg.

DIGITAL AKTIVITETSMEDISIN:

- Prosjektsamarbeid mellom Eigersund kommune, Fysioflix, Fysioklinikken i Eigersund, ExorLive og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Mål/hensikt: Innføre daglig dose fysisk aktivitet og trening på kommunens mange dagsenter, sykehjem og bo- og servicesenter ved hjelp av instruktør på skjerm.
- Kompetanseheving og motivasjon: 6 undervisningsfilmer rettet mot ansatte innen helse og omsorg. Tilgjengelig: www.fysioflix.com/da
- SeniorLive: Treningsfilmer satt sammen til musikk. Funksjonelle øvelser med fokus på styrke- og balansetrening. Tilgjengelig: www.exorlive.com/seniorlive
- Regelmessig fysisk aktivitet.

Det digitale undervisningsopplegget er rettet mot kommunens ansatte innen helse og omsorg, og består av seks undervisningsfilmer.

Opplæringsfilmene har følgende tema:

Fysisk aktivitet for eldre
Fysisk aktivitet ved demens
Fysisk aktivitet og livskvalitet
Fysisk aktivitet og artrose
Fysisk aktivitet og fall
Fysisk aktivitet – en oppsummering.

Hver film varer i omtrent 10 minutter og inkluderer både litt bakgrunn om temaet, spesielle hensyn som bør tas og forslag til praktiske løsninger for tilrettelegging.

På et av kommunens dagsenter har de gått fra å ha sittedans en gang i måneden til nå å tilby gruppetrening ved hjelp av SeniorLive-filmene nesten hver dag. Det er meget gledelige nyheter. Undervisningsfilmene har gitt kunnskap om og mer fokus på trening og fysisk aktivitet. Flere tar ansvar for å legge til rette for en daglig treningsdose og for å motivere beboerne til innsats.

Mosjonsmisjonærer

Vi ønsker å dele de erfaringene vi har gjort med øvrige kommuner som vil innføre mer trening og aktivitet på sine institusjoner. Prosjektet har satt seg som mål å bidra til en «mosjonsrevolusjon» innen eldreomsorgen. Utfordringen blir å nå frem til travle ledere og ansatte innen helse- og omsorg med budskapet om mulighetene dette trenings- og undervisningsverktøyet gir. Vi vil gjerne dele oppskriften med flest mulig. For å bevege seg er et grunnleggende behov –

også for de eldre. Vi har troen på at små endringer kan skape store forandringer.

Referanser:

- 1 Telenius EW, Langhammer B, Helbostad JL, Grandbo R (2017) Fysisk aktivitet og trening på sykehjem. Rapport. <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/86>
- 2 Hawkins, R. J., Prashar, A., Lusambili, A., Ellard, D. R., & Godfrey, M. 'If they don't use it, they lose it': how organisational structures and practices shape residents' physical movement in care home settings. *Ageing & Society*, 2017, 1-26. doi:10.1017/S0144686X17000290
- 3 Otago http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2013/11/OEP-home-exercise-booklet_norwegian.pdf
- 4 High Intensity Functional Exercise (HIFE-programmet) <https://www.hifeprogram.se/>

Hver treningsfilm består av én sang der vi kan se øvelsene utført av Solbjørg – ei sprek og spenstig dame på 79 år fra Egersund. Øvelsene er funksjonelle og har hovedfokus på styrke- og balansetrening. Treningsfilmene er delt opp i nivå og kategorisert i forhold til vanskelighetsgrad.

Filmene kan også brukes hos hjemmeboende eldre. SeniorLive-treningsfilmene kan enten spilles av på en PC eller et nettbrett via en link, eller via en minnepinne som kan settes rett i TV-apparatet.



TOVERTAFEL
original

En innovasjon innen helse- og omsorgstjenester som skaper magiske øyeblikk for personer med kognitivitet vanskeligheter og deres omgivelser



medemagruppen

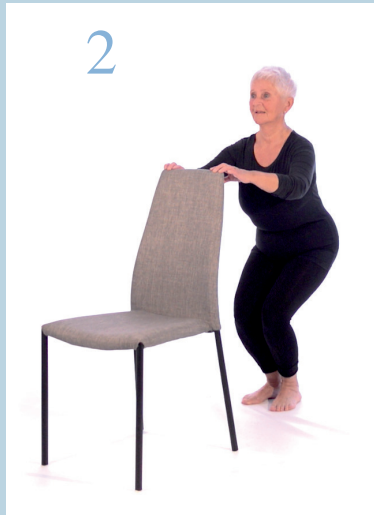
For mer informasjon ta på kontakt tlf. 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no.

1



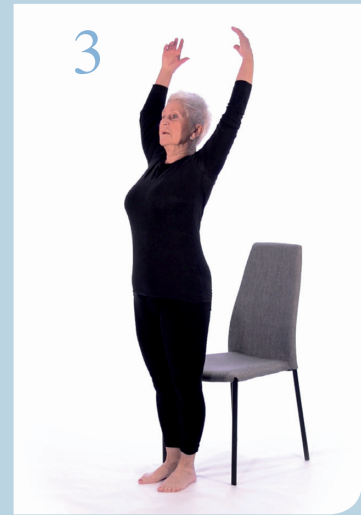
Letteste nivå. Sittende øvelser.

2



Litt mer utfordrende: Stående øvelser for styrke og balanse. Støtte i stol.

3



Krevende. Styrke- og balansetrening uten støtte.



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS. Opphold og reise dekkes av folketrygden, med unntak av en mindre egenandel.



Det er i alle kurs mulig å ha med seg en nær pårørende

Montebellosenteret tilbyr unikt opphold for de som har eller har hatt kreft

Kursopphold har fokus på kunnskapsformidling, erfaringsutveksling, og sosiale og fysiske aktiviteter, slik at kursdeltakere får innsikt i hvordan de kan mestre sine utfordringer, og hva som kan være mest hensiktsmessig for veien videre i livet.

Det er naturlig å starte et opphold med et livsmestringskurs «Kreft – hva nå?» (trinn 1) som er diagnosespesifikt, deretter kan videre opphold (trinn 2 og 3) tilpasses ift tid og spesifikke tema. Familiekurs har fokus på barnas behov, mestring og støtte fra andre barn og unge i samme situasjon.

Mer informasjon finner du på montebellosenteret.no eller kontakt oss på e-post eller telefon.

Montebellosenteret Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali
Tlf 62 35 11 00, post@montebello-senteret.no
www.montebellosenteret.no



Xalidea

Slik er jobben som hjemmetrener

Mona jobber med intensiv opptrening i hverdagslige aktiviteter så brukere skal klare seg bedre på egenhånd.

Tekst: **Ann Beate Grasdalen**

Foto: **Anne C. Eriksen**

I løpet av en typisk arbeidsdag er Mona Nordstrand-Nøding hjemme hos fire brukere som deltar i hverdagsrehabilitering for en kort periode. Hun jobber som hjemmetrener i bydel Bjerke i Oslo, og er utdannet helsefagarbeider.

For noen måneder siden hadde Berit Knudsen en hofteoperasjon etter et fall. Etterpå var hun i fysisk dårlig form og ble engstelig for å gå ned trappene fra leiligheten i tredje etasje i blokken uten heis. For noen år siden hadde hun et hjerneslag, og nå ble hverdagen for mye å takle: Å få på seg sokkene, å gå ut til matbutikken, å ta bussen. Det som før var vanlige aktiviteter ble til uoverstigelige hindre.

Trening i en måned

Vi sitter hjemme hos Berit i leiligheten på Tonsenhagen nord i Oslo. Den intensive treningsperioden er tilbakelagt, og nå klarer hun seg helt selv. Vanligvis varer treningen i en måned, og fem dager i uken. For Berits del ble perioden utvidet til halvannen måned. Hver økt er på rundt førtifem minutter. Om de skal trene utendørs, trengs lenger tid.

De er seks personer i teamet som jobber med hverdagsrehabilitering i bydelen. Tre helsefagarbeidere, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sykepleier som samarbeider tverrfaglig. Teamet er dialog med andre enheter som jobber med helse og mestring for å finne fram til personer som kan ha nytte av hverdagsrehabilitering.

Starter med kartlegging

Da Mona og hennes team kom i kontakt med Berit hadde de først en kartleggingssam-



Berit Knudsen trente intensivt i halvannen måned for å klare å mestre hverdagen igjen etter en hofteoperasjon. I dag klarer hun seg fint på egenhånd.

tale for å bestemme mål for opptreningen.

– Vi undersøker hvordan hverdagen er fra du står opp om morgenen til du legger deg om kvelden, og da kommer alle de tingene som er vanskelige i hverdagen opp, hvilke ønsker de har.

Ergoterapeuten undersøker om boligen er tilrettelagt, og om alle hjelpemidler som trengs er på plass. Fysioterapeuten undersøker restriksjoner, noe det gjerne er i forbindelse med brudd, og gir råd og veiledning for øvelser. Sykepleierens oppgave er å fange opp symptomer, virkninger av medisiner og annen helseproblematikk. De gjennomfører i tillegg sykepleieoppdrag som sårskift og legging av kompresjonsbind på hovne bein. Alle på teamet trener med brukerne.

Vanlige ønsker er å kunne stå opp og legge seg selv, reise seg opp av stolen, stelle seg på badet, dusje på egenhånd, kle på seg og lage mat selv. Opptreningen starter gjerne med styrke- og balansetrening, og

de ser ofte rask progresjon på den intense treningen.

For Berits del var manglende balanse en sentral årsak til at hun ikke våget å gå ut alene. De startet med øvelser inne først, så trente de på å gå i trapper. Deretter rolige turer nedover veien, og økte lengden underveis. I tillegg trente de mye på å ta på sokkene, og hun fikk et hjelpemiddel for å kunne smøre føttene selv. Berit har psoriasis, noe som gjør fotpleien ekstra viktig.

– Nå går det greit å bøye seg ned selv, men vi trente veldig på å ta på sokkene, husker jeg, sier Berit.

Tett samarbeid med hjemmetjenesten

Hjemmetreneren har et helhetlig blikk på situasjonen og observerer kosthold og allmenntilstand. Rehabiliteringsteamet samarbeider tett med hjemmesykepleien og har mestringsmøte hver uke der de gjennomgår brukere som er på trening, og diskuterer om det er andre brukere hjemmesykeplei-

eren kjenner til som ikke klarer seg så bra hjemme lenger. Under treningsperioden kan hjemmetrenerne overta oppgaver som å lage mat og gi medisiner.

– Vi undersøker ofte hva som er i kjøleskapet, at de spiser riktig mat og får i seg nok væske. Vi har fokus på hele mennesket og kan gi kostholdsveiledning, sier Mona.

Hver sjettede helg og 2 dager i uken om morgenen jobber Mona i hjemmesykepleien, for det er ikke så mange som ønsker trening før i ti-tiden. Det er klare forskjeller mellom arbeidsformene.

– I hjemmesykepleien har du ikke tid til å jobbe slik vi gjør med å ta i bruk alle ressurser. Vi kan trygge dem. Hvis hverdagen blir vanskelig, så kan vi prate om det. Det kan være mange årsaker til at livet har blitt som det har blitt.

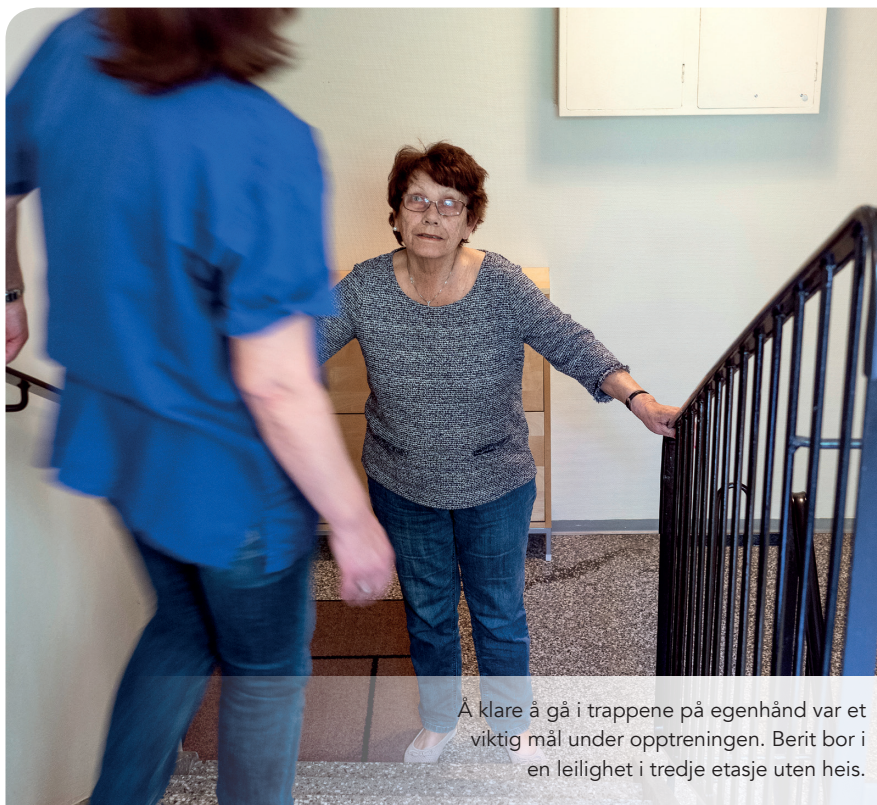
– *Hvordan hadde hverdagen vært for deg uten hjemmetrener, Berit?*

– Da hadde jeg bare måttet sitte her og fryse på beina. Da hadde jeg ikke kommet



Hjemmetreneren gjør alle øvelser sammen med brukeren. Å motivere til å ta i litt ekstra er en del av jobben.





Å klare å gå i trappene på egenhånd var et viktig mål under opptreningen. Berit bor i en leilighet i tredje etasje uten heis.



Det er gøy å jobbe tett på mennesker og se positive resultater av treningen, sier Mona Nordstrand-Nøding.

meg ut, og ikke fått behandling for føttene, svarer hun.

Alle målene som ble satt for hverdagsrehabiliteringen ble nådd, og Berit har fortsatt treningen på egen hånd. I dag har hun satt ny rekord i å gå utendørs. Hun er glad for hjelpen hun fikk gjennom treningsperioden, men skulle gjerne ha fortsatt, for det kan være vanskelig å motivere seg selv til trening på egenhånd.

Motivasjon er viktig

Å motivere brukeren er en viktig del av Monas jobb.

– Vi motiverer brukeren til å ta tilbake egne ressurser som man egentlig har, men ikke tør å bruke. Mange tror at de ikke klarer, men så gjør de det, bare de kommer over engstelsen.

– Vi setter oss ned og prater med dem om hvilke mål de ønsker å nå, og hvilke øvelser vi må gjøre for at de skal nå de målene.

– I starten er det mange som blir veldig støle og sier:

«Nå orker jeg ikke mer, jeg har så vondt.»

«Joda, du klarer det», sier jeg.

Så ser de at de klarer det, og det øker motivasjonen til å fortsette.

Hun trives veldig godt i jobben. Det gøy å se de positive resultatene. Nå demonstrerer hun og Berit hvilke øvelser de brukte å gjennomføre sammen. Hjemmetreneren utfører alltid øvelsene samtidig.

– *Hva slags egenskaper bør en god hjemmetrener ha?*

– Man bør være tålmodig. Du må gi mye av deg selv. Feedback når de trenger motivasjon, og når de virkelig gjør noe bra.

Berit er enig. Et godt samarbeid er viktig, for treningen kan være en påkjenning.

– Brukeren kan være veldig utålmodig, og bli irritert også, legger hun til og smiler.

Berit er glad for at hun har sett de samme ansiktene. At de er tre personer som har tatt seg av treningen, for man føler seg sårbar i en slik situasjon.

Mona har lang erfaring med å jobbe med mennesker fra andre yrker. Hun har

drevet egen frisørsalong, vært reiselivskonsulent og startet i bydelen i 2011 som ekstravakt. Etter hvert ble hun helsefagarbeider, og for 3 og halvt år siden begynte hun å jobbe som hjemmetrener.

– Jeg har alltid jobbet med service og tett på mennesker. Da må du ha empati og være god til å kommunisere, så andre føler at man blir sett og hørt.

Jobben som hjemmetrener har gjort Mona oppmerksom på hvor viktig det er at hjemmetjenesten ikke gjør bjørnetjenester for brukeren for å være grei og snill.

– De som vil må få bruke kreftene de har til å mestre livet, på å stille seg selv, hente posten, smøre brødskiva, lage kaffen, gå ut med rullator. Det handler om selvrespekten.

Å lage mat sammen med brukeren tar mer tid. Det har ikke hjemmetjenesten mulighet til å gjøre. Det er en jobb for hverdagsrehabiliteringsteamet.

– Når vi avslutter en bruker, så snakker vi mye med tjenesteansvarlig i hjemmesykepleien om hva vi har gjort. Flere klarer seg uten hjemmesykepleien lenge etter at vårt team har vært inne og trent, og mange har mindre behov.

Berit Knudsen trente intensivt i halvannen måned for å klare å mestre hverdagen igjen etter en hofteoperasjon. I dag klarer hun seg fint på egenhånd.



«Jobben din» – Deltas podkast om livet på jobben

«Jobben Din» er en podkast fra Delta om hverdagsheltene i arbeidslivet.

Til nå er det laget et titall episoder, og en av hverdagsheltene du kan høre er Inger Lise Friis Opsahl (23) fra Trysil. Hun jobber som assistent hjemme hos personer med nedsatt funksjonsevne.

Inger Lise er ansatt i Trysil kommune, og er i ferd med å ta fagbrev som helsefagarbeider. Jobben hennes er å veilede og støtte mennesker slik at de mestrer hverdagen.

– Jeg pleier å si at vi jobber med hendene på ryggen. Vi skal veilede og oppmuntre, ikke utføre oppgavene. Dessuten er vi i deres hjem, og da må de selv bestemme hva vi skal gjøre og hvordan ting skal være, sier Inger Lise i podkasten.

Vanlige folk i vanlige jobber

«Jobben Din» handler om helt vanlige mennesker i som oftest helt vanlige jobber. De har yrker og stillinger som alle på sin måte bidrar til at det store samfunnshjulet går rundt, og at Norge er et trygt og godt land å bo i. Du får treffe alle typer mennesker og kan ta del i lidenskapen de har for jobben sin, og utfordrin-

gene de møter hver eneste dag.

I noen episoder får du møte mennesker som er eksperter på et fagområde. En av dem er forsker Anne-Marthe Indregard ved Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hun forsker på hvordan ansatte som jobber tett på andre mennesker håndterer følelser, og hvordan det påvirker både jobbutførelse og helse.

– Det å ha medvirkning og kontroll over egne arbeidsoppgaver er viktig for å mestre følelsesmessige utfordringer, sier Anne-Marthe Indregard, i podkasten.

Søk opp podkasten «Jobben din» i din podkast-app – eller lytt direkte på delta.no:

delta.no/jobbendin

Hva skjer når dine egne følelser krasjer med det som forventes av deg?



LÆR OPP HELSEFAGARBEIDERE I LOVERKET RUNDT VELFERDSTEKNOLOGI

All teknologi krever etisk refleksjon, og det avgjørende skal være om tiltaket forbedrer kvaliteten på tjenesten for den enkelte bruker. For lite bruk av teknologi kan også være uetisk. Helsefagarbeidere trenger bedre kompetanse i lovverket for at flere brukere skal ta i bruk teknologi, mener Sissel Eriksen.

Tekst: **Ann Beate Grasdalen**

Målet med velferdsteknologi skal være å gi folk bedre liv, som mulighet til å bo trygt i eget hjem, være utendørs, klare stell og medisiner på egen hånd og få bedre nattero. Brukerens behov skal være utgangspunktet, ikke ønske om effektivisering eller modernisering. Derfor er etisk

refleksjon viktig, ikke bare i utviklingen av teknologi, men også for å vurdere behovet i hvert enkelt tilfelle. Her kan helsefagarbeidere spille en viktig rolle framover, ifølge Sissel Eriksen som jobber i Nedre Eiker kommune. Hun har vært involvert i en rekke teknologiprojekter, og med opp-

læring av helsefagarbeidere i velferdsteknologi.

Første spørsmål som skal stilles er hvorvidt brukeren er samtykkekompetent eller ikke, forklarer Eriksen som er utdannet vernepleier. Dersom svaret er ja, så skal vedkommende bestemme selv.



Foto: Sunniva Riste-Bjørkli, Øvre Eiker kommune

Sissel Eriksen er vernepleier og ansatt som seniorrådgiver i Nedre Eiker kommune. Hun har vært prosjektleder for en rekke velferdsteknologiprojekter på Østlandet, blant annet med GPS, trygghetspakker og DigiPass. De siste tre årene har hun jobbet med opplæring av helsefagarbeidere i velferdsteknologi.

«Når jeg spør hvem som vurderer samtykkekompetanse i forhold til velferdsteknologi, så sier pleiere: fastlegen. Nei, det er dere, svarer jeg, da.»

SISSEL ERIKSEN, NEDRE EIKER KOMMUNE

Hvis brukeren har kognitiv svikt må informasjonen tilpasses så brukeren forstår hensikten med tiltaket og kan gjøre et informert valg.

Hvis ikke det lar seg gjøre, må man dokumentere at brukeren har redusert samtykkekompetanse, og da blir etisk refleksjon veldig viktig for vurderingen. Dersom brukeren motsetter seg det teknologiske hjelpemidlet skal det fattes et kapittel 4a vedtak. Hvis ikke, hjemles vedtaket i enten §4-6a eller §4.6 forklarer Eriksen.

Pasient og brukerrettighetsloven danner utgangspunkt for hvilke spørsmål som skal stilles:
Er det nødvendig helsehjelp?
Hva er det minst inngripende tiltaket?
Hva er alternativene?

Tone Øderud er utdannet sivilingeniør og jobber i forskningsinstituttet Sintef med å tilpasse teknologi til mennesker med redusert kognitiv eller fysisk funksjon. Hun har jobbet mye med GPS lokaliseringsteknologi og sensorer.



Foto: Sintef

For GPS finnes klare tildelingskriterier. Det skal være trafikksikkert, brukeren skal hovedsakelig finne veien selv, kunne kle seg riktig og oppføre seg riktig.

Hva er hensikten?

Et sentralt spørsmål for all velferdsteknologi er hva som er hensikten med tiltaket. For GPS kan det være for å få økt frihet. Men hva om det viser seg at personen går seg bort hver uke? Da bør den etiske refleksjonen gjennomføres på nytt. Kanskje blir vedkommende veldig engstelig av det. I tilfelle kan GPS være uetisk.

– GPS skal ikke være en måte å slippe ut brukeren og hente vedkommende inn igjen om kvelden, påpeker Eriksen.

Etisk refleksjon bør være en gruppeøvelse, for vi tar på oss ulike roller i en diskusjon. Noen er gode til å stille de kritiske spørsmålene som skaper diskusjoner, andre kan være gode til å tilpasse informasjonen så brukeren forstår og man slipper redusert samtykke.

Mette Røhne er forsker og prosjektleder i Sintef. Hun har en doktorgrad på telematikk og master fra innenfor ledelse og strategi. Hun har jobbet mye med velferdsteknologi og hvordan teknologi kan brukes for å forbedre helse-tjenester og effektivisere dem.



Teknologien skal øke kvaliteten på tjenesten som gis. Du skal bruke den med vett, og med hånden på hjertet vite at dette er det beste for brukeren.

SISSEL ERIKSEN, NEDRE EIKER KOMMUNE

Hensikten avgjør

– All teknologi, absolutt all krever etisk refleksjon, sier Sissel Eriksen. Dersom sensorteknologi skal tas i bruk i hjemmet for å redusere fallfare, og personen ikke er samtykkekompetent, så må man vurdere hvor lenge det er til man kan gi hjelp, hvor stor risiko det er for fall, og om dette er det beste for pasienten. – Teknologien skal øke kvaliteten på tjenesten som gis. Du skal bruke den med vett, og med hånden på hjertet vite at dette er det beste for brukeren.

I sykehjem kan man bruke sengematter som varsler om en bruker går ut av sengen. Det kan være kjekt å vite for nattevaktene, men det holder ikke. For at inngrepet skal være etisk forsvarlig, så må det være til det beste for brukeren, for eksempel at pasienten har behov for hjelp på grunn av stor fallfare. At vedkommende står opp og setter seg i sofaen, eller rydder i klesskapet om natta er ikke god grunn, påpeker Eriksen.

Lær opp helsefagarbeidere

Eriksen mener for lite bruk av velferdsteknologi er et større problem enn feilbruk. For det er også etisk uforvarsomt å la være med å tilby tilgjengelig velferdsteknologi som kan gjøre brukerens liv bedre. – En av grunnene til at vi ikke tar i bruk mer velferdsteknologi, er fordi helsefagarbeidere ikke prioriteres i å få opplæring i dette, hevder Eriksen.

Veldig mange kommuner satser på å lære opp ledere, men de er ikke hjemme hos eldre som begynner å få behov for medisiner. Sykepleierne blir også prioritert,

men de tar seg ofte av de aller sykeste, og de er ikke i målgruppen for teknologi. Behovet melder seg for dem som begynner å få hjelp av kommunen med personlig hygiene, med medisintildeling, som begynner å bli utrygge. Det er på dette stadiet det er best å starte med velferdsteknologi, og disse brukerne treffer helsefagarbeidere.

- *Hva slags opplæring trenger helsefagarbeidere innen velferdsteknologi?*
- Vurdering av samtykkekompetanse.

Svarer Sissel Eriksen kontant.

- Når jeg spør hvem som vurderer samtykkekompetanse i forhold til velferdsteknologi, så sier pleiere: fastlegen. Nei, det er dere, svarer jeg, da.

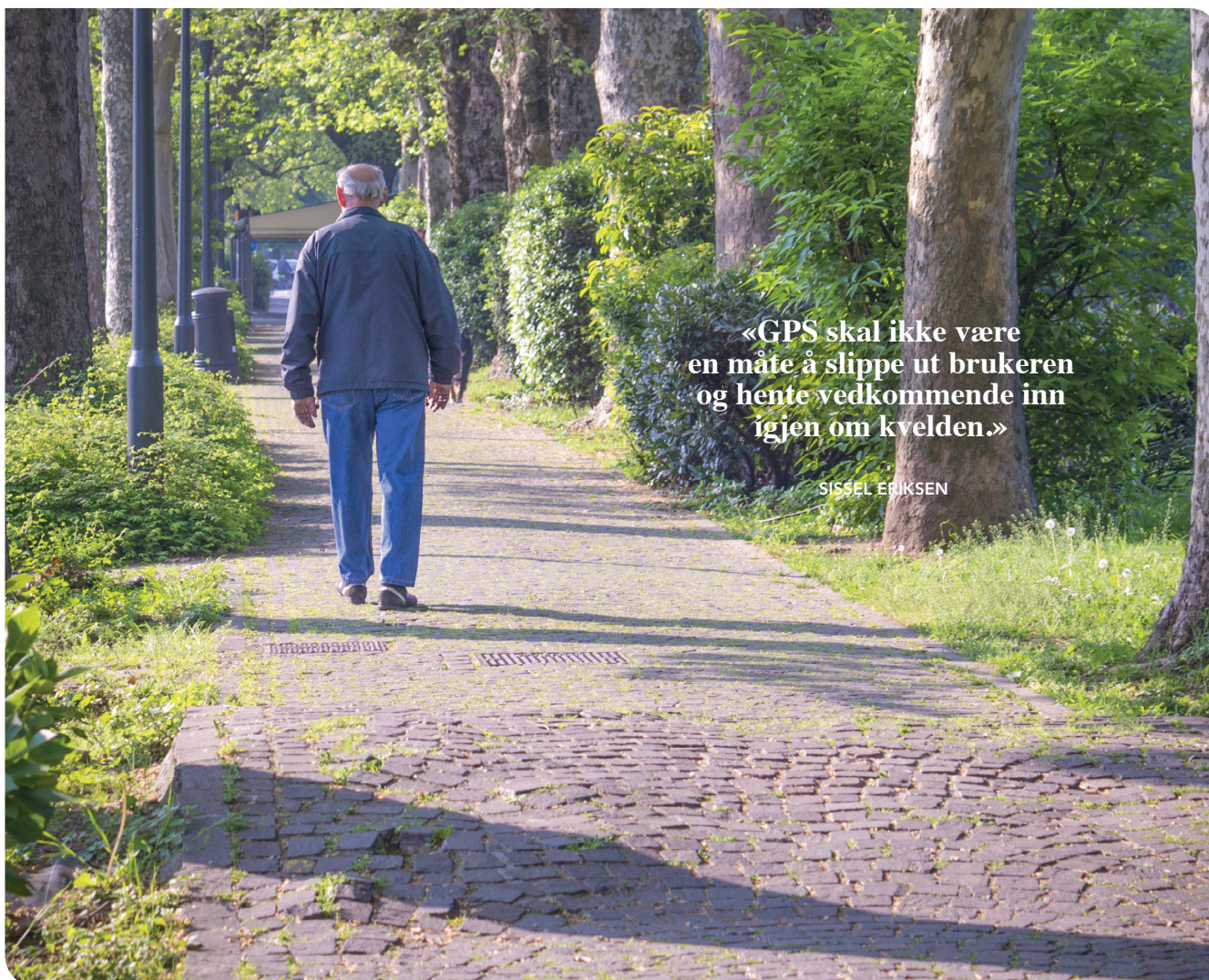
- Det er fire lovhjemler man må kjenne til for varslings- og lokaliseringsteknologi. Et utbredt problem i dag, er at personer med samtykkekompetanse får tilbud, men ikke de uten.
- Noen tror at pårørende bestemmer, men det gjør de ikke. Det skal ligge helsefaglig vurdering til grunn for tiltaket. Det andre helsefagarbeidere trenger opplæring i er hvilke muligheter som finnes.
- Ingen har valgt pleie og omsorg fordi de er opptatt av teknologi. De må bli trygge på teknologien. De må vite at det er noe som heter sengematte, dørmatte, medisindispensere, og så videre.

Eriksen kan anbefale Velferdsteknologiens ABC som er utviklet av KS. Den har undervisning, brukerhistorier og forslag til spørsmål man kan diskutere i grupper, men hun tror det er nødvendig med noe undervisning ved siden av også.

Brukerbehov er utgangspunktet

Det er brukerbehov som skal være utgangspunktet for teknologien, ikke motsatt.

- Jeg ser mye måltall rundt omkring, at vi skal ha ut hundre av det og førti av det, men det er brukerbehovet som er viktig. Det vil jeg ha bestilling på, også finner vi riktig løsning fra det. Det er



«GPS skal ikke være en måte å slippe ut brukeren og hente vedkommende inn igjen om kvelden.»

SISSEL ERIKSEN

ikke om å gjøre å få ut mest mulig teknologi.

Det er heller ikke pleiernes preferanser som skal avgjøre bruken.

– Det er uverdig å frata folk mulighet til mestring og selvstendighet ved å ta beslutninger for dem, sier Eriksen.

Hun tror pleiere kan ha lett for å overvurdere betydningen av omsorgen de gir, og undervurdere det inngripende aspektet ved pleien.

En pasient skrev opp navnene til alle de som kom til ham, inntil han hadde hundre navn på lista. Da sluttet han med den listen, og følte det som om hjemmet hans var blitt til et busstopp. Med teknologi kan han leve mer selvstendig og slippe så mange besøk.

Sosiale behov

For pleietrengende hjemmeboende kan medisindispensere redusere behov for besøk fra hjemmesykepleien, men hva om pleierne er de eneste brukeren trefter i løpet av dagen?

Eriksen har hørt dette argumentet mange ganger, men hvor stor sosial verdi har egentlig et raskt besøk fra en pleier? Istedenfor fire minutter hver dag, kan hjemmesykepleien heller ta et lengre besøk to ganger i uken for å prate og observere, eller kanskje er dagsenter et bedre tiltak for å oppfylle sosiale behov.

Tone Øderud i Sintef jobber med å tilpasse teknologi og tjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse, og samarbeider med mange kommuner. Denne problemstillingen dukker av og til opp hos henne også.

– Vi bør i større grad ta høyde for at brukerne har sosiale behov som både kommunen og frivillige kan hjelpe til med, og bruk av teknologi kan også bidra til sosial kontakt, sier Øderud.

«Vi tar i bruk lokaliseringsteknologi for å gi folk trygghet og frihet, til å leve slik de ønsker å leve og det synes jeg er positivt, men vi må bruke den med omhu. Vi må vite hva teknologien er god for, for å unngå falsk trygghet.»

TONE ØDERUD, SINTEF

Falsk trygghet

Hun har jobbet mye med tilpasning av lokaliseringsteknologi for hjemmeboende og i institusjoner, og har fulgt utviklingen siden de første pilotprosjektene allerede i 2011. Disse la grunnlaget for at Pasient og brukerrettighetsloven ble justert i 2013, og det ble tillatt å bruke GPS for voksne personer uten samtykkekompetanse, gitt at man følger retningslinjene som Sissel Eriksen referer til.

– Vi tar i bruk lokaliseringsteknologi for å gi folk trygghet og frihet, til å leve slik de ønsker å leve og det synes jeg er positivt, men vi må bruke den med omhu. Vi må vite hva teknologien er god for, for å unngå falsk trygghet.

Om man har alarmer som løses ut, og et mottaksapparat som ikke fungerer, kan velferdsteknologi bli en sikkerhetsrisiko.

Teknologien er en liten brikke og bruk velferdsteknologi bør i størst mulig grad handle om mennesker og organisering av tjenesten, ikke om teknologi, som kanskje får for mye oppmerksomhet, mener Øderud.

Bedre organisering trengs

I dag skorter det ikke på duppedingser, men mange av disse er ikke tilpasset bruk i helse- og omsorgssektoren. Videre er det ofte mangel på gode løsninger i kommunen for å organisere tilbudet og håndtere all informasjon. Mange forskjellige dataprogrammer som ikke snakker sammen, flere passord som lett blir glemt om man

ikke er inne i programmet til daglig, tidkrevende påloggingsrutiner og dårlig tilgang til PC-er er eksempler på flaskehalsen i dag. Det holder ikke at dataprogrammet er godt utviklet om de ansatte går rundt med gule lapper med viktig informasjon som de må huske på å skrive inn i journalen når PC-en er ledig, for eksempel.

Dokumentasjon, tester og kartlegginger, sensoralarmer som går av, planlegging av arbeid, samarbeid på tvers av vakter, alt dette er prosesser som må håndteres på en typisk arbeidsplass i en institusjon eller i hjemmetjenesten. Informasjonsmengden vokser, det samme gjør krav til effektivitet og samarbeid. Gode verktøy for å få rask oversikt kan bidra til bedre arbeidsflyt.

Se for deg at all informasjonen du trenger kommer opp automatisk når du trykker på skjermen, for på håndledet har du en chip som sørger for å logge deg inn og gi deg de nødvendige tilgangene du trenger. Her kan du se hvilke arbeidsoppgaver som venter teamet ditt i dag, hvilke oppgaver som haster, og hvor lang tid de er beregnet å ta.

Etisk refleksjon er også nødvendig med hensyn til hvordan informasjon presenteres. På institusjoner kan man for eksempel ikke koble sensorer opp til navn, men til romnummer, sier Mette Røhne.

Hun jobber i Sintef med verktøy som skal støtte arbeidsprosessene og gjøre oppgavene synlige slik at de ansatte lettere får oversikt, både hver for seg og under avdelingsmøter.

«Det er viktig å beholde den sunne skepsisen, men se etter muligheter innenfor det som er forsvarlig å gjøre. Digitalt tilsyn kan være viktig og riktig for å våke over personer som har behov for det.» Mette Røhne, Sintef

Digitalt tilsyn

Røhne tror mye mer av tilsynet vil skje via skjermer framover, såkalt digitalt tilsyn med kamera. For tiden er hun involvert i prosjekter der digitale tilsyn

blir prøvd ut på institusjon og hos hjemmeboende.

Skal man filme, ta stillbilder, hvilken oppløsning bør være på bildet, bør man ikke vise bilde i det hele tatt, men bruke varmesensor istedenfor? Krav til pasientsikkerhet, personsikkerhet, minst mulig inngripen og datasikkerhet er eksempler på hensyn som må veies opp mot hverandre i slike prosjekter.

Skal pleierne ha tilgang til kamera hele tiden, eller bare til bestemte klokkeslett? Skal dataene lagres eller slettes igjen umiddelbart etterpå?

Kanskje gir det økt pasientsikkerhet å kunne lagre bildene, slik at man kan gå tilbake i tid. I tilfelle må dette hensynet veies opp mot personsikkerheten.

– Mange ansatte har først en tendens til å være negative til å ta i bruk digitale tilsyn. De synes det er skummelt med kamera og overvåking, men når de får mer informasjon, så ser

de at teknologien åpner opp for mange muligheter, sier Røhne.

– Det er viktig å beholde den sunne skepsisen, men se etter muligheter innenfor det som er forsvarlig å gjøre. Digitalt tilsyn kan være viktig og riktig for å våke over personer som har behov for det.

Behovet for uforstyrret nattesøvn er viktig. Det kan forsvare bruk av sensorer og digitalt tilsyn på natten, slik at pleiere ikke behøver å gå inn på rommet, med mindre det er behov for det. Om dagen kan situasjonen være helt annerledes. Besøket på rommet er ikke forstyrrende, og pleieren kan benytte tiden til å prate med brukeren og observere. Da kan bruk av kamera eller sensorer bli vurdert annerledes.

– *Er det greit å ta i bruk velferdsteknologi utelukkende ut fra økonomiske hensyn?*

– Da tror jeg ikke at du skjønner hva det koster, svarer Sissel Eriksen. – Det er bedre kvalitet på tjenesten som må være målet.

For en pasient med Parkinson som trenger medisiner åtte ganger om dagen, så vil det være en kjempebesparelse å lease en medisindispenser, men det vil ikke lønne seg for en bruker som tar medisiner annenhver dag. Dørsensorer gir økt trygghet, men reduserer ikke kostnader, for de færreste har tilsyn på natt, påpeker Eriksen.

På sykehjemmet koster det mye å kjøpe sengematter, og det er lite å spare på det, for de ansatte går rundene slik de alltid har gjort.

På sikt kan velferdsteknologi lede til besparelse for kommunen generelt, men det skal ikke være avgjørende for enkelttiltak, og man kan aldri vite eksakt på forhånd hvilke tiltak som vil lede til reduserte kostnader og hvilke som ikke vil gjøre det.



Illustrasjonsbilde: Shutterstock.com

Ny velferdsteknologi: **OPPLÆRINGSVERKTØY FOR VIRTUELLE HJEMMEBESØK**

Mange fysiske hjemmebesøk kan nå erstattes av virtuelle hjemmebesøk utført med audiovisuelle kommunikasjonsverktøy. En ny simuleringsmetode med brukermanual skal hjelpe helsepersonell å utnytte dem best mulig.

Tekst: **Steinar Steinkopf Sund**



Illustrasjonsfoto: Shutterstock.com

For å lære avstandsoppfølging kan helsepersonell simulere samtaler der en person spiller pasient og en person spiller pleier. Noen kan eventuelt være med som pårørende mens resten er observatører



Veslemøy Guise har laget en opplæringsmanual som skal hjelpe sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten til å få mest mulig ut av virtuelle hjemmebesøk. Hun jobber ved Universitetet i Stavanger, og vil gjerne dele manualen med andre.

Når ny velferdsteknologi blir tatt i bruk i helsetjenesten, må de ansatte lære seg nye måter å arbeide på. Veslemøy Guise ved Universitetet i Stavanger har utviklet en simuleringmetode med opplæringsmateriale som hun har testet ut i hjemmetjenesten og har tatt doktorgraden på arbeidet. Guises doktorgradsarbeid handler om virtuelle hjemmebesøk der pasienten kommuniserer med helsepersonell hjemmefra ved hjelp av audiovisuelle kommunikasjonsverktøy. Målet med forskningsprosjektet var å lage et opplæringsverktøy for folk som ikke hadde brukt simulering før. Det ble utviklet i samarbeid med sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere i hjemmesykepleien i to kommuner, og testet ut på 14 ansatte i hjemmesykepleien.

Hun forteller i et intervju med Helsefagarbeideren at opplæring er nødvendig, siden nye arbeidsmetoder nå er på full fart inn i hjemmetjenesten.

– Det dreier seg om videotelefoni der pasienten bor hjemme. Opplæringsmaterialet er utviklet sammen med de ansatte som skal ta det i bruk, forteller hun.

Simuleringen utøves av helsepersonell, der en person spiller pasient og en person spiller pleier. Noen kan eventuelt være med som pårørende mens resten er observatører.

– Vi bruker utstyr som muliggjør videosamtale. Simuleringen innebærer at deltakerne sitter på hvert sitt rom og snakker sammen på

avstand, slik som en ville gjort det i virkeligheten, forklarer hun.

Opplæringen er simuleringbasert og kan brukes sammen med enkel teknologi av forskjellig type, og det fungerer slik at studentene simulerer scenarier med hverandre. Studentene bytter med andre ord på å være «pasient» og «helsepersonell», mens andre kan simulere pårørende.

Hensikten er å trene helsearbeiderne til å kunne gi helsehjelp til pasienter ved bruk av videotelefon der både pasient og helsearbeider kan se hverandre og snakke sammen.

– Alle som var med fikk prøve seg i begge rollene for å få best mulig innsikt i opplevelsen, forteller hun.

Når man er hjemme hos noen, så får man mye informasjon visuelt ved å se seg om i rommet og kan trekke noen slutninger ut av det. Når vi mangler den visuelle muligheten, så må vi stille spørsmål i stedet.

VEBLEMØY GUISE

Et supplement

Guise har laget en opplæringsmanual som skal hjelpe sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten til å få mest mulig ut av virtuelle hjemmebesøk.

– Videotelefon kan brukes slik at hjemmetjenesten kan redusere behovet for å dra hjem til folk. De bruker mye tid på transport og når formålet kanskje bare er et enkelt tilsyn, for å se hvordan pasienten har det, så kan det like gjerne gjøres ved hjelp av teknologi, mener hun.

Hun presiserer likevel at virtuelle hjemmebesøk skal være et supplement og skal ikke brukes til å gi pasientene et dårligere tilbud. De scenariene som de har trent på omfatter veiledning og observasjon av pasienten, blant annet ved selvmedisinering. Der kunne de følge med på at pasienten håndterte dosetten riktig og tok de nødvendige medisinene. Pasienter med diabetes kunne måle blodsukkeret selv under

tilsyn, og helsearbeiderne kunne veilede pasienten i å administrere insulin-inntak.

– Det er også andre målinger som pasienten kan gjøre selv, det er mange muligheter med slik teknologi, sier Guise.

Teknologiavhengig

Måleresultatene kan i teorien overføres direkte via annen teknologi slik at helsearbeiderne kan lese av blodsukker, oksygenmetning eller andre måleresultater direkte på skjermen. Uten videobesøket måtte denne typen målinger gjennomføres med fysisk hjemmebesøk. Et virtuelt besøk har likevel noen begrensninger og helsearbeiderne ble derfor trent opp til å stille en del spørsmål som de ellers ikke ville behøve å stille.

– Når man er hjemme hos noen, så får man mye informasjon visuelt ved å se seg om i rommet og kan trekke noen slutninger ut av det. Når vi mangler den visuelle muligheten, så må vi stille spørsmål i stedet, forklarer hun.

Forskningsprosjektet hennes har vist at de virtuelle møtene kan gjennomføres med forskjellig type teknologi, og man trenger ikke nødvendigvis kostbart videokonferanseutstyr.

– Man kan for eksempel bruke Skype, bare man sørger for sikre kanaler. Det arbeides også med ny teknologi, forteller hun.

Bruk av TV-skjerm

Det dreier seg om en boks som kan kobles til TV-en og gjøres tilgjengelig for pasienten samtidig som det kan være en klient på datamaskinen til helsearbeideren.

– Tanken er at det skal være veldig enkelt å håndtere, legger hun til.

Akkurat den løsningen ble ikke implementert i forsøkskommunene hennes, hovedsakelig fordi systemet ikke ble ferdig i tide. Noen kommuner har allerede tatt i bruk virtuelle hjemmebesøk, men de bruker forskjellige typer teknologi. Noen bruker videokonferanseutstyr.

De ansatte som deltok i forsøket var uansett veldig positive.

– Det gir så mange fordeler både for en selv og for pasienten.

Hun legger til at systemet ikke ble testet ut med pasienter, kun med helsepersonell. De ansatte som var med mente likevel at det absolutt ville være greit å håndtere for enkelte av deres pasienter, men selvsagt ikke for alle.

– Derfor må man utføre jevnlige vurderinger av hvilke pasienter dette kan passe for, presiserer hun.

Systemet er ikke bare ment for eldre mennesker, men for alle typer pasienter og alle aldersgrupper der det er et behov for tilsyn og at noen for eksempel følger med på selvmedisinering og prøvetaking, der de kan utføre det selv.

Del av Nasjonalt velferdsteknologi-program

Avstandsoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologi-program, som er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet og skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi.

Avstandsoppfølger er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.

Pasienten gjør avtalte målinger i egen stue og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett. Resultatene overføres til en respons- eller oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller dersom målingene er utenfor normalverdiene. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning utfra pasientens behov for oppfølging, og vurderer sammen med pasienten om det er behov for kontakt med fastlege eller legevakt.

Målgruppen for avstandsoppfølging er pasienter med kroniske sykdommer, og risiko for

forverring av tilstanden, risiko for reinnleggelse i sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder pasienter med ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Disse har ofte sammensatte og store behov for oppfølging. Flere kommuner har fått tildelt tilskudd til videre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging fram til 2021.

Ble tryggere

En av dem som har vært med å prøve ut denne arbeidsmetoden er Ingrid Aarstad fra Egersund i Rogaland. Hun deltok i prosjektet helse@hjemme ved Helse Stavanger Hf som inkluderte totalt 18 kommuner i Rogaland og tok sikte på å hjelpe langt framskredne KOLS-pasienter til å føle seg tryggere hjemme og redusere antall liggedøgn på sykehus.

Aarstad forteller at de til å begynne med brukte såkalte KOLS-kofferter som de leide fra Danmark. Det var egentlig ikke noe annet enn en avansert TV-skjerm med en av- og påknapp som muliggjorde direkte kommunikasjon mellom pasienten og helsearbeideren.

– Den muliggjorde video-oppfølging slik at pasienten kunne gjennomføre noen målinger selv, som måling av lungefunksjon og puls- og oksygenmetning, forteller hun.

– Det var en dyr løsning, så vi gikk etter hvert over til å bruke et nettbrett med touch-

funksjon. Da måtte vi gå bort fra spirometri, men vi kunne fortsatt beholde måling av puls og oksygenmetning.

Aarstad forteller at pasientgruppen de betjente bestod av godt voksne mennesker, og mange var over 80 år. Noen av dem fikk problemer med å bruke touchskjermen og det var ikke alltid de klarte det.

– Da måtte vi gjøre det for dem. Vi kunne fjerne styre nettbrettet.

Pasientene ble fulgt opp på denne måten i to uker etter sykehusoppholdet og de fikk snakke med helsepersonell i 14 dager. Hensikten var å forebygge forverring.

– Vi hadde veldig dårlige pasienter, men det var en stor trygghet for dem å vite at de kunne ringe. De hadde en fast avtale hver dag, forteller hun.

Pasientene var ifølge Aarstad veldig fornøyd med ordningen og scoret høyt både på trygghet og informasjon. Antall liggedøgn på sykehus gikk også ned i løpet av prosjektperioden.

– De slapp lange innleggelser og de fleste kunne ta medisin og gjennomføre målinger selv, forteller hun.

Dessverre ble prosjektet avsluttet på grunn av mangel på ressurser. Selv ble hun mye alene om oppfølgingen og måtte slutte for ikke å slite seg ut.

– Men det var moro å holde på. Vi følte at vi gjorde en god jobb, fastslår hun.

Fagskolen Innlandet

HELSEFAG - FAGSKOLEUTDANNING FOR FREMTIDEN

Økt kunnskap gir bedre lønn og interessante arbeidsoppgaver

Det er fortsatt ledige plasser ved enkelte av våre helsefagstudier på Gjøvik, Storhamar og Trysil. Sjekk www.fagskolen-innlandet.no for mer informasjon og nedlastning av søknadsskjema, eller ring oss på +47 61 14 54 00.



Delta Ung

Caroline Regine Arnesen

caroline.arnesen@helsefagarbeidere.no



– VI FIKK IKKE HØRE NOE OM FAGSKOLEUTDANNINGER PÅ SKOLEN

Caroline Regine Arnesen var ferdig utdannet for to år siden, og sitter i styret i Helsefagarbeidere i Delta som Delta Ung representant. Hun gikk rett fra ungdomsskolen til helsearbeiderfaget på videregående. Nå er hun i fast jobb i hjemmesykepleien i Tønsberg. I midten av juni har hun en fagskoleutdanning som barnepleier i boks, men det var tilfeldig at hun fikk kjennskap til den utdanningen.

– Jeg fikk høre av læreren min at det er et yrke som heter barnepleier, men måtte søke på internett for å finne ut hvordan man kom seg dit. Vi fikk ikke høre noe om

fagskoleutdanninger på skolen, forteller Caroline som tror det kan være en medvirkende årsak til at så mange helsefagelever på videregående går videre til sykepleie.

– Dessverre er det mange som går ut som helsefagarbeider og tenker at de må bli sykepleiere for å få økt kompetanse og økt lønn. Om de hadde fått vite at det fantes fagskoleutdanninger, så hadde flere kanskje valgt det.

– Jeg tror ikke at det er så mange som vet om muligheten til å ta fagskole, som vet om hvor mange retninger man kan gå. Sier hun og ramser opp noen av mulighet-

ene: – demensomsorg, rus og psykiatri, barsel og barnepleie og ernæring.

Caroline ønsker å jobbe med barn, men ikke i barnehage. Hun vil jobbe med dem som trenger litt mer omsorg. I hjemmesykepleien har de også brukere som er barn, der foreldre trenger avlastning med mating, bleiestell og overvåkning om natten. Fagskoleutdanningen har allerede gitt Caroline en mer attraktiv jobbhverdag.

– Jeg har ropt høyt på jobb at jeg tar videreutdanning innenfor barn, og da har jeg fått andre tilbud, forteller hun.



Leder

Jette Dyrnes

jette.dyrnes@delta.no

908 93 166



Nestleder

Basse Berger

basse.berger@helsefagarbeidere.no

481 95 477



Region Nord

Helene Berg Johansen

helene.berg.johansen@helsefagarbeidere.no

412 19 831



Region Sørøst

Marianne Hansen

marianne.hansn@helsefagarbeidere.no

906 23 632



Region Sørvest

Kenneth Langøen

kenneth.langoen@helsefagarbeidere.no

411 05 788



Region Midt

Eva Annette Drage

annette.drage@helsefagarbeidere.no

908 11134



Abonner på helsefagarbeideren

Helsefagarbeideren vil inspirere ansatte innen helse og omsorg ved å formidle historier fra arbeidsplasser og erfaringer fra prosjekter i sektoren. Med fagartikler går vi i dybden og oppmuntrer til faglig utvikling. Vi vil bidra til at helsefagarbeidere som yrkesgruppe videreutvikler sin faglige identitet. Vi dekker saker om eldre og funksjonshemmedes helse og livsvilkår, som organisering av helse- og velferdstilbud, tverrfaglig samarbeid, velferdsteknologi, fagutvikling, kosthold og rehabilitering. Vi skriver også om etter- og videreutdanning for helsefagarbeidere, og lønns- og arbeidsvilkår.

Bestill abonnement:
www.tidsskriftet.helsefagarbeidere.no



Fire utgaver av fagtidsskrift i året og regelmessige utgivelser av temahefte. 350,- kr

Benytt temahefter i undervisning

Temaheftene for helsefagarbeidere gir innføring i viktige fagområder på en variert og lettlest måte. Heftene inneholder grunnleggende fakta om temaet, praktiske råd og innføring i helsetjenester knyttet til feltet. Reportasjer fra inspirerende arbeidsplasser, intervjuer med fagpersoner fra relevante fagfelt og tips til videre fordypning. Innholdet i temaheftene kan knyttes opp til kompetansemål i læreplanen og gir i mange tilfeller innføring i fagområder der det eksisterer lite informasjon.

Utgitte temaer: diabetes – kultur – menneskerettigheter – matomsorg – munnhelse – hørsel – fothelse

Bestill temahefte: jette.dyrnes@delta.no
Skriv navn på hefte, antall eksemplar, mottakeradresse og fakturaadresse.



Bestill klassesett 500 kr + porto for 20 eks av et temahefte. 30 kr + porto per eksemplar.



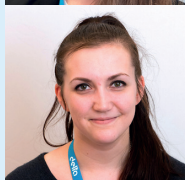
Vi tilbyr medlemskap for helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og andre yrkesgrupper innen helse- og sosialsektoren, uavhengig av utdanningsnivå. Elever, lærlinger og studenter er også velkommen som medlemmer.



Region Øst
Svein Olav Tøndel
seven@helsefagarbeidere.no
452 45 245



Region Vest
Sarah Triki
sarah.triki@helsefagarbeidere.no
941 10 841



Region Innlandet
Inger Lise Friis Opsahl
inger.lise.opsahl@helsefagarbeidere.no
988 82 529

Helsefagarbeideren

Utgiver:
Helsefagarbeidere i Delta

Internett:
www.helsefagarbeidere.no -
www.tidsskriftet.helsefagarbeidere.no

Forsidefoto:
Anne C. Eriksen

Annonser:
Salgsfabrikken AS ved Lena Gard
lena@salgsfabrikken.no
Tlf: + 47 91903867

Opplag:
10.176 Opplagstall godkjent av Fagpressen

ISSN: 1893-661X

Helsefagarbeideren styres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten.



Returadresse
Delta
Postboks 9202 Grønland
0134 Oslo

Foto: Mario Travani



GAVEN
SOM REDDER
LIV

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Det er flere måter å støtte Leger Uten Grenser på:
Du kan vippse et valgfritt beløp til 2177, eller
benytte kontonummer: 5005 06 36728.

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar,
samt navn på giver(e) av gaven.

Du finner mer informasjon på vår nettside
www.legerutengrenser.no.

Sammen redder vi liv!



upartisk // nøytral // uavhengig