



02
2016

Sykepleien

Gener. Nå kan hvem som helst ta en test. **26**

Er det smart å vite alt?

● **Hva skjer**
Der sårene gror
bedre. **20**

● **Sykepleie**
Når helsepersonell
blir pårørende. **62**

● **Påfyll**
Nytt liv til gamle
stemmer. **72**

● **Meninger**
Anette Sagen
hopper ut i det. **84**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,30 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,40 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,30 %.

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,38 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 646 667.
Boliglån: Effektiv rente 2,48 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 676 584.
Rammelån: Effektiv rente 2,48 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 676 584.
Prisene er per 23.11.2015 for nye lån og kan bli endret.





Bio-Oil® er et spesial hudpleieprodukt utviklet for å redusere synligheten av arr, strekkmerker og ujevn hudtone. Bio-Oil® inneholder naturlige oljer, vitaminer og den banebrytende formuleringen PurCellin Oil™. For ytterligere produktinformasjon og resultater av kliniske studier, vennligst se bio-oil.com. Bio-Oil® er det mest solgte arr-og strekkmerkeproduktet i 18 land.* Veil.pris 119kr/60ml.

*bio-oil.com

▼ Anoro «GlaxoSmithKline»

C **Adrenergikum + antikolinergikum.**

ATC-nr.: R03A L03

T INHALASJONSPULVER 55 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneh.: Umeklidiniumbromid tilsv. umeklidinium 62,5 µg, (tilsv. avgitt dose 55 µg), vilanterol (som trifenatat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Regelmessig bronkodilatorerende behandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig, helst til samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da dette ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved astma pga. manglende data. Preparatet seponeres umiddelbart ved paradoksal bronkospasme, og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll. Ved forverring av kols under behandlingen, bør pasienten vurderes på nytt. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, da hjerterytmie, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan oppstå. Bør brukes med forsiktighet ved urinretensjon eller trangvinkelglaukom (pga. antimuskarinerg effekt). Beta₂-agonister kan gi betydelig hypokalemi, som potensielt kan gi kardiovaskulære bivirkninger. Reduksjon av serumkalium er vanligvis forbigående og krever ikke tilskudd. Det er ikke sett klinisk relevante effekter av hypokalemi ved anbefalt dose, men forsiktighet bør utvises ved bruk samtidig med andre legemidler som potensielt kan forårsake hypokalemi. Beta₂-agonister kan gi forbigående hyperglykemi. Ved behandlingsoppstart bør plasmaglukose monitoreres tettere ved diabetes, selv om det ikke er sett klinisk relevant effekt på plasmaglukose ved anbefalt dose. Bør brukes med forsiktighet ved krampelidelser, tyreotoksikose og hos pasienter som er uvanlig følsomme for beta₂-agonister. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP3A4-hemmere grunnet mulig økt systemisk eksponering for vilanterol. Samtidig bruk av andre langtidsvirkende muskarinantagonister eller langtidsvirkende beta₂-agonister (alene eller som del av kombinasjonsbehandling) er ikke studert, og er ikke anbefalt da det kan forsterke bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide. Bør kun brukes dersom forventet nytte for moren er oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Utskillelse i morsmelk er ukjent, men andre beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Obstipasjon, munntørrehet. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, sinusitt, nasofaryngitt, faryngitt, øvre luftveisinfeksjon. Luftveier: Hoste, orofaryngeal smerte. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerne/kar: Atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rytme, takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler, palpitasjon (hjerterebank). Hud: Utslett. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. utslett. Nevrologiske: Tremor, dysgeusi. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Immunsystemet: Anafylaksi, angioødem, urticaria. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Sannsynligvis tilsv. bivirkninger av inhalerte muskarinantagonister (f.eks. munntørrehet, synsforstyrrelser og takykardi) eller overdoseringssymptomer med andre beta₂-agonister (f.eks. arytmie, tremor, hodepine, palpitasjoner, kvalme, hyperglykemi og hypokalemi). **Behandling:** Støttende, inkl. tilstrekkelig monitorering om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger se selektive beta₂-agonister R03C C side c og antikolinergika R03B B side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (umeklidinium) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Umeklidinium er et kinoklidinderivat med aktivitet på flere subtyper av muskarinreseptoren. Gir bronkodilasjon ved kompetitiv hemming av binding av acetylkolin til muskarinreseptorer på glatt muskulatur i luftveiene. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylsyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til sykklisk AMP (cAMP). Økt cAMP gir relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 5-15 minutter. Absolutt biotilgjengelighet av umeklidinium og vilanterol er hhv. 13% og 27% av dosen, minimalt bidrag fra oral absorpsjon. Steady state nås for umeklidinium innen 7-10 dager, og for vilanterol innen 6 dager. **Proteinbinding:** Umeklidinium: 89% *in vitro*. Vilanterol: 94% *in vitro*. **Fordeling:** V_d: Umeklidinium: 86 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av umeklidinium og vilanterol etter inhalert dose i 10 dager er hhv. 19 timer og 11 timer. Plasmaclearance av umeklidinium og vilanterol etter i.v. administrering er hhv. 151 og 108 liter/time. **Metabolisme:** Umeklidinium: Hovedsakelig via CYP2D6, og er et P-gp-substrat. Vilanterol: Hovedsakelig via CYP3A4, og er et P-gp-substrat. **Utskillelse:** Umeklidinium: Feces (92%) og urin (<1%). Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Inhalatoren bør oppbevares i den forseglede folieboksen for å beskytte mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser; kr. 598,70. 3 x 30 doser; kr. 1713,70. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ < 65 % av forventet verdi- post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spiometri. Hvis spiometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Sist endret: 03.12.2015

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon:
22 70 20 00

Referanser: **1.** Maleki-Yazdi MR, Kaelin T, Richard N et al. Efficacy and safety of umeklidinium/vilanterol 62.5/25 mcg and tiotropium 18 mcg in chronic obstructive pulmonary disease: results of a 24-week, randomized, controlled trial. *Respir Med* 2014 Dec;108(12):1752-60. **2.** Maltais F, Singh S, Donald AC et al. Effects of a combination of umeklidinium/vilanterol on exercise endurance in patients with chronic obstructive pulmonary disease - two randomized double-blind clinical trials. *Ther Adv Respir Dis* 2014; Dec;8(6):169-181. **3.** Anoro preparatomtale (01.10.2015).

* I den største av tre studier (n=905). Primært endepunkt: gjennomsnittlig endring fra baseline i trough FEV₁ på dag 169: Spiriva 93 ml, Anoro Ellipta 205 ml, forskjell 112 ml (p<001).

§ Exercise Endurance Time (EET) økte med 62,9 sek fra en baseline på 307 sek (21%) i en *post hoc* analyse av to studier (n=246). Forskjell i økning sammenlignet med placebo var 43,7 sek (p=0.001).

*Dobbel bronkodilatator til symptomlindrende
vedlikeholdsbehandling av kols³*



ANORO[®] ELLIPTA[®]
umeklidinium/vilanterol

*Gi dine kolspasienter med tungpust dobbel bronkodilatasjon og
muligheter for et mer aktivt liv^{1,2}*



Gir dobbelt så stor
bedring i lungefunksjon
vs. Spiriva (tiotropium)*¹



Større fysisk
utholdenhet med
muligheter for et mer
aktivt liv²



Klar-til-bruk
Ellipta inhalator³



1 inhalasjon daglig³

Den mest vanlig rapporterte bivirkningen med Anoro Ellipta var nasofaryngitt (9 %). Kardiovaskulære effekter som hjertearrytmier, f.eks atrieflimmer og takykardi, kan sees etter bruk av muskarinreseptor-antagonister og sympatomimetika, inkludert Anoro Ellipta og bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom³.

ANORO ELLIPTA er utviklet i samarbeid med  Theravance



©2015 GSK group of companies. All Rights Reserved.

For mer informasjon - besøk helse.gsk.no

NOR/UCV/0044/15(1) Desember 2015

RISSKOV BILFERIE

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO

Kun 2 timer
fra Oslo

Risskov
SUPER
TILBUD

Inkl. 2 x middagsbuffé

Ski in / Ski out - nyt wellness & spa

SPAR OPP
TIL 940,-

1599,-

Hygge på fjellet
Norefjell Ski & Spa

★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x middagsbuffé
- Inngang til Bøseter bad + trening
- Gratis parkering & internett

Norefjell Ski & Spa har to år på rad blitt kåret til Norway's Leading Spa Resort. Behagelig område med flott natur. Ta turen og opplev fjellroen med god mat, wellness og avslapning.

Ank.: Inntil 22.12.16 |

Flott utgangs-
punkt for tur til
Prekestolen



Kronen Gaard Hotell er et annerledes, koselig og intimt hotell.
Hovedhuset i sveitserstil ble bygget i 1898 av trelaster Gabriel Block Watne

🇳🇴 | Vestlandet

Kronen Gaard har en unik stil

Kronen Gaard ★★★★★

Kronen Gaard Hotell ligger på Watne, like utenfor Sandnes i Rogaland. Kjøkkenet på Kronen Gaard legger vekt på råvarer fra lokale leverandører. Kjøkkensjefen velger selv ut råvarene og garanterer god smaksopplevelse

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters middag
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP
TIL 435,-

899,-

Ankomst: Inntil 21.12.16

3 overnattinger 1.399,-

BOOK
NÅ!!



🇩🇪 | Nordsjøkysten | Bestill innen 30.04

En sjarmerende kanalby

Hotel Stadt Hamburg ★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x velkomstdrink
- Gratis parkering
- Adgang til innendørs pool

Ankomst: Inntil 26.04.16 | Sesongtillegg fra kr. 30 / døgn

Ta en miniferie i den hyggelige kanalbyen Friedrichstadt, som er populær året rundt. Byen kan skilte med hyggelige kanaler og trivelige gamle hus.

Sjekk prisen på oppholdet

KJEMPETILBUD

439,-



🇩🇪 | Østersjøkysten

Ferie nære ved havet

Hotel Atlantis ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 3-retters meny
- Adgang til indendørs pool
- Gratis lån av sykler

Ankomst: Inntil 19.03.16 | Sesongtillegg fra kr. 30 / døgn

Besøk Hotell Atlantis med vakker beliggenhet ca. 50 meter fra Timmendorfer Strand og 150 meter fra sentrum av badebyen med innbydende utendørs cafeer og butikker.

Vakker kanalby

SPAR OPP
TIL 593,-

729,-

Miljøtillegg 3 EUR / døgn

RISSKOV
BILFERIE

Oppgi kode: REISE



www.risskov.no

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.



32 82 90 00

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,-

VÅRTILBUD!

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme

**Risskov
SUPER
TILBUD**

Inkl. 3 x 3-retters middag



Tilgang
til
pool

**Risskov
Bestselger**

Book
2-5 netter

SPAR OPP TIL **968,-**

669,-

**Opplev Nordjylland
Dronninglund Hotel
Dronninglund, Danmark**
★★★

På Dronninglund Hotel både bor og spiser dere godt, ikke langt fra mange fine strender og flere av Nordjyllands spennende byer.

Ank.: Inntil 20.12.16 | Priser varierer fra 699-1039,- avhengig av ank. mnd og dag.

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- 3 x 3-retters meny/buffé
- 3 x kaffe og småkaker
- 3 x før middag drinks



Bohusgården er et vakker og moderne hotell med en stor og eksklusiv velvære-og spa-avdeling. Utenfor finnes et spektakulært promenade område som gjør hotellet til en ekte perle.

🇸🇪 | Götaland

Balkong & havutsikt

Bohusgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x SPA-entré
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ankomst inntil 30.05.16

4★★★★★wellness opphold

SPAR OPP TIL **463,-**

929,-

**BOOK
NÅ!**



Kvitfjell Hotel har en fantastisk beliggenhet i Gudbrandsdalen med panoramautsikt over dalen og alpinbakkene i Kvitfjell. Lokasjonen har ski-in & ski-out både for langrenn og alpint

🇳🇴 | Gudbrandsdalen | Bestill innen 29.02

Bestill innen 29.02.15

Kvitfjell Hotel ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x alkoholfri velkomstdrink
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ankomst: Inntil 16.04.16 | Sesongtillegg fra kr. 135 / døgn

3 overnattinger 1.099,-

SPAR OPP TIL **650,-**

729,-

**FLYTIPS
RYANAIR
RYGGE-BERGAMO**



Fra Hotel Cristina har dere en herlig utsikt utover Gardasjøen. Hotellet har flotte utendørsbassenger med en bar og restaurant. Gratis inngang til wellness & spa.

🇮🇹 | Gardasjøen

Opphold i standardrom

Hotel Cristina ★★★

- 4 x overnatting m. frokostbuffé
- 4 x kveldsbuffé m. drikke
- 4 x kaffe og småkaker (16-17)
- 1 x søtt + vann ved ankomst
- 20 % rabatt på greenfee

Ankomst: 19.03.16 - 10.10.16 | Sesongtillegg fra kr. 17 / døgn

**3 overnattinger 1.049,-
5 overnattinger 1.669,-**

KJEMPETILBUD

1.329,-

Miljøtillegg 1 EUR / døgn



Perfekt beliggende i Nordjylland bare i kort avstand fra Fårup Sommerland og interessante byopplevelser i Aalborg, ligger det hyggelige Hotel Søparken i Aabybro.

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 19.12

Fantastiske Nordjylland

Hotel Søparken ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny / buffé
- 1 x ettermiddagskaffe og kake
- 1 x velkomstdrink

Ankomst: Inntil 18.12.16 | Sesongtillegg fra kr. 40 / døgn

Flott natur i området !!

SPAR OPP TIL **1.091,-**

589,-

Miljøtillegg 59 DKK / døgn

Oppgi kode: **REISE**

www.risskov.no ➡ **32 82 90 00** ➡

Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

**RISSKOV
BILFERIE**

NOVARTIS HJERTESVIKTS- AKADEMI *for sykepleiere*



"Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon."

TID: ONSDAG 16. MARS 2016 - Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, blått auditorium

Vi ønsker nok en gang å invitere til Novartis hjertesviktsakademi. Møtet passer for sykepleiere som jobber på sengepost eller poliklinikk hvor de i sitt daglige arbeid møter hjertesviktspasienter. **Ingen deltageravgift.**

Program:

09.30 – 10.00 Registrering

10.00 – 10.05 Velkommen
v/Novartis Norge AS

10.05 – 10.35 Maladaptive responser ved hjertesvikt: renin-angiotensin-aldosteron systemet og det sympatiske nervesystemet
v/Marit Aarønæs, Overlege Diakonhjemmet sykehus

10.35 – 11.05 Protektive responser ved hjertesvikt: det natriuretiske peptidsystem
v/Torbjørn Omland. Lege og professor ved Universitetet i Oslo

11.05 – 11.15 Kaffepause

11.15 – 11.45 Siste nytt fra Norsk hjertesviktregister
v/Morten Grundtvig. Faglig leder i Norsk hjertesviktregister

11.45 – 12.45 Lunsj

12.45 – 13.45 PARADIGM-HF studien: Ny behandling ved kronisk hjertesvikt
v/Lars Gullestad. Professor og overlege ved kardiologisk avdeling, OUS Rikshospitalet

13.45 – 14.15 Biomarkører ved hjertesvikt – Bruk og tolkning
v/Helge Røsjø. Lege og forskningssjef ved Hjerte-thorax forskningsgruppen, Akershus Universitetssykehus

14.15 – 14.30 Kaffepause

14.30 – 15.00 Effekt av fysisk trening for pasienter med hjertesvikt
v/Trine Karlsen. Forsker ved K.G. Jebsen - senter for hjertetrening, NTNU

15.00 – 15.30 Forebygging av hjertesykdom etter kreftbehandling
v/Geeta Gulati. Lege i spesialisering kardiologi og stipendiat, Akershus universitetssykehus

15.30 – 16.00 Hjertesvikt og kols
v/Morten Nissen Melsom. Seksjonsoverlege, LHL-klinikken Glittre

16.00 Pizza

Ønsker du å delta, meld deg på ved å sende en e-post med navn og arbeidssted til vigdis.jorgensen@novartis.com. Svarfrist: **snarest**.

Novartis hjertesviktsakademi vil også avholdes i **BERGEN - ONSDAG 16. MARS 2016** - kl. 11.00-16.00.
For informasjon om program og påmelding, send en e-post til caroline.stryker@novartis.com.

Innhold



02 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 4. februar

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 16** I nyhetene: Stephanie Bahl om sosiale medier
- 17** Vil «avskilte» sykehjem
- 19** Sykepleierstudenter fornøyd med utdanningen
- 20** Sår gror bedre på Stavangers sykepleieklinikk
- 26** Tema: Gentesting
- 38** Sjelesørger uten gudstro



Sykepleierklinikk med sår som spesialitet. **20**



Sykepleie

- 44** Tryggere med mobil intensivsykepleier
- 49** Min jobb: Elsa Jytte Hagstrøm
- 50** Studenttett post funker for de fleste
- 56** Forsker: Kreftpasienter trenger treningsstøtte
- 58** Ble mer aktive med hund
- 62** Etik: Per Nortvedt og Lillian Lillemoen
- 64** Sykepleie til ebolapasienter



Hundesporten agility aktiviserte barn. **58**



Påfyll

- 70** Smått om bøker
- 71** Liv laga
- 72** Forfatterintervju: Gudmund Fosse
- 74** Bokanmeldelser
- 75** Hva leser du nå, Sabina Hokcic?
- 76** Kryssord og quiz



Kan denne gi parotitis epidemica? **76**



Meninger

- 78** Eli Gunhild By om mål for fremtiden
- 79** Lesermeninger
- 81** Ny fast spaltist: Anders Folkestad om møter med helsetjenesten
- 82** Kronikk: Jeanne Boge og Karin Anna Petersen om teori og praksis
- 84** Tett på Anette Sagen



Fra hoppsport til sykepleie. **84**

Forsidefoto: Colourbox

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Integrering. Det brukes så tungt verbalt skyts for å skremme flyktninger bort fra Norge at det vil kunne få alvorlige konsekvenser for dem som til slutt skal få lov til å bli.

I skyggen av Listhaugs salver



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Det pågår nå et slags europamesterskap i streng asylpolitikk. Det gjelder å framstå som den verste i klassen. Det handler om å få flyktninger til å forstå at sjansen for å bli returnert er større hos oss enn i andre land. De som likevel får lov til å bli, må være innstilt på å gi slipp på den drømmen som brakte dem til oss i utgangspunktet. De kan bare glemme familiejenforening de første årene. Ingenting skal komme gratis.

Foreløpig leder Danmark og en del Øst-Europeiske land i denne uverdige skremmekonkurransen. Men innvandrings- og integreringsminister Sylvi Listhaug gjør sitt beste for at Norge skal ta innpå. Hun mener at vi ellers risikerer at «millioner» kan finne på å søke lykken i Norge. Det kan vi ikke ha noe av.

ANSVAR. Jeg er for så vidt glad for at jeg ikke står i Listhaugs sko. Hun bærer et tungt ansvar på sine skuldre. Hennes verbale skyts må ta utgangspunkt i en vurdering av hva Norge som nasjon tåler. Det er ingen eksakt vitenskap. Er 30 000 flyktninger for mange? 60 000? 100 000? Å beregne når vår velferdsstat rakner under vekten av en strøm av hjelpetrengende, er som å spå dommedagen. Det kommer helt an på den som spår.

Jeg vil ikke her og nå krangle om hvor mange flyktninger som er for mange. Det er uansett et akademisk spørsmål. Det jeg derimot er sikker på, er at jobben med å integrere de tusenvis av flyktninger som får lov til å bli, blir vanskeligere jo tyngre verbale skyts vi bruker mot dem som skal holdes borte fra grensene. Man kan ikke definere flyktninger i sin alminnelighet som uønsket uten at det også vil gå ut over dem som til slutt skal bli integrert. For ord som (kanskje) er ment til utvortes bruk i Kabul og Mogadishu, høres like tydelig i Verdal og Drammen.

LITE KONTROLL. I fjor kom over 5000 mindreårige barn uten foreldre til Norge. Det er trolig den gruppen flyktninger som vil være mest sårbare for de holdningene vi utstråler. De fleste barna er gutter mellom 15 og 18 år. De har opplevd ting ingen av oss har lyst til å oppleve. De har trosset vanskeligheter vi ikke kan forestille oss, for å komme helskinnet til Norge. Håp om et bedre liv er trolig det eneste de har.

For helsetjenesten i Norge er asylbarna en gedigen utfordring.

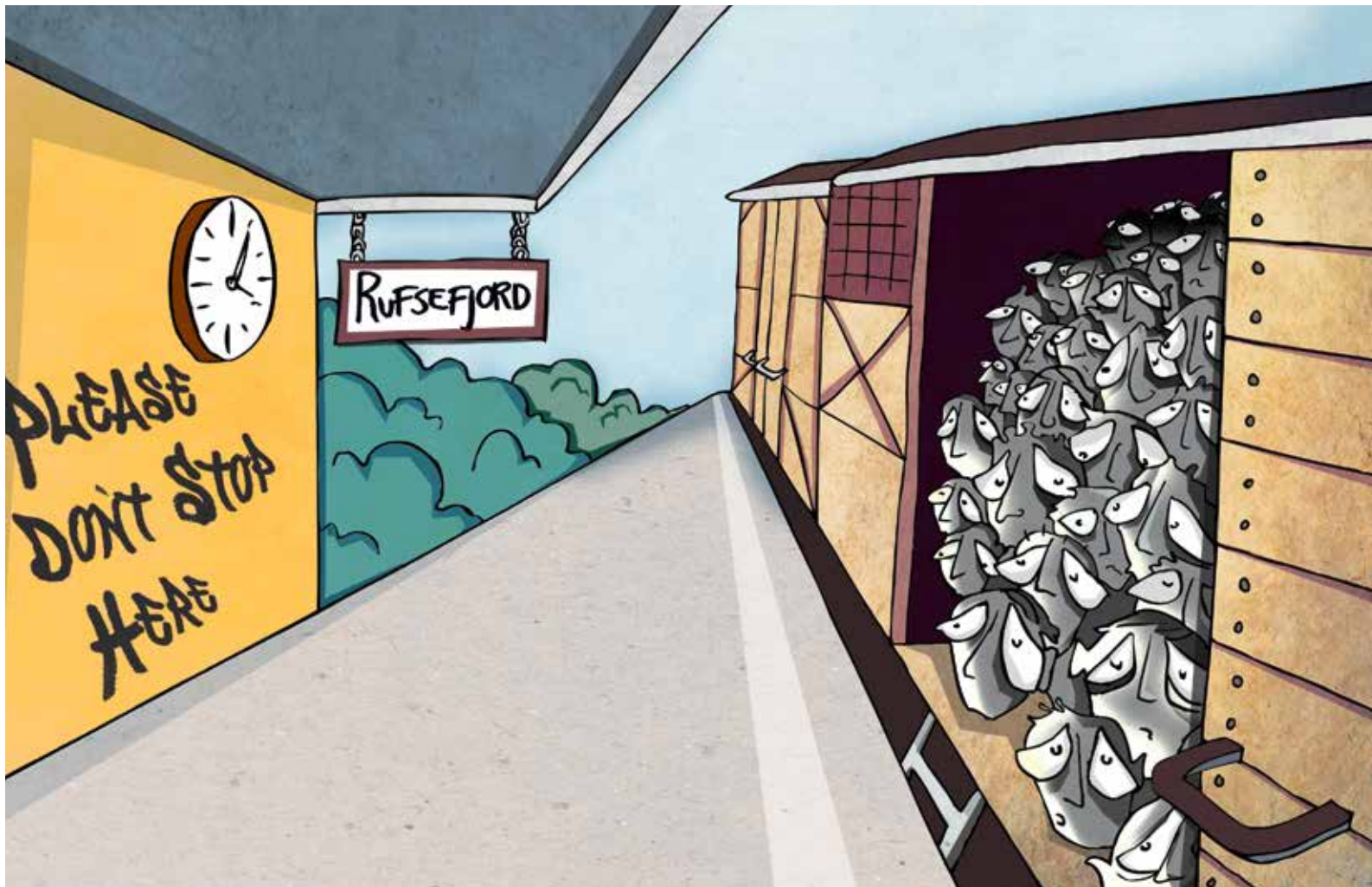
Barna bor lenge på asylmottak, under forhold som egner seg dårlig for barn. Barnevernet har lite kontroll med om deres interesser blir ivarettatt der. De skulle ikke vært der, men er der likevel.

Forskriftene i Norge sier at kravene for at barn uten foreldre skal få opphold i Norge, skal være mindre strenge enn for voksne. Så når alle nå er opptatt av at asylpolitikken skal være «streng og rettferdig», så skal kanskje det siste ordet slå ut i dette tilfellet. Likevel møtes barna med stor mistenksomhet. Listhaug mener at det finnes «ankerbarn» blant barna som har kommet hit, altså barn som foreldre bruker for å skaffe seg urettmessig tilgang til Norge senere. Som om barna er utsendinger fra kriminelle som har til hensikt å rane Norge for midler. Blant de fem tusen finnes også noen mindreårige som er gift – i strid med norsk lov. Det gjelder cirka ti personer, men rammer fort en hel gruppe.

JUG. Før myndighetene gir grønt lys til opphold, skal helsepersonell «ta» de barna som har kommet i skade for å jule om egen alder. Barneleger skal vurdere røntgen fra barnas hender for å avdekke om barnas egne opplysninger stemmer. Er du 18, men har sagt at du er 16, er det over og ut. Er du 15, må du fortsatt vente i tre år før du kan være sikker på at du får lov til å bli boende. Velkommen til Norge!

4600 flyktningbarn skal nå bosettes i norske kommuner. Men ordførere og rådmenn er skeptiske. Det vil kreve store ressurser å ta imot et foreldreløst barn som i tillegg kan ha pådratt seg psykiske skader på vei til Norge. Ulikt voksne asylsøkere, vil det kunne ta lang tid før de eventuelt kan forsørge seg selv. De trenger støttetiltak, fosterfamilier og tilrettelagte tilbud. De vil belaste kommunenes budsjetter i lang tid framover. Ordførerne vil derfor at staten spytter i kassa før de eventuelt sier ja til å ta imot barna.

KARTLEGGING. Spør du meg, er det all grunn til å frykte hva som kommer til å skje med disse flyktningbarna. Hvordan vil det egentlig være for et barn å komme til et sted som signaliserer at de gjerne skulle vært dem foruten? Til en kommune som frykter at å ta imot flyktningbarn vil gå utover svømmehallen eller kulturhuset til «egne» innbyggere? Og hva vil denne mistenksomme mottakelsen gjøre med unge gutters holdninger til



Illustrasjon Marie Rundereim

det samfunnet de senere skal være en viktig del av, når de blir voksne?

En kartlegging som helsesøstrene har gjort, viser at mange kommuner overhodet ikke er forberedt på det ansvaret som venter dem. Mens innvandringsministeren skremmer vettet av folk utenfor våre grenser, er integreringsministeren opptatt av å signalisere at vi ikke skal sy puter under armene på de stakkarene som skal få lov til å vokse opp her.

Kommunene er fortsatt i villrede om hvilke plikter de har overfor flyktningbarna. Ansvarsforholdene er uklare, viser helsesøstrenes kartlegging. Helsestasjonene, som er underbemannet fra før, vil trolig få en nøkkelrolle i arbeidet med å sikre barna et forsvarlig helsetilbud. Også psykiatriske sykepleiere vil være viktige når dype sår skal heles.

MALMÖ. Om vi lykkes eller ei med integrasjon, vil kunne få avgjørende, langsiktige konsekvenser. Vi skal ikke lenger unna enn

til Malmö for å se eksempler på barn som blir til sinte, unge menn når de skal vokse opp i omgivelser preget av fiendtlighet. Problemene som Frankrike og Belgia har med sin innvandringsbefolkning, skyldes i stor grad at ungdommene aldri ble en fullverdig



«Små gryter har også ører.»

del av samfunnet. De datt ut av skolen, fikk ikke jobber og fikk ikke være med i det gode selskap. Derfor synes jeg Listhaug bør passe sin munn. Små gryter har også ører. Barn er de første til å snappe opp om de er ønsket eller ikke. Til våren skal Listhaug legge fram en stortingsmelding om integrering. Her bør hun gjøre det klart at arbeidet med asylbarna skal ha førsteprioritet i Norge. Det er selvfølgelig best for de barna som nå skal bosettes i kommunene. Men til syvende og sist er det også best for oss selv. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Virus og bakterier ser ikke forskjell på pasient og pleier

Et smittefritt miljø har aldri vært viktigere

Smitte som spres på grunn av forurensset utstyr og miljø kan skape store konsekvenser for både pasienter og ansatte ved norske helseinstitusjoner.

Deconx har utviklet markedets beste løsning innen desinfisering. Metoden er skånsom og miljøvennlig og skaper et tryggere inneklima og arbeidsmiljø.

Deconx DX1 – for et moderne og effektivt smittevern



artell.no

SPØR OSS OM DOKUMENTASJON

Referanser og mer informasjon på: www.deconx.com
Kontakt oss: post@deconx.com • 22 16 51 60
Vollsveien 13c • 1366 Lysaker, Norge

“Dokumentasjonen viser at produktet er effektivt mot gram positive og gram negative bakterier, sporer, virus og sopp.” **Statens Legemiddelverk**

 **Deconx**
BEST PÅ DESINFISERING





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 02 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema

Bandasjer: Rita Bügelmeyer er spesialist på sårstell.
Foto: Eivor Hofstad



Sentralisert sårstell

Sykepleieklipp. Sårene heles bedre når de blir stelt av spesialiserte sykepleiere på Helsehuset Stavanger. **20**



Trondheim.

Prestetjenesten ansatte sykepleier uten tro. **38**

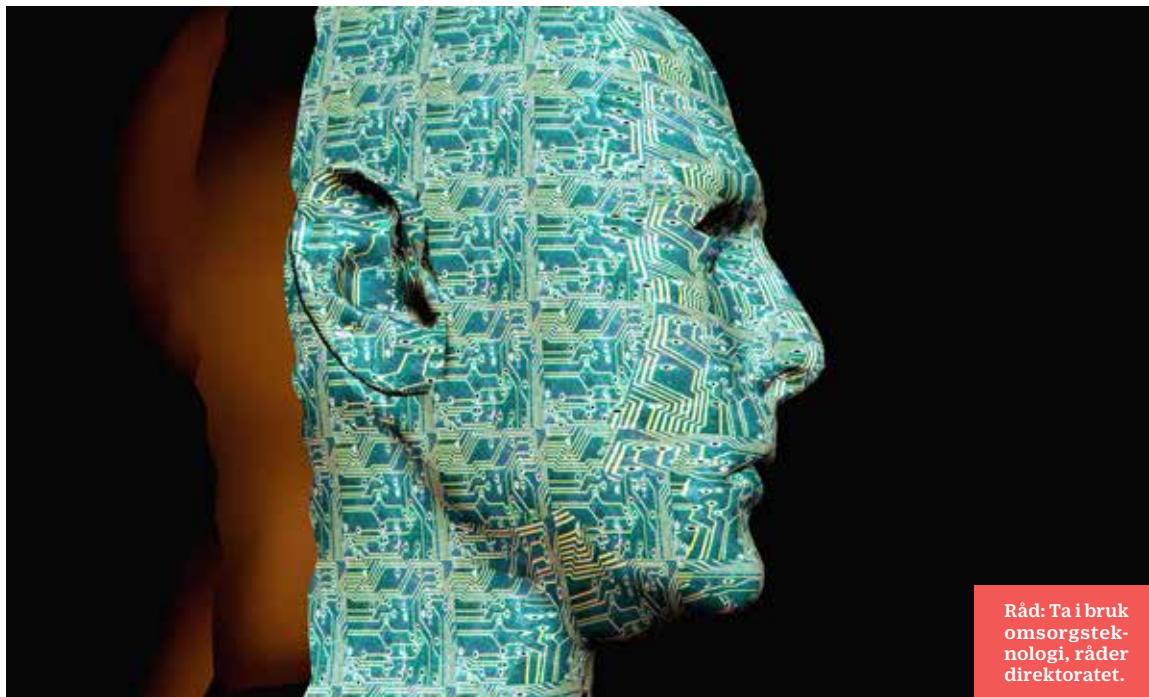


«Enkelte legger ut noe som ikke bør ligge der.»

Stephanie Bahl. **16**



Tema. De tilgjengelige gentestene. **26**



Råd: Ta i bruk omsorgsteknologi, råder direktoratet.

Teknologi gir gevinst

ANBEFALING: Kommuner som er med i Helsedirektoratets velferdsteknologiprogram får utbytte av teknologien. Helsedirektoratet kommer derfor nå med klare anbefalinger til resten av landets kommuner.

I tillegg til anbefalinger om å starte overgang fra analoge til digitale trygghetsalarmer, anbefaler direktoratet at kommuner nå tar i bruk

følgende løsninger:

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- Elektroniske dørlåser (e-lås)

Andre teknologiske løsninger som helsemyndighetene oppfordrer kommuner til å innføre kan være logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og digitalt nattilsyn.

– Helsedirektoratet prøver ut flere

typer teknologier og vil i 2016 komme med nye anbefalinger til kommunene, skriver direktoratet i en pressemelding.

I Bærum kommune har man sett at brukerne av mobil trygghetsalarm har blitt mer aktive, klarer seg bedre selv og får økt livskvalitet. Samtidig kan pårørende føle seg trygge på at brukerne kan lokaliseres hvis de ikke finner veien hjem, uten at de føler seg overvåket, ifølge Helsedirektoratet.

Utrygt uten akuttkirurgi

Nei takk. – Jeg ville ikke ha tatt en jobb ved et sykehus uten akuttkirurgi, sier Guro-Marte Mpote, indremedisiner og foretakstillitsvalgt for Ylf ved St. Olavs Hospital. Dagens medisin

Økt rusforbud i trafikken

I 2012 ble 20 ulike narkotiske stoffer og rusgivende legemidler forbudt å bruke for bilførere. 1. februar i år ble ytterligere åtte stoffer satt på listen:

Bromazepam, desmetyldiazepam, etizolam, klobazam, lorazepam, triazolam, oksykodon og metylfenidat.

Folkehelseinstituttet.



Alkohol er godt for hjertet

Folk som drikker vin, sprit eller øl ofte har både mindre hjertesvikt og hjerteinfarkt enn de som drikker sjelden eller er avholds. Tre til fem drinker i uka kan være bra for hjertet.

– Alkohol gjør mer godt for hjertet enn vondt når det drikkes i moderate mengder, sier Imre Janszky, professor i sosialmedisin ved NTNU.

Gemini



Sliter med depresjon og angst

– Barn med Tourettes og ADHD har ofte angst og depresjon i tillegg. Men disse tilleggsplagene går ofte «under radaren», sier psykolog Kjell Tore Hovik. Han har i over to år fulgt en gruppe barn og ungdom med Tourettes og tatt sin doktorgrad på emnet.

sykepleien.no



Fakta og tall. Sykehus- senger

90 %

I OECD er nesten åtte av ti senger i bruk. I Norge er tallet over ni av ti. Bare Israel og Irland ligger høyere, ifølge OECD-rapport.

81 %

Statistisk sentralbyrå har regnet belegg på en annen måte enn OECD, da faller belegget i Norge fra 91 til 84 for 2013.

85 %

I Norge er det ingen politisk bestemt grense for hva belegget maksimalt skal være. Helsetilsynet anbefalte i 2001 at gjennomsnittlig belegg ikke burde overstige 85 prosent i akuttavdelinger.

3,5 mill.

Totalt antall oppholdsdøgn ved norske sykehus i 2014 var 3 562 452.

SSB/OECD



Farlig: Mye tyder på at det finnes en kopling mellom zika-feber og fødsels-skaden mikrokefali.

Mygg skaper frykt

SMITTER: Zika-viruset ble oppdaget i 1947 i en ape nær Victoria-sjøen i Uganda og er oppkalt etter Zika-skogen. Siden 60-tallet har det vært påvist smitte i flere afrikanske og asiatiske land.

Viruset spres til mennesker gjennom stikk fra mygg. Folkehelseinstituttet (FHI) melder at smitteoverføring til foster kan skje hos

gravide som får virusinfeksjon med zika. Det er rapportert om ett tilfelle der man mistenkte seksuell smitte.

Inkubasjonstiden er vanligvis 3–12 dager. De fleste blir ikke syke, men noen kan få feber, utslett, leddsmerter og røde øyne i opptil en uke.

– Symptomene minner mye om de som en kan oppleve ved influensa, og beskrives normalt som milde, skriver

Folkehelseinstituttet på sin nettside.

I Brasil tyder mye på at det finnes en kopling mellom zika-feber og fødselsskaden mikrokefali.

– Det er en tilstand der barnet blir født med lite hode som regel som resultat av at hjernen har utviklet seg unormalt i fosterlivet. Etter at zika-viruset ble oppdaget i Brasil har antallet mikrokefali skutt i været, ifølge FHI.

Lite tid til HMS

Manglende tid til HMS-arbeid kan i seg selv være en indikator på at det er ubalanse mellom oppgaver og ressurser, mener Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet har revidert seks sykehus i rapporten «Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus». Resultatet viste gjennomgående mangelfull systematikk i arbeidet.

sykepleien.no

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Stephanie Bahl

– Ingen er anonym på sosiale medier

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Fakta

Aktuell som

Nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Student

Alder: 24 år

Bakgrunn: NSF Student laget i 2013 råd for sosiale medier. Nestleder Stephanie Bahl har nå vært med på å revidere nettverksreglene, som er laget for å hjelpe sykepleierstudentene med å håndtere de digitale kanalene. Råd nr. 1 lyder slik: «Bruk av sosiale medier bør fremme et tillitvekkende bilde av sykepleierprofesjonen og ikke skape unødvendig engstelse.» Også utdanningsinstitusjonene og praksisstedene kan gi retningslinjer for bruk av sosiale medier. Hver student har et selvstendig ansvar for å finne ut om slike retningslinjer finnes og forholde seg til dem.

Hva er nytt i nettverksreglene?

– Ikke så mye. Vi har ordnet på rekkefølgen, og slått sammen noen punkter slik at antallet er redusert fra 11 til 10. Det ser bedre ut.

Hvorfor må dere ha regler?

– Fordi studenter er opptatt av sosiale medier. De må minnes om taushetsplikten man har overfor medstudenter, kolleger og pasienter. Man må ha samtykke for å legge ut bilder, også av medstudenter.

Syndes det mye?

– Enkelte legger ut noe som ikke bør ligge der. De tenker lite på konsekvensene, som kan være å bli vurdert for skikkethet, og vansker med å få jobb. Vi presiserer at studentene må melde fra til skolene når de ser at reglene brytes.

Har du eksempler på faderer?

– En student fortalte om praksis i bloggen sin. Skolen innkalte studenten fordi bloggingen ikke var godt nok anonymisert. Det skjer også når studenter er på utveksling i utlandet. Da legger de ut bilder av pasientene, gjerne av barn med navn. Men reglene gjelder der og.

Hvor populær er sosiale medier blant studentene?

– Kjempepopulært. De bruker #snart-sykepleier på Instagram veldig mye. Det blir mest Instagram. Men også Snapchat. Ikke så mye Twitter. Facebook brukes mye til lukkede kollegagrupper. Jeg vet at det legges ut bilder der.

Det hjelper ikke at gruppen er begrenset?

– Nei, jeg har ikke rett på informasjon om pasienter som ikke er mine, selv om det er en lukket gruppe.

Bruker du selv sosiale medier?

– Jeg er en flittig bruker av Instagram, Facebook, Snapchat og Twitter.

Vis et tillitvekkende bilde av sykepleierprofesjonen, råder dere. Litt pekefinger?

– Er du misfornøyd med praksisplassen, egner

det seg ikke å legge ut om det på nett. Ta det opp på andre måter.

Noen nye trender i sosiale medier?

– Jodel er en ny app for anonyme meldinger. Det er på den skoler har fått trusler. Kanskje den brukes av studenter i praksis. Er man irritert, er det lett å slenge ut noe om en lærer eller en medstudent.

Hva synes du?

– De må tenke over at det egentlig ikke er anonymt. Selv om du sender en snapchat kan man ta et skjermbilde. Ingenting er anonymt.

Hva er verst?

– Egentlig er studentene flinke til å vite hva som er lov. Men det er alltid noen som bryter reglene.

Hva med sykepleierne?

– Tror det er det samme. Også de glemmer seg, og privatliv og arbeid går over i hverandre. I Facebook-gruppen «Du vet at du er sykepleier når ...» ser jeg at ikke alle tenker over at noe de legger ut kan virke støtende. De eldre er mest aktive i kommentarfelter, og ikke flinke nok til å anonymisere.

Hva er best bruk?

– Å vise at det er et flott yrke. Ta bilder av kolleger – med samtykke. Vis noe man lærer på skolen. Mange legger ut bilder fra øvelsespost. •

marit.fonn@sykepleien.no





Vil «avskilte» sykehjem

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

TILSYN: Rådet for sykepleie-etikk fikk nylig en sak på bordet om et sykehjem som hadde hatt tilsynsmyndighetene på besøk. Sykehjemmet fikk avvik, men fikk ikke pålegg om å lukke det innen en frist. Medlem av Rådet for sykepleieetikk, Berit Støre Brinchmann, undres over hvordan et sykehjem kan bryte loven uten at det får konsekvenser.

Brinchmann trekker frem følgende sammenlikning: Dersom du feilparkerer, får du bot. Kjører du en bil som ikke er i stand, blir den avskiltet.

– Når sykehjem bryter loven, får det ikke alltid konsekvenser. Jeg forstår ikke hvorfor vi tillater det når det gjelder tryggheten for våre eldste og sykeste innbyggere.

Brinchmann vil at også sykehjem skal bli «avskiltet» dersom de bryter loven og ikke endrer praksis.

– Det skjer vel at avvik resulterer i bøter?

– Ja, det skjer noen ganger, men du får alltid bot hvis du feilparkerer, sier hun.

VIL HA TØFFERE SYKEPLEIERE.

– Vi må tørre å gi beskjed når tjenesten ikke er bra nok. Det er en del av vårt ansvar som helsepersonell og en del av vårt samfunnsoppdrag, påpeker Brinchmann.

Hun skjønner at noen er redde for å melde etter å ha hørt hvilke konsekvenser andre varslere har opplevd, men mener det går an å melde inn saker til Rådet for sykepleieetikk.

– Det er en mildere form for varsel som ingen kan bli straffet for. Hadde jeg vært leder for noen som varslet, ville jeg blitt stolt.

Lovverket setter en grense for hva som er akseptabel tjeneste. Brytes den, brytes loven.

– Ligger man rett over denne grensen, skal det lite til før

tjenestene blir uforsvarlige. Juss og etikk er ikke det samme. Skal man drive etisk sykepleie, bør man ligge godt over «lovlighets-streken», mener Brinchmann.

– Så hva er løsningen?

– Kanskje staten skal overta ansvaret for sykehjemmene. Da øker i hvert fall sjansen for at tjenestene blir mer likeverdige, uavhengig av hvilken kommune man bor i, sier hun.

Brinchmann oppfordrer sykepleiere til å bruke Rådet for sykepleieetikk.

– Jeg er opptatt av at Rådet for sykepleieetikk ikke skal være en «prateklubb», men et råd som får utrettet noe som gir bedre praksis. For å få det til er det viktig at sykepleiere bringer saker til oss, eller

«Vi må tørre å gi beskjed når tjenesten ikke er bra nok.»

Berit Støre
Brinchmann

til de klinisk etiske komiteene som finnes ute i kommuner og sykehus.

FYLKESMENNENE FØLGER OPP.

Assisterende direktør i Helsetilsynet, Heidi Merete Rudi, sier at når det gjennomføres tilsyn og lovbrudd oppdages, så følger fylkesmannen opp inntil forholdene er brakt i orden. Hun legger til at det ofte tar noe tid fra lovbrudd er avdekket til forholdene er rettet.

– Fylkesmannen skal følge opp at det legges en plan for å rette opp, og at planen følges.

Rudi sier at Helsetilsynets erfaring er at de fleste påpekte lovbrudd, rettes opp. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SABO

- når du vil merkes!

God påske!

Nye skilt med påskemotiv



Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no



 Følg Sykepleien på Instagram.

Del bilder fra din sykepleierhverdag og tagg dem med **#yrkesykepleier**.



@lean_mean_nursing_machine
One of the most interesting things I have done as a registered nurse so far. I was chief nurse in charge of the emergency medical team on a national scout camp.



@sigrunbrita
Ønsker alle en super dag på jobb



@trudereinlie
Monday is funday! Ha en super start på en ny uke.
Hilsen dagvaktene på ØNH Ahus



@bjerke94
Stolt over jobben min!



@maria_amorfati
Hospital Handstand at 4 am



@malchan88
They see me rollin', they hatin'..



@besaja
Livet som nattevak



@closeup2
Endelig pause! Stortrives som sykepleier



@johnsenhilde
Møtte på fru Nightingale!



Fornøyd med utdanningen

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

UNDERSØKT: Ifølge Studiebarometeret er sykepleierstudenter gjennomsnittlig fornøyd med studieprogrammene sine. Studiebarometeret er NOKUTS nasjonale studentundersøkelse.

På spørsmålet om hvor fornøyd de er med studiet, fikk sykepleierstudentene en score på 4,1. Dermed er sykepleierstudentene like fornøyd som landsgjennomsnittet. Skalaen går fra 1 til 5, der 5 indikerer høyest tilfredshet.

De aller mest fornøyd sykepleierstudentene finner du på Betanien, Høgskolen i Oslo/Akershus avdeling Kjeller, Høgskolen i Buskerud/Vestfold, Høgskolen i Sogn og Fjordane og Haraldsplass.

VEILEDNING. Området som studentene er mest misfornøyd med er veiledning og mulighet til å påvirke innhold i studieprogrammet. Hele 30 prosent av studentene sier de er misfornøyd på dette området.

Det gjelder også sykepleierstudentene.

– Studiebarometeret avdekker store forskjeller mellom de ulike studieprogrammene og hvor kritiske studentene er, sier Terje Mørland, direktør i NOKUT.

– Det betyr at vi ikke bare kan si oss fornøyd med det overordnede og overse studier som scorer lavt lokalt. NOKUT forventer at institusjonene tar studentene på alvor og rydder opp der varsel-lampene blinker rødt,

MASTERMISNØYE. Totalt har 29 000 studenter fordelt på 59 utdanningsinstitusjoner svart på spørsmål om hvor tilfredse de er med studiet. Det er tredje gang NOKUT gjennomfører denne undersøkelsen.

Masterstudentene i sykepleie er vesentlig mindre tilfreds i 2015 enn i tidligere år, ifølge NOKUT. Årsaken tror NOKUT skyldes at antall og sammensetningen av masterprogram i sykepleie har endret seg vesentlig fra 2014 til 2015.

RELEVANT UTDANNING. Sykepleierstudenter er vesentlig mer fornøyd enn gjennomsnittsstudenten når det gjelder arbeidsrelevans ved studiet. De er også over snittet tilfreds med praksis. På dette området er masterstudentene mer tilfreds enn bachelorstudentene.

Sykepleierstudenter sier de i snitt bruker 38,7 timer på studier i uka. Det er over snittet som er på 35,1 timer i uka.

Sykepleieutdanningene har vesentlig mer organisert tidsbruk enn gjennomsnittet, men mindre egenstudier.

– Studiebarometeret viser oss studentenes oppfatninger av kvalitet, og det er bra at stadig flere tar del i undersøkelsen. Vi skal bruke studentenes tilbakemeldinger godt i arbeidet med stortingsmeldingen om kvalitet i høyere utdanning, sier kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Noen medaljer oppleves som ekstra fortjent



Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdssatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen. Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?

Ta kontakt!



Tlf: 947 91 970 norgesvel@norgesvel.no www.medaljen.no



Alt på ett sted

Stavanger. Per Gausel får stelt sårene sine to ganger i uka på sykepleieklinikken. Han velger det fremfor hjemmesykepleie.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Per Gausel lar øynene gli over det grå gulvet. Han sitter på et av de to rommene som er avsatt til sykepleieklinikk i den røde mursteinbygningen på gamle Stavanger sykehus. Her holder Helsehuset Stavanger til.

– Jeg har lagt gulvene både her og på Stavanger universitetssjukehus. Det var tusenvis av kvadrat med vinyl og litt linoleum, sier han.

Nå er det en annen tid. Den ene foten hans er amputert og den andre har arterielle og smertefulle sår. Tærne er nesten borte. Han har flyttet seg fra rullestolen og opp i den lange pasientstolen hvor høyrefoten er lagt klar for service.

UTDANNET INNEN SÅR. Koordinator og sykepleier med spesialutdanning i sårstell, Rita Bügelmeyer, tar først av de gamle bandasjene. Så

sprayer hun på bedøvelsesspray og pakker foten inn i plast for at sprayen skal få to minutter til å virke.

To ganger i uken tar Gausel den en mil lange



«Det er ingen grunn til at pasienter skal sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien.»

Ingvill Moen Hovlund

turen til sykepleieklinikken for å få det viktige sårstellet. Det er vel verdt turen, synes han. Sårene gror bedre etter at han begynte her.

– De som jobber her er utdannet innen sår. Det er en stor fordel for sårtilhelingen. Med hjemmesykepleier ble det mye venting. Jeg visste aldri når de kom, og det er jo litt plagsomt å sitte og vente. Dessuten var det mange ulike å forholde seg til i hjemmesykepleien, mens her er det maks fire forskjellige, medregnet en vikar, så de kjenner både meg og sårene bedre, sier Gausel.

Han understreker at han ikke bebreider de som jobber i hjemmesykepleien.

– De gjorde så godt de kunne, men hadde ikke tilleggsutdanning innen sår, sier han.

SKORPEN MÅ VEKK. Bügelmeyer tar fram en



Kjenner det: Behandlingen er ikke smertefri, men Per Gausel er trygg på at sykepleier Rita Bügelmeyer og Birthe Sæle Håland (bak) vet hva de gjør.

Fakta

Sykepleieklínikken i Helsehuset Stavanger

Stavanger er blant få kommuner i Norge som har en egen sykepleieklínikk i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenestens poliklínikk og kommunens hjemmesykepleie. To årsverk er fordelt på tre sykepleiere som alle har spesialisert seg innen sårbehandling. Foreløpig er rundt 90 prosent av oppgavene deres knyttet opp mot sårstell. De utfører også kateterskift, intravenøs behandling, stell av stomi og CVK, og gir råd og veiledning om ernæring og håndtering av legemidler. Flere oppgaver er planlagt.

skrape og drar den over såret på det som er igjen av stortåen. Det er en curette som hun fjerner fibrin fra sårhuden med.

– Det er viktig for tilhelingsprosessen, noe som mange ikke vet, og ofte er redde for å gjøre, sier hun.

Gausel strammer musklene og puster inn og deretter ut med et lite stønn.

– Jeg kjenner det, men det går bra, forsikrer han og fortsetter:

– Da jeg først kom hit, sa jeg «Nei, dere må ikke ta vekk skorpen på såret!», for det hadde jeg lært på rehabiliteringsopphold på sykehjem. Men det viser seg at det skal man gjøre. Da hjemmesykepleien stelte sårene, følte jeg at jeg kunne gjort det like godt selv. De tok heller ikke vekk skorpene, så betennelsen under fikk utvikle seg.

MEDISINSK HONNING. Etter skraping smører Bügelmeyer sårene med en antibakteriell sårgelé som hindrer uttørking, og setter på nye bandasjer.

– Ellers smører vi en del med medisinsk honning. Mange vet ikke hvor effektivt det er i sårbehandling, sier hun, men understreker at da må det være av et spesielt merke.

Gausel er ferdig og drikker den siste slurken av pappkruset med kaffe. Han har blitt mer bevisst på god sårbehandling. Sist han var innlagt ved Universitetssjukehuset, sa han ifra:

– Jeg fikk med i epikrisen fra sykehuset at «pasienten nektet å behandle såret her». Jeg ville behandles på sykepleieklínikken i stedet, humrer han før han løfter seg ned i rullestolen og triller hjem igjen.





ERNÆRING, DIABETES OG KOLS.

Sykepleiekliviken har fått midler til å videreutvikle tienstene, så ernæring og diabetes står på planleggingslisten. Den såkalte KOLS-kofferten videreføres i kommunen med prosjektmidler fra helsedirektoratet. De skal kartlegge om avstandsoppfølging av KOLS-pasienter skal kunne bli en del av behandlingstilbudet ved sykepleierklinikken. Etter at Sykepleien var på besøk, begynte det enda en sykepleier ved Helsehusets velferdsteknologiavdeling, som skal ta seg av dette.

Pasientene blir for det meste henvist fra sykehus, sykehjem eller fastlege, men kan også søke selv, gjennom sitt helse- og sosialkontor. Klinikken har vært i drift siden januar 2014, og er en del av Stavanger Helsehus, som startet samtidig.

– Denne uken har vi hatt 35 oppdrag. Det har økt fort, fra tre dager i uka i januar 2014 til fem dager i uka fra høsten 2014. Vi regner med å vokse enda mer fremover, sier Bügelmeier denne fredagen i januar 2016.

Til å begynne med tok sykepleierne inn så mange pasienter de klarte og stod til og med over lunsjen i perioder for å vise at det var behov for dem. De besøkte sykehus og sykehjem og viste seg fram så godt de kunne innimellom pasientbehandlingen. Da var det bare en sykepleier på jobb om gangen.

«Med hjemmesykepleier ble det mye venting.» Per Gausel

– Nå jobber vi i team med to sykepleiere på vakt samtidig. Det er bedre, sier Birthe Sæle Håland som er makkeren til Bügelmeier i dag.

– Vi planlegger å jobbe mer i tverrfaglige team med de andre avdelingene her på huset etter hvert, legger Bügelmeier til.

SAVNER LEGE OG FORSKRIVINGSRETT.

– Synes ikke pasientene det er mer behagelig å få hjemmesykepleie fremfor å reise hit?

– Ingen har klaget på det. Vi får mye tilbakemeldinger på at de liker at det er færre personer å forholde seg til, og vi blir godt kjent med dem som kommer. Her er også lite ventetid. Dessuten ligger vi nær sentrum, slik at pasientene kan kombinere det med en bytur eller handling. Meningen med hele Helsehuset er jo å gjøre innbyggerne mer aktive i egne liv, sier Bügelmeier.

– Noe dere savner her?

– En lege, sier de de to sykepleierne i kor.

Men de har et godt samarbeid med

Bedøvelse: Først må bedøvelsessprayen virke under plast i noen minutter.



Skraping: Så skraper såret med en curette som fjerner fibrin fra sårhuden.



hudavdelingen på Universitetssykehuset hvor de kan ringe når de står fast rundt faglige spørsmål.

– Hva med forskrivningsrett til enkelte legemidler?

– Ja, det hadde vært fint. For eksempel på

bedøvelsesspray og lokal kortisonbehandling. Da kunne vi satt i gang behandling uten å vente på godkjenning av lege. De fleste pasienter har resepten med seg når de kommer. Men i de tilfellene de ikke har det, kan det ta uforholdsmessig

Bandasjer: Til slutt er det på med sårgele og nye bandasjer. Rita Bügelmeier gjør alt lekende lett.



lang tid å få resept på noe vi ser det er behov for. Fastlegene er ikke alltid like enkle å få tak i.

– Møter legene pasientene for vurdering før de skriver ut resepten dere forslår?

– Nei, sier både Håland og Bügelmeier.

FRA SILO TIL SAMHANDLING. Helsehuset har flere avdelinger. Foruten sykepleieklinikken, er der en frisklivssentral med pårørende koordinator, psykologtjenester for unge og voksne opp til 40 år, forebyggende hjemmebesøk til de over 80 år,

avdeling for velferdsteknologi og utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem.

– Primærhelsemeldingen sier helsevesenet skal gå fra silo til samhandling. Det er det vi gjør her. Flere samarbeidsprosjekter på tvers av avdelingene er under planlegging, forteller Ingvill Moen Hovlund, virksomhetsleder på Helsehuset.

Det har hun vært siden i fjor sommer da Helsehuset gikk over fra å være et prosjekt til å bli et permanent tilbud. Helsehuset er nå en del av Stavanger kommunes store satsning «Leve hele livet»:

– Vi skal være knekken ut av helsetjenesten, og driver derfor mye med forebygging på de andre avdelingene, sier Hovlund.

«Meningen med hele Helsehuset er jo å gjøre innbyggerne mer aktive i egne liv.»

Rita Bügelmeier

Likevel har nok sykepleieklinikken, som hovedsakelig driver med behandling, kommet for å bli.

– Vi har veldig god effekt av de tjenestene. Dessuten er det store gevinster for pasientene. Klinikken er brukervennlig, gir større frihet, og det er ingen grunn til at pasienter som selv kan komme seg til behandling skal sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien, sier Hovlund.

Hun er mer bekymret over hvordan de kan få vist den gode effekten av forebyggingstiltak.

– Forebygging er vanskelig å måle i tall, sier hun.

MÅ SMØRE BRØDSKIVA SI SJØL. Sykepleieklinikk kan være en billigere driftsform enn hjemmesykepleie, men Stavanger kommune har ikke målt det foreløpig.

– Vi må tenke annerledes om egen helse fordi vi vil mangle folk i helsetjenesten i framtida, og Stavanger går en mer ustabil økonomisk tid i møte på grunn av sviktende skatteinntekter. Derfor blir for eksempel hverdagsrehabilitering en større del av hjemmesykepleien. Folk må trenes i å ta på seg støttestrømpene, smøre brødskiva si og gå til bussen sjøl. Det blir en ny måte å organisere tjenesten på, hvor det kan bli økte utgifter i starten på hver pasient, men mindre etter hvert, sier Hovlund.

Største delen av aktivitetene på helsehuset blir finansiert gjennom prosjektmidler.

– Mye av tiden min går med til prosjektsøknader, men den jobben deler vi på her på huset, sier Hovlund. ●

eiwor.hofstad@sykepleien.no



Kardiovaskulære hendelser slik som arytmier kan observeres etter administrasjon av umeklidinium. Det skal utvises forsiktighet ved bruk av Incruse til pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom, spesielt arytmier.² Som for andre ICS/LABA-kombinasjoner er det økt risiko for pneumoni hos kolspasienter behandlet med Relvar.³

▼ Incruse «GlaxoSmithKline»

C Langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (antikolinergikum).

ATC-nr.: R03B B07

T INHALASJONSPULVER 55 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Umeklidiniumbromid 65 µg tilsv. umeklidinium 62,5 µg, (tilsv. avgitt dose 55 µg), laktosemonohydrat ca. 12,5 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Regelmessig bronkodialaterende behandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig, helst til samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da dette ikke er undersøkt. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved astma pga. manglende data. Preparatet seponeres umiddelbart ved paradoksal bronkospasme, og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodialatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll. Ved forverring av kols under behandlingen, bør pasienten vurderes på nytt. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, da hjertearytmi, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan oppstå. Bør brukes med forsiktighet ved urinretensjon eller trangvinkelglaukom (pga. antimuskarinerg effekt). Bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre langtidsvirkende muskarinantagonister

(alene eller som del av kombinasjonsbehandling) er ikke studert, og er ikke anbefalt da det kan forsterke bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ingen data fra bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist direkte eller indirekte reproduksjonstoksicitet. Bør kun brukes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. Amming: Utskillelse i morsmelk er ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. Fertilitet: Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/100$): Hjerte/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon, sinusitt, nasofaryngitt, øvre luftveisinfeksjon. Lufteveier: Hoste. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet. Hjerte/kar: Atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rytme, supraventrikulære ekstrasystoler. Hud: Utslett. Infeksjoner: Faryngitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Sannsynligvis tilsv. bivirkninger (f.eks. munntørhet, synsforstyrrelser og takykardi). Behandling: Støttende, inkl. tilstrekkelig monitorering om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for antikolinergika R03B B. **Egenskaper:** Virkningsmekanisme: Umeklidinium er et kinolidinderivat med aktivitet på flere subtyper av muskarinreseptorer. Gir bronkodialatasjon ved kompetitiv hemming av binding av acetylkinolin til muskarinreseptorer på glatt muskulatur i lufteveiene. **Absorpsjon:** C_{50} nås etter 5-15 minutter. Absolutt biotilgjengelighet: 13% av dosen, minimalt bidrag fra oral absorpsjon. Steady state nås innen 7-10 dager. **Fordeling:** V_d : 86 liter. **Proteinbinding:** 89% in vitro. **Halveringstid:** Plasmaplasmahalveringstid etter inhalert dose i 10 dager er 19 timer. Plasmaplasma clearance etter i.v. administrering er 151 liter/time. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 2D6, og er et P-gp-substrat. **Utskillelse:** Via feces og urin. 3-4% utskilles uforandret i urin etter inhalasjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyest 30°C. Inhalatoren bør oppbevares i den foreslåtte folieboksen for å beskytte

mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 437,20. 3 x 30 doser kr 1229,00. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV₁ mindre eller lik 65% av forventet verdi). Refusjonskoder: ICD J43-Emfysem, J44-Annen kronisk obstruktiv lungesykdom, ICPC R95-Kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkar: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 05.01.2016

▼ Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifenanat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov. **Kols:** 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ <70% av forventet normalverdi (post-bronkodialator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodialaterende behandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene,

bør en dose korttidsvirkende beta₂-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. **Astma:** Voksne og unge >12 år: 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. **Kols:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. Barn <12 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Eldre: Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylling med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodialator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodialatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astma-relaterte bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom

Incruse & Relvar forenkler trippelbehandling for dine kolspasienter¹⁻³



Med Incruse & Relvar er det mulig å gi kolspasienter trippelbehandling dosert 1 x daglig med samme type inhalator (Ellipta).^{2,3}

Incruse er indisert til regelmessig bronkodilatorbehandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), og Relvar er indisert til symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ < 70 % av forventet normalverdi (post-bronkodilatator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorbehandling.^{2,3}

INCRUSE[®] ELLIPTA[®]
umeclidinium



RELVAR[®] ELLIPTA[®]
(flutikasonfuroat/vilanterol)

TRIPPELBEHANDLING VED KOLS DOSERT 1 X DAGLIG

astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradosal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilatator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiiovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert ben tetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/har hatt diabetes mellitus. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, siden de kliniske symptomene på en slik infeksjon kan ligne symptomene på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for å utvikle pneumoni hos pasienter med kols inkluderer nåværende røyking, tidligere pneumoni, kroppsmasseindeks <25 kg/m² og FEV₁ (firsert ekspirasjonsvolum) <50% av forventet verdi. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-ga-

laktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Dyrestudier har vist reproduksjonstoksicitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amning:** Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødt/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Luftveier: Nasofaryngitt. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksjoner: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelspasmer, ryggsmarter, frakturer. Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Ekstrasystoler. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerte/kar: Hjertebank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria.

Neurologiske: Tremor. Psykiske: Angst. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta₂-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. **Behandling:** Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta₂-agonister R03C C side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylylase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. **Proteinbinding:** Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Fordeling:**

Gjennomsnittlig Vd_z: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t_{1/2} 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. **Metabolisme:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 gjennom hydrolyse av S-fluormetylkarbotoat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert β₁- og β₂-agonistaktivitet. **Utskillelse:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser:** 92 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 390,00. 3 x 30 doser kr 1084,90. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 442,90. 3 x 30 doser kr 1243,60.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilatator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Sist endret: 22.01.2016.

[Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon: 22 70 20 00.]

Kartlegger genene. **28**

Skeptisk til selvtester. **31**

– Villscreening skaper bry. **32**

6 ting du bør vite om gentesting. **33**

Fjernet bryster og eggstokker. **34**

Å vite eller ikke vite

Kartlegger genene sine. Daniel Andersson vil leve sunt. Derfor vil han vite mest mulig om seg selv. Og derfor spanderer han på seg en gentest. Penger ut av vinduet, mener sykepleier Cathrine Bjorvatn, som er forsker og genetisk veileder i Bergen.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Moderne mann: Daniel Andersson er interessert i helse, mat og teknologi. Og han trener crossfit flere ganger i uken.



Tema.
Gentesting





Sendte spyttet til USA

«Fins det informasjon om meg, vil jeg ha del i den.» Daniel Andersson, gentestkjøper

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Daniel Andersson spytter i glasset. Han har tenkt på det lenge. Dette er noe han vil gjøre. Nå sitter den svenske 35-åringen i sofaen hjemme i Oslo, der han både bor og arbeider.

Det er 14. november. Han har fått en pakke i posten fra USA. Inni pakken har han fått en kode, som han bruker på nettet. Her er instruksjoner og forklaringer om hva han begir seg ut på.

Andersson er frisk. Han er i god form. Likevel vil han ta en gentest.

I pakken er en liten plastbeholder. Det er oppi den han skal samle arvestoffet sitt, det vil si 2 milliliter spytt. På nettet bekrefter han at han vet hva han gjør. Han er klar.

Det tar ham noen minutter å fylle plastbeholderen med sekretet. Så har han fått det han skal. Han lukker beholderen, rister på den, forseglar den. Legger den i en konvolutt.

Et par dager senere er pakken på vei over Atlanteren. Spyttet skal analyseres på laboratoriet. Nå er det å vente på resultatet. Det skal være klart om noen uker. Beskjeden skal han få i en e-post, så kan han logge seg til nettet og dykke ned i genene sine.

VENTER PÅ RESULTATET. Finn ut hva ditt DNA sier om deg og din familie, reklamerer firmaets nettside. «Kontakt dine DNA-slektninger på et annet kontinent – eller rett over gaten. Dine 23 kro-

mosompar, én unike deg», står det.

– *Hvordan føles det å ha sendt arvematerialet i posten?*

– Det er godt at det er gjort. Men jeg har lave forventninger om hva jeg kommer til å få vite. Jeg er ikke urolig. I hvert fall ikke bevisst.

– *Når begynte du å tenke på at du ville ta en gentest?*

– Da jeg leste om det amerikanske konseptet for et par-tre år siden.

For fire uker siden fikk han høre at firmaet åpnet opp for europeiske kunder.

Firmaet han bruker ble tidligere stengt av Food and Drug Administration fordi de i testene ga for mange svar om kjøpernes helse som de ikke hadde rettigheter til å gi. For eksempel om risiko for Parkinson.

– *Hvorfor vil du dette?*

– Fins det informasjon om meg, vil jeg ha del i den. Jeg er ikke redd for informasjonen i seg selv. Om den fins, og den koster 1 500 kroner, så skaffer jeg meg den. Jo mer jeg vet, jo bedre. Sånn har jeg det med mange ting.

– *For eksempel?*

– Hvor mange skritt jeg går hver dag. Poenget med å teste meg nå er at jeg ikke vil komme dit at jeg angret på noe jeg kunne ha funnet ut før. Om jeg får Parkinson og jeg ikke hadde tatt testen som jeg kunne ha tatt i 2015, hadde jeg angret.

– *Men du får ikke vite om du har risiko for Parkinson med denne testen?*

Fakta

Dette gjør Daniel hver dag:

- Måler søvnkvaliteten om natten med en app på mobiltelefonen.
- Måler hvilepuls hver morgen – på en app.
- Går på vekten på soverommet om morgenen. Den måler vekt, fettprosent og oksygeninnholdet i luften på soverommet. Dette blir automatisk loggført i appen på mobilen.
- Måler skrittene han går.

– Nei, men nå får jeg genene mine tilgjengelig, så kan jeg kanskje få den informasjonen andre plasser, i andre tester. Det aller beste hadde vært om min norske fastlege kunne vurdere resultatene. Om jeg blir syk, så kan dette være noe legen kan ta del i. Det skjer nok ikke raskt, men en gang i framtiden.

TRENER CROSSFIT. – *Noe spesielt du tenker deg du kan finne ut?*

– Nei. Men jeg har hatt noen utfordringer med blodsukkeret. Om testen kan si noe om hva jeg er følsom for, så er det fint. Om jeg får vite at jeg kan ha intoleranse for laktose, vil jeg teste det ut i praksis.



Arv: Daniels spytt inneholder arven fra foreldrene hans. Det vil si DNA. Hvor mye har han av farmors gener, tro? Hun er damen på maleriet.

Andersson spiser verken brød, sukker eller karbohydrater.

– Jeg spiser paleo, det vil steinalderskost.

På nettet kan man lese at dette er «den eneste dietten som virker sammen med genene så du kan holde deg tynn, sterk og energisk». Videre står det at «moderne kost, full av bearbeidet mat, transfett og sukker, er roten til degenererte sykdommer som fedme, kreft, diabetes, hjertesykdommer, Parkinson, Alzheimer, depresjon og barnløshet».

– Er du sær? Eller er det noe i tiden?

– Blant mine venner er ikke dette spesielt oppsiktsvekkende. Mange er interessert i helse, mat, teknologi og trening.

Selv trener han crossfit, en sport han kaller

funksjonell. Den består av korte, men intensive, styrke- og kondisjonsøkter, som vektløfting og roing.

– Jeg prioriterer helse. Ikke fordi jeg skal se bra

«Jo mer jeg vet, jo bedre.»

Daniel Andersson,
gentestkjøper

ut eller få store biceps, men fordi jeg vil ha høy kapasitet. Det gjør at jeg kan jobbe konsentrert i mange timer.

SØSKEN MED ULIK LIVSSTIL. Daniel har tre søsken som han har et nært forhold til. Storebroren vet at han ville ta en test.

– Vil du informere dem om resultatet?

– Kan hende jeg snakker med dem. Ikke for å spørre dem om det er greit at jeg tar en test, men om de vil ta del i det. Vi har jo ikke de samme genene, vi har ulik livsstil. Masse er ulikt.

– Hva forventer du?

– At testen sier noe om matintoleranse og om slektskap.

– Å selge gentester kan være big business?

– Det er det. Selskapet jeg bruker er stort, og det satser mange penger.

– Noen vil si det er selvcentrert å





være så opptatt av sine gener?

– Ja, selvfølgelig er det selvcentrert, men det er spennende fordi det er ny teknologi og kunnskap som ikke fantes tidligere.

– Har man anlegg for hypokondri, kan man bli unødig bekymret?

– Ja, det kan være, men jeg er ikke hypokonder.

15 MEGABYTE GENER. Andersson holdes stadig orientert via e-post: Nå er testen din i laben. Nå har den passert nivå 4 i prosessen.

Like før jul er dagen kommet. Resultatet er klart, og han logger seg på nettlanken han har fått i mailen. Han klikker seg inn, kikker. Klikker seg videre.

– Der er de! Genene mine!

Han skroller seg nedover. En endeløs rekke med tall og bokstaver. De sier ham ingenting. Filen er på 15 megabyte. Det dukker opp verdenskart, et over morsslekten, et over farsslekten. Haugevis av navn dukker opp. De er hans «cousins», det vil si fire- og femmenninger.

– Hm. Jeg må se nærmere på dette.

Over nyttår medgir han:

– Jeg er litt skuffet. Jeg har ikke funnet ut så mye.

Men han har fått svar på en undersøkelse. Det er 67 prosent usannsynlig at han vil lide av migrene.

Siden sist har han også koplet geninformasjonen til en annen amerikansk nettside som gir råd om vitaminer og mineraler.

– Men det var ikke så nyttig. Jeg fikk vite at jeg måtte spise de og de vitaminene. Men jeg vil spise mat, ikke piller.

STAMMER LITT FRA INDIA. Han har fått navngitt flere hundre fire- og femmenninger i USA. De har tatt samme test som ham, og så har datamaskinen koplet dem.

– Vil du kontakte noen av dem?

– Jeg vet ikke. Tror ikke det.

Resultatene viser også at Andersson ikke har noen gener fra Sør-Amerika. Men en del fra sørøstlige Europa og litt fra India. Så er han 2,8 prosent neandertaler.

– Sier det deg noe?

– Ikke så mye. Gjennomsnittet er 2,7.

Andersson har sagt ja til at genene hans kan brukes til forskning. Han frykter ikke at firmaet vil misbruke informasjonen om ham.

Han lurar på hvordan helsepersonell i

framtiden vil møte pasientene som kommer med kart over genene sine og som har lest forskning om hvordan man skal ta vare på helsen.

– Jeg bruker så mye tid på dette og har så mye teknologi tilgjengelig, at det er lite sannsynlig at en lege kan si meg noe jeg ikke vet i løpet av 15 minutter. Jeg har mye mer data. Da blir de rollene annerledes.

Da han nylig var ute for en sykkelulykke, havnet han på akuttmottaket. Da kunne han oppgi sin hvilepuls for det siste året til legen. Appen på telefonen hans viste at hvilepuls var varierende mellom 40 og 53.

Daniel Andersson måler alt som går an å måle: Søvnkvalitet, vekt, skritt ... Alt han måler, følger et gjenkjennelig mønster. Men har han reist, drukket alkohol eller sovet lite, går pulsen opp.

– Å måle er så enkelt. Og det er morsommere å måle pulsen enn å bruke tiden på Facebook og se at noen drikker en latte til frokost.

– Var gentesten bortkastet?

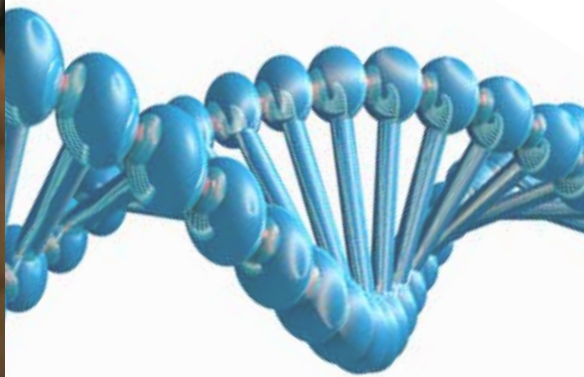
– Nei. Nå vil jeg sjekke mer. Bruke andre verktøy. Men det haster ikke. Nå har jeg informasjon om genene mine ved neste sving. Grunnjobben er gjort. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Måleglad: Skritt og puls: Daniel har en app for det meste.



«Jeg er ikke hypokonder.»
Daniel Andersson,
gentestkjøper



Fakta

Om gener

Genetikk er læren om biologisk arvelighet, det at en egenskap i en generasjon kan gjenfinnes i en senere generasjon.

Et gen er en del av arvestoffet. Kromosomene, som ligger inni cellekjernene, består av oppkveilete DNA-tråder. Kun 1,5 prosent av disse trådene utgjør gener. Hvert gen er en oppskrift til et protein.

En gentest er en undersøkelse av en persons arvestoff (DNA) for å se hvilke genvarianter personen har. Man kan finne ut om disposisjoner for ulike egenskaper og sykdommer.

En prediktiv test gjøres for å vurdere arvelig disposisjon for sykdom som eventuelt kan inntreffe senere i livet.

BRCA er en forkortelse for breast cancer. BRCA-gener beskytter mot bryst- og eggstokkreft. Når det er feil i disse genene, gjør de ikke jobben sin fullt ut.

Kilder: RKAK og Folkehelseinstituttet

Skeptisk til kommersielle gentester



Viktig veiledning: Du kan være for dårlig forberedt når resultatet kommer, mener Cathrine Bjorvatn, her sammen med Hildegunn Høberg-Vetti (til h.).

BØR VEILEDES: Problematisk at selvtester mangler genetisk veiledning, mener fagfolk.

Gentester man kjøper selv, for eksempel på nettet, kalles selvtester.

– Å ta en selvtest for å forebygge helsen er som å kaste penger ut av vinduet, mener sykepleier Cathrine Bjorvatn.

Hun er forsker og genetisk veileder på Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft (RKAK) på Haukeland sykehus. Hun er også leder for lærings- og mestringssenteret i Bergen.

KNAUSGÅRD TESTET DNA. Du har en genfeil. Du kan være disponert for

alvorlig sykdom. Vil du vite det? Forfatteren Karl Ove Knausgård fortalte på NRK-programmet Skavlan at han visste hva han skulle dø av. For han hadde tatt en DNA-test. En pinne med spyttet hans på ble sendt til Island. På tv ville han ikke si hva han visste. Bare at han ikke kommer til å bli skallet.

På YouTube tuller Ylvis-brødrene om sine gener. Resultatet av gentestene de har tatt har nettopp kommet, og genetiker Ellen Blinkenberg skal formidle svarene fra det amerikanske firmaet. Den eldste Ylvis får vite at han har 0,7 prosent eksotiske gener, mens lillebroren er 100 prosent europeisk. Sannsynligheten

for at de blir heroinavhengig er midt på treet, og den ene har bedre leseevner enn den andre. Blinkenberg er med på leken, men ville ikke selv ha kjøpt en gentest – eller kjøpe seg bekymringer, som hun sier.

Apotekkjeden Boots begynte våren 2014 å selge genetiske selvtester for muskeltype, fedme, blodpropp og laktoseintoleranse. Et år etter trakk de testene for fedme og blodpropp tilbake på grunn av uklareheter om regelverket.

FALSK TRYGGHET. – Vi ser at gentester har blitt markedsført som «gaven til 50-åringen som har alt», sier Bjorvatn.



Fakta

Fallgruver ved selvtester:

- De gir ikke hele bildet.
- De kan gi falsk trygghet.
- De kan skape unødvendig bekymring.
- Firmaene endrer stadig tilbudet: Man fristes til å kjøpe flere og flere.
- Man vet ikke om prøven er tatt forskriftsmessig.



Mest frykter hun tester der man uforvarende får vite om risiko for sykdom, som verken kan behandles eller lindres.

– Hovedproblemet er at du ikke får veiledning. Dermed kan du være dårlig forberedt på svarene du plutselig sitter med.

Overlege ved RKAK, Hildegunn Høberg-Vetti, deler skepsisen:

– Det er få grunner til å bruke slike kommersielle tester, sier hun.

Bjorvatn påpeker at selvtester kan gi falsk trygghet:

– La oss si det fins tusenvis potensielle genfeil, men denne selvtesten sjekker bare fire av dem. Resultat: «Vi fant ingen genfeil.» Men kjøperen leser: «Jeg har ingen genfeil».

De kan også skape unødige bekymringer.

– Hvis motivasjonen for å teste genene er at man er redd for å få et eller annet, er man ekstremt sårbar. Testene blir solgt inn som noe som hjelper deg til å ta kontroll over helsen, men hvis det ikke fins gode kontroll-opplegg eller forebygging for den tilstanden du har testet for, så virker det tvert om, sier Bjorvatn.

RISIKOTALL OPPLEVES EMOSJONELT. Foreløpig har bare et par stykker kommet til dem for å få tolket resultatet av en selvtest. Alle de tar

imot må være henvist av lege.

– Stakkars allmennlegene hvis pasientene kommer til dem med svar på testene sine. Vi kan ikke vite om analysen er gjort på en kvalitetssikret lab eller hvem sitt DNA som virkelig er testet. Uansett må vi ivareta vettskremte pasienter. Blir vi spurt om de virkelig har høy risiko for en gitt sykdom, må vi kan-

«Er 13 % risiko mye eller lite?» Cathrine



Bjorvatn, genetisk veileder

skje ta testen på nytt, sier Bjorvatn.

Fakta kan mistolkes: Er 13 prosent risiko mye eller lite? Det som kan virke høyt for én, er ingenting for en annen.

En røyker kan få påvist en genvariant som beskytter litt mot lungekreft. Resultatet kan bli at du fortsetter å røyke. Men beskyttelsen er minimal. Forskjellene på røykere med og uten beskyttende gen er så små at det nesten aldri har noen klinisk betydning.

– Så de som tar gentester, trenger

en form for veiledning, konkluderer Bjorvatn.

– De bør vite hva de skal bruke resultatet til, mener Høberg-Vetti.

Risikotall beregnes matematisk, men oppleves emosjonelt.

– Hvis du har mistet mor og søster i kreft, kan selv lave risikotall oppleves uakseptable. Men overlevde mor kreften, er du kanskje ikke så redd for å få kreft. Erfaringen pasientene har med seg til oss, farger den informasjonen vi gir dem, sier Bjorvatn.

God genetisk veiledning beskriver hun slik: Når pasienter selv bestemmer det som er best for dem og tar et valg de kan leve med.

Får man påvist feil i BRCA-genene, er den sikreste måten å unngå kreft på, å fjerne bryster og eggstokker.

– Det er tøffe valg du ikke skal ta uten grundig veiledning, sier Bjorvatn.

GJORDE SOM ANGELINA JOLIE.

Den berømte skuespilleren Angelina Jolie ble enda mer beundret da hun i 2013 skrev et innlegg i New York Times. Hun fortalte at hun hadde fjernet brystene sine. Genfeilen i BRCA1 ga henne 87 prosent risiko for brystkreft. Både moren, bestemoren og tanten døde av kreft.

I fjor skrev hun på ny i avisen: Nå hadde hun også fjernet

eggstokker og eggledere.

– Jolie-effekten merket vi her også, særlig i Oslo. Flere norske kvinner med disse genfeilene har fjernet bryst og eggstokker, sier Bjorvatn, som synes Jolies åpenhet er med på avstigmatisere det å ha en slik genfeil.

Kompetansesenteret i Bergen holder kurs for dem med arvelig kreft. Kursene ledes av genetiske veiledere, som ofte er sykepleiere, mens overlege Høberg-Vetti er ansvarlig for det medisinske innholdet.

Mest erfaring har de med å holde kurs for arvelig bryst- og eggstokkreft.

– Selv om du har høy risiko for å bli syk, så er du jo frisk. Mange kan føle at de belaster helsevesenet og tar plassen fra en kreftpasient, sier Høberg-Vetti.

MÅ BESTEMME OM DE VIL FJERNE BRYST.

På det siste kurset for dem med påvist genfeil i BRCA1 og BRCA2, varierte alderen fra 20 til over 60 år. Disse kvinnene skal blant annet avgjøre om de skal fjerne bryst og eggstokker.

– Når du fjerner eggstokkene, kommer du rett i overgangsalderen – hvis du ikke var der fra før. Risikoen for hjertekarlidelser og beinskjørhet øker, og det bør forebygges med hormontilførsel. Dette er irreversible operasjoner med

– Villscreening skaper mer problemer enn glede

FASTLEGENE: Det snakkes om gentesting i fastlege-miljøet.

– Får fastlegene besøk av pasienter som har tatt kommersielle gentester?

– Det er ikke blitt noe volum ennå, men vi snakker om det i fagmiljøet. Klart vi er bekymret over testingen for allehånde sykdommer, sier Petter Brelin, leder av Norsk forening for allmennmedisin.

Han er fastlege i Halden.

– Jeg har ikke tatt imot noen i min praksis. Men jeg vet om menn som har sendt DNA av ungene sine til

utlandet for å sjekke farskapet, forteller han.

– Vi er lite begeistret for tester som viser litt økt risiko for sykdommer du ikke kan gjøre noe med. Dessuten kan man ikke være sikker på kvaliteten på laben der arbeidet gjøres. Resultatene bidrar med fint lite.

– Hvordan vil dere ta imot slike pasienter?

– Hvis det er snakk om risiko for sykdom man ikke kan gjøre noe med, må vi diskutere om det er aktuelt å overvåke pasienten. Hvis noen for eksempel har fått vite at de har

betydelig økt risiko for brystkreft, vil vi kanalisere pasienten inn i det faste opplegget, sier Brelin.

– Kan ikke gentesting bidra til å forebygge helseproblemer?

– Villscreening er nesten aldri fornuftig. Det rammer helt tilfeldig og skaper mer problemer enn glede. Hvis en screening skal være meningsfull, må den gjøres kontrollert av deler av befolkningen.

– Er den informerte pasient krevende?

– Jeg er stort sett positiv til den informerte, kunnskapsrike pasient. De

aller mest orienterte stiller spørsmål ved hvorfor de skal ta en test. De tenker slik: «Hva kan den gjøre? Hvis den ikke gir meg et bedre liv, avstår jeg.» Troen på genetisk testing er kanskje litt overdrevet.

Brelin minner om da Folkehelseinstituttet testet babyer for diabetes type 1. Foreldre som fikk vite at barna deres hadde økt risiko for sykdommen, kunne ikke gjøre noe for å forebygge.

– Det prosjektet ble stoppet av etiske årsaker, sier Brelin. ●
marit.fonn@sykepleien.no

stor innvirkning på kvinnens liv.

Kontrollopplegg starter først ved 25-årsalderen. 20-åringene har bedre tid på seg, for sykdommen debuterer ikke så tidlig.

– De kan bli ferdige med utdanningen, få de barna de ønsker deg. Så kan de fjerne eggstokkene når de nærmer seg 40 år, sier Bjorvatn.

Forskningen deres viser at blant dem på Vestlandet som har fått påvist eggstokkreft, har over 20 prosent feil i et av BRCA-genene.

– Det er høyt. Derfor får nå alle med eggstokkreft tilbud om gentest. Dette er en fornuftig gentest som det er verdt å bruke penger på, mener Bjorvatn.

SYKEPLEIERE KAN OPPDAGE ARVELIG KREFT. Sykepleiere og leger har lite om genetikk i grunnutdanningen. Teknologien utvikler seg fort, og det blir stadig billigere å utføre tester.

– Flaskehalsen ligger på veiledningssiden. Derfor vil også vanlige sykepleiere måtte gi genetisk informasjon. Befolkningen trenger å bli bevisst på hva de vil velge hvis de blir tilbudt en gentest, sier Bjorvatn.

Får man påvist en genfeil, kan man føle seg veldig alene.

– Hver arvelig sykdom er sjelden. Men sammen er de mange,

påpeker Høberg-Vetti.

De aller fleste kreftformer har en undergruppe som er arvelig. For brystkreft er den 2 prosent. 15 prosent for eggstokk. 3 for tykktarmskreft.

Siden sykepleierne er tetttest på pasientene, er det de som lettest kan oppdage om pasientens familie har stor opphopning av sykdom.

«Agurker har flere gener enn oss.» Hildegunn Høberg-Vetti, overlege



– Da må de tipse legen, som kan henvise til medisinsk genetiske avdelinger.

Slike avdelinger fins i alle landets helseregioner.

– Kommer det mange til utredning hos dere?

– Det er sterkt økende, sier Bjorvatn.

– Men det er ikke alltid de rette som kommer, sier Høberg-Vetti.

– Og derfor må sykepleierne vite hvilke kriterier vi har for henvisning.

Alle har jo noen med kreft i familien, men når blir mye for mye?

Har både mor og far dødd av kreft, er ikke det er kriterium. Gjelder det far og fars søstre, er det mer interessant:

– Vi må se én side av familien om gangen, farssiden eller morssiden, sier Høberg-Vetti.

GENENE PÅVIRKER HVERANDRE. Helsepersonell trenger etterutdanning om genetikk, mener Bjorvatn:

– For tjué år siden trodde man at mennesker hadde cirka 125 000 gener. Så mente man 50 000. Nå er vi nede i 20 000.

Man trodde at jo mer høytstående individ, jo flere gener.

– Agurker og grantrær har flere gener enn oss, skyter Høberg-Vetti inn.

– Det blir stadig mer klart hvordan genene våre virker, og hvordan de virker på hverandre. Og ikke minst hvordan alt det andre i DNA-et og miljøet virker inn på genene. En sannhet i medisinen er ofte bare en sannhet en stund. Det gjelder særlig for genetikken, sier Bjorvatn.

Hun er varamedlem i Bioteknologirådet. Rådet diskuterer tema innen gen- og bioteknologi, og gir råd til helseministeren.

– Vi blir bedt om å ta opp saker, som vi stemmer over. Ingen kan

stemme blankt. Det kan være vanskelig å vite hva man skal stemme, og det er ofte dissens.

Bjorvatn mener at evolusjonen ofte har vist seg fornuftig.

– Der det er vitenskapelig usikkerhet, vil jeg være varsom og bruke tid. Jeg vil være ytterst forsiktig med å manipulere skaperverket, som å genmodifisere befruktete egg.

RETT TIL ÅPEN FRAMTID. Er du under 16 år, er det ikke lov å ta prediktiv gentest. Foreldre kan ikke få sine barn testet, med mindre sykdommen det dreier seg om debuterer før 16 år, eller hvis den kan forebygges.

Bioteknologiloven er nå under revisjon. Rådet foreslår at det ikke skal være tillat å teste sine barn prediktivt utenfor helse- og rettsvesenet.

– Vi mener at barna har rett til en åpen framtid, sier Bjorvatn.

– Vi oppfordrer til bred samfunnsdebatt, slik at folk selv kan falle ned på de valg som er rett for dem. Har du lett for å engste deg, bør du kanskje ikke kjøpe en selvtest på nettet. Men for en som Daniel Andersson er det nok ikke skadelig. (Se forrige sider.)

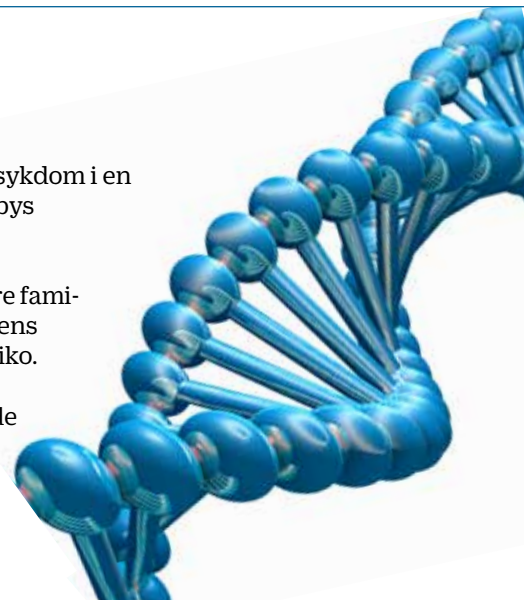
Bjorvatn og Høberg-Vetti mener at de som har god grunn til å ta en gentest, skal få det dekket av helsevesenet. ●

marit.fonn@sykepleien.no



6 ting du bør vite om gentesting:

- 1 Det finnes både nyttige og unyttige gentester.
- 2 I genetisk utredning inngår pasientens sykehistorie, familiehistorie og gentesting.
- 3 Jo flere i en familie med samme kreftsykdom, og jo yngre de er, desto mer sannsynlig er det at kreften er arvelig.
- 4 Finner man en genfeil som forklaring på sykdom i en familie, kan friske familiemedlemmer tilbys prediktiv gentest for denne genfeilen.
- 5 Med prediktiv gentest kan man identifisere familiemedlemmer med reell risiko for familiens sykdom og «frikjenne» de som er uten risiko.
- 6 Blir det ikke påvist en sykdomsforklarende genfeil i familien, utelukker ikke det at sykdommen kan være arvelig.





Fjernet bryster og eggstokker

– Nå er jeg eldre enn mamma var da hun døde. Fredrikke Steen Hansen

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Arvet genfeil: Fredrikke Steen Hansen har fjernet bryster og eggstokker.

Da hun var 15 år, døde moren hennes av brystkreft med spredning. Moren ble 42 år og hadde fjernet ett bryst da hun var 36.

Hansen fjernet begge brystene før gentesten bekreftet at hun hadde arvet genfeilen i BRCA1.

– Jeg tok ikke sjansen på å la være.

Hun var 38 år. Senere viste det seg at det var et riktig valg. Nå er hun snart 46.

– Jeg er eldre enn mamma var da hun døde. Jeg har fått flere bonusår, og regner med at det blir mange flere, sier Hansen, som er utdannet lærer.

GIKK GJENNOM FAMILIEHISTORIEN. Fredrikke Steen Hansen ble testet i 2007 for de ti vanligste genfeilene i BRCA1 og 2. Den testen viste ingen feil.

– Men jeg var helt sikker på at mamma hadde en genfeil. Den første genetiske veiledningen jeg hadde i 1993, viste at sannsynligheten var meget stor da vi gikk gjennom familiehistorien vår.

Etter at hun fjernet brystene, fikk hun bekreftelsen: Feil i genet BRCA1. Det gir en betydelig økt risiko for bryst- og/eller eggstokkreft. Like etterpå fjernet hun eggstokkene. Da var hun 40.

Hansen har to døtre, på 12 og 16 år. Det er 50 prosent risiko for at de har arvet genfeilen. Hadde hun hatt en sønn som arvet genfeilen, ville han hatt noe økt risiko for prostatakreft, og også han kunne ha videreført genfeilen til sine barn.

– **BRYSTENE ER HELT GREIE.** Fredrikke Steen Hansen har flere ganger blitt intervjuet om den arvelige disposisjonen for kreften og sine valg.

– *Hva synes døtrene dine om det?*

– De er vant til det. Det er en hverdagslig sak, og de er nok preget av min åpenhet.

– *Råder du din eldste datter til å ta gentest?*

– Hvis hun frykter at hun har genet, bør hun kanskje ta testen. Hvis ikke kan hun vente. Hun har masse tid.

Hansen mener helsepersonell har ansvar for å informere om arvelig kreft også på en positiv måte.

– Kunnskap om genfeil redder liv. Har man en genfeil, er det bedre å vite, slik at man kan følges opp og eventuelt få utført forebyggende operasjoner.

«Gentester kan redde liv.» Fredrikke Steen Hansen

Hun har rekonstruert brystene med silikon.

– Først ble det lagt inn en ekspanderingspose som gradvis ble utvidet med saltvann. Deretter ble ekspanderne byttet ut med permanent silikon i en ny operasjon. Jeg hadde store bryster, så mine arr kan minne om arrene etter en brystreduksjon.

Hun synes rekonstruksjonen er vellykket.

– Brystene er ikke så veldig pene, men heller

ikke stygge. De er helt greie. Jeg har ikke rekonstruert brystvortene, jeg var jo litt redd de skulle komme på snei.

Hansen er opptatt av hva som skjer etter slike operasjoner:

– Du går i mange år til årlige undersøkelser. Så fjerner du risikofaktorene. Da er du uten oppfølging, og mange føler seg alene. Du er heller ikke helt risikofri. Det kan være brystvev igjen, og risikoen for noen andre krefttyper øker også litt. Så kanskje vi burde blitt fulgt opp litt likevel.

PÅ FACEBOOK. Hansen har delt sine erfaringer på mestringskurs i flere år. På et av kursene ble det dannet en lukket Facebook-gruppe for dem med påvist mutasjon i BRCA1 eller BRCA2. Gruppen har nå 425 medlemmer.

Mange skriver om vanskene med å få god nok hormonsubstitusjon etter at de har fjernet eggstokkene, forteller hun:

– De etterlyser preparater med testosteron som er tilpasset kvinner. Man er jo på en måte kastrert når eggstokkene er borte.

Hun tror grunnen til manglende tilbud er at kvinners seksualitet ikke er prioritert.

– *Hva synes du om gentester?*

– De kan redde liv.

– *Hva med kommersielle gentester?*

– De er ok hvis de gir svar man kan bruke til noe, som oppfølging eller forebygging. Jeg synes ikke man skal kunne bestille gentester som postordre



Åpen: Fredrikke Steen Hansen synes helsepersonell bør fortelle om arvelig kreft også på en positiv måte. Foto: Carl Martin Nordby

og få svar på nettet. Svarene bør presenteres av genetiske veiledere.

– På den annen side er det topp hvis pengene som firmaene tjener blir investert i forskning. Alle tjener på mer kunnskap, påpeker hun.

– Kunne mamma tatt en gentest, ville hun fått de samme mulighetene som meg. Kanskje hadde hun vært i live i dag.

Selv var Hansen tidlig bevisst på at hun ville vite. Da hun var 22, tok hun kontakt med Rikshospitalet. Men ingen tester var kommet da.

– Jeg har tatt mammografi årlig siden 1995. Jeg tenkte at når jeg har blitt mamma, eller hvis de finner en kul, skal jeg fjerne brystene.

Hun var 30 da hun fikk sitt første barn. Da hun fikk det klare svaret på at hun hadde genfeilen, var hun 40 år.

– Det var ikke et sjokk.

DATTEREN KAN TESTE SEG. Datteren Victoria

går i 10. klasse og har nettopp fylt 16 år. Det betyr at hun nå har lov å ta en gentest.

– Jeg har tenkt å teste meg, men jeg vet ikke



«Jeg har tenkt å teste meg.»

Victoria, datter

helt når. Kanskje innen et år, forteller hun.

– Det haster ikke?

– Ikke i det hele tatt. Men det er greit å vite det hvis jeg ikke har arvet genet.

Da trenger jeg ikke å tenke mer på det.

Hvis hun har genfeilen, er ikke det en katastrofe. Hun vet at mor lever godt med den. Hun var åtte år da moren opererte vekk brystene.

– Det har nesten alltid vært sånn. For meg er det helt vanlig. Jeg har ikke tenkt så mye på det.

– Føler du deg presset til å ta gentest?

– Jeg gjør det jeg selv vil. Vi har egentlig ikke snakket mye om det. Mamma har nevnt at det går an å ta en test. Så har jeg tenkt «hvorfor ikke». Har jeg genfeilen, er det ikke noe jeg trenger å gjøre noe med ennå. Men det hadde selvfølgelig vært veldig greit hvis jeg ikke har genfeilen. Da stopper det der.

Hun har snakket litt om det med venninnene sine.

Aldersgrensen for å ta en gentest er 18 år, men man kan ta den to år tidligere når foreldrene samtykker.

– Hva synes du om aldersgrensen?

– Helt grei. Tror den er passe. Du er gammel nok når du er 16. Var jeg ti år, ville jeg syntes det var skummelt, sier Victoria. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Flere uføre sykepleiere

● Tekst **Eivor Hofstad**

PENSJONERING: Sykepleiere i kommunen pensjonerte seg tidligere i 2012 enn 2002. Det betyr antakelig at flere blir uføretrygdet.

I 2002 var forventet pensjonsalder for en 50 år gammel sykepleier 60,8 år. I 2012 var den sunket til 59,6. Det vil si at den på ti år har sunket med 1,2 år, viser en rapport (nr. 35 2014) fra forskningsstiftelsen Fafo.

Tallene er basert på den faktiske pensjoneringen i de ulike årstallene hos sykepleiere i kommunen, forsikret hos KLP. Beregningsgrunnlaget inkluderer også de som jobber frem til «normal» alderspensjon.

– BETYR ØKNING AV UFØREPEN-SJON. – Vi antar at dette betyr at uførepensjoneringen har økt, siden det ikke finnes andre pensjoneringsmuligheter enn uførepensjon før 62 år, sier Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Også forskeren bak Fafo-rapporten, Roy A. Nielsen, mener det er en rimelig tolkning, uten at han

kan vise til tall på det.

– NAV skiller ikke på yrkesgrupper i sine statistikker, forklarer han.

SLITNE SYKEPLEIERE. Statistikken i Fafo-rapporten viser ikke noen jevn nedgang i alder blant dem som pensjonerer seg før 67 år. I 2010 var forventet pensjonsalder for eksempel nede i 59,1 år, mens den i 2011 var oppe i 61,1 igjen.

– 2011 var rett etter innføringen av nye pensjonsregler. Noen prøvde kanskje å stå lenger i jobb for å se hvordan de nye reglene ville slå ut for dem, tror Nielsen. Men han kan ikke si noe om årene etter 2012.

– Hvis den lave pensjonsalderen vedvarer, er det et problem, men vi ser at tallene har svingt før, så vi kan ennå ikke si noe sikkert om de tre siste årene, sier han.

– Hva skyldes den eventuelle økningen i uførepensjonering blant sykepleiere?

– De blir antakelig slitne. Vi ser en reduksjon i uførepensjoneringen generelt i befolkningen blant de eldste over 60 år. Det kan

skyldes at folk har nye jobber. Men sykepleierne har de samme slit-somme oppgavene, sier Nielsen.

Den nylig utgitte *Faktabok om arbeidsmiljø og helse* fra Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og -helse ved STAMI, dokumenterer at kvinner opplever høye jobbkrav samtidig med lav kontroll over egne arbeidsoppgaver.

– Omsorgsyrker innenfor helse- og sosialsektoren er typiske kvinnedominerte yrkesgrupper som vil oppleve dette. Kvinner er også mer utsatt for vold, trusler og seksuell trakassering på arbeidsplassen. Dette kan bidra til sykdom og senere uførepensjonering, sier Eli Gunhild By.

YRKESKADEERSTATNING. I perioden fra 2000 til 2007 ble 100 000 kvinner og 80 000 menn i Norge varig uføre, ifølge rapporten (nr. 45 i 2012). Men selv om kvinner har samme jobb, samme diagnose og utdanning som menn, får de ikke tilkjent yrkesskadeerstatning like ofte som menn.

– Årsaken er delvis regelverket, ved at belastningsskader som er vanligere i kvinnedominerte yrker, ikke er omfattet av yrkesskadeordningen. Men det forklarer ikke forskjellen vi ser i samme typer yrker. Noe skyldes også ulike oppfatninger hos kvinner og menn, og noe skyldes legene. Man må tenke yrkesskade tidlig i prosessen, sier Roy A. Nielsen, som også var forskeren bak yrkesskaderapporten.

Her er tre viktige funn fra Fafo-rapporten:

- Sju av ti av dem som fikk godkjent yrkesskadeerstatning var menn
- Av de uføre kvinnene fikk 1,3 prosent erstatning
- Av de uføre mennene fikk 3,8 prosent erstatning

eivor.hofstad@sykepleien.no

Tidspress og lav kontroll

TILSYN: I 2005 gjennomførte Arbeidstilsynet to kampanjer i helsesektoren, «God vakt» og «Rett hjem». Disse avdekket at det var for mange oppgaver og for lite ressurser til å utføre dem, noe som førte til helseskadelig tidspress.

– Vi har fått mange tilbakemeldinger fra tillitsvalgte om at situasjonen ikke har bedret seg. Kravene til økonomiske resultater, budsjettstyring, kontroll med de

ansatte, og at lite overlates til faglig skjønn, er med på å undergrave ansattes kontroll over egen arbeidssituasjon, sier NSF-leder Eli Gunhild By og legger til:

– Alt dette rører ved sykepleiernes faglige integritet. Når sykepleiere må leve med at de ikke kan hjelpe pasientene med grunnleggende og eksistensielle behov, vil det på sikt kunne påvirke arbeidshelsen. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

GYLDENDAL
AKADEMISK



Marie Aakre

Jakten på dømmekraft
Praksisnært etikkarbeid
i helsetjenesten

Boken handler om avgjørende etikk-kompetanse i praktisk etikkarbeid og utfordringer i hverdagsetikken.

Mennesker som arbeider med mennesker har oftest valgt sitt yrke ut fra humane motiver. Men det er ingen selvfølge at gode intensjoner, velformulerte verdiplakater, etiske retningslinjer, juridiske føringer eller detaljerte prosedyrer sikrer faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Denne boken er primært skrevet for sykepleiere og andre helse-, sosial- og omsorgsarbeidere i praktisk klinisk yrkesutøvelse, i tverrfaglige samhandlings- og kulturprosesser, og i utøvelse av lederskap og medarbeiderskap. Studenter og pedagogisk personale i grunnutdanning og etterutdanning vil også ha nytte av boken.

1. utgave 2016
ISBN: 9788205472204
Kr 369,-

gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

LEGENE I DIPS:

(fra venstre):

Anca Heyd, Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp

Arne Sæter, Lege i spesialisering i øyesykdommer

Tomas Alme, Lege/ Medisinsk direktør

Hege Tho Stokstad, Lege i spesialisering i nyresykdommer

Magne Rekdal, Lege

Hilde Hollås, Spesialist i indremedisin og blodsykdommer

Realf Ording Helgesen, Allmennlege



Sammen om framtidens pasientjournal

Teknologi skal tilpasse seg hverdagen på sykehusene, og ikke omvendt. Derfor samarbeider vi tett med leger og annet helsepersonell over hele landet når vi lager nye DIPS Arena. Hos oss jobber det syv leger som forstår kompleksiteten i helsetjenesten og behovet for gode verktøy som lar helsepersonell bruke mer tid på pasienten. Vår ambisjon er å lage en elektronisk pasientjournal i verdensklasse, i samarbeid med brukere av systemet.

Sammen jobber vi for en smartere pasientjournal.





Sjelesørger uten gudstro

Trondheim. Som den eneste i landet har prestetjenesten ved St. Olavs Hospital ansatt en ikke-troende sykepleier. «Samtalepartner» er den nye tittelen til Cathrine Bang Hellum.

● Tekst og foto **Ann-Kristin B. Helmers**

Om jeg kan be sammen med pasienten? Sykepleieren og humanisten Cathrine Bang Hellum stopper et øyeblikk mens hun leter etter de riktige ordene. Hun kaster et langt blikk ut av de store vinduene i 1902-bygningen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. For et århundre siden var det operasjonsstue, nå har prestetjenesten lunsjrom her.

For prestekollegene rundt lunsjbordet er bønn av og til en viktig del av jobben i møte med pasientene. Men skal hun, som ikke tror at det finnes noen gud, be hvis pasienten ønsker det?

LÅNER BORT STEMMEN. – Hvis jeg er hos en pasient og pasienten ber om at jeg som en ikke-religiøs samtalepartner skal lese en tekst eller bønn, for eksempel Fader Vår, så kan jeg gjøre

det. Dette handler om pasientens tro og behov, og ikke mine.

– Du kan på en måte si at jeg låner bort stemmen min til pasientens bønn, sier hun.

Men å be en såkalt fri bønn ville hun ikke gjort.

Bønn eller ikke bønn er bare ett av flere spørsmål som har blitt grundig diskutert hos prestetjenesten det siste halve året. Mange veier har blitt gått opp etter at sykehusprestetjenesten i høst

«Jeg låner bort stemmen min til pasientens bønn.»

Cathrine B. Hellum

ansatte en medarbeider uten et religiøst livssyn. Foreløpig i et årsvikariat.

– Jeg må kunne gå inn i samtaler med både troende og ikke-troende, sier Bang Hellum.

FLERE HENVENDELSER. – Ofte møter pleiepersonalet en skepsis hos pasienter og pårørende når de foreslår samtale med sykehusprest, sier hovedprest Øyvind Taraldset Sørensen.

Han er den som ansatte Cathrine Bang Hellum. – Det er ikke så ofte at det aktivt etterspørres en ikke-religiøs person, men det skjer også, sier han.

– Er etterspørselen etter en ikke-religiøs samtalepartner økende?

– Vi har ikke noe statistikk som understøtter at behovet er økende.



Flere behov: – Eksistensielle behov er for noen pasienter like viktig å få dekket som det å skifte kateter, sier samtalepartner Cathrine Bang Hellum.

Fakta



Hva tror vi?

- I 2012 oppga 14 prosent til SSB at de ikke var medlem i noen tros- eller livssynsforening. I 1994 var andelen 8 prosent.
- 75 prosent av de spurte oppga at de var medlem av Den norske kirke, mens tilsvarende tall i 1994 var 85 prosent.
- 9 prosent oppga i 2012 at de var medlem i en annen tros- eller livssynsforening enn Den norske kirke. I 1994 oppga 6 prosent det samme.

Kilde: Norsk kulturbarometer 2012, SSB.

Det de har tall på, er at antallet henvendelser til prestetjenesten er økende.

– Og erfaringsmessig er det alltid noen som spesielt etterspør ikke-religiøse samtalepartnere, sier Sørensen.

VIL HA NAVNESKIFTE. Ved sykehuset er prestetjenesten tilgjengelig for pasientene hele døgnet.

Prestetjenesten har også ansatt en muslim i en 30-prosentstilling. Den stillingen er definert som kulturkonsulent, og inngår ikke i vaktordningen. Bang Hellum, derimot, deltar i vaktordningen.

– *Hvordan reagerer pasientene når det kommer en person som ikke er prest, og ikke engang har en gudstro, fra prestetjenesten?*

– I møte med pasientene er jeg veldig tydelig

på hvem jeg er og at jeg ikke har en gudstro. Noen har spesifikt bedt om å få snakke med meg, nettopp fordi jeg ikke er prest.

– *Hva om det er en hastetilkalling på kveld eller natt, hvor en pasient ønsker å snakke med en prest, og møter en samtalepartner?*

– I slike tilfeller må jeg gjøre en vurdering, og så eventuelt kontakte en av de andre i prestekollegiet, sier hun.

– *Bør tjenesten skifte navn?*

– Ja. Hvis prestetjenesten skal betjene alle tro- og livssynstjenester i sykehuset, bør nok navnet reflektere dette bedre enn i dag, mener Bang Hellum.

OVERGANG. Cathrine Bang Hellum har permisjon fra jobben ved





akuttmottaket. Tidligere har hun jobbet på nyfødtintensiv og med slagpasienter.

Hun innrømmer at hun lurte litt på hvordan det ville bli å måtte forholde seg til bare prester som kolleger. Etter et halvt år i avdelingen konkluderer hun med at det er høyt under taket.

Takhøyden kan komme godt med, for prestetjenesten kan se svært annerledes ut om noen år.

SYKEHUSETS ANSVAR? Nyansettelse av ikke-prester er nemlig i tråd med anbefalingene i «Det livssynsåpne samfunn», en NOU som kom i 2013.

NOU-en diskuterer blant annet prestetjenestens rolle i sykehusene.

«Målet må være å få etablert en tros- og livssynstjeneste som består av medarbeidere med forskjellig religiøs og livssynsmessig bakgrunn, som samarbeider om tros- og livssynsbetjeningen, inkludert samtaletilbudet,» heter det i utredningen.

Prestene bør skiftes ut etter hvert som de slutter i stillingene, mener utvalget. I en overgangsfase bør ekstra midler tilføres for å rekruttere medarbeidere fra et bredere miljø enn

det prestene representerer.

Det var uenighet i utvalget om tro- og livssynstjenester egentlig er sykehusets oppgave. Flertallet i utredningen mener at det er helseforetakenes ansvar å sørge for et tilbud for tro

«Når jeg kommer inn på et pasientrom, må jeg sortere ut sykepleieroppgavene.»

og livssyn ved sykehusene. Et mindretall mener imidlertid at det er tros- og livssynssamfunnene selv som må sørge for at pasienter som er innlagt på sykehus får dekket religiøse og eksistensielle behov.

IRRELEVANT LIVSSYN. – Jeg mener det er sykehuset som skal ivareta de åndelige og eksistensielle behovene hos pasienter som har behov for det. Hva vi som er ansatt i

prestetjenesten selv tror på, er ikke det viktige, sier Sørensen.

– Vår jobb er å møte pasientene i deres tro og deres livssyn. Hva ønsker pasienten selv å snakke om? Det er der fokuset skal ligge, sier han.

Bang Hellum er enig:

– Mitt livssyn er egentlig irrelevant. Men siden jeg kommer fra det som heter prestetjenesten, er det viktig å presisere at jeg *ikke* har en gudstro, sier hun.

RELASJONER OG LIVSHISTORIE. Det siste halvåret har de forsøkt å tematisere hva hendelsene til prestetjenesten dreier seg om.

Bang Hellum blar frem og tilbake i en perm og forteller:

– Relasjon og tap, livshistorie, fremtid, identitet og tro, ritualer, kristne ritualer, ivaretagelse og psykososiale spørsmål er kategoriene vi har kommet frem til.

– For mange blir det viktig å si farvel til de nærmeste på en god måte. Relasjoner er viktige. Og mange har et behov for å fortelle sin livshistorie når de vet at det går mot slutten, sier Bang Hellum.



Takhøyde: For hundre år siden var dette operasjonsrom. Nå har tre prester og en samtalepartner lunsj her. Fra venstre: Ståle Arne Vansvik, Øyvind T. Sørensen, Cathrine B. Hellum og Ingvild Knudsen Hammernes.

IKKE MISJONERE. – Mange er i sårbare situasjoner, sier Sørensen.

Noen av dem prestetjenesten møter er svært syke, noen vet at de snart skal dø. Et mål er at når de kommer fra prestetjenesten, skal de alltid være invitert. De skal lytte, ikke evangelisere.

– Det vil ofte være viktig å bekrefte den andres tro og håp. Men det er en dødssynd om vi misjonerer overfor pasientene, sier Sørensen.

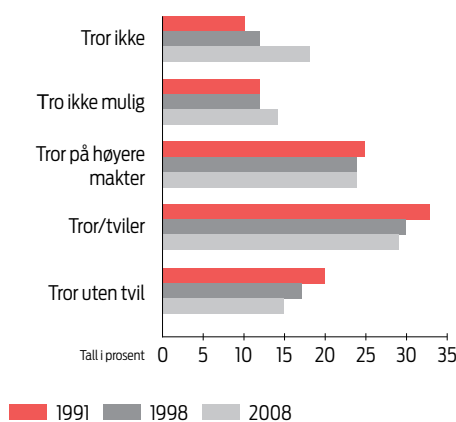
– Tilsvarende vil det være min «dødssynd» å si til en pasient at det ikke finnes noen Gud, sier Bang Hellum.

MINNESAMVÆR. Som sykepleier er hun godt kjent med døden, som kan komme brått eller ventet. Hun har møtt mange pårørende, og er vant til å komme tett inn på livene til folk.

I den nye jobben er hun også med på undervisning og refleksjonsgrupper for personalet på sykehuset. For å øke sin egen kompetanse tar hun nå videreutdanning i rådgivningsvitenskap.

– Er det noe du ikke kan gjøre i jobben som samtalepartner?

Andel svar på spørsmål om man tror på noen form for Gud. 1991, 1998 Og 2008



Kilde: Religionsundersøkelsen 1991-2008. «Religion i dagens Norge. Mellom sekularisering og sakralisering». Universitetsforlaget, Oslo.

– Ritualer som dåp, bryllup, begravelser og nattverd må man være vigslet for å kunne gjøre. Men jeg kan fint ta meg av minnesamvær eller være til stede når et menneske dør.

SYKEPLEIER. Bakgrunnen som sykepleier kan være en døråpner, mener Cathrine Bang Hellum.

De fleste avdelingene er hun kjent med, og hun vet hvordan hverdagen og døgnrytmene er for pasientene.

– Samtidig kan sykepleierbakgrunnen være forstyrrende, sier hun.

I jobben som samtalepartner er det ikke lenger hennes ansvar å følge med på oksygenmetning eller om urinposen er tømt.

«Sykepleierbakgrunnen være forstyrrende.»

– Når jeg kommer inn på et pasientrom, må jeg sortere ut sykepleieroppgavene. Jeg skal være til stede på en annen måte, sier hun.

– Eksistensielle behov er for noen pasienter like viktig å få dekket som det å skifte kateter. ●

aknbh@sykepleien.no

– Ikke erstatt prestene

MEST KOMPETENTE: – Vi er ikke for at prester i prestetjenesten ved sykehus erstattes av andre profesjoner.

Det sier Martin Enstad, leder for Presteforeningen. Han ønsker ikke å kommentere ansettelsen ved St. Olavs Hospital som enkeltsak. Men på generelt grunnlag sier han:

– Dersom tilbudet fra prestetjenesten skal utvides med andre livssynstilbud, må det også nye midler inn.

Enstad påpeker at en prest har 6 til 7 års grunnutdanning. For å bli sykehusprest må man ha relevant videreutdanning, og mange har spesialistkompetanse.

– Sykehusprestene har

spisskompetanse på samtaler om eksistensielle temaer, å møte mennesker i sorg og krise, etikk, veiledning og ritualisering, sier han.

Enstad mener at hvis prestetjenesten skal utvides med nye yrkesgrupper, må det stilles de samme kompetansekrav til disse som til sykehusprestene.

– Prestekompetansen kan ikke

erstattes av en 3-årig utdanning, sier han.

– Bør sykehuset ha et tilbud innen alle trosretninger og livssyn, eller er dette noe trossamfunnene selv bør sørge for?

– Majoriteten av befolkningen i Norge er medlem av Den norske kirke eller andre kristne trossamfunn. Hvor realistisk er det at en sykehustjeneste skal dekke alle

trosretninger og livssyn? spør han og fortsetter:

– Jeg tror at i mange tilfeller er sykehuspresten den mest kompetente til å finne alternative samtalepartnere dersom pasienten ikke ønsker å snakke med en prest. Sykehuspresten skal ikke misjonere, det er en del av profesjonaliteten.

– Frykter du at prestetjenesten ved sykehusene etter hvert vil forsvinne?

– Nei, det hadde i tilfelle vært en kraftig forringelse av helsevesenets tilbud. Min opplevelse er at prestens kompetanse er ønsket, og er ansett som et viktig bidrag inn i tverrfagligheten på et sykehus, sier Enstad. ●

aknbh@sykepleien.no



«Sykehusprestene har spisskompetanse.»

Martin Enstad, leder i

Presteforeningen

Søknadsfrist 15. april - (1. mars for tidlig svar)



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Har du interesse for tverrfaglig helseforskning og fagutvikling? Studiet gir sykepleiere solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø. Masterstudiet het tidligere helsefagvitenskap. Studiet fikk NOKUTs utdanningskvalitetspris i 2011. www.uio.no/helseforskning-master



Avansert geriatrisk sykepleie (master - 4 år deltid)

Deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling innen geriatrisk sykepleie. Du får fordypet kunnskap, og vil gjennom systematiske kliniske observasjoner bidra til å bedre helsetilbudet for eldre pasienter, med primært fokus på de kommunale helsetjenestene. www.uio.no/ags



Sykepleievitenskap (master - 2 eller 3-4 år)

Vil du forme fremtidens helsetjeneste? Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i forskning og faglig utviklingsarbeid. Vi tilbyr tematiske fordypningskurs om pasientlæring, pasientsikkerhet, aldring og egenomsorg i et livsløpsperspektiv. Du lærer også om praksisutvikling og teknologi. www.uio.no/sykepleievitenskap-master

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 02 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Gøy: Barna som deltok i tilrettelagt aktivitet med hund, glemte at de var fysisk aktive. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Aktive med hund

Helsefremmende. Inaktive barn ble mer aktive med hundesporten agility. **58**



Min jobb. På apoteket. **49**



«Trening er å fokusere på det som er friskt.»

Anne Marie Lunde Husebø. **56**



Etikk. Sykepleier og pårørende. **62**



God praksis. Studenttett post gir fordeler. **50**



TRYGGERE MED MOBIL INTENSIVSYKEPLEIER

Støttende. Muligheten til å tilkalle mobil intensivsykepleier ved vurdering av pasienter ga sykepleiere på post økt trygghet.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56524

**Merete Nossek
Johnsen,**
Intensivsykepleier
Rikshospitalet
Akutt-klinikken,
OUS

**Sturlie
Grønbeck,**
Intensivsykepleier
Rikshospitalet
Akutt-klinikken,
OUS

**Siv K.
Stafseth,**
Intensivsykepleier,
MNSc, Akutt-
klinikken, OUS
og Universitetet
i Oslo.

Irene Randen,
Førstelektor,
MNSc, Intensiv-
sykepleier, Lovisen-
berg diakonale
høgskole, Oslo

Tine Lien,
Høgskolelektor
MNSc, anes-
tesisykepleier,
Lovisenberg
Diakonale
Høgskole

**Anners
Lerdal,** profes-
sor Lovisenberg
Diakonale
Sykehus og Uni-
versitetet i Oslo

Høsten 2011 inngikk Oslo universitetssykehus Rikshospitalet og Lovisenberg diakonale høgskole et samarbeid for å ta i bruk Modified Early Warning Score (MEWS) og mobil intensivsykepleier. Vi valgte MEWS for å identifisere pasienter med risiko for å utvikle svikt i vitale funksjoner, og for å kontakte mobil intensivsykepleier. Mobil intensivsykepleier er en ordning med en erfaren intensivsykepleier som kan tilkalles og som møter opp på sengepost for en felles vurdering av pasienten. Dette gir sykepleierne mulighet for å få hjelp og veiledning 24 timer i døgnet.

MÅL. Hensikten med prosjektet var å undersøke sykepleiernes erfaringer med MEWS-verktøyet og muligheten for sengepostene til å tilkalle intensivsykepleier. For å evaluere sykepleiernes erfaringer med prosjektet valgte vi å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere og innhente informasjon fra dem ved hjelp av spørreskjema. I tillegg loggførte intensivsykepleieren tilkallinger og registrerte antall akutte overføringer til intensivavdelingene fra sengeposter som var med i prosjektet. I denne artikkelen presenterer vi resultater fra spørreundersøkelsen og loggboken, samt tall på overføringer fra sengepost til

intensivavdeling før, under og etter prosjektperioden.

BAKGRUNN. I dag har vi forskjellige systemer i sykehusene for tilkalling av hjelp i kritiske situasjoner, som for eksempel hjertestansteam. Hensikten med teamet er å redde liv når en pasient har akutt svikt i vitale funksjoner. Men hvilke systemer finnes, når det ikke er hjertestans eller akutte forverringer? Ved sykehus i Australia, Canada, England og Sverige har de team for utrykning. Teamene har navn som Outreach team (1), Critical Care Outreach Services (CCOS) (2), Medical Emergency Team (MET) (3), Acute Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) (4) og Mobil Intensivvårds Grupp (MIG) (5). Medlemmene i teamene kan bestå av leger og sykepleiere med spesialkompetanse.

BARRIERE. Den høye kompetansen i disse teamene er i utgangspunktet bra for behandlingen av pasientene, men den kan også have terskelen for å ta kontakt hos personell med lavere kompetanse. For høyet terskel for å søke hjelp kan for eksempel medføre at sykepleiere på post unnlater å tilkalle hjelp (6,7). Vårt prosjekt baserte seg på erfaringene fra Mobil intensivgruppe, MIG-prosjekte ved Sykehuset i Østfold i Moss 2007–2008 og fra Aker universitetssykehus i 2009.

SYKDOMSBILDE. På sykehus i dag er pasientene eldre og har et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Vi vet at gjennomsnittsalderen på pasienter innlagt på norske intensivavdelinger er cirka 60 år (8). Eldre pasienter kan ha flere diagnoser, noe som krever høy kompetanse fra sykepleieres side. Studier har vist at anslagsvis 60–70 prosent av pasientene som får uventet hjertestans på post, har kliniske tegn til forverring allerede sekst til åtte timer forut for hendelsen (9,10).

HEKTISK. Sykepleiere på post kan ha vanskeligheter med å gjenkjenne og identifisere disse pasientene av ulike grunner. Hverdagen på post er ofte svært hektisk. Sykepleierne har ansvar for flere pasienter som skal observeres, vurderes og behandles. Flere pasienter opereres på kortere tid, noe som bidrar til flere pasienter med behov for postoperativ overvåkning. Overvåknings- og intensivavdelingene kan dermed få et kapasitetsproblem, noe som kan føre til at pasientene overføres til sengepost tidligere enn før. Dermed øker risikoen for at pasientene kan utvikle svikt i vitale funksjoner og sykepleierne på sengepost kan oppleve økt stress og utrygghet i sitt arbeid.

LAVTERSKEL. Mobil intensivsykepleier har spesialutdanning i

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Kan mobil intensivsykepleier og bruk av Modified Early Warning Score (MEWS) bidra til at pasienter med truende svikt i vitale funksjoner på sengepost får iverksatt tiltak raskere? Sykepleierne vi spurte svarte ja! Med et tett samarbeid mellom intensivavdelingen og sengepostens sykepleiere, kan vi sammen observere vitale funksjoner på en systematisk måte og starte intervensjoner som kan forhindre forverring av pasienters tilstand.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Intensiv
- Sengepost
- Samarbeid

intensivsykepleie og arbeider med komplekse problemstillinger til daglig. Intensjonen med mobil intensivsykepleier-ordningen er at det skal være et lavterskeltilbud til sykepleierne ved sengepostene. Sykepleiere skal kunne ta kontakt med mobil intensivsykepleier for å få veiledning når pasienten har MEWS over en angitt sumskår, og/eller når de er bekymret for pasientens tilstand og ønsker råd.

Ansvar for pasienten ligger hele tiden hos sykepleierne ved sengeposten og pasientansvarlig lege. Postens lokale rutiner for medisinering, oksygenterapi og væskebehandling skal være førende for eventuelle tiltak. Ved å tilkalle mobil intensivsykepleier, får sykepleiere en erfaren kollega til å vurdere pasienten sammen med seg.

KARTLEGGING. Hvilke skårings-system finnes for å identifisere svikt hos dårlige pasienter? Det er utviklet mer enn 30 forskjellige varianter av Early Warning Score (11). Vi valgte MEWS i vårt prosjekt, som er et validert skåringssystem (9,10) som består av seks vitalparametre: Respirasjonsfrekvens, puls, systolisk blodtrykk, temperatur, CNS-status og urinproduksjon (Figur 1).

Sykepleiere på sengeposten gjør en ABCDE-vurdering av pasienten samtidig som de skårer pasienten på de seks vitale funksjonene ved hjelp av MEWS på en skala fra 0 til 3. Skåringene av funksjonene summeres til en totalskår.

TILKALLING. Dersom pasienten får en total MEWS-skår på 4 eller høyere, kan det være grunnlag for å kontakte mobil intensivsykepleier. Hvis postsykepleier tar kontakt med intensivsykepleier, konfererer de først per telefon. Etter behov kan intensivsykepleier komme til posten for å vurdere pasienten sammen med postsykepleier og veilede på tiltak. Da utveksles kunnskap og erfaring, noe som bidrar til læring hos begge parter. Sykepleierne kan også kontakte MIS om de kun har en bekymring for pasientens tilstand, eksempelvis utilfredsstillende smeretelindring. Smertere registrering ved

Modified Early Warning Score (MEWS)							
Score	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekv.		<9		9-14	15-20	21-29	30
Puls/min		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Sys t. BT	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temp °C		≤ 35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	>38,5	
CNS			Nytilkommen forvirring	Klar og orientert	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke
Urin	0 ml/t	< 20 ml/t	< 35 ml/t		Stor urinprod.		

Om personalet har en alvorlig uro over hvordan pasientens tilstand utvikler seg, eller om SaO₂ akutt endres til < 90 % med O₂ (gitt etter avdelingens rutiner for oksygenbehandling) → Kontakt intensiv ved MEWS > 4 calling nr: 26915

Vurdering av den kritisk syke pasienten

A – AIRWAY – fri luftvei. Gi oksygen!

B – BREATHING – tell respirasjonsfrekvens. Thoraxleie.

C – CIRCULATION – kjenn på pasienten. Mål blodtrykket. Gi eventuelt væske.

D – DISABILITY – AVPU, sjekk pupiller, blodsukkerkontroll. Fri luftvei.

E – EXPOSURE – sjekk kateter, dren. Løft på dyna og sjekk.

A – AWAKE – Våken

V – VOICE – Reagerer på tiltale.

P – PAIN – Reagerer på smertestimulering.

U – UNRESPONSIVE – Reagerer ikke.

Ved hjerTESTANS: ring 73333

Figur 1: MEWS-skjema med sjekkliste for vurdering av den kritisk syke pasienten, ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

hjelp av numerisk skala (Smerte NRS) inngår ikke i MEWS, men i vårt prosjekt ble smerteintensiteten registrert på en skala fra 0 til 10 og dokumentert ved hver skåring. Vi erfarte at pasienter med smerter ofte får økt MEWS-skår.

GJENNOMFØRING. Sengepostene ved Seksjon for blodsykdommer og ved Gastrokirurgisk-urologisk seksjon på Rikshospitalet ved Oslo

«Hverdagen på post er ofte svært hektisk.»

universitetssykehus (OUS) ble med i prosjektet. Vi startet prosjektet med å utdanne intensivsykepleiere til instruktører i mobil intensivsykepleier for å kunne veilede sykepleiere på sengepost.

Godkjenninger ble innhentet fra Personvernombudet ved OUS med informert samtykke fra sykepleiere. Alle sykepleiere (og studenter) som var involvert i pasientbehandling på sengepostene, fikk fire timer undervisning. De lærte å bruke MEWS for å gjenkjenne svikt i vitale funksjoner og iverksette adekvate behandlingstiltak.

Iløpet av en seks måneders periode i 2011–2012



ble pasientene vurdert ved MEWS, det vil si puls, pustefrekvens, blodtrykk, temperatur, våkenhet og urinproduksjon, samt NRS. Antall overføringer fra sengepostene til

intensivavdelingen ble registrert før, under og etter prosjektet.

DATASAMLING. Data ble innhentet ved bruk av en norsk versjon av

Spørreskjema	
1. Pasienten på din enhet har sammensatte medisinske problemstillinger	14. Bruk av MIS og MEWS-skåre øker min arbeidsbelastning når jeg har ansvaret for en dårlig pasient.
2. MIS forebygger at dårlige pasienter får respirasjons og eller hjertestans	15. Ved bruk av MIS, kan en forebygge at et lite problem blir til et stort problem
3. MIS gjør det mulig for meg å få hjelp når jeg er bekymret for pasienter	16. Dersom pasienten har en MEWS-skåre på 4 eller mer, men ikke ser dårlig ut, velger jeg å ikke kontakte MIS
4. MIS er ikke til hjelp i forhold til behandlingen av dårlige pasienter i avdelingen	17. Å kontakte MIS gjør meg i bedre stand til å vurdere og behandle dårlige pasienter på enheten
5. Når en av mine pasienter blir dårlige, kontakter jeg vakthavende lege på min	18. MEWS-skåre er lett å bruke
6. Hvis jeg ikke får kontakt med vakthavende lege og pasienten er dårlig, tar jeg kontakt med MIS	19. Har kommunikasjonen med legen blitt bedre etter innføring av MIS og MEWS-skåre?
7. Jeg er tilbakeholden med å kontakte MIS for jeg vil bli kritisert dersom pasienten ikke er dårlig nok	20. Jeg føler meg tryggere og opplever mindre stress etter innføring av MIS
8. MIS-kontakt er nødvendig fordi pasientbehandlingen fra legene, ikke har vært tilstrekkelig	21. Jeg føler meg tryggere og opplever mindre stress etter innføring av MEWS-skåre
9. MIS-kontakt er nødvendig fordi pasientbehandlingen fra sykepleierne ikke har vært tilstrekkelig	22. MIS fører til at pasientene får raskere behandling ved forverring
10. Jeg vil kontakte MIS når jeg er bekymret for pasientens tilstand selv om MEWS-skåre er under 4	23. Den basale overvåkingen og vurderingen med MEWS-skåre fører til at jeg i dag har bedre kontroll på pasienters tilstand
11. Jeg tror at bruken av MIS er alt for stor på enheten	24. Jeg får bedre respons på min kontakt med vakthavende lege når jeg kommuniserer pasientens tilstand.
12. Jeg tror at bruken av MIS er alt for stor på enheten	25. Undervisningen du deltok på har gjort deg bedre i stand til å vurdere pasientens kliniske tilstand
13. Kontakt med MIS reduserer mine ferdigheter til å behandle dårlige pasienter	26. Fritt, kommentarer eller noe du savner

Figur 2: Spørreskjema til sykepleiere på sengepostene. MIS=Mobil intensivsykepleier

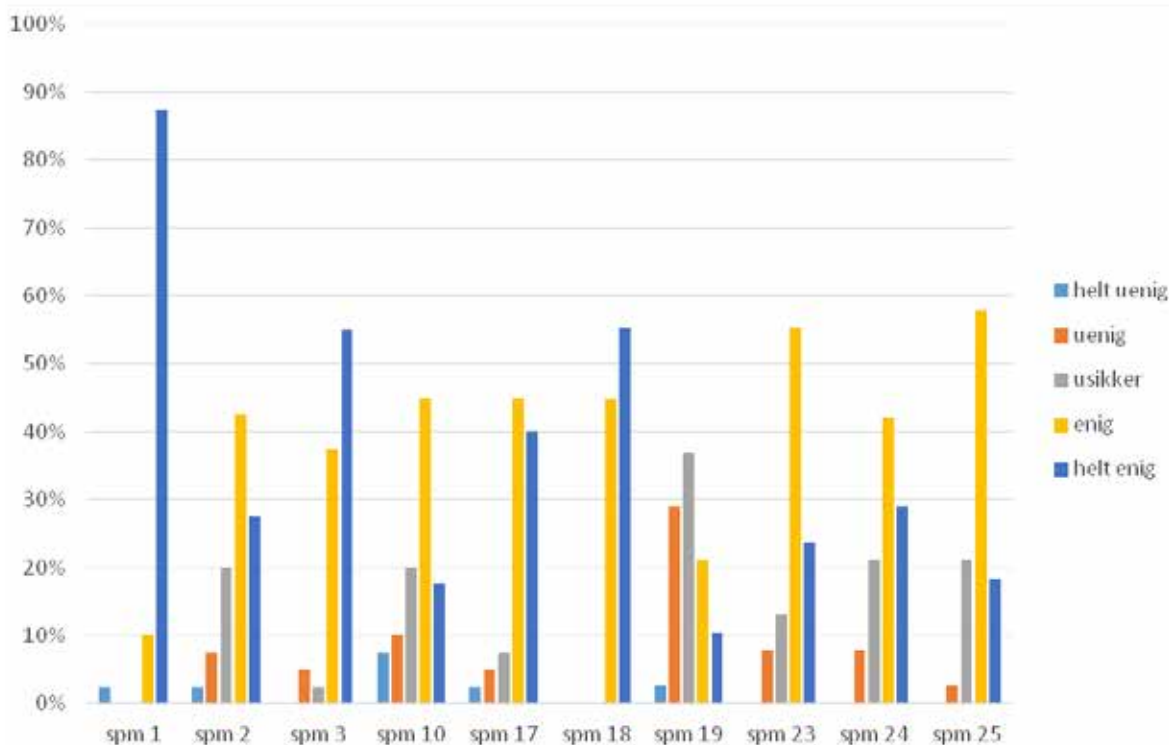
et kanadisk validert spørreskjema (3) som ble oversatt etter en standardisert prosedyre (12). Spørreskjemaet inneholder 17 ulike påstander om sykepleiernes holdninger og atferd relatert til MEWS-verktøyet. De resterende ni (spørsmål 18 til 26) ble lagt til for å få et mer utfyllende bilde. De første 25 spørsmålene hadde svaralternativene helt uenig, uenig, usikker, enig eller helt enig (det vil si femgradert Likert-skala). Spørsmål 26 kunne besvares i fritekst.

Det ble også samlet inn data om sykepleierens alder, kjønn, videreutdanning, arbeidserfaring generelt og i den aktuelle avdelingen, samt type avdeling (antall år). Av de 48 som besvarte spørsmål på kjønn var det 5 menn av 48. Sykepleierne har i gjennomsnitt arbeidet ca. 10 år i seksjonen og har erfaring som sykepleier på 12-17 år.

DELTAKEERE. Alle sykepleiere som hadde fått undervisning og opplæring i bruk av MEWS og mobil intensivsykepleier-ordningen ved de aktuelle avdelingene på Rikshospitalet, ble invitert til å delta i studien. Seksjonslederne sendte ut informasjon via e-post om spørreskjemaundersøkelsen, oppfordring om å besvare spørsmålene, at deltakelse var frivillig og en elektronisk lenke til spørreskjemaet til alle ansatte sykepleiere. Det ble sendt ut to purringer. Totalt 80 spørreskjemaer ble distribuert via e-post.

På intensivavdelingen ble henvendelser på mobil intensivsykepleier-callingen registrert i en loggbok. Kartlegging av akutt-overførte pasienter fra sengepost til intensivavdelingene ble gjort på grunnlag av tall i avdelingenes interne database.

RESULTATER. I prosjektperioden registrerte intensivsykepleierne 37 telefonoppringninger basert på MEWS-skåringer fra sengepostene. I 32 tilfeller gikk intensivsykepleieren til sengeposten for å vurdere pasienten sammen med sykepleieren. De fleste av disse pasientene hadde respirasjonssvikt eller



Figur 3: Spørsmål 1,2,3,10,17,18,19,23,24,25 fra spørreundersøkelsen (N= 48, svar i prosent).

kombinasjon av respirasjon- og sirkulasjonssvikt. Ved 70 prosent av henvendelsene hadde de en MEWS-skåre på 6 eller mer. Av de utdelte spørreskjemaene svarte 48 sykepleiere. Det ga en svarprosent på 60 prosent.

NYTTIG. Sammenfattet viste resultatene at hele 92 prosent av sykepleierne var enig/helt enig i at «Mobil intensivsykepleier gjør det mulig for meg å få hjelp når jeg er bekymret for pasienter». Åttiåtte prosent var uenig eller helt uenig i at «Jeg nøler med å kontakte mobil intensivsykepleier fordi jeg blir kritisert for ikke å ha fulgt opp pasienten min godt nok». Det var 83 prosent som var enig eller helt enig i at «Den basale overvåkingen og vurderingen av MEWS-skåre fører til at jeg i dag har bedre kontroll på pasienters tilstand». I påstanden «Undervisningen du deltok på har gjort deg bedre i stand til å vurdere pasientenes kliniske tilstand» var 81 prosent enig eller helt enige, og

66 prosent var uenig eller helt uenig i at «Jeg er tilbakeholden med å kontakte MIS fordi jeg vil bli kritisert dersom pasienten ikke er dårlig nok».

RESULTATER. I figur 3 viser vi de viktigste resultatene fra spørreundersøkelsen. Flertallet anga samstemmig at de følte seg tryggere og opplevde mindre stress i sitt daglige arbeid etter innføring av mobil intensivsykepleier og MEWS-skåre. Sykepleierne opplevde at MEWS-skåre var enkelt å bruke og at skåringen ikke økte arbeidsbelastningen. Kollegaveiledning og det å få hjelp når sykepleierne var bekymret for sin pasient, opplevdes positivt.

KOMMENTARER. I spørreskjemaet hvor sykepleierne kunne skrive egne kommentarer skrev de: «Dette er et veldig bra prosjekt som gjør at avstanden mellom intensivsykepleiere med mye kompetanse på respirasjon/sirkulasjonsområdet,

«Jeg synes MEWS-skåre er positivt og bidrar til å se tegn til forverring tidlig.»

og sykepleiere på sengepost blir mindre. Det er et viktig prosjekt med tanke på å få ny kunnskap om dårlige pasienter, og sykepleiere på post føler seg tryggere i ansvaret for en kritisk dårlig pasient.»

GOD RUTINE. En annen respondent skrev: «Jeg synes MEWS-skåre er positivt og bidrar til å se tegn til forverring tidlig. God rutine. Imidlertid er våre pasienter ofte så komplekse at vi er vant til høy MEWS-skåre, og høy skåre i seg selv innebærer ikke nødvendigvis usikkerhet rundt tiltak. Har aldri hatt

behov for å kontakte mobil intensivsykepleier på grunn av at man selv identifiserer problemet. For eksempel skjønner man at det dreier seg om blødning og iverksetter tiltak i forhold til dette, oppleves det ikke som noen vits å kontakte mobil intensivsykepleier fremfor kirurg. Ville snarere kontaktet mobil intensivsykepleier ved mer diffuse pasienttilfeller. Tror MEWS kan være nyttig på ø-hjelpspasienter og virke forebyggende på akutt situasjoner. Føler tilgjengeligheten som betryggende.»

OVERFØRINGER. Antall overføringer fra sengepostene til intensivavdelingen viste en nedgang i perioden da MEWS ble tatt i bruk. I tiden etter prosjektperioden observerte vi at antall overføringer fra seksjon blodsykdommer økte. Midt i prosjektperioden ble Seksjon for blodsykdommer slått sammen med avdelingen fra Ullevål, som økte pasientbelegget med tolv pasienter/senger (fra 16 til 28). Samtidig fikk Gastrokirurgisk-urologisk seksjon en ny pasientgruppe grunnet sammenslåingen. Seks måneder etter prosjektet var tallet på overføringer fra sengepostene til intensivavdelingen uendret, på tross av at den nye pasientgruppen erfaringsmessig kan gi flere innleggelser på intensivavdelingen.

FOREBYGGENDE. Hovedfunnene fra spørreskjemaet i vårt prosjekt var at sykepleierne var klart positive til det nye hjelpemiddelet med mulighet for veiledning. Dette samsvarer med et studieresultat fra Canada, der over 90 prosent av de spurte mente at det å kunne tilkalle et team tillot dem å søke hjelp til pasienter de var bekymret for (3). Videre viste Bagshaw's studie at sykepleierne mente at Medical Emergency Team (MET) var med på å forebygge forverring av en tidlig tendens til svikt i vitale funksjoner.

TRYGGHET. Vi fant at sykepleierne opplevde trygghet ved å kunne kontakte en erfaren intensivsykepleier i





en tidlig fase ved mulig forverring hos pasienten. Vi har nylig publisert en artikkel med beskrivelse av sykepleiernes erfaringer med innføring av MEWS og mobil intensivsykepleier (13). En oversiktsartikkel ved Odell et al. (7) viser at sykepleiere ikke kontaktet lege når de burde, fordi de var redde for ikke å ha gjort korrekte vurderinger samtidig som de var ubekvemme med å tilkalle lege. Dette førte til at lege ikke ble kontaktet på et tidlig tidspunkt, og tiden det tok før pasienten fikk tilsyn ble unødig forlenget. Studien viste også at erfarne sykepleiere som brukte MEWS kunne kommunisere sine bekymringer om pasienten med et bedre og mer presist medisinsk språk enn uerfarne sykepleiere som ofte brukte et mer upresist og folkelig språk (7). Kyriacos et al. (6) viser til studier der sykepleiere vegret seg for å kontakte leger når de så avvikende vitale tegn hos pasienter, fordi de var redde for å ikke bli tatt på alvor om de ikke brukte korrekte medisinske termer (6).

LAVTERSKEL. Mobil intensivsykepleier-systemet i vårt prosjekt er ment å være et lavterskeltilbud, hvor intensjonen er at sykepleiere på sengeposter lett kan konferere med en erfaren kollega for å vurdere pasienter. Ordningen tar sikte på å veilede sykepleiere i ABCDE-undersøkelse og bruk av MEWS slik at de får økt kompetanse og kan utøve et tydeligere språk om pasientens vitale funksjoner. Odell et al. (7) beskrev språket og kommunikasjonen mellom sykepleier og lege som en stor utfordring, og viste til at trening i kommunikasjon og et tydeligere språk vil kunne bedre forholdet (7). Muligens kan tryggheten de opplevde i vårt prosjekt ha sammenheng med at de ikke tilkaller et helt team og at lavterskelintensjonen virker.

STYRKER OG SVAKHETER. En av styrkene med vårt prosjekt var at vi brukte et validert skåringsverktøy og spørreskjema. Sengepostene deltok frivillig og ønsket undervisningen, dette var essensielt for å

gjennomføre og følge opp prosjektet på avdelingene. En svakhet med studien var at vi brukte elektronisk spørreskjema, noe som ofte gir lavere svarprosent enn papirskjema (14). Vi kunne ha ønsket flere respondenter. En annen svakhet med studien var at den manuelle registreringen i loggboken og dataene om overføringer av pasienter mellom post og intensivavdelingene muligens ikke var komplett. Det var for eksempel flere intensivsykepleiere som ivaretok mobil intensivsykepleierfunksjonen og føring av loggboken. I et eventuelt senere prosjekt vil vi anbefale å utarbeide en tydeligere instruks for føringen av logg over mobil intensivsykepleier-utkallinger.

KONKLUSJON. Vi fant at sykepleierne erfarte at MEWS hevet kvaliteten på observasjoner og vurderinger, og var et godt veiledende verktøy for sykepleiere til å identifisere truede svikt hos pasienter på sengepost. Sykepleiernes kommunikasjon om pasientens tilstand ble kommunisert til mobil intensivsykepleier via telefon, og intensivsykepleierne møtte sykepleierne på sengepostene for veiledning. Prøveordningen med mobil intensivsykepleier er videreført og implementert ved begge sengepostene som inngikk i prosjektet. Etter prosjektet er det også etablert intermedisærplasser på en av sengepostene.

UTVIDET TILBUD. Vi har delt, og deler gjerne vår erfaring med andre sykehus da MEWS og mobil intensivsykepleier kan føre til bedre pasientvurderinger, og veiledning av sykepleierkollegaer som står i situasjoner med utfordrende observasjoner av kompliserte pasientforløp. Vi arbeider nå med å utvide tilbudet til flere sengeposter i OUS. I dag er enda en medisinsk avdeling ved Rikshospitalet og Medisinsk klinikk ved Ullevål i gang med å innføre MEWS og mobil intensivsykepleier. Flere enheter ved OUS har bestemt seg for å innføre bruk av National Early Warning Score (NEWS) (11,15) som en del av Pasientsikkerhetskampanjen.

I KOMMUNEHELSETJENESTEN?

NEWS har vist seg å være bedre egnet enn MEWS til å vurdere risikopasienter (16). Lovisenberg Diakonale Sykehus innfører MEWS og Lovisenberg diakonale høyskole anvender systematisk MEWS i ferdighetssenteret i tverrfaglig kommunikasjon for studenter i bachelor, og NEWS på videreutdanning og master. Kanskje kunne verktøy som MEWS eller NEWS være aktuelt også i kommunehelsetjenesten, for tidlig å gjenkjenne forandringer i vitale parametere hos pasienter. ●

REFERANSER:

1. Baker-McClearn D, Carmel S. Impact of critical care outreach services on the delivery and organization of hospital care. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13:152–7.
2. Athifa M, Finn J, Brearley L, et al. A qualitative exploration of nurses' perception of Critical Outreach Service: a before and after study. *Aust Crit Care*. 2011;24:39–47.
3. Bagshaw SM, Mondor EE, Scouten C, et al. A survey of nurses' beliefs about the medical emergency team system in a canadian tertiary hospital. *Am J Crit Care*. 2010;19:74–83.
4. Smith GB, Osgood VM, Crane S. ALERT – a multiprofessional training course in the care of the acutely ill adult patient. *Resuscitation*. 2002;52:281–6.
5. Nordlund K, Joelsson-Alm E. Mobil intensivvårdsgrupp ger bättre patientövervakning och trygg personal. *Lakartidningen*. 2009;106:2690–3.
6. Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Monitoring vital signs using early warning scoring systems: a review of the literature. *J Nurs Man*. 2011;19(3):311–30.
7. Odell M, Victor C, Oliver D. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2009;65(10):1992–2006.
8. Laake JH, Dybwik K, Flaatten HK, et al. Impact of the post-World War II generation on intensive care needs in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010;54(4):479–84.
9. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM*. 2001;94(10):521–6.
10. Gardner-Thorpe J, Love N, Wrightson J, et al. The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical inpatients: a prospective observational study. *Ann of the Royal College of Surgeons of England*. 2006;88(6):571–5.
11. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, et al. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013;84(4):465–70.
12. Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value health*. 2005;8(2):94–104.
13. Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, et al. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*. Epub 2015/11/26. DOI:10.1016/j.iccn.2015.07.008.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. National early warning score (NEWS): Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP: Royal College of Physicians 2012.
16. Alam N, Hobbelenk EL, van Tienhoven AJ, et al. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*. 2014;85(5):587–94.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Elsa Jytte Hagstrøm

Sykepleier på apotek

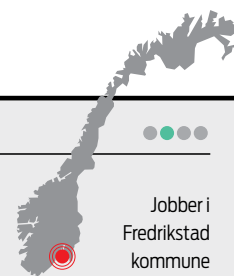
Fortalt til **Nina Hernæs** • Foto **Christine Heim**

Fakta

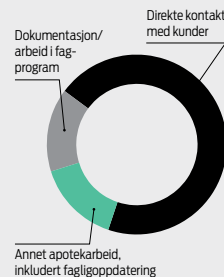
Nyutdannet sykepleier i 1999

CV

1999: Sykepleier i omsorgsbolig i Råde kommune
2007: Avdelingsleder på Glemmen sykehjem i Fredrikstad
2013-: Sykepleier på Boots apotek Fredrikstad



Når jeg jobber driver jeg med ...



Ikke alle apotek har sykepleiere, men jeg tror det vil bli mer og mer vanlig. Pågangen er stor og den øker. Ryktene går i byen, og mange leger anbefaler pasientene dette apoteket fordi vi er to sykepleiere her i team med farmasøyter og apotektekniker.

De som kommer hit er kunder, ikke pasienter. Det er litt uvanlig, men jeg føler jeg får gitt mye sykepleie hver dag. Inkontinens, stomi, kateter, ernæring og litt artrose er temaer som går igjen.

Vi får mange henvendelser fra ansatte i hjemme- og boveiledningstjenesten når de slipper opp for råd. Noen ganger er det vanskelig å finne riktig produkt til brukerne, og da kan det være greit å spørre oss om råd. Det fins et hav av utstyr, og i denne jobben får jeg hele tiden oversikt over produkter fra leverandører og oppdateringer om lovverk fra HELFO.

Vi er opptatt av å gi gode råd, men samtidig passe på at det ikke tas ut mer utstyr enn nødvendig. Det er offentlige midler som brukes på utstyr til for eksempel inkontinens, og min jobb er å følge retningslinjer fra HELFO.

Det kommer også privatkunder, og vi har et diskresjonsrom hvor vi kan ta oss god tid til en prat i ro og fred. Til kvinner med brystproteser har vi et eget rom for proteser og undertøy. Noen er nyopererte og i krise, og vi kommer tett på mennesker i sårbare faser av livet.

Noen ganger reiser vi på hjemmebesøk, for eksempel hvis hjemmesykepleien ikke helt finner grunnen til at en dame med inkontinens føler sårhet. Da kan vi sammen finne riktige produkter til akkurat henne.

Jeg er glad vi er to sykepleiere i apoteket, vi støtter hverandre og konfererer hele tiden. Vi jobber i et tverrfaglig miljø med mange ulike problemstillinger, og det liker jeg veldig godt.

Mange kunder blir veldig glade for å snakke med en sykepleier. Det kan være spørsmål om brannsår, atopisk eksem eller mer kompliserte sår, og da er det greit å ha litt erfaring med de ulike produktene.

Vi kan få de merkelige spørsmål. Jeg husker en eldre mann som trengte hjelp til å ta på støttestrømper, men han orket ikke ha hjemmesykepleie. Så han lurte på om jeg var på jobb hver morgen, også lørdag, og kunne hjelpe ham. Jeg hadde nesten vanskelig for å si nei.

nina.hernes@sykepleien.no



Se flere historier i Sykepleiens APP



Gir sykepleie: De som kommer hit er kunder, ikke pasienter, og det synes Elsa Jytte Hagstrøm er litt uvanlig.



STUDENTTETT POST FUNKER FOR DE FLESTE

Positivt. Mange studenter på samme praksissted styrker det faglige og psykososiale miljøet.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56494



Kirsten Halse,
førstelektor
Høgskolen i Oslo
og Akershus



Ida Steen,
fagutviklings-
sykepleier
Oslo Universi-
tetssykehus



**Jan Olav
Notevåg,**
førstelektor
Høgskolen i Oslo
og Akershus



**Marit
Leegaard,**
første-
amanuensis
Høgskolen i Oslo
og Akershus

En organisering av praksis med mange sykepleierstudenter på samme praksissted har i løpet av noen år fått stor utbredelse både nasjonalt og internasjonalt (1–3). Denne organiseringen blir i Norge ofte omtalt som studenttett post. Antall studenter en post må ha for å kalles studenttett er det ingen entydig definisjon på, men litteraturen viser at det som regel er flere enn seks (1–3).

Noe av årsaken til fremveksten av studenttette poster kan være at både praksisstedene og utdanningsinstitusjonene har måttet tenke nytt om organisering av praksisstudiene som følge av reduksjon i antall senger i spesialisthelsetjenesten og et økt antall studenter.

SAMARBEID. Flere studier viser at studenter opplever det som positivt å ha praksis på studenttett post (1–4). Noe av det positive som trekkes fram er at studentene samarbeider og er delaktige i hverandres læreprosess (1–4). Det finnes derimot lite kunnskap om sykepleiernes og høyskolelektorenes erfaringer med studenttett post, men en studie fant at majoriteten av de ansatte opplevde at det influerte positivt på det faglige og psykososiale miljøet på posten. De opplevde også at denne måten å organisere praksis på var positiv for studentenes faglige utvikling (2).

VEILEDERROLLEN. Generelt finnes det mye kunnskap om studentveiledning og sykepleiernes oppfatning av denne. Sykepleiere beskriver veilederrollen med ord som givende, inspirerende og lærerik (5). Negative sider ved rollen som nevnes er stress, stort ansvar og utydelig rollebeskrivelse (6). De fremhever mangel på tid til veiledning som en utfordring (5–7). Filtingnes og Høyen (2012) fant at sykepleiere kan oppleve usikkerhet i veilederrollen, og at et for nært forhold påvirket veiledningsforholdet. Videre opplevde de vurderingssituasjonene som utfordrende, og hadde behov for støtte fra kolleger og praksislærere ved vurderingen av studenter med svak teoretisk kompetanse (7).

HENSIKT. Til tross for at denne kunnskapen også er relevant for veiledning på studenttette poster, trenger man mer kunnskap om hvordan de involverte aktørene på studenttette poster oppfatter både organiseringen av veiledningen og studentenes læring. Foruten studentene er dette avdelingsleder, studentansvarlig sykepleier, sykepleiere som gjennomfører den daglige veiledningen og høyskolelektor. Hensikten med artikkelen er å synliggjøre hvordan de ulike aktørene på studenttette poster oppfatter studenters læring og den praktiske

gjennomførbarheten av en slik organisering?

METODE. Artikkelen bygger på intervjuer av ansatte på studenttette poster ved et universitetssykehus studieåret 2011–2012. Seks poster ble invitert til å delta, og fem takket ja. Fra hver post ble avdelingslederen, den studentansvarlige sykepleieren og to sykepleiere som hadde den daglige veiledningen intervjuet, totalt 20 personer. Fem høyskolelektorer med erfaring fra studenttett post ble invitert, og fire takket ja. Intervjuene ble gjennomført i perioden desember 2011 til januar 2012. Semistrukturert intervju ble benyttet, og intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av problemstillingen og forfatterens erfaring. Det ble i forkant av analysen utarbeidet noen kategorier på bakgrunn av forfatterens for forståelse, mens andre kategorier kom frem underveis. Forfatterne leste gjennom alle intervjuene hver for seg og arbeidet selvstendig med analysen, deretter diskuterte man den i fellesskap.

RESULTATER. I denne studien ble det ikke funnet noen ensartet beskrivelse av hva som kjennetegner en studenttett post. Derimot kom det fram at organiseringen av studenttett post har noen felles kjennetegn og noen forhold som er

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Deltakere involvert i veiledning av sykepleierstudenter mener det er positivt at mange studenter gjennomfører sin praksisperiode sammen på samme sykehuspost. En sykepleier må ha det overordnede ansvaret. Oppfatningen er at studentenes læring er tilfredsstillende.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleierutdanning
- Praksisstudie
- Sykepleierstudent



Sammen i praksis: Store studentkull og færre inneliggende pasienter i sykehus kan gjøre det hensiktsmessig med flere studenter i praksis på samme sted. Arkivfoto: Stig M. Weston

ulike. I tabell 1 gis det en oversikt over hvordan aktørene oppfatter organiseringen av studenttett post. Se tabell 1 neste side.

LÆRING. De fleste som deltok sier det er tilstrekkelig med læresituasjoner, og at læringsutbyttet er tilfredsstillende for de fleste studenter. Noen nevner at studentene lærer av hverandre gjennom diskusjon og samarbeid om sykepleieoppgavene. Flere av sykepleierne sier at å være mange studenter sammen bidrar til trygghet i praksis for studentene.

VEILEDNING. Studentene veiledes av flere sykepleiere, noe de studentansvarlige sykepleierne og avdelingsledere ser på som positivt. De sier at slik veiledning gir studentene mulighet til å lære ulike måter å utføre sykepleieoppgaver på.

Høyskolelektorene sier at kontaktsykepleierordningen ville passet bedre for studenter som trenger tettere oppfølging. Sykepleierne har ulike oppfatninger av hvordan veiledning fra flere innvirker på studentene. En sier at dette gjør studentene mer selvstendige, mens andre sier at de ikke tør å la studenten være selvstendig fordi man ikke har god nok innsikt i studentens utvikling. Avdelingssykepleierne hadde ulik oppfatning av om veiledning fra flere førte til at man fanget opp studenter som presterer lavere enn forventet.

LOGG. Studentene skriver logg slik at sykepleierne kan følge opp presentasjonene deres. Mange av sykepleierne sier at det kan være utfordrende å dokumentere studentenes prestasjoner på loggskjemaene både innholdsmessig og

tidsmessig. Noen av de studentansvarlige sykepleiere sier at det er vanskelig å få sykepleierne til å gi skriftlig tilbakemelding, og noen

«Studentene veiledes av flere sykepleiere.»

sykepleiere nevner at det er spesielt vanskelig å gi tilbakemelding når studentens kompetanse ikke er tilfredsstillende. En av høyskolelektorene sier det er problematisk for enkelte studenter å bli vurdert daglig.

DELT ANSVAR. Majoriteten av deltakerne vurderer det som fordelaktig at sykepleierne deler på

ansvaret for veiledningen. En sykepleier sier hun liker ordningen, for da har man også andres vurderinger å støtte seg til. Noen studentansvarlige sykepleiere sier at man unngår problematikken med at student og kontaktsykepleier ikke fungerer tilfredsstillende sammen når man har flere veiledere.

STUDENTANSVARLIG SYKEPLEIER. Høyskolelektorene og avdelingssykepleierne understreker at studentansvarlig sykepleier har en viktig rolle, noe som uttrykkes av avdelingssykepleiere med ord som; helt avgjørende, en forutsetning, primus motor og en suksessfaktor. Flere av de studentansvarlige sier at ansvaret med fordel kunne vært delt mellom to på grunn av arbeidsmengden. En nevner at det kan være litt ensomt å ha





Tabell I. Sentrale faktorer ved organiseringen av studenttett post

Antall studenter Antall praksisperioder	Antall studenter varierer mellom 6 og 15 Antall perioder varierer mellom 2 og 4
Veiledningsmodell	Studentene veiledes av flere sykepleiere. Ved poster hvor avdelingen er delt opp i grupper er gruppens sykepleiere ansvarlig for veiledningen av studentene tilhørende gruppen. Avdelingene legger til rette for studenter som har behov for ekstra oppfølging.
Studentansvarlig sykepleier	Alle postene har studentansvarlig sykepleier. De har det overordnede ansvaret for alle studentene på posten. Det er ulikt hvor mye tid de har avsatt til studentarbeid. De fleste har også vanlige sykepleieoppgaver ved siden av, men ved flere av postene har studentansvarlige avsatt tid til studentarbeid i forkant og under praksisperioden. I tillegg til sykepleierne kan studentansvarlig også delta i den daglige veiledningen.
Introduksjonsdager og undervisning	De fleste poster arrangerer introduksjonsdager i starten i praksisperioden.
Logg og tilbakemelding fra sykepleierne	Logg anvendes for å følge opp studentene. De har ulik utforming. Studentene reflekterer skriftlig over egen læring og sykepleier gir skriftlig tilbakemelding. På de fleste postene gjøres dette daglig. På en post gir også medstudent tilbakemelding på loggen.
Midt og sluttvurdering	Hvem som gjennomfører midt og sluttvurdering er ulikt på postene. Enten er det studentansvarlig sykepleier eller en sykepleier som har veiledet studenten som sammen med høyskolelektor har vurderingsansvaret. Felles er at den gjøres på bakgrunn av studentenes logg og sykepleiernes tilbakemeldinger.
Samarbeid mellom høgskolen skole og avdelingen	De fleste studentansvarlige sykepleiere samarbeider med høyskolelektoren i forkant av praksisperioden. Det samarbeides blant annet om informasjon til studenter, planlegging av samtaler og praksisperioden. Mange deltar på praksisforberedende møte. Ofte får studentene utdelt ferdig turnus. Under praksisperioden samarbeides det jevnlig om veiledningen av studentene.
Finansiering av studentansvarlig sykepleier	Ved noen avdelinger har studentansvarlig i perioder blitt finansiert gjennom samarbeidsmidler fra høgskolen. Andre poster bruker fagsykepleier eller en annen sykepleier og finansierer funksjonen selv.

ansvaret alene. Høyskolelektorene mener det er viktig at det er én sykepleier som har hovedansvaret.

SAMARBEID. Majoriteten av de studentansvarlige sykepleierne og avdelingssykepleierne har et godt samarbeid med høyskolelektoren, noe høyskolelektorene bekrefter er viktig. Sykepleierne nevner at studenttett post fører til mindre direkte samarbeid mellom høyskolelektoren og sykepleierne. Høyskolelektorene sier de gjerne skulle hatt mer tid til samarbeid.

ANTALL STUDENTER. Høyskolelektorene og majoriteten av sykepleierne er positive til studenttett post og ønsker å fortsette med det. Andre er usikre fordi de også ser fordeler med kontaktsykepleieordningen. Noen sier at å ha mange studenter er en ressurs for posten, og at det kan frigjøre tid for sykepleierne til andre oppgaver. To høyskolelektorer fremhever at det er praktisk å ha mange studenter på en post. Avdelingssykepleierne er positive til studenttett post og ser fordeler som å få ekstravakter og fremtidige sykepleiere.

Majoriteten av aktørene sier at studentantallet posten har er passende i forhold til pasientantallet. Ved postene som tar imot studenter tre–fire ganger i året sier avdelingslederne og sykepleierne at det kan bli for tett mellom praksisperiodene.

DISKUSJON. Aktørene fremhever at studentansvarlig sykepleier har en sentral rolle. Vi finner støtte for dette i litteraturen (8). Dette styrker inntrykket av at en studentansvarlig sykepleier har stor betydning for å få en studenttett post til å fungere. En utfordring med veiledningsmodellen med studentansvarlig sykepleier, er at den enkelte sykepleier kan føle mindre ansvar for veiledningen. I et prosjekt hvor kontaktsykepleierordningen var erstattet med en modell med hovedveileder og daglige veiledere, tok de daglige veilederne mindre ansvar i studentveiledningen enn som kontaktsykepleier (9).

Disse synspunktene kom ikke direkte fram i vår studie, men noen av de studentansvarlige sykepleierne sa det kunne være vanskelig å få sykepleierne til å gi skriftlig tilbakemelding på studentens prestasjoner. Det kan skyldes at den enkelte sykepleier ikke opplever sin rolle som vesentlig for veiledningen. Det kan også skyldes at sykepleierne oppfatter at det er mangel på tid (5–7).

Tar sykepleierne for lite ansvar for veiledningen kan studentansvarlig sykepleier oppleve å få et større ansvar enn tiltenkt. Dette kan gjøre at hun opplever rollen som ensom. At rollen kunne oppleves ensom kom også fram i vår studie. Jobber studentansvarlig med å involvere sykepleierne mer i studentarbeidet, kan det tenkes at følelsen av å stå alene med ansvaret oppleves i mindre grad. Det vil sannsynligvis også øke engasjementet blant sykepleierne.

STORT ANSVAR. I en studie ved en norsk sykehusavdeling fant man at de fleste sykepleierne foretrakk å dele på veiledningsansvaret framfor å beholde kontaktsykepleiermodellen (8). Dette samsvarer med forskning som viser at å ha ansvaret alene kan oppleves som stressende. Stresset skyldes stort ansvar, manglende støtte fra andre sykepleiere og høyskolen, og at innholdet i veilederrollen ofte er utydelig beskrevet (5–7). Å være flere om vurderingen av studentene opplevde også sykepleierne i vår studie som positivt. Dette støttes av studier som viser at kontaktsykepleiere opplevde det som krevende å være alene med vurderingsansvaret (7,8,10).

PULVERISERING. Til tross for at sykepleierne i vår studie sier det er positivt for dem å være flere om veiledningen, kan det være negativt for studenten. Når flere sykepleiere samarbeider om veiledningen kan resultatet bli at ingen tar ordentlig ansvar. En slik pulverisering kan medføre at ingen ser den individuelle studenten nok til å gi en tilfredsstillende veiledning eller

relevant vurdering. Dette er problematisk.

En annen problematisk side som ble nevnt i studien er at studenter som ikke har forventet progresjon, ikke fanges opp. Hvor stort dette problemet er, eller om det er større ved en studenttett post framfor en organisering med en kontaktsykepleier, har vi ikke funnet holdepunkter for i litteraturen. Det kan derimot tenkes at det er lettere å fange opp studenter som har en mindre tilfredsstillende utvikling når det er flere som veileder og vurderer studenten.

PRISGITTE. Sykepleierstudenter mener relasjonen til veilederen betyr mye (11,12). De sier blant annet at de er prisgitt den sykepleieren de får tildelt, og at en dårlig relasjon til praksisveileder kan være ødeleggende for praksisperioden. Delta-kerne i vår studie mente denne problematikken kan reduseres når studentene veiledes av flere syke-

«Studentansvarlig sykepleier har en sentral rolle.»

pleiere. Man kan unngå et for vennskapelig forhold mellom student og veileder, som igjen kan føre til mindre læring og vanskeliggjøre en objektiv vurdering av studenten (7,12).

KONTINUITET. En problematikk som kom fram i vår studie var at noen sykepleiere ikke turte å gi studentene ansvar og «slippe dem fri». Begrunnelsen var at de ikke kjente studentenes kompetanse godt nok på grunn av manglende kontinuitet i veiledningen. Dette samsvarer med funn i andre studier som viser at manglende kontinuitet når flere har ansvar for veiledningen oppleves både av studenter og sykepleiere (2,4). Dette er problematisk når et mål for studiet er at studentene skal utvikle selvstendighet (13).

En utfordring når studentene veiledes av flere blir derfor hvordan man kan sikre kontinuitet i

studentens utvikling. Ved studenttette poster har man forsøkt å ivareta dette gjennom studentenes loggskrivning, hvor også sykepleierne skal gi skriftlig tilbakemelding. I vår studie kommer det fram at tilbakemelding på logg ikke alltid er lett å gjennomføre.

FORVIRRING. Veiledning fra flere kan gjøre at studentene opplever at sykepleie kan utføres på forskjellig måter, noe deltakerne i denne studien trekker fram som positivt. Liknede funn er gjort i en annen studie (14). Motsatt kan det å se sykepleie bli utført på forskjellige måter også forvirre studenten. En slik forvirring kan være negativt for læring (12), men kan også bidra til refleksjon og dermed øke studentens læringsutbytte.

TILFREDSE. Deltakerne i vår studie mener det er tilstrekkelige læresituasjoner og at læringsutbyttet er tilfredsstillende for de fleste studenter. Disse funnene støtter opp om en tidligere studie som viste at majoriteten av personalet opplevde studenttett post som positiv for studentens utvikling (2). Flere studier viser at studenter mener det er tilstrekkelig læresituasjoner og at læringsutbyttet er tilfredsstillende selv med mange studenter på samme post (1–3,15). At både sykepleiere og studentene selv sier det samme tilsier at denne måten å organisere praksis på er mulig. Det viser også at læringsutbyttet kan bli tilfredsstillende. Hvorfor denne organiseringen ikke fungerer tilfredsstillende for noen få studenter, er det ikke et entydig svar på. Det er viktig at det er mulig å lage et tilpasset opplegg innenfor organiseringen studenttett post for disse studentene.

KONKLUSJON. Deltakerne mener at studenttett post fungerer for de fleste studenter og at læringsutbyttet er tilfredsstillende. Man er enige om at en sykepleier bør ha hovedansvar for studentene. Veiledning fra flere sykepleiere har fordeler, men også problematiske sider. Det er en styrke for

studenttett post som organiseringsmåte at de fleste aktørene ønsket å fortsette med denne formen for organisering av praksis. Noen, spesielt sykepleiere som hadde den daglige veiledningen, kunne oppleve veiledningsmodellen som utfordrende. Likevel var det ingen som ga uttrykk for at de ikke ønsket å jobbe på en studenttett post.

Artikkelen kan være et bidrag til debatten som pågår om praksisveiledningen. Med de store studentkullene vi har i dag og den stadige reduksjonen av antall sengeplasser i sykehus, kan en naturlig løsning være flere studenter på samme post. Funnene fra denne studien kan bidra med ideer til gjennomføringen av studenttette poster. ●

Takk til alle som deltok i studien.

REFERANSER:

1. Bjerkvold MP, Myhren AB, Sørli K. Alternativ praksismodell. Tidsskriftet Sykepleien 2003; 17: 39–42.
2. Halse K, Hage AM. An acute hospital ward, densely populated with students during a 12-week clinical study period. J Nurs Educ 2006; 45(4): 133–36.
3. Bourgeois S, Drayton N, Brown AM. An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: the cluster model. Nurse Education in Practice 2011; 11(2): 114–118.
4. Strand K, Devold K, Dähle A. Sykepleierstudenters erfaringer med praksisstudier som er organisert som studenttett post. Sykepleien Forskning 2013; 8(1): 54–60.
5. Bengtsson M, Kverhäll J, Svedberg P. Svenska sjuksköterskors opplevelser av handledningsprosessen vid sjuksköterskestudenters verksamhetsförlagda utbildning. Vård i Norden 2011; 31(4): 47–51.
6. Ormanskylä GL. Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. J Nurs Manag 2010; 18(6): 697–703.
7. Fillingsnes AB, Thylén I. Praksissykepleieres pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. Nordisk sykepleieforskning 2012; 2(04): 242–62.
8. Kleiven IF, Jøndal S, Snilsberg LM. Studenttett post med fokus på kunnskapsbasert praksis: videreutvikling av modellen «studenttett post». Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik, 2010.
9. Steinseth EB, Børdaahl B. Fra kontaktsykepleier til hovedveileder. Erfaringer med ny veiledningsmodell. Elverum: Høgskolen i Hedemark, 2009.
10. Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning 2012; 7(2): 160–166.
11. Haugan G, Aigeltinger E, Sørli V. Relasjonen til veileder betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis. Sykepleien Forskning 2012; 7(2): 153–8.
12. Haddeland K, Söderhamn U, Haddeland K, Söderhamn U. Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis – En fenomenologisk studie. Nordisk Sykepleieforskning 2013; 2(1): 18–32.
13. Kunnskapsdepartementet, Rammeplan for sykepleierutdanning. 2008.
14. Callaghan D, et al. The experience of two practice education models: Collaborative learning unit and preceptorship. Nurse Education in Practice 2009; 9(4): 244–52.
15. Roberts D. Learning in clinical practice: the importance of peers. Nurs Stand 2008; 23(12): 35–41.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Vitenskapelige artikler på sykepleien.no



Nylig publisert. På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelle-vurderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:



Sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne

Bakgrunn: Smerter er fortsatt utilstrekkelig behandlet til tross for økt kunnskap. Forskning viser at sykepleieres kunnskaper og holdninger til smerter er mangelfull, men vesentlig for tilfredsstillende smertelindring av pasienten.

Hensikt: Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.

Metode: En tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål vedrørende smertehåndtering og smertelindring. Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere og sykepleiestudenter fra ett universitetssykehus og én høyskole.

Resultater: Det endelige utvalget besto av 165 deltakere og ga en svarprosent på 83 prosent. Prosentvis gjennomsnittlig riktige svar var 71,1 prosent for sykepleierne og 58,5 prosent for sykepleiestudentene. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleiestudentene ($p < 0,001$). Konklusjon: Både sykepleiere og sykepleiestudenter hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder. Studien avdekket imidlertid at sykepleiere og sykepleiestudenter var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Videre var det et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier. Det er et behov for å styrke kompetansen om smertehåndtering.

Forfattere:

Tone Høilo Granheim,
Kari Raaum,
Knut-Andreas
Christophersen og
Alfhild Dihle



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann Qr-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no



Sammendrag:



Smertelindring ved renal denervering

Bakgrunn: Hypertensjon rammer rundt 25 prosent av den voksne befolkningen. Av disse utvikler opp til 10 prosent behandlingsresistent hypertensjon. En ny eksperimentell behandlingsmetode, kateterbasert renal denervering (RDN) er nasjonalt og internasjonalt under utprøving. Behandlingen anbefales gjennomført på våken pasient med lett sedering og smertelindring.

Hensikt: Hensikten med prosjektet er å utvikle og evaluere en kunnskapsbasert prosedyre for smertelindring under denne nye behandlingen.

Metode: Prosjektet er en delstudie til en prospektiv intervensjonsstudie hvor effekt av behandlingen undersøkes. Totalt 25 pasienter er inkludert. Data er samlet inn ved hjelp av et registreringsskjema utviklet spesifikt for prosjektet. Smerte er målt ved hjelp av numerisk bedømmelsesskala med svaralternativ fra 0 til 10 (NRS 11).

Resultat: Under behandlingen som varierte fra 50–90 minutter fikk pasientene i gjennomsnitt 22 mg morfin og 1,4 mg midazolam. Andelen av totaldosen morfin administrert før RDN varierte fra 43–98 prosent. Generell peroperativ smerte var i gjennomsnitt 3,2 og verste smertetoppe i gjennomsnitt på 6,0 på NRS 11. For 96 prosent var smertene under behandlingen mindre enn forventet eller som forventet.

Konklusjon: Studien viser at det er mulig å gjennomføre RDN sikkert med våken pasient og uten anestesipersonell til stede. God informasjon til pasientene før behandlingen og godt kvalifisert personell er avgjørende for et godt resultat og en god opplevelse for pasienten.

Forfattere:

Bente Nilsen, Lena
Nordgaard Dehli, Atena
Miroslawska og Tove
Aminda Hanssen



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann Qr-koden og
kom rett til artikkelen
på sykepleien.no





Anne Marie Lunde Husebø

Kreftpasienter trenger treningsstøtte

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Eivor Hofstad**

Doktorgrad. Dørstokkmila blir ikke mindre av brystkreftoperasjon og cellegiftkur. Anne Marie Lunde Husebø har sett på hva som kan motivere til fysisk aktivitet.

De fleste har nok opplevd hvordan sofaen utvikler sin egen gravitasjonskraft. Du vet så inderlig vel at du bør trene. Stryke og kondis. Gjerne intervaller. Eller i det minste gå en tur.

Litt aktivitet hjelper på så mangt, ikke bare fysisk, men også psykisk og sosialt.

– Dette gjelder også for kvinner under brystkreftbehandling, men vi vet at kreftpasienter generelt reduserer aktivitetsnivået fra de får diagnosen, sier Anne Marie Lunde Husebø.

Undersøkelser har vist at kun halvparten av alle kreftpasienter faktisk følger anbefalt opplegg for fysisk aktivitet. Husebø håper nå at hennes forskning vil kunne gjøre det enklere for sykepleiere å motivere denne pasientgruppen til å holde seg fysisk aktive.

NY DOKTORGRADSAVHANDLING. Husebø forsvarte nylig sin doktoravhandling ved

Universitetet i Stavanger om nettopp trening og fysisk aktivitet for kvinner som er under cellegiftbehandling for brystkreft.

Hun har både sett på hvor mye aktivitet som må til for å opprettholde kondisjonsnivået under og etter slik behandling, hva trening gjør med kvinnenes egen opplevelse av velvære og ikke minst hvilke utfordringer de har med motivasjon.

Prosjektet inkluderer både oppsummering av tidligere forskning på feltet, en klinisk studie med planlagte treningsøkter og fokusintervjuer med påfølgende analyser.

ØKT PSYKISK VELVÆRE. – Den tydeligste nytteverdien vi så av fysisk aktivitet, var faktisk av psykisk art, forteller Husebø.

Kvinnene som hadde trent under behandling, oppga økt grad av velvære på flere plan. Treningen var med på å normalisere hverdagen, fortalte de. Den ble noe å strekke seg mot, noe som ga tilværelsen mer struktur, spesielt for dem som ikke var i arbeid.

– Trening er å fokusere på det som er friskt. Det er dessuten noe kvinnene selv kan gjøre for å bidra til sin egen helse, og i dette ligger det et stort element av håp.

Støtte og oppmuntring fra venner, familie og helsepersonell ble også fremhevet som en viktig motivator.

– Her har sykepleiere helt klart en rolle å spille. Mange av kvinnene påpekte betydningen av at de ble spurt om trening – at de ikke bare ble

instruert, men at treningen også ble fulgt opp og etterspurt på klinikken, understreker Husebø.

FEM VIKTIGE FAKTORER. Undersøkelsen avdekket fem hovedfaktorer som kunne påvirke treningsmotivasjonen hos kvinnene: Bivirkninger av kreftbehandlingen, et ønske om normalitet i hverdagen, konkurranse fra andre verdsette aktiviteter, støtte fra de nærmeste og troen på at aktiviteten faktisk har en reell effekt.

– Når det gjelder det siste punktet, troen på effekt, merket vi at kvinnene som hadde vært aktive før de fikk diagnosen, visste at det var bra for dem å trene. De som ikke hadde slik erfaring, måtte hente troen fra et annet sted, og her kan sykepleiere i stor grad bidra.

Husebø understreker hvor viktig det er å forsikre seg om at alle pasienter virkelig forstår betydningen av fysisk aktivitet og at man etterspør treningsatferden deres.

– Jeg skulle gjerne sett at det ble viet mer oppmerksomhet til dette i klinikk.

Kvinnene i undersøkelsen fortalte, ifølge Husebø, at trening kom opp som tema kun der sykepleieren selv var opptatt av det.

– Det ville vært fint om det ble mer systematikk i dette, og at det ble innarbeidet i de faste prosedyrene. Man bør rutinemessig kartlegge hvilken treningserfaring pasientene har, hva de har drevet med og liker. I det hele tatt hva som motiverer dem.

UTFORDRINGER MED BRYSTKREFT. Det er flere grunner til at Husebø, etter dialog med sykepleiere ved en kreftpoliklinikk, valgte å forske på nettopp denne pasientgruppen. Brystkreft er en alvorlig sykdom som rammer mange kvinner i yrkesaktiv alder, gjerne med omsorgsoppgaver.

Stadig høyere overlevelsesprosent gjør at

«Den tydeligste nytteverdien var faktisk av psykisk art.»



Ut på tur: Trening er nyttig, men ikke alltid så enkelt for kvinner som mottar brystkreftbehandling, ifølge Anne Marie Lunde Husebø.

mange av disse vil leve lenge etter slik behandling, og helsefremmende tiltak for gruppen vil derfor kunne være av stor betydning – både individuelt og samfunnsmessig.

En del av kvinnene i undersøkelsen hadde dessuten fått fjernet bryst i forkant av cellegiftbehandling, og ifølge Husebø var det flere som fremhevet inngrepet som en ekstra utfordring med hensyn til trening.

Enkelte var usikre på om en protese ville hemme dem under aktivitet. Ikke alle var klar over at det finnes ulike typer brystproteser, også en du kan svømme med. Det var også de som mente de ville trenge nye treningsklær, for eksempel noe med mindre utringning, mens de som mistet håret kunne synes det var ubehagelig å trenе med parykk.

«Det ville vært fint om det ble mer systematikk i dette.»

– Med andre ord ga kreftbehandlingen kvinnene både psykiske, sosiale og praktiske utfordringer.

MYE HAR SKJEDD. Det er ikke altfor mange år siden rådet til kreftpasienter under behandling var at de skulle ta det med ro. Etter hvert som forskning har dokumentert helsegevinster av fysisk aktivitet for også denne gruppen, har tonen blitt en annen.

– Det har skjedd svært mye her bare i løpet av de årene vi har holdt på med denne undersøkelsen, sier Husebø.

Hun viser blant annet til den Grete Waitz-initierte stiftelsen «Aktiv mot kreft» og til hvordan alle som i dag opereres for kreft i Stavanger-regionen, får tilbud om samtale med fysioterapeut. I denne regionen tilbys også Brystkreftskolen, som har mye oppmerksomhet rettet mot betydningen av trening.

– Dette er et stort fremskritt.

Ifølge Husebø blir kvinner med brystkreft i dag gjerne rådet til å følge treningsanbefalingene som gjelder for friske kvinner i samme aldersgruppe.

– Det er viktig å få frem at man må tilpasse anbefalingene og oppfølgingen til den enkelte pasient. Her har helsepersonell, ikke minst sykepleiere, en vesentlig rolle å spille, understreker Husebø. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



BLE MER AKTIVE MED HUND

Helsefremmende. Lite aktive barn ble mer aktive ved å delta i hundesporten agility.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

60 % praksis

40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56528



Elsebeth Krøger,
universitets-
lektor,
Universitetet i
Agder

A lite aktive barn bør bli mer fysisk aktive utfordrer lokale helsemyndigheter til å utvikle engasjerende aktivitetsarenaer som kan bidra til å fremme fysisk aktivitet også hos disse barna.



Åshild Slettebø,
professor,
Dr. polit.,
Universitetet i
Agder

AGILITY. I denne artikkelen beskriver vi hvordan folkehelsepersonell, ekvipasjer fra en kennelklubbs agility-gruppe og universitet samarbeidet i prosjektet «Aktiv med hund». I prosjektet ble det benyttet dyreassistert intervensjon (DAI) (1). Samhandling mellom hund og barn i hundesporten agility var valgt intervensjon. I prosjektet deltok åtte barn i aldersgruppen ni til tolv år i agility en gang per uke i åtte uker. Ideen bak prosjektet bygger på kunnskap fra folkehelsevitenskap, frivillighetsarbeid, studie av samhandling mellom mennesker og dyr, DAI og hundesporten agility. Man antok at en fartsfylt aktivitet sammen med hund kunne appellere til barn i aktuell aldersgruppe. Førsteforfatter fra Universitetet i Agder hadde ideen og ledet prosjektet.

BAKGRUNN. De fleste norske barn har god helse og oppfyller WHOs anbefalinger som er 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Aktiviteten

bør føre til at barnet både blir svett og andpusten. For lite fysisk aktivitet antas å ha uheldige konsekvenser for nåværende og fremtidig helse. Noen barn, også i Norge, har utfordringer knyttet til det å være nok fysisk aktiv.

Forskning viser et fall i aktivitetsnivået når barn beveger seg inn i ungdomsalden. Lite aktive barn kan derfor få dobbelte utfordringer; fra deres generelle lave aktivitetsnivå, og fra effekten av ytterligere nedadgående fysisk aktivitet mot ungdomsalder. Barn bør i ung alder oppleve å være motivert for fysisk aktivitet, og erfare gleden ved å bevege seg. For lite aktive barn vil all aktivitetsøkning være en fordel.

Hensikten med prosjektet var å få kunnskap om agility med hund er et tiltak som kan motivere lite fysisk aktive barn til fysisk aktivitet (2–6).

GJENNOMFØRING. Barna ble tildeelt fast hund og hundefører. Disse samhandlet gjennom prosjektperioden. Agility ble gjennomført i hall én gang per uke over åtte uker. Hver agility-aktivitet var på halvannen time. Barna var aktive i løype i cirka 45–60 minutter. Resten av tiden bidro de med å dekke sin hunds behov for hvile, lufting og væske, og hjalp til med rigging av agility-hindre.

I starten av prosjektperioden var oppmerksomheten rettet mot at barn, hund og hundefører skulle bli kjent og trygge på hverandre. Hundens signaler, velferdsbehov og nødvendige kommandoer til bruk i agility ble formidlet. Barna fikk opplæring i hvordan de skulle lede hunden gjennom hindrene. I starten var hundefører tett på sitt barn og hund for å bistå begge i forsering av hindrene. Mot slutten var de i en noe mer tilbaketrukket posisjon. Etter hvert fikk barna økende kompetanse i å lede og følge hunden gjennom mer krevende løypeoppsett. Mot slutten av prosjektperioden mestret de fleste barna å forsere en løype på cirka 100 meter sammen med hunden, gjennomført i et tempo der de ble svette og andpustne.

Prosjektet var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Forskningsetiske prinsipper ble fulgt. I evalueringen ble det benyttet kvalitativ tilnærming. Datainnsamling ble gjennomført ved individuelle intervjuer med foresatte til hvert barn, og med fokusgruppeintervjuer med hundeførerne.

ENGASJEMENT. Fire sentrale kategorier utkrystalliserte seg i analysen; glede og forventning, tilknytning mellom barn og hund, ansvar og forpliktelse og

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Fysisk aktivitet er viktig for barns nåværende og fremtidige helse. I hundesporten agility må både hund og hundefører være fysisk aktive i gjennomføringen. I prosjektet «Aktiv med hund» ble agility benyttet i en dyreassistert intervensjon for lite aktive barn. Barna samhandlet med fast hund og hundefører i tilrettelagt agility-aktivitet. Erfaringer fra prosjektet viser at agility med hund kan motivere lite aktive barn til aktivitet. Glede over samhandlingen med hunden fremstår som viktig motivasjonsfaktor for deltakende barns innsats og utholdenhet i en fysisk krevende aktivitet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Barn
- Fysisk aktivitet
- Helse



Vennskap: For barn kan hunden være et individ som ikke dømmer eller vurderer barnets prestasjoner, men er der som en støtte og venn. Illustrasjonsfoto: Colourbox

engasjement og utholdenhet. En overordnet tolkning av kategoriene viser at deltakende barns samhandling med hund i agility motiverte barna til aktivitet og førte til utholdenhet og innsats i en fysisk krevende aktivitet.

GLEDE. Foresatte og hundeførere beskrev barnas uttrykk for glede som en gjennomgående erfaring. Foresatte beskrev videre at barna viste glede i og forventning til aktiviteten. Barna hadde, ifølge foresatte, uttrykt glede og stolthet over sin hunds prestasjoner i løypen. Både foresatte og hundeførere hadde erfart at barna var

opptatte av sin hund, at de raskt fikk god kontakt med hunden, tok ansvar for dens velferd og samhandlet bra. Hundeførere erfarte at barna håndterte sin hund raske enn det de hadde forventet, og at hunden viste tegn på tillit og trivsel i barnets selskap.

AKTIVE. Ingen av informantene hadde registrert vegring for aktiviteten, snarere en iver etter å få være aktiv i løypen sammen med hunden. Flere foresatte beskrev hvordan barna rettet sin oppmerksomhet mot hundens prestasjon i løypen. De mente dette bidro til at barna så ut til å glemme seg

«For lite aktive barn vil all aktivitetsøkning være en fordel.»

selv og «bare ville løpe». Ifølge dem hadde barna gitt uttrykk for at hunden trengte barnas støtte gjennom løypeforsering for å lykkes.

Foresatte var ikke sikre på om barna forsto hvor kompetente hundene egentlig var, ei heller at barn og hund var helt avhengig

av å ha sin hundefører nært tilgjengelig. Foresatte bemerket at barna snakket om og til hunden som om den var en venn. En mor bemerket sitt barns forhold til hunden slik: «Han syns den er den beste, er veldig stolt over hva hunden får til, og så løper han, jeg tror han kunne løpt enda lenger, for han ser ikke ut til å merke at det er så anstrengende». Barna ble observert som andpustne og svette. Informantene beskrev barna som slitne, og glade. Dette kan tolkes som om barnets glede og iver i samvær med hunden bidro til at barnet flyttet sin





oppmerksomhet over på hundens prestasjoner, uten å kjenne på eller resignere ved anstrengelsen i gjennomføringen.

DISKUSJON. Funnene viser at barnas samhandling med hund i agility motiverte dem til å gjennomføre og utholde en fysisk krevende aktivitet. Barna uttrykte stolthet over sin hund, viste glede og forventning til samvær og aktivitet. De ga uttrykk for at hunden trengte dem, og at de selv var en viktig støtte for hunden. Barnas uttrykk for glede kan tolkes som om barna knyttet seg nært til sin hund selv om tildelt hund bare var til låns i åtte uker. Å samhandle med fast hund og ta del i omsorgen for denne kan ha styrket tilknytningen, og kan ha vært viktig for barnas opplevelse av glede over og i aktiviteten.

BONDING. Innen antrozoologi benevnes tilknytning som «bonding», og beskriver den tilknytningsprosessen som finner sted mellom mennesker og dyr. Prosessen er særlig aktuell i samhandling mellom kjæledyr og dets eier, men kan også observeres mellom dyr og mennesker i andre sammenhenger, gitt rett anledning. Mulighet for fysisk nærhet, omsorg og god kommunikasjon er viktig for god tilknytning (7–9).

Barna omtalte hunden som en venn, gledet seg til aktiviteten og til å treffe sin hund. Dette underbygger god tilknytning. For barn kan et dyr fremstå som et ikke-krevende individ som ikke dømmer eller vurderer barnets prestasjoner, men er der som en støtte og venn. Studier har vist økt utskillelse av oksytocin og nedgang i stresshormon hos mennesker som samhandler med dyr. Hormonpåvirkningen kan bidra til å oppleve velvære og glede, styrke tilknytning og redusere stress (10,11).

FLYT. Det ble observert barn som tilsynelatende løp i løypen uten å la seg merke ved anstrengelsen. Dette kan antyde at barna var indre motivert i aktiviteten og befant seg i en tilstand der tid og rom

opphørte. Dette beskrives som å være i en tilstand av flyt, observert hos motiverte personer med stor grad av glede og mestringsopplevelse i aktiviteten (12).

WOHLFARTH ET AL. (13) fant i sin studie økt aktivitetsinnsats hos barn når hund var til stede i aktiviteten. Denne effekten ble ikke registrert når hunden ble byttet ut med person i aktiviteten. Forskerne tolker dette som at hundens tilstedeværelse i arenaen ubevisst påvirket barna i en slik grad at det satte barna i en tilstand der de opplevde glede og mestring, med økt fysisk innsats som resultat. En annen studie viser hvordan hunder påvirket barns utførelse av grovmotoriske ferdigheter positivt. Også i denne studien tolkes hundens tilstedeværelse som en viktig motivasjonsfaktor for barnas innsats og kompetanse (13,14).

Ifølge Biophilia-hypotesen, om et instinktivt bånd mellom mennesker og andre levende systemer, kan barnas naturlige samhandling

«Barna fikk opplæring i hvordan de skulle lede hunden gjennom hindrene.»

i «Aktiv med hund» kunne begrunnes i menneskers iboende preferanse for dyr. Videre kan man anta at en slik preferanse, som ble understøttet av tilrettelegging for nær samhandling med fast hund over tid, kan ha bidratt positivt til motivasjonsoppbygging hos barna og medvirket til at aktiviteten ble lystbetont. Hunden fremstår i «Aktiv med hund» som motivator (15,16).

KONKLUSJON. Erfaringer fra prosjektet viser at agility med hund kan motivere til aktivitet hos lite aktive barn. Erfaringer fra

prosjektet viser at frivillige med hundefaglig kompetanse og egnet hund er en ressurs som med hell kan knyttes tettere opp mot kommuners aktivitetsfremmende arbeid for barn. Dersom hensikten med intervensjonen er å motivere lite aktive barn til aktivitet, må design av intervensjonen planlegges godt, slik at barnet opplever å mestre. Vi anbefaler å ivareta stabilitet over tid mellom barn, hund og hundefører. Stabilitet over tid kan utfordre frivilliges tidsressurs. Samtidig underbygger funnene at nettopp stabilitet i prosjektperioden med fast hund og hundefører var gunstig for barna og bør etterstrebes. ●

REFERANSER:

1. Thodberg K, Berget B, Lidfors L. Research in the use of animals as treatment for humans. *Animal Frontiers* 2014; 4: 43–48.
2. Bonham MH. Introduction to dog agility. New York: Barron's Educational Series, 2009.
3. Ministry of Health and Care Services. Physical activity among 6-, 9-, and 15-year-olds in Norway: Results from a survey in 2011 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-6-9-og-15-aringer-i-norge-resultater-fra-en-kartlegging-i-2011>. (Nedlastet: 06.10.12).
4. Norwegian Institute of Public Health. The public health report 2010–Health conditions in Norway Vol. 2 <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>. (Nedlastet: 05.02.11).
5. Pannekoek E, Plek JP, Hagger MS. Motivation for physical activity in children. A moving matter in need for study. *Human movement Science* 2013; 32: 1097–1115.
6. World Health Organization. Physical activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/>. (Nedlastet: 04.02.14).
7. Melson GF, Fine AH. Animals in lives of children. I: Fine AH, red. Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. London: Academic Press, 2010: 223–46.
8. Payne E, Bennett PC, Mc Greevy PD. (2015). Current perspectives on attachment and bonding in dog-human dyad. *Psychology Research and Behavior Management* 2015;8:71–9.
9. Walsh F. Human-animal bonds: The relational significance of companion animals. *Family Process* 2009; 48: 462–80.
10. Beetz A, Uvnäs-Moberg K, Julius H, Kotrschal K, Kikusui T, Hart LA, Olbrich E. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology* 2012; 3: 1-1510.3389/fpsyg.2012.00234
11. LoBue V, Bloom Pickard M, Sherman K, Axford C, DeLoache JS. Young children's interest in live animals. *British Journal of Developmental Psychology* 2013;31:57–69.
12. Csikszentmihalyi M. The flow experience and its significance for human psychology. I: M. Csikszentmihalyi Csikszentmihalyi IS, red. Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness. New York: Cambridge University Press, 1992:15–35.
13. Wohlfarth R, Mutschler B, Beetz A, Kreuser F, Korsten-Reck U. Dogs motivate obese children for physical activity: Key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Frontiers in Psychology* 2013; 4:1–7.
14. Gee NR, Harris SL, Johnson KL. The role of therapy dogs in speed and accuracy to complete motor skills tasks for preschool children. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 2007;20:375–86.
15. Kahn PH. Developmental psychology and the biophilia hypothesis: Children's affiliation with nature. *Developmental Review* 1997;17:1–61.
16. Krøger E, Slettebø Å, Fossum M. Agility Activities for Children in a Municipality in Norway. *Journal of Community Health Nursing* 2015;32:53–67.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Et trygt
og godt
yrkesvalg!

Ny nettbrettutgave av **yrke:sykepleier**

Vurderer du å bli sykepleier, eller ta mer utdanning?

Da bør du sjekke ut vår oppdaterte app.

Appen passer for deg som vurderer yrket, men også for deg som ønsker videreutdanning.

Yrke:sykepleier gir deg god informasjon og lenker til aktuelle utdannings- og videreutdanningstilbud.

Les mer i Sykepleiens app for nettbrett.

Sykepleien

Sykepleie. Kjønnssykdom



Økt innsats mot klamydia

• Tekst **Johan Alvik**

GUTTER: Helsestasjon for ungdom i Ålesund har fått flere gutter til å teste seg mot klamydia.

Skoleåret 2014/2015 gjennomførte Helsestasjon for ungdom (Hfu) i Ålesund kommune en rekke tiltak for å få gutter til å beskytte seg mot klamydia, samt å teste seg for sykdommen. Blant tiltakene var utdeling av kondomer på Jugendfestivalen, som er en musikkfestival i Ålesund. Så mange som 5000 kondomer ble delt ut.

«Vi hadde en morsom dag på jobben. Det var strålende stemning, og det ble mange gode samtaler med gutter,» skriver helsesøster Wenche Skarbø i Tidsskrift for helsesøstre.

Helsestasjon for ungdom i Ålesund har fått utarbeidet informasjonsbrosjyre og plakater om klamydia. De har undervist og

hatt stand på videregående skoler og på Høgskolen i Ålesund, og det har vært egne guttekvelder på Helsestasjon for ungdom.

Tiltakene var rettet mot gutter i alderen 20 til 24 år, og ifølge Skarbø har prosjektet vært vellykket. Hun skriver i Tidsskrift for helsesøstre at flere har testet seg mot klamydia.

«Det var 40 prosent flere gutter som testet seg mot klamydia i 2014 enn i 2013 ved Hfu i Ålesund. Økningen fortsatte i 2015, noe vi er svært fornøyd med. Det er også flere jenter som tester seg nå enn tidligere, en økning på cirka 30 prosent», skriver Wenche Skarbø i Tidsskrift for helsesøstre. •



Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for
ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging

Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil
og varmeisolerende



Wima®
produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Les mer om Wima-labben på vår nettside:
www.wima.no



Autonomi. Pårørende vil gi behandling, men pasienten vil ikke.

Når helsepersonell blir pårørende



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo



Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Jeg er sykepleier, men nå er jeg også pasientens nærmeste pårørende. Som sykepleier har jeg tilstrekkelig medisinsk kunnskap til å forstå konsekvenser av sykdom, behandling og mangel på behandling.

VERDIER. Dette er kunnskap jeg formidler til pasienten som, sin høye alder til tross, er beslutningskompetent og en person som ønsker å klare seg selv i eget hjem. Både personlig og som sykepleier er jeg opptatt av viktige verdiers plass i helsetjenesten, for eksempel pasientens autonomi, omsorg og velgjørenhet. Jeg er opptatt av at all helsetjeneste som utgangspunkt skal være basert på pasientens frivillige og informerte samtykke. Jeg verdsetter omsorg, og som pårørende er jeg spesielt berørt og kjenner på et særlig ansvar for pasientens ve og vel.

PÅRØRENDE OG PROFESJONELL. Men hva gjør jeg når den jeg er pårørende til motsetter seg det ikke bare behandlere, men også jeg, vurderer som nødvendig medisinsk behandling? Som helsepersonell vet jeg at dette er en behandling som trolig vil lindre pasientens lidelse, øke livskvaliteten og styrke sjansen for at pasienten kan fortsette å bo i eget hjem. Som pårørende forsøker jeg å forstå pasientens begrunnelse for å avstå

«Skal jeg utøve press; lirke og lokke fram et ja til behandling?»

fra behandling. Selv om jeg vet at behandlingen ikke er forbundet med høy risiko, kan jeg til en viss grad forstå at den kan oppleves som skremmende. Jeg forsøker etter beste evne å avdramatisere og informerer så nøkternt jeg kan, uten å lykkes.

HVA GJØR JEG? Skal jeg utøve press; lirke og lokke fram et ja til behandling? Jeg vet at den aktuelle behandlingen har lav risikofaktor, men jeg vet også at all medisinsk behandling innebærer en viss risiko. Hva hvis det oppstår komplikasjoner og

tilleggs lidelser etter at jeg har lyktes med mitt press? Kan jeg forsvare å tone ned respekten for pasientens autonomi til fordel for andre viktige verdier, som for eksempel omsorg og velgjørenhet? Som pårørende utfordres jeg av viktige verdier som trekker meg i ulik retning. Jeg spør meg hva som er de beste etiske argumentene for å håndtere situasjonen på en god måte? Hvordan ville denne situasjonen fortonet seg dersom jeg ikke hadde vært helsepersonell? Ville jeg tenkt annerledes da?

RELEVANTE HENSYN. Hva er de relevante hensyn i denne situasjonen? Det synes å være tydelig at fra et lege- og sykepleiersynspunkt at behandling vil være det beste for pasienten. Det samme gjelder fra et helsemessig synspunkt, der man legger vekt på hva pasienten «objektivt» vil være tjent med. Problemet er at disse behandlingshensynene ikke samsvarer med hva pasienten selv opplever som viktig for seg selv. Vedkommende er samtykkekompetent. Likevel er det viktig å forvisse seg om at pasienten har forstått informasjonen som er gitt og om pasienten er klar over konsekvensene av sitt valg om ikke å godta behandling.

GODE GRUNNER. Er det spesielle ting som gjør at han eller hun vegrer seg? Kan det være tidligere ubehagelige opplevelser, redsel for smerter, komplikasjoner og ubehag? Har pasienten blitt behandlet av helsepersonell på en måte som har satt negative spor, eller har vedkommende hatt pårørende som har gjennomgått et vanskelig sykeleie? Dette siste kan gjøre at han eller hun vegrer seg for behandling som kan være plagsom, kanskje også nytteløse.

Pasienten er godt oppe i alder og kan kanskje tenke at «nok er nok». Likevel, hvis behandlingen ikke er av omfattende eller alvorlig karakter, og kan bedre livskvaliteten i betydelig grad slik at vedkommende kan klare seg bedre hjemme, vil det være viktig å formidle.

HVA SIER JUSSEN? Hvordan kan jeg som pårørende utøve press? Det vil være galt å lyve eller holde tilbake informasjon. Det vil være problematisk å begrunne nødvendig helsehjelp

med et hensyn til seg selv som pårørende, eller at det er viktig for familien at han eller hun godtar å la seg behandle. Eller er det ikke det?

Hva er de relevante etiske og juridiske momentene? Hvis pasienten er beslutningskompetent, er både akseptert medisinsk og helsefaglig etikk og jus tydelig på at pasienten skal bestemme selv. Det samme gjelder retten til å nekte helsehjelp. Retten til å nekte helsehjelp innbefatter også hjelp som helsepersonell mener er til pasientens beste. Men hva gjelder for pårørende? Er jeg som pårørende underlagt de samme etiske og juridiske normene?

KAN SINEL. Jussen sier at all helsehjelp skal være forsvarlig og omsorgsfull (§ 4 i Lov om helsepersonell), og etikken har et krav om velgjørenhet og ikke å skade. Men verken krav om forsvarlig helsehjelp eller prinsippet om velgjørenhet og å ikke skade tilsier at pasienten ikke selv kan velge å si nei til tiltak selv om dette «nei» indirekte kan medføre forverring eller skade for pasienten. Det er heller intet legitimt etisk prinsipp som gir helsepersonell, og heller ikke pårørende, rett til å bestemme hva som er pasientens beste på tvers av det pasientens selv mener seg tjent med. Gitt at pasienten er beslutningskompetent.

GODT SKJØNN. I siste instans vil man mene at det å krenke retten til samtykke vil være en grunnleggende krenkelse av pasientens menneskeverd og personlige integritet. Da gjør man pasienten til utelukkende et middel for helsepersonells hensikter. Etisk og juridisk står man da igjen med å bruke godt skjønn. Dette innebærer gjennom samtale og omsorgsfull oppreden, å formidle informasjon og prøve å forstå hva som er grunnlaget for pasientens aversjon mot å la seg behandle. ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





SYKEPLEIE TIL EBOLAPASIENTER

Bistandsarbeid. Krevende, men lærerrikt. Slik beskriver to sykepleiere arbeidet ved et behandlingssenter for ebolapasierter i Sierra Leone.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56529



Åge Wiberg
Boyum, intensivsykepleier og høyskolelektor ved Høgskolen i Sogn og Fjordane



Anne Kristine
Jensen, Intensivsykepleier

I denne artikkelen vil vi belyse noe av den kompleksiteten ebola innebærer samt noen av de kunnskapsbaserte anbefalingene som finnes på området. Dette er med utgangspunkt i vårt arbeid ved et Røde Kors-behandlingssenter for ebolapasierter. Det forebyggende arbeidet er av svært stor betydning for å stoppe smittespredningen. Vi vil vektlegge det smittevernforebyggende arbeidet inne i ebolaklinikken.

BAKGRUNN. Det har vært flere tilfeller av utbrudd av ebolavirus de siste årene. Men det mest alvorlige utbruddet har foregått i Vest-Afrika, Guinea, Liberia og Sierra Leone siden våren 2014. Selve navnet ebola kommer fra en elv i Kongo der sykdommen ble påvist første gang i 1976 (1).

I tillegg til arbeidet fra myndighetenes mobilisering i de berørte land, har det etter hvert blitt gjort en massiv internasjonal innsats både fra WHO, FN, statlige og ikke-statlige organisasjoner (NGO).

SYMPTOMER. Sykdommen er ofte karakterisert ved uspesifikke symptomer som feber, hodepine, diaré, oppkast, leddsmarter og smerter i halsen. Blødninger fra kroppsåpninger oppstår ofte også, men gjerne litt ut i sykdoms-

forløpet. Symptomene kan imidlertid variere en del, men cirka 80 prosent har feber. Flere av de andre symptomene som leddsmarter, hodepine, oppkast og diare er også karakteristisk for en rekke andre sykdommer, som malaria, dysenteri og meningitt (1).

Noen pasienter utvikler aggressiv hypotensjon og sjokk med multiorgansvikt, noe som vanligvis resulterer i død i løpet av den andre uken med sykdom. Til sammenlikning viser pasienter som overlever infeksjonen ofte tegn til klinisk bedring i løpet av den andre uken av sykdom (1).

BEHANDLING. Det er konsensus i fagmiljøet om at den viktigste behandlingen vil være å fokusere på symptomer som korrigering av væske, ernæring og elektrolyttbalanse og blodtap (2–4). Noe bruk av forsøksmedikamenter har vært benyttet, men det er begrenset tilgang på disse.

KONSEKVENSER. Ebola har hatt svært store samfunnsmessige konsekvenser, spesielt i Sierra Leone, Guinea og Liberia i Vest-Afrika. Over 10 000 er blitt smittet siden juni 2014, og over 3000 er døde (2). Sierra Leone har vært hardt rammet. Landet hadde en opprivende borgerkrig fra 1991 til 2002. Dette har ført til at Sierra

Leone fortsatt var i en fase med oppbygging av helsevesenet. Landet er tross rike naturressurser som diamanter, gull og bauxitt, et av verdens fattigste land. I de første månedene av ebolaepidemien døde også mange helsearbeidere av ebola. Dette medførte ytterligere press på landets begrensede ressurser, og det var stor bruk for internasjonal bistand.

FORLØP. Sykdomsforløpet kan både være komplekst og krevende. Forhold som har betydning for overlevelse er tidspunktet for når behandlingen startet, og selvsagt den enkeltes immunforsvar (2). Ved de fleste behandlingssentrene er det ikke tilbud om avansert intensivbehandling, for eksempel med ventilatorer. Dette skyldes ofte at slikt utstyr er tungt, plasskrevende og sårbart for høye temperaturer. Det krever i tillegg en omfattende renholdsprosedyre. ETC-enheten ble etablert i tidsnød og målet var og er å gi flest mulig et behandlingstilbud. Utstyr som ble prioritert var for eksempel nok iv-utstyr, væsker og elektrolyttløsninger – utstyr for renhold og hygiene. Medikamenter som analgetika, antisemittisk og angstdempende og noe antibiotika, for å takle komplikasjoner som sepsis som følge av redusert immunforsvar, var også med.

Fakta



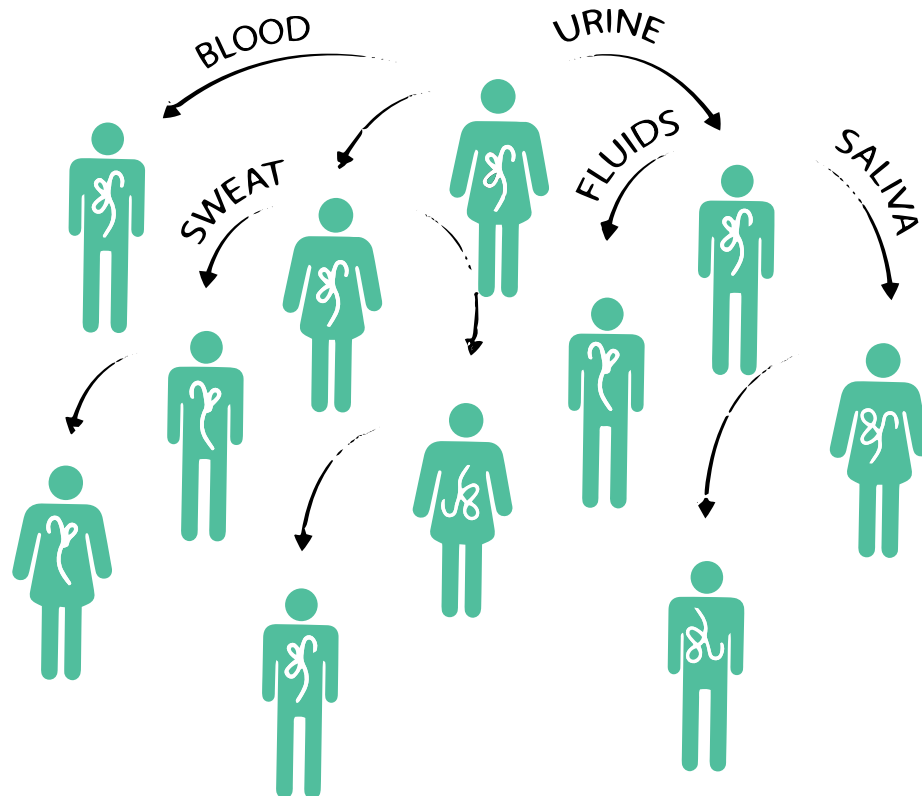
Hovedbudskap

Denne artikkelen er basert på erfaringer fra å arbeide ved Røde Kors Ebola Treatment Centre (ETC) i Kenema i Sierra Leone, høsten 2014 og våren 2015. På tross av at det da ikke fantes effektiv vaksine eller behandling, var det mulig å gi god og kunnskapsbasert sykepleie til denne utsatte pasientgruppen. En sykepleie som ga håp og var med på å berge liv. Det var en stor utfordring å være en del av dette medisinske og humanitære nybrottsarbeidet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Ebola
- Virus
- Bistand



Fakta

Ebola

Ebola er et virus i filoviridae-familien. Familien Filoviridae består av to undergrupper, ebola- og Marburg-virus. Dødeligheten av ebola er anslått til å være 70 prosent eller mer.

Det finnes fem typer av ebolaviruset. Sykdommen den forårsaker kalles ofte «Viral Hemorrhagic Fever». EVD (Ebola Viral Disease) er etter hvert mer brukt. Man antar at viruset spres via avføring fra flaggermus og at smitten spres mellom mennesker via kroppsvæsker.

Viruset angriper blant annet lymfesystemet og koagulasjonssystemet ved at det hindrer aktivisering av T-cellene, noe som fører til nedsettelse av immunforsvaret. Videre blir endotelaget i cellene ødelagt, og EVD frigjør også proinflammatoriske cytokiner og angriper flere organer, blant annet lever og milt.

Kilder: Jarret A. Ebola: A Practical Summary for Nurse Practitioners og Helsebiblioteket

Det er etablert behandlingssenheter som har mer avansert medisinteknisk utstyr, som for eksempel i Kerry-Town i Freetown der Redd Barna har en klinikk i samarbeid med det britiske militæret. Denne har det imidlertid tatt lengre tid å etablere.

KUNNSKAP. Det finnes mye kunnskap om EVD, forebygging, pleie, og behandling. Ved søk i Ebsco-basen i slutten av mars 2015 fikk vi 107 treff på «ebola and nursing». Mye av dette er statistikk, kronikker og artikler som omhandler bevisbasert kunnskap når det gjelder å forberede sykepleiere til arbeid med ebola-ofre. Databasen Springerlink gir 380 treff «på ebola and nursing». Både BMJ best practice og Clinical UpToDate, Centre of Disease Prevention and Control (CDC) og ikke minst WHO, har publisert

retningslinjer og prosedyreanbefalinger (3–5). Veiledere og faglitteraturen fokuserer både på behandling, forebygging og pleie.

FOREBYGGING VIKTIG. Kunnskap om smittevern og isolasjon av syke er lett tilgjengelig. Utfordringen med ebola er at disse tiltakene skal settes i verk ikke bare i spesialavdelinger på sykehus som har kompetanse og ressurser innen isolasjonsbehandling, men på alle sykehus i et land som har begrensede ressurser. Dette gjelder både personell, materiell og fasiliteter. Dersom viruset skal stoppes, er det forebyggende arbeidet utenfor sykehus og klinikker av svært sentral betydning, ikke minst trygge begravelser (6,7).

NOK INFORMASJON. En del av problemet i de vestafrikanske

landene har vært å få ut nok informasjon. Helsemyndighetene i Sierra Leone har opprettet National Ebola Response Centre (NERC), som har en webside der de publi-

«Ebola har hatt svært store samfunns-messige konsekvenser.»

serer prosedyrer, statistikk og statlige forordninger om portforbud og så videre (8). I Sierra Leone med mye fjell, spredt befolkning og mye analfabetisme, er radioen en viktig formidler. Hver dag når vi kjørte til behandlingssenteret hørte vi informasjon på radioen om tiltak mot smittespredning og

eventuelle bevegelsesrestriksjoner.

RØDE KORS. Lokalt Røde Kors og Internasjonal Røde Kors, IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) hadde sammen med andre organisasjoner iverksatt en massiv ebola-respons i Guinea, Liberia og Sierra Leone. Faren for smittespredning er som sagt stor, og sikkerheten til personell som ble sendt ut var viktig. Flere vestlige helsearbeidere som ble syke og overført til hjemlandet måtte gjennomgå intensiv behandling, men med positivt resultat (9). Lokalt og internasjonalt fokuserte Røde Kors, i likhet med de andre organisasjonene, på å hjelpe flest mulig. De vektla trygge og verdige begravelser, informasjon til lokalsamfunn,



oppsporing og kontakt med pårørende og andre, emosjonell og psykososial støtte og klinisk behandling (10).

BEHANDLINGSSENTRE. Når det gjelder IFRC-behandlingssentre ble det i Sierra Leone satt opp to stykker, ett sørvest i landet i Kenema og ett i Kono i sør. Disse ble satt opp av spanske Røde Kors med støtte fra flere andre og er designet kun for ebolapasierter.

Det ene har vært i funksjon fra begynnelsen av oktober 2014, det andre fra januar 2015. Det har vært behandlet om lag 600 pasienter ved det første behandlingssenteret og cirka 250 har blitt diagnostisert med EVD. Begge behandlingssentrene er såkalte ERU-klinikker (Emergency Response Unit). Med dette menes at de er etablert raskt som en respons på krise. Intensjonen er tosidig; man skal først og fremst sørge for god behandling og omsorg for dem som er smittet, samt sørge for at de smittede og mulig smittede blir isolert. Det var av stor betydning å etablere disse behandlingssentre raskt. ERU-enhetene består blant annet av forhåndslagrete feltsykehus av varierende størrelse og funksjon, men ingen var forberedt på en ERU ebola-enhet, så dette måtte man konstruere.

RASK RESPONS. Intensjonen med disse ERU-enhetene er at man skal gjøre mest mulig for flest mulig. Enhetene er solide og uten sårbart medisinsk-teknisk utstyr. Utstyr for overvåkning er ikke med, ikke laboratorietjenester, ikke blodbank og ikke oksygen. Noe av dette er tilgjengelig i andre ERU-enheter, men her ble det bestemt å opprette enhetene uten slikt utstyr. Dette skyldes både logistiske og hygieniske forhold. Viktigheten av rask respons var avgjørende, og behandlingssenter i Kenema, Sierra Leones tre største by i Eastern Province, ble bygd i løpet av tre uker og kunne ta imot de første pasientene i løpet av oktober 2014.

HJELPEARBEIDET. Når IFRC er engasjert i et nødhjelps- eller bistandsarbeid er det alltid i samarbeid med lokale myndigheter og lokalt Røde Kors (10). Dette er også en helt avgjørende og sentral fordel når man arbeider internasjonalt for Røde Kors. Man begynner aldri på null, det er alltid noen fra Røde Kors til stede som har begynt arbeidet, i et jordskjelvområde, i et flomområde, i et konfliktområde, eller som her i et land rammet av ebola. Det lokale Røde Kors, frivillige og myndigheter er også de som tar den tyngste belastningen i form av hardt og kontinuerlig arbeid. Ved behandlingssenteret Kenema hadde mange av det lokale helsepersonellet arbeidet i lange perioder, ofte uten fridager. Det gode forholdet til Sierra Leone Røde Kors (SLRC) gjorde også at arbeidet, blant annet med å følge opp informasjon til pårørende, ble enklere. Reintegrering av de friske i lokalsamfunnet gikk også bra.

SMITTEKONTROLL. For å hindre smittespredning er det sentralt med smittespredningskontroll eller IPC. Dette innebærer alt fra bøtter med 0,5 prosent klorvannsblanding som man trækker med støvler i, til vannposter med 0,5 prosent klorvann der man vasker hendene. Ellers var dette en «no touch-mission», der man ikke håndhilser eller berøre andre mennesker uten beskyttelsesutstyr. Dette er helt sentralt i anbefalinger fra WHO og andre (3-6).

BESKYTTELSESDRAKT. For å arbeide med ebolapasierter er det helt sentralt at man lærer seg å arbeide i personlig beskyttelsesutstyr. Det obligatoriske treningsprogrammet inneholdt påkledning, bruk og avkledning av personlig beskyttelsesutstyr (11-13).

Personal Protective Equipment (PPE) er beskyttelsesutstyret vi må bruke når vi går inn i høyrisikozonen, hvor ebolapasierter oppholder seg. Det er viktig å huske at omgivelsene og den farlige

arbeidssituasjonen tilsier at vi som helsepersonell må ta den tiden vi trenger til å ta på oss utstyret korrekt (14). Det er vanskelig å tenke at vi ikke skal haste og skynde oss, som vi ville gjort i en nødsituasjon hjemme. Her skal alt gjøres i kontrollerte former, og så sakte at vi er sikre på at vi ikke gjør feil. En eneste feil med påkledningen kan få fatale konsekvenser for oss slik at vi kan smittes av ebola (15). Det er rundt 38 grader i skyggen, og det sier seg selv at det er svært krevende for kroppen å jobbe fullstendig innpakket i ugjenomtrengelig materiale. Teltene har ikke aircondition (AC), og det ville heller ikke vært særlig praktisk da de fleste pasientene ligger ute under et halvtak. Uansett er flere av dem oppegående, så de ville sikkert gått ut. Det at de ligger under halvtaket gjør også at de kan observeres av helsepersonellet som er utenfor det doble gjerdet.

PÅKLEDNING. Idet vi starter påkledningen øker svetteproduksjonen, og det tar cirka 15 minutter å kle på seg korrekt. Påkledningen kontrolleres flere ganger før man får klarsignal til å gå inn. Klokkeslettet for når vi er ferdig påkledd skrives på armen, slik at andre lett kan kontrollere hvor lenge vi har vært inne. Det er svært viktig å

ikke overskride egne grenser, og gå ut før man får problemer. Det er en svært krevende situasjon hvis en kollega besvimer med beskyttelsesutstyret på i høyrisikozonen, noe vi selvfølgelig vil gjøre alt for å unngå. Man vil mak-

simalt greie å være i beskyttelsesutstyret i høyrisikozonen i én time, inklusive tid til avkledning.

UTFORDRENDE. Fullstendig tildekket i et krevende klima, med dobbelt maske og briller, blir verden annerledes med tanke på jobbutførelse. I stedet for å ha full oppmerksomhet på pasienten, er

«Det finnes mye kunnskap om ebola, forebygging, pleie og behandling.»

man nødt til å tenke på seg selv og sin makker først. Man går alltid inn to og to samt at en kollega følger med og gir utstyr inn, for eksempel iv-væsker og smertestillende. Vår egen sikkerhet vil alltid ha første prioritet. Svetten siler, det er vanskelig å puste godt, og synet blir begrenset av brillene. Det er uklare glass av riper og lang tids bruk, og de dugger forholdsvis fort. Man får en tunnelaktig følelse. I mørket er det enda vanskeligere. Med tre par hansker er det også utfordrende å ha god følelse i fingrene. Utstyret hemmer god pasientkontakt. Pasienten ser ikke hvem du er, det er utfordrende å kommunisere, du har heller ikke tid; klokka går, og du må ut i tide. Det er derfor viktig å ha en god plan på forhånd for hvilke oppgaver du skal utføre i høyrisiksonen. Under avklodningen er det uhyre viktig at alle prosedyrer følges. Brukt PPE betraktes som kontaminert, og man risikerer å bli eksponert for smitte hvis ikke prosedyrene følges til punkt og prikke.

Alt direkte pasientarbeid krever full beskyttelsesutstyr. Imidlertid er det helt sentralt med en helhetlig profil dersom kampen mot ebola skal vinnes (7). Andre sentrale oppgaver som informasjon til pårørende blir utført av et eget team: Community Health Module /Psycho Social Support-teamet (CHM/PSS). Dette teamet var integrert i sykehuset selv om oppgavene var av mer utadrettet karakter.

LIVETS SERTIFIKAT. Dette eksemplet kan vise hvordan utskrivingsrutinene foregikk:

Hun hadde vært her lenge, de siste prøvene med negativt resultat lot vente på seg. Hun har omtrent vært den eneste som oppholdt seg bak den indre sperringen med to gjerder. Tålmodig har hun ligget der og sett sine medpasienter bli skrevet ut, eller visne bort og dø.

Hennes dag kom, det var tid for «happy shower». Hun ble dusjet i en klorvannsblanding og fikk nye klær og kunne gå ut av den doble inngjerdingen der hun hadde



I felt: Artikkelforfatter arbeidet en periode ved Røde Kors sitt behandlingssenter for ebola i Siera Leone. Foto: Privat

kommet inn med ambulanse for mer enn to uker siden. Hun hadde vært ved klinikken vår, IFRC Kenema, i mer enn to uker. To drøye uker i området for høyrisiko. Store deler av tiden hadde det vært andre pasienter der også. Men de som jobbet der var alle kledd i fullt beskyttelsesutstyr. Eller hun måtte snakke til dem over gjerdene.

Etter at hun trådet ut av dusjområdet i nye klær, måtte hun gå rundt leiren. Der på den motsatt siden ventet beviset på at hun var frisk «Discharge Certificate». Hun hadde overlevd ebolaen.

Hun gikk rolig, verdig og rett i ryggen slik alle som bærer livet på hodet går her. Rundt gjerdet samlet folk seg langs de forskjellige teltene, personalteltet, infeksjonskontrollgruppa sitt telt, kjøkkenteltet og støttepersoneltets telt. Overalt sto det blåkledd langs gjerdene. Sang og klapping fulgte henne rundt. Velkommen tilbake til livet.

Ved utgangen ble hun møtt av oss som deler ut livets sertifikat. Der står det at hun har gjennomgått en vellykket behandling for ebola og at hun har blitt frisk. Hun fikk blant annet med seg en pengesum, madrass sengeklær, kjøkkenutstyr og en sekk med ris og

matolje. En startpakke for et nytt liv. Selv om sykdommen er over, tar det ofte lang tid å komme seg igjen. Mange er ganske medtatte og kommer ut mange kilo lettere. Pasienten satte fingeravtrykket sitt på dokumentet som viste at hun har fått utdelt varene som skal være en hjelp gjennom den første rehabiliteringstiden. Plutselig var hun ikke pasient lenger, men en kvinne fra landsbyen Bumpe, i Kono-distriktet, snart på vei hjem.

På turen ble hun fulgt av kolleger fra det psykososiale teamet. Det har vært en del stigma rundt denne sykdommen. Mange har også hatt liten tillit til myndighetene, og ikke fulgt deres advarsler eller henstillinger. Foreldre har nektet sine friske barn å komme hjem, og landsbyer har nektet friske pasienter å returnere til sine bosteder. Frykt og engstelse har ikke bare vært et lokalt fenomen i Vest-Afrika. Alle som er i kontakt med smittede, utsetter seg for en risiko. Det har vært hevdet i diverse leserinnlegg, også i norske media, at de av norsk helsepersonell som blir syke her nede burde blitt her under hele behandlingstiden.

Når de friske pasientene får følge hjem er det også for å sørge for

at de som skal ta imot pasienten blir informert og for å forebygge stigmatisering og frykt. Familien får et medlem hjem igjen som de hadde fryktet det verste for. Våre kolleger som kommer tilbake rapporterer ofte om stor gjensynsglede, sang og dans. Men det er også rapporter om skepsis og uro, så våre kolleger bruker ofte en del tid på å forklare at den syke virkelig er blitt frisk. Den siste pasienten tar smilende farvel og setter seg inn i bilen sammen med en fra gruppen vår. Hun blir fulgt helt hjem.

SIKRE BEGRAVELSER. En annen del av oppgavene ved behandlingssenteret var å se til at begravelsene foregikk sikkert og verdig. For oss var dette en helt ny erfaring. Personer som nylig er døde av ebola er ekstra smittsomme, og ifølge lokal tradisjon skal de døde vaskes av nære pårørende før de gravlegges. Dette er en tradisjon som lokale myndigheter og bistandsorganisasjoner har arbeidet mye med å endre. (8,7,10).

Som forventet døde om lag halvparten av ebolapasientene, og de måtte gravlegges på en verdig og forsvarlig måte i nærheten av klinikken. Ved hver begravelse ble de





pårørende først forsøkt kontakt. Noen hadde vi ikke opplysninger om, andre kunne ikke komme på grunn av bevegelsesrestriksjoner eller andre forhold. Som regel ble den døde bare begravet med IPC-teamet og oss til stede. Siden vi ikke alltid visste noe om religiøs tro, ble det ofte lest både fra bibelen og koranen.

SEN RESPONS. Fra lokalt hold er det hevdet at den internasjonale responsen har kommet altfor seint. I slutten av mars 2014 ble WHO varslet av myndighetene i Sierra Leone om at et ebolautbrudd var ute av kontroll. Mange leger og sykepleiere er døde som følge av sykdommen. Når man vet at flere sykdommer som malaria, hiv og tuberkulose, tar flere liv enn ebolaen (også under epidemien), kan man forstå kritikken som har kommet fra enkelte i Sierra Leone. Innsats mot ebolaen ble først et internasjonalt tema når den første vestlige bistandsarbeideren ble syk.

På tross av at den internasjonale innsatsen kom seint, ble det etter hvert gjort en omfattende innsats. Selv om antallet nye smittede i begynnelsen av mars 2015 har vist en nedadgående tendens, vil Sierra Leone preges av sykdommen i lang tid. Mange av landets helsepersonell er døde eller ute av arbeid. Dette medfører at landet står overfor store utfordringer med å håndtere sykdommer som for eksempel Lazza-Feber, malaria, meslinger og kolera i tiden som kommer. For eksempel tar malaria langt flere liv i regionen enn ebola.

NØDSSITUASJON. For Sierra Leones del har det etter hvert blitt tydeligere at man ikke helt klarer å kontrollere sykdommen. Tillit til myndighetene er sentralt dersom en skal komme helt i mål (16). Det vanskelige blir å gå fra nesten ingen til ingen smittede.

Ebolautbruddet blir karakterisert som en kompleks humanitær nødssituasjon der den medisinske behandlingen bare er en av mange tiltak (17). Tiltakene i en slik

nødssituasjon involverer myndigheter, politi, helse, militære, skoler, frivillige organisasjoner, internasjonale organisasjoner og så videre. Koordinering, ledelse og tillit i befolkningen er avgjørende (18).

Faren er også etter hvert at Sierra Leone og de andre aktuelle landene taper kampen om oppmerksomheten i media. Dette kan føre til mindre oppmerksomhet og dermed også lavere tilgang på ressurser.

ENDELIG SEIER? Smittetallene i de vestafrikanske landene sank utover høsten 2015, og torsdag den 14. januar 2016 kunne man høre på nyhetene at WHO erklærte landene i Vest-Afrika for frie for ebola. Dagen etter kom det imidlertid igjen nyheter om at et nytt tilfelle har blitt oppdaget i Sierra Leone. Behandling av ebolasyke er fortsatt ikke helt i mål. Derimot har en vaksine som Folkehelseinstituttet i Norge har vært involvert i, vist svært positive resultater. Mange tusen som har vært potensielt utsatt for smitte har blitt vaksinert, og ingen har blitt ebolasyke (18). Dette kan føre til at eventuelle senere ebolautbrudd ikke får samme omfang.

KONKLUSJON. Det internasjonale samfunnets respons på utbruddet av ebola har vært helt unik. Dette ble gjort for første gang, og det har derfor vært svært interessant å være en del av det.

Man har i stor grad vært enige om metoder og prosedyrer, og organisasjoner og myndigheter har delt kunnskap seg imellom. Man ser at det er store utfordringer knyttet opp mot kompleksiteten i sykdommen. Man må likevel ikke glemme de andre helseproblemerne blant annet Sierra Leone nå står overfor.

De rammede landene i Vest-Afrika må ikke bli glemt av det internasjonale samfunnet. De vil trenge hjelp og støtte i lang tid framover, ikke minst med et helsevesen som har mindre ressurser enn før til å håndtere landenes økende helseproblemer. ●

«Mange leger og sykepleiere er døde som følge av sykdommen.»

REFERANSER:

1. Jarret A. Ebola: A Practical Summary for Nurse Practitioners. The Journal of Nurse Practitioners-INP 2015;11(1):16–26.
2. www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-ebola-virus-disease. UpToDate. Helsebiblioteket.no (10.04.2015).
3. www.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1210/treatment.details.html. (14.04.2015).
4. www.cdc.gov/vhf/ebola/ (14.4.2015)
5. WHO. A Clinical Management of Patients with Viral Hemorrhagic Fever. A Pocket Guide for the Front-line Health Worker. 30.03.2014: WHO. PDF (10.4.2015).
6. Chappelli et al. Ebola: translational science consideration. Review. Journal of translational Medicine 2015; doi:10.1186/s12967-014-0362-3.
7. Sterk E. FILOVIRUS HAEMORRHAGIC FEVER GUIDELINE. (Draft for internal use) Medecines Sans Frontiers 2008.
8. www.NERC.sl. National Ebola Response Centre in Sierra Leone.
9. Rubin EJ, Baden LB: Out of Africa – Caring for Patients with Ebola. N Engl J Med 2014; 371:2430–2432.
10. www.ifrcmedia.org/ebola/ (17.04.15).
11. Easter A. Ebola: No antiviral compounds are available to treat this hemorrhagic fever. AJN 2002; 102 (12):49–52.
12. Fowler RA. et. al. Caring for the Critical Ill Patient with Ebola Viral Disease. Perspective from West Africa. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2014; 190(7):733–7.
13. www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/ebolaveilederen. (15.04.2015).
14. Rafael O, et al. Putting on and Removing Personal Protective Equipment. N Engl J Med 2015; 372:e16.
15. Feistritz R, Hill C, Sharon V, Gentry J, Smith JL, Rice KL. Care of Patients With Ebola Virus Disease. The Journal of Continuing Education in Nursing 2014; 45 (11): 479–81.
16. Liu W B, Li X, Du Y, Cao GW. Ebola virus disease: from epidemiology to prophylaxis. Military Medical Research 2015; 2:7 DOI: 10.1186/s40779-015-0035-4.
17. Downes E. Nursing and complex humanitarian emergencies: Ebola is more than a disease. Nurs Outlook 2015;63(1):12–5.
18. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vaksiner_resultater/id2428481/(18.01.2016).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 02 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



Gamle stemmer:
Gudmund Fosses bok
er et resultat av skrivekurs for eldre i regi
av Kirkens Bymisjon.

Skrivekurs for eldre

Økt selvfølelse. Vi ønsker å lære og utvikle oss, selv når vi havner på sykehjem, mener Gudmund Fosse. **72**



Provoserer.

Bok om omsorgsindustrien slår hardt fra seg. **75**



«Etter at jeg ble sykepleier, har jeg merket at jeg blir mer og mer som mormor.»

Liv Bjørnhaug Johansen i Liv laga. **71**



Hva leser du nå?

Sabina Hocics favoritt er Kjell Askildsen. **75**



Dikt



Invitasjon

*Jeg er invitert
inn i historier,
som du.
Slik vi alle angår
og kan ankomme
hverandres
ansikter i verden.*

*Fluktruter.
Grensene lys våkne.
Ulven streifer også der.*

*Kriger pågår.
Barn trengs ut av sine
kropper
der andre trenger inn.
Det finnes ingen stillhet
etterpå.*

*Noen kommer nært til syne.
Jeg er et vitne for overlevende.
Er øre.
Er øyne.*

Fra *Jeg tenker på oksens nødvendighet*
av Margaret Solberg.

Om forfatteren



Margaret Solberg

Jeg tenker på oksens nødvendighet er Margaret Solbergs andre diktsamling. Diktene utgjør en poetisk fortelling om å leve og overleve i en verden av konflikt, flukt og farer. Solberg jobber til daglig som psykiatrisk sykepleier, og hennes dikt er gjerne inspirert av møter med traumeutsatte.



Forfatter: Organhøsteren er Kristine Lindhøys andre bok, men første krim.

Krim, barn og organer

LITTERATUR: **Kristine Lindhøy skrev krim for å få mer oppmerksomhet rundt organdonasjon.**

Boken *Organhøsteren* kretser rundt alle foreldres mareritt: Barn som kidnappes. Og her har barna til felles at de er organtransplanterte og avhengig av medisiner.

- Litt morbid tema?
- Ja, innrømmer Kristine Lindhøy.
- Jeg ville utfordre, men har for-

søkt å balansere innenfor grensene for hva som er greit. Målet mitt er å få flere til å snakke om organdonasjon, både om det å gi og få organer.

Lindhøy har tidligere skrevet en selvbiografisk bok om å ha to barn med spesielle behov. Hun tror foreldre med syke barn tenker mer på organdonasjon enn dem med friske barn, og at de bedre vet hvor lite som kan skille friskt og sykt.

– De som leser den kan kanskje kjenne på frykten mange med syke barn lever med, tror hun.

Organhøsteren er fiksjon, men er lagt så tett opp til virkeligheten som mulig, med blant annet hjelp fra lokalt politi og transplantasjonsteamet på Rikshospitalet.

– Å hjelpe til med en krim var nok å gå litt utenfor boksen, men jeg tror de synes det var artig, sier hun.

Mer om tarm

Sunn tarm, klart hode er en ny bok av nevrologen David Perlmutter med Kristin Loberg. Perlmutter beskriver hvor avhengig hjernen er av en sunn tarmflora og har også med oppskrifter som skal hjelpe leserne å spise mat for de gode tarmbakteriene.

Gratis om nyfødte og smerte

Comforting Your Baby In Intensive Care av sykepleier og professor Linda Franck kan lastes gratis ned på nett som e-bok og pdf.

Boken er skrevet for å gi foreldre innsikt i smerter hos nyfødte og hva foreldre kan gjøre for å lindre smerter på nyfødt intensiv.

Mister tilgang til The Lancet

Helsebiblioteket kjøper tilgang til medisinske og sykepleiefaglige tidsskrifter slik at alle har tilgang fra norske pc-er. Men nå har høy dollarkurs og lav kronekurs ført til kutt av blant annet *The Lancet*.

– Dette er synd for alle brukerne, sier redaktør Magne Nylenna til Dagens Medisin.



Bøker. 3 om utviklings- hemmetes hverdag

Forskning om fritid

FRITID: Nordmenn fyller fritiden sin med stadig fler aktiviteter. Har utviklingshemmete de samme mulighetene? I boken *Deltakelse på fritiden* presenterer redaktørene Anders Midtsundstad og Trond Bliksvær ny forskning som tegner et bilde av de utviklingshemmetes fritidssituasjon i dag og gir grunnlag for å utvikle bedre tilbud til disse gruppene.



Erfaringer om vennskap

VENNER: Mange utviklingshemmete mangler gode venner. Toril Heia har Downs syndrom. Sammen med Britt Evy Westgård har hun skrevet boka *Venner – en bok for mennesker med utviklingshemming og deres hjelpere*. Her deler hun erfaringer, innsikt og refleksjoner om vennskap. Målet er å motivere til vennskapsinngåelse og gi redskaper til å snakke om vennskap.



Mestring, vansker og relasjoner

PSYKISK HELSE: Sunne relasjoner, opplevelse av mestring og tidlig oppdagelse av psykiske vansker er nøkler til psykisk helse for utviklingshemmete, hevder Trine Lise Bakken i boka *Utviklingshemming og hverdagsvansker*. Vi følger tre hovedpersoner, alle med en diagnose i autismespekteret, og deres historier belyser ulike utfordringer, mestringsstrategier og hverdagsvansker.



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.



Min takknemlige mormors spøkelse

Min mormor var en sånn positiv sjel som alltid så lyset i alt som skjedde. Hun hadde selvfølgelig bekymringer som alle andre, men først og fremst var hun takknemlig. Hver kveld takket hun Gud for alt hun hadde og alt det fine dagen hadde brakt henne.

Regnet det på 17. mai, var hun glad på bondens vegne. Når hennes grønne villaplen var full av løvetann, var hun takknemlig over mosjonen hun fikk av å luke. Når strømmen gikk, var hun takknemlig over å bli minnet om hvor heldige vi var som hadde elektrisitet. Hun omga seg med postkort, broderier og hustavler med klisjéfylte visdomsord om å gripe dagen og se lyset i mørket.

Jeg pleide å erte henne for det, men etter at jeg ble sykepleier, har jeg merket at jeg for hver dag blir mer og mer som henne.

Når jeg har truffet en skallet, liten gutt med slange i nesa i heisen, er jeg takknemlig over å få snuble i jakker og sekker og sko fra mine egne, friske unger i gangen hjemme. Etter å ha trent sittebalanse med den slagrammete bonden, som lurte på om han noensinne vil kunne sitte i traktoren igjen, er jeg takknemlig over å være i stand til å luke brennesle og skvallerkål i min egen, lille kjøkkenhage. Når det er opptatt på do, er jeg takknemlig for at jeg

har evnen til å holde igjen.

Når jeg har omgangssyke, er jeg takknemlig over at kvalmen skyldes en uskyldig infeksjon som vil gå over i morgen, at det ikke er den første av ti cellegiftkurer som kanskje vil forlenge livet mitt lite grann.

«Hver dag på jobb som sykepleier ser jeg alt du kan miste, alt du kan savne og alt du kan klare deg uten.»

Så carpe diem, memento mori, tenn et lys i mørket og det beste i livet er gratis. Det er ikke morsomt, det blir ikke overskrifter av det, det kommer aldri til å bli hipt, ingen blir rike av det, men gamla hadde rett, og vi vet det egentlig alle sammen. For mens aviser, TV, blogger og sosiale medier viser oss hva alle andre har, eier og gjør og hva du også burde skaffe deg, gjøre og eie, ser jeg hver dag på jobb som sykepleier alt du kan miste, alt du kan savne og alt du kan klare deg uten. ●



Gudmund Fosse

Nytt liv til gamle stemmer

● Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

Skrivekurs. I *Det er jeg som har skrevet det kommer eldre mennesker til orde på en måte som utfordrer leseren.*

Boka er et resultat av skrivekurs for eldre i regi av Kirkens Bymisjon. Kursene har pågått siden 2009 ved flere sykehjem og eldresentre i Oslo.

– Dette handler om noe mer enn erindringsarbeid, presiserer Gudmund Fosse, som leder prosjektet i Kirkens Bymisjon.

TAS PÅ ALVOR. Tanken er at de eldre som deltar på kursene skal få mulighet til å utvikle seg og lære noe uavhengig av alder og livssituasjon.

– Det finnes ikke noe grunnlag for å tro at vi endres vesentlig i vår menneskelighet fordi vi blir eldre. Og er ikke ønsket om å lære og utvikle seg en viktig del av det å være menneske?

Fosse mener det er vanlige å ha fordommer og stereotypiske tanker om beboere på sykehjem og å glemme at de har behov for å utfordres på lik linje med yngre mennesker.

– I dette perspektivet er prosjektet grense-sprengende, mener Fosse.

– Å lage skrivekurs for eldre innebærer å ta hele mennesket på alvor.

SKRIVEKURSET. Ideen om å lage skrivekurs for eldre kom fra forfatteren Eli Sol Vallersnes, fysioterapeut ved Sofienberghjemmet. Boken er

redigert av fire av forfatterne som alle har vært kursledere: Øyvind Ellenes, Linda Gabrielsen, Hanne Ramsdal og Kjersti Bronken Senderud. Disse har også skrevet essayer i om det å holde skrivekurs for eldre mennesker.

Kursene består av ti samlinger på halvannen til to timer. Hvert kurs har inntil tolv deltakere ledet av to kompetente kursledere.

– Det er ingen hindring for deltakelse om man ikke lenger mestrer å føre pennen selv. Da bistår kurslederne med dette og hjelper til med å formulere ord og tanker som kommer, forteller Fosse.

Samlingene innledes med en oppgave som skal sette skrivingen i gang. Det kan være en setning eller et ord, ofte gitt i kombinasjon med å lytte til en litterær tekst eller et musikkstykke. Deltakerne får tretti minutters skriveid, deretter blir tekstene lest høyt.

– Høytlesningen gir en tilleggsdimensjon, sier Fosse.

– Gleden over å dele tankene sine med andre og få positiv respons på det man har skrevet.

Her er et eksempel, skrevet av Helga Aschim, Ammerudhjemmet bo- og kultursenter, født 1913:

Dueøyne

Jeg skjøt en due, jeg fikk et gevær.

Det skulle jeg aldri gjort, jeg skjøt på kommando.

Jeg kan se dueøynene ennå.

Dette skrev Elise Augusta Redse på Bekkelags-hjemmet, født 1917:

«Vi mennesker trenger at noen forventer noe av oss.»

Overraskelse

Surprise.

Det er et ganske stort begrep.

Jeg synes ikke livet mitt har vært annet enn det, jeg.

RINGVIRKNINGER. Forfatterne har lagt vekt på at tekstene i boka er uforandret, at de står slik ble skrevet ned.

I tillegg til å gi rom for kreativitet og de konkrete resultatene i form av tekstene som blir produsert, har kursene mange positive ringvirkninger.

– Som det at de eldre gleder seg til å gå på kursene i forkant, forteller Fosse.

– Det sosiale samværet mellom deltakerne og tilfredsheten over å ha utrettet noe gjør dem slitne etterpå, på en god måte.

En kvalitativ undersøkelse gjennomført av Sol Vallersnes i 2009 viste også at det å delta på skrivekurs førte til bedring i generell helse, sosial funksjon og ga deltakerne økt selvfølelse.

MER KONSENTRERTE. Kurset har dessuten virket samlende på noen av deltakerne med begynnende demens.

– Oppgavene har gjort at de har klart å fokusere over tid og holde konsentrasjonen lengre enn de vanligvis greier.

Fosse tror denne typen tiltak, der de eldres evner stimuleres og utfordres, også kan bidra til å gjøre dem mer til stede i hverdagen.

– Vi mennesker trenger at noen forventer noe av oss, og disse kursene gjør at deltakerne konsentrerer seg og blir mer skjerpet.

UTVIDET BRUK. Tekstene blir brukt aktivt i etterkant av kursene, ved at de henges opp i heisen og leses opp på fester. Det blir også arrangert litterære kafeer. Her leses tekstene høyt av



Aktuell som:

**Prosjektleder
for bok som er
basert på skrive-
kurs for eldre**

dem som har skrevet dem eller av kurslederne, til glede for de andre beboerne og pårørende.

– Mange pårørende sier de har blitt kjent med nye sider av sine nære gjennom tekstene deres, forteller Fosse.

– Folk som bor på sykehjem blir som regel definert av andre, i boka kommer de selv til uttrykk gjennom tekstene sine. Det er i seg selv radikalt og nytenkende.

Han mener boka utfordrer stereotyper ved at de ikke primært handler om erindring, men tvert imot sier noe om hvem de eldre er i dag.

– Tekstene er et uholdt vitnesbyrd om menneskene som har skrevet dem, sier han.

FREMMER INDIVIDET. Dette kommer også til uttrykk hos en av forfatterne, Øyvind Ellenes, som skriver: «Jeg vet at jeg gikk dit, til min første undervisningsdag på skrivekurset for eldre på Sofienberg, med forestillinger som jeg ikke lenger har. Det var forestillinger om alderdom, om eldre mennesker, som jeg i dag tenker på som rene dumheter. For eksempel tenkte jeg på eldre som skjørere enn unge mennesker, at de jeg ville møte på skrivekursene for eldre på en eller annen måte ville stå tilbake i styrke, lidenskap, individualitet, være mindre fleksible i tanken og språket eller mindre vitale enn andre.»

Fosse håper prosjektet vil inspirere andre som jobber med eldre til å sette i gang med liknende prosjekter.

– Kulturelle tiltak får frem enkeltindividet og fremmer integriteten hos de eldre, som ofte kan bli truet når de bor på institusjon der stell, pleie og nødvendige rutiner og regler kan bli dominerende.

Boken kan bestilles på www.bymisjon.no/utgivelser. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fakta

Dødelig psykiatri og organisert fornektelse

Av Peter C. Gøtzsche
Abstrakt forlag, 2015
ISBN: 978-82-7935-373-7

Anmelder:
Line Bolgvåg

Psykiatri på villspor

ANMELDELSE: At psykisk sykdom skyldes kjemisk ubalanse i hjernen, er en myte. Psykiatere, pasientforeninger og legemiddelindustrien opererer som pushere av medisiner som er verre enn sykdommene de skal hjelpe mot. Psykiatri er ikke en evidensbasert vitenskap: Det mangler pålitelig forskning og klinisk ekspertise, og det tas ikke hensyn til pasientenes verdier og preferanser.

Dette er Peter C. Gøtzsches tydelige budskap, som belegges med både pasientkasuser og referanser til forskning.

Grøtzsche har en femårig grad i biologi og kjemi, og jobbet i legemiddelindustrien som selger og senere som

ansvarlig for kliniske forsøk i Astra-Syntex. Etterpå ble han lege. Han leder det nordiske Cochrane-senteret, og det er vanskelig, i lys av disse kvalifikasjonene, å la være å ta budskapet på alvor.

Situasjonsbeskrivelsen er trist: Det medisinererte mennesket savner mest av alt seg selv. Mange av legemidlene har liten effekt og foreskrives ukritisk, til tross for at psykofarmaka er den tredje hyppigste dødsårsaken i USA og Europa. Pasienter åpner seg ikke for terapeuter som den ene dagen bruker tvang og den neste forsøker å bygge opp en terapeutisk allianse. Den biomedisinske forklaringen på psykisk sykdom bidrar til økt stigmatisering.

Boken er svært detaljrik, og deler av den kunne likevel ha hatt godt av ytterligere redigering – det blir periodevis mye prat. Språket er ująlete og spissformulert, og har få fremmedord, som gjør den tilgjengelig for en stor leserskare. Oversettelsen er på dansk.

Så, hva skal mennesker med psykiske lidelser tilbys i stedet for psykofarmaka? Mosjon og psykoterapi, svarer Grøtzsche. Han fortsetter: «Når vi respekterer pasienterne og behandler dem som fornuftsvæsener, vil de respektere seg selv, hvilket er det første viktige skridt mod helbredelse.»

Boken anbefales til alle som interesserer seg for tematikken. ●



Fakta

Ensomhetens filosofi

Av Lars Fr. H. Svendsen
Universitetsforlaget, 2015
ISBN: 9788215025353

Anmelder:
Thore K. Aalberg

Lærd om ensomhet

ANMELDELSE: Greier du å ta ansvaret for ditt eget liv? Er du i stand til å ta innover deg at din ensomhet skyldes deg selv?

Ensomhet har lite å gjøre med omstendighetene og de levevilkårene du har. Hovedårsaken til ensomhet både hos dem som bor alene og sammen med andre, er forventninger som ikke blir innfridd. Myndighetenes mulige tiltak for å gjøre noe med ensomheten bygger på uvitenhet og vrangforestillinger.

Forfatteren som disse salvene kommer fra er professor i filosofi ved Universitetet i Bergen og er også tilknyttet tankesmien Civita. Han konkluderer med at skal man forstå ensomhet, må man se på den som en subjektiv opplevelse.

Det er mange myter når det gjelder ensomhet. Sosiale medier har liten betydning. Det er ikke noe som tyder på at ensomheten er større i dag enn tidligere. Kvinner ser ut til å være noe mer ensomme enn menn. Mennesker i Skandinavia er mindre ensomme enn syd- og østeuropeere. Forfatteren fokuserer også på den gode ensomheten.

Svendsen skal ha all mulig honnør for at han retter oppmerksomheten mot dette temaet. Ensomhet er et krevende tema og et noe uklart begrep som han forsøker å tydeliggjøre. På dette området er det relativt lite forskning. Det er derfor ikke så uventet at en filosof også tyr til filosofer og forfattere i det han skriver. Det ser ut til at han debatterer

med flere av dem. Det er en fordel for leseren å være bevandret i filosofiens tankegods og kjenne til litteratur som nevnes.

Forfatteren skriver svært godt om tilitt, ansvar, ensomhetens vesen, hvem de ensomme er og om vennskap. Når det gjelder beskrivelsen av vennskap, problematiserer han kjønnsdimensjonen i liten grad.

Omkring en firedel av den 185 siders boken utgjør noter, litteraturliste og register. Det er ingen tvil om han følger reglene for vitenskapelig skriving. Han bruker gode analogier. Språket hadde blitt enda bedre ved oftere bruk av punktum og færre fremmedord og faguttrykk. ●

Hva
leser du
nå?

Sabina Hokcic
**Gleder seg til
Kjell A.**

LITTERATUR: Høsten har vært preget av mye lesing i vitenskaps-teori og forskningsmetoder, forteller Sabina Hokcic. Hun føler seg privilegert som kan ta masterstudie i voksen alder der erfaringen fra arbeidslivet gir knagger for fagstoffet.

– Det er en ny opplevelse å lese dette med nye briller 20 år etter at jeg tok ex.phil. Utrolig spennende å oppdage at de store tenkere er nyttige for sykepleien. Min studie-kollega Guri sier: «Endelig forstår jeg forskningsartikler når jeg leser Sykepleien.»

– Jeg opplever at jeg har en sterk identitet som psykiatrisk sykepleier, og det har vært viktig for meg å opprettholde den med faglig oppdatering og utvikling.

En bok som har betydd mye for Hokcic er Joyce Travelbee *Mellom-menneskelige forhold i sykepleie*. – Jeg blir stadig overrasket over at jeg oppdager nye ting når jeg leser denne boken. Ellers gleder jeg meg til å lese ny bok av min yndlings-forfatter Kjell Askildsen.

Liubjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Yrke: Psykiatrisk sykepleier
Alder: 42

Tankevekkende og provoserende

ANMELDELSE: **Anlov P. Mathiesen kommer med tre hovedpåstander i denne boken: Omsorgen for vanskeligstilte er en kommersiell bransje, den opprettholder lidelse og omsorgsarbeidet kan enkelt forbedres. Det er de store ideelle organisasjoner og deres virksomhet, særlig innen rusomsorgen, forfatteren retter et kritisk søkelys mot.**

Økonomien baseres på gaver, frivillighet og tilskudd. Han peker på at bransjen lever på sitt gode omdømme og at den opptre kynisk kalkulerende blant annet i sin merkevarebygging og i sine kampanjer. Forfatteren peker på uheldige sammenkoplinger og maktstrukturer mellom aktører og politikere og mellom forskere og politikere. Han mener at dette hindrer nytenkning og er årsaken til deres få kritiske stemmer i samfunnsdebatten om rusomsorgen.

Mathiesen problematiserer hvorfor ettervernet er mangelfullt, når rusbehandlingen forut har vært kostnadskreven og man vet at risikoen for tilbakefall er særlig høy de første månedene etter behandling. Tre måneders behandling koster mellom 200 000 til 1,3 millioner kroner. Det eksisterer mange tilbud som forfatteren hevder opprettholder rusmisbruket heller enn å komme ut av det. Kanskje burde ressursene dreies herfra til et bedre ettervern? Slike

løsninger på utfordringer med rusmisbrukere og andre vanskeligstilte søker forfatteren å gi mot slutten av boka.

Mathiesen har valgt å kle organisasjonenes omsorgstjenester i et kaldt, økonomisk språk. Ord som «industri», «profit» og «kostnadseffekt» klinger dårlig i møtet mellom en hjelper og et medmenneske i nød. Forfatteren uttrykker sin kritikk og tenkning i et direkte språk og ønsker ikke å være balansert. Han skyter langt i kritikken av ideelle organisasjoner. Alt dette kan provosere. Med denne tilnærmingen kan forfatteren risikere å vekke motvilje; en potensiell leser blar i boka, rystes av sterke påstander, kjenner behov for å forsvare heller enn å forstå, og boka legges vekk.

Forfatteren kjenner rusfeltet og ideelle organisasjoner blant annet fra gatemagasinet =Oslo der han har vært redaktør og leder. Verken forfatter eller forlag presenterer Mathiesens teoretiske utdanning.

«Omsorgsindustrien» er et debattinnlegg om ideelle organisasjoners roller og om rusbehandlingen. Den høye troverdigheten som organisasjoner har i befolkningen, må ikke være et hinder for at også disse kan stilles under et kritisk søkelys. Jeg vil anbefale Mathiesens bok bredt; til aktører på alle nivå i de ideelle organisasjoner, til politikere, ledere og til helse- og sosialpersonell. ●



Fakta

Omsorgsindustrien – utenforska- pet og nød- profitørene

Av Anlov P. Mathiesen
Dreyers forlag Oslo, 2015
226 sider
ISBN 978-82-8265-087-8

Anmelder:
Guri Midtgard,
helsesøster og skribent

«Dagens omsorg er altfor ofte en kamp for å framstå best mulig og tekkes egne formål.» Anlov Mathiesen



Quiz

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken type ettersykdom kan i sjeldne tilfeller komme i kjølvannet av en salmonella-infeksjon?

- A Schizofreni
- B Leddgikt
- C Multipel sklerose (MS)

2 Hva har vært brukt i omslag ved giktsykdommer?

- A Terpentinolje
- B Rapsolje
- C Tran

3 Hva skyldes det som på folkemunne kalles fyrbøterkramper?

- A C-vitaminmangel
- B Angst på grunn av isolert livsstil
- C Saltmangel

4 Et annet ord for muskelsmerter?

- A Paraoxonase
- B Myalgi
- C Musculus uvulae

5 Hva er parotitis epidemica?

- A Særlig smittsom fugleinfluensa
- B Kusma
- C En epidemi forårsaket av syke papegøyer

6 Hva heter NSF-lederen som ble valgt på landsmøtet i november?

- A Lisbeth Normann
- B Oddgeir Lunde
- C Eli Gunhild By

7 Hvilken minimumskarakter ønsker NSF i matte, norsk og engelsk for opptak på sykepleierstudiet?

- A 3
- B 4
- C 5

8 Hvor stort sengebelegg ønsker NSF at norske sykehus skal ha i gjennomsnitt?

- A 70 prosent
- B 85 prosent
- C 93 prosent

9 Hva betyr bursa?

- A Pose med innvendig slimhinne
- B Spesialutviklet burka for muslimsk helsepersonell
- C Burning streptococcus aureus

10 Hva er betent hvis du har konjunktivitt?

- A Pupillen
- B Øyets blodårer
- C Øyets bindehinne



SMITTSOM: Kan denne gi parotitis epidemica?

10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Slipper på at du ikke har kikket?)

6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2A, 3C, 4B, 5B, 6C, 7A, 8B, 9A, 10C

Randis hypokonderkryssord

😊	ULYK- KER	VARMT FAG	▼	DRIK- KEN	UJEVN SYKD.	▼	STRAF- FE- REDSK.	TRO	FUGL	FAT- TIGE	FOR- SNEV- RING- ENE	PLAGG- DEL	HINNE	DIRRE	GRÅ- TER	▼	ORGAN	SPILL (FORK.)	HUDEN	ARB- ØKT
ASIAT- FEKSJON -EN KORNET	▼	▼		▼	▼			▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼			▼	▼	▼	▼
▼						BEDØV- ELSE	▼								SLEKT- NING	▼				
RUMPA RES- PEKT	▼														REK- LAME	▼		SJARM	▼	
▼			TRAU	▼		NED		MIDT- PUNKT	▼						IDR.- ARR. URO	▼		AVIS (FORK.) LYS	▼	
PLATE	▼			DYR	▼			ENER		FORF. PREF.	▼		GUD DRAPE	▼			RØRE	▼		
MÅL AMMER	▼		FOR- STÅ DYR	▼					ELV	▼				TAU		STRE- SS	GEN- KONSE KVENS	▼		
▼					EMB- RYOER TAGG	▼						TID YTE	▼		SLEKT- NING	▼				
HA LOFT	▼			EMBA- LASJE	▼				FOR- TRYTE	▼							PUSS	▼		
▼				BÅT	▼			SYKE- HJEMS BRU- KER	▼											

Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 02 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett

Ny stil: Anette Sagen var verdensstjerne i hopp, men konsentrerer seg nå om studiene. Foto: Erik M. Sundt



Fra hopp til sykepleie

Student. – Å gå over i et yrke som handler om å ta vare på andre, er en overgang, sier Anette Sagen. **84**



Framtid. NSF krever snarlig sykepleierløft. **78**



«Eg sa ikkje at eg lenge hadde «studert» temaet kneprotesar.»

Anders
Folkestad. **81**



Psykisk form.

Mener psykisk helse må bli skolefag. **79**

Ekspert. I dag, i kveld og i natt er tusenvis av sykepleiere på jobb.

Døgnet rundt er sykepleierne der. Heldigvis.

Derfor krever vi et sykepleierløft



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

Heldigvis for gamle Kjell som bor alene hjemme og får besøk av hjemmesykepleien, heldigvis for alle som trenger sykepleiernes ekspertkompetanse. Heldigvis er sykepleierne der. Utrettelige, med en uslåelig kombinasjon av kunnskap og varme.

Norske helse- og omsorgstjenester er blant de beste i verden og er et resultat av godt og hardt arbeid. Og slikt arbeid vil det være behov for fremover også fordi det finnes utfordringer, som vi ser allerede i dag. Det blir stadig flere pasienter, mer kompliserte helsetilstander og økte forventninger til behandlingsformer og kvalitet.

Altfor mange arbeidstimer, som kunne ha vært levert av topp kompetente sykepleiere, forsvinner i for høy deltidsandel, for lav avgangsalder fra yrket og altfor høyt sykefravær. Og kompetansen verdsettes for lavt. Samtidig er det en stor mangel på sykepleiere, særlig på spesialsykepleiere. Yrket må gjøres mer attraktivt, og vi må få bedre ordninger for videreutdanning.

Vi er opptatt av å sikre befolkningen gode helse- og omsorgstjenester, og det vet vi at myndighetene og våre folkevalgte også er. Og ikke minst er befolkningen opptatt av et godt helsevesen, det som regjeringen kaller pasientens helsevesen.

SYKEPLEIERLØFT, NÅ. Sykepleierne sitter på nøkkelen til å sikre fremtidens gode helsevesen. Og for å sikre at denne

tjene under 500 000 kroner innen utgangen av 2019. Økt lønn har for det første et likelønnsperspektiv. Dernest mener vi at et lønnsløft er nødvendig om vi skal klare å få nok hoder og hender til helsevesenet.

BEMANNINGSNORM. Nå er tiden moden for en pasientfokusert bemanningsnorm. Dette dreier seg om pasientsikkerhet og mulighet til å utøve sykepleie av god kvalitet.

I dag er det altfor dårlig oversikt over fremtidige behov for spesialsykepleiere. Derfor trengs en nasjonal oversikt over behovene for spesialsykepleiere og en opptrappingsplan for spesialutdanning. Pasientens helsetjeneste, som regjeringen ønsker, vil ikke kunne realiseres om spesialsykepleierne mangler. Full lønn for sykepleiere under spesialisering er et nødvendig bidrag for å forsøke å sikre nok spesialsykepleiere.

Ledere i sykepleietjenesten har til dels svært krevende arbeidsbetingelser. Norsk Sykepleierforbund mener at bedre rammevilkår for ledelse vil gi enda bedre tjenester til pasientene, og arbeidshverdagen blir bedre for sykepleierne. God ledelse dreier seg om arbeidsvilkår, kvalitet i tjenestene og utvikling av fag.

Til sist vil vi at et sykepleierløft skal inneholde et kvalitetsløft i sykepleierutdanningene, gjennom nasjonale kvalitetskrav, styrket finansiering og formalisert samarbeid mellom utdanning og helsetjeneste.

Et sykepleierløft er viktig for sykepleierne, for arbeidsgiverne og for myndighetene. Det vil bety noe for gamle Kjell som får besøk av hjemmesykepleien og for alle andre som trenger sykepleiernes ekspertkompetanse. ●

«Det må komme et lønnsløft for å øke yrkets attraktivitet.»

kompetansen blir utnyttet godt nok, mener vi at et løft må til. Et sykepleierløft!

For det første er det påkrevd med en nasjonal strategi for mobilisering av arbeidskraftreserven, gjennom tiltak for heltid, rekruttering og arbeidstid.

Og det må komme et lønnsløft for å øke yrkets attraktivitet. Målet er at ingen sykepleiere med ti års ansiennitet skal



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Psykisk helse må bli skolefag!

PSYKISK HELSE: Tiden er overmoden for å innføre faget psykisk helse som obligatorisk skolefag i grunnskolen, ungdomsskolen og videregående.

Vi er mange i Norge som gråter over den 13 år gamle jenta som døde nyttårsaften, og vi var mange som gråt over de andre barna som mistet livet da ingen tok ansvar og grep inn i tide. Mental Helse Stovner har i en årrekke tatt opp viktigheten av åpenhet og kunnskap om psykisk helse i skolen, som vi mener langt på vei kan forebygge mange tragedier.

Alle snakker om fysisk aktivitet, trening på helsestudioer, slankekurs, smilekurs m.m. Men få eller ingen snakker om psykisk helsetrim. I skolen har blant annet naturfag, fysisk aktivitet og mat og helse fast plass på timeplanen. Men hvorfor står ikke faget psykisk helse på timeplanen, da alle mennesker har en psykisk helse?

Vi er så flinke til å snakke om gikta og vondtene våre. Men hvorfor er vi ikke flinke til å snakke om den psykiske helsa vår? Målet med innføringen av faget må være å lære og sette ord på tanker og følelser og å delta i samtalegrupper. Kort og godt opplæring i å snakke om vår psykiske helse. Elevene bør også få opplæring om forskjellige psykiske lidelser og ulike reaksjonsmønstre, samt få tildelt verktøy i hvordan

håndtere kriser i livet. Folk med fag- og erfaringskompetanse i psykisk helsevern bør stå for undervisningen.

Jeg tror faget også kan bidra til større åpenhet og forståelse mellom mennesker, minske frykten for «annerledeshet», samt motvirke fordommer mot psykiske lidelser. Innføring av faget kan også langt på vei forebygge selvmord, mobbing, frafall i skolen samt bidra til å styrke toleranseevnen.

Norge har rundt 550 selvmord i året, som er tredobbelte av antall som dør i trafikken. Psykiske lidelser koster årlig samfunnet ca. 40 milliarder kroner bare i trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosiale utgifter. Om lag 225 000 mennesker står utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske lidelser.

Tiden er overmoden for å tenke forebygging. Innføring av skolefaget psykisk helse vil utvilsomt spare store samfunnsutgifter og ikke minst viktig, spare mange tusen mennesker for lidelser og tragedier.

Nå må politikerne ta dette på alvor og sette av plass i budsjettet til innføring av faget Psykisk helse i skolen.

Gunn Pound, Leder Mental Helse Stovner

Han ønsket å leve

AVSLUTTE LIVET: Takk til Laila Fodnes Sidselrud, som setter en viktig problemstilling på dagsorden i sitt innlegg «Hr. Hansen ønsker å leve. Skal han få lov?» i Sykepleien nr. 1-2016 (s. 73). Like viktig som å diskutere problemstillinger ved medisinsk overbehandling, behandling som ikke er til pasientens beste og som forlenger lidelse, er det å rette oppmerksomheten mot den underbehandlingen Fodnes Sidselrud erfarer for sin pårørende.

Alder alene kan ikke være kriteriet for om det skal eller ikke skal igangsettes livsforlengende behandling. Da ender vi etter min vurdering i en ikke akseptabel alderisme. Selv om behandlingsansvarlig er den som til sist fatter beslutning om behandling, er det ikke legens rett alene å ta en slik avgjørelse – og som det kan tyde på i situasjonen Fodnes Sidselrud presenterer, på svake medisinske og etiske premisser.

Fodnes Sidselrud beskriver en situasjon hvor pasienten er samtykkekompetent, han ønsket behandling og hans livskvalitet ved behandling kunne bli akseptabel. Selv om legen har det endelige behandlingsansvaret, skal avgjørelsen være forankret i en tverrfaglig og gjensidig beslutningsprosess der pasienten og de pårørendes stemmer inngår. Og det er ikke alene medisinske vurderinger beslutningsprosessen skal være begrunnet i. Pasientens preferanser, livsmot og livsglede er viktige premisser i prosessen. Jeg er helt på linje med Fodnes Sidselrud i viktigheten av å drøfte situasjonen med annet kyndig fagpersonale ved usikkerhet eller uenighet om behandling. Den nasjonale veilederen for begrenset livsforlengende behandling er, slik jeg vurderer den, et godt hjelpemiddel i situasjoner som denne. Her påpekes viktigheten av at berørte parter (herunder også pasient og pårørende) stemmer inngår i vurderingen. I tillegg kan også kliniske etikkkomiteer bidra.

Lillian Lillemoen

Løsning på kryssord i nr.02/2016 (se side 76)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Kjønnsdiskriminerende yrkesbetegnelser

HELSESØSTER OG JORDMOR: Da jeg på begynnelsen av 1980-tallet ble fast ansatt på daværende Helsesøsterhøgskolen i Trondheim, fikk jeg denne ene overraskelsen etter den andre.

Jeg var den første mannlige ansatte og muligens også den siste. En mannlig student gikk der mens jeg var ansatt. Han var på slutten av 80-tallet den eneste søsteren som giftet seg med en annen søster. Jeg mente betegnelsen «helsesøster» ikke hørte hjemme i et samfunn som var opptatt av likestilling og kjønnsnøytrale betegnelser. Jeg foreslo betegnelsen «helseveileder». Mine kolleger, søstrene, ville holde

på det gamle. Det er derfor svært gledelig at også noen kvinner i 2015 innser at den beskyttede tittelen er utdatert.

Ingen uttaler seg positivt om kjønnsdiskriminering. Men dagens lovgivning diskriminerer menn. Radikal eller moderat kjønnskvolterering aksepteres for å få kvinner inn i mannsdominerte bastioner. Men kvotering er fy fy hvis det er snakk om å få menn inn i kvinneledominerte utdanninger eller yrker. På helsefaghøyskoler finnes det knapt mannlige ansatte, og studentmassen gjenspeiler denne kjønnsfordelingen. Sammenlikner vi med Italia, som av mange blir sett på som machokulturens hjemland, er

andelen mannlige sykepleiere langt høyere enn i Norge. Som mann har jeg av og til inntrykk av at kvinner ønsker likestilling, men bare under forutsetning av at de ikke mister noen av de privilegiene de har.

Det er beundringsverdig at NSF settet kjønnsdiskriminerende yrkestitler på sakskartet. Mitt ønske er at forbundet greier å komme frem til enighet om hva fremtidens helsesøstre og jordmødre skal kalles. Og at en uenighet ikke blir et skalkeskjul for å opprettholde status quo.

Thore K. Aalberg

Fra vondt til mindre vondt

BLÆREKATARR: I Sykepleien 11/2015 («Forsker på alternativ til antibiotika») skrives det om forskning på blærekatarr.

Det blir sett på som et fremskritt at et medikament, antibiotika, erstattes med et annet, ibuprofen. Men det beste er selvfølgelig å forebygge. I tillegg til å unngå betennelsesfremmende stoffer,

hvor sukker og hvetemel er av det verste, vil det for kvinner være bra å tisse etter samleie.

Men skal man virkelig finne frem til behandling uten bivirkninger, må man gå utenom den skolemedisinske boksen.

Sykepleiere er overrepresentert når det gjelder bruken av alternativ medisin. Derfor

skulle mange av dem neppe ha problemer med å anbefale te av kjerringrokk og salvie og homøopatisk behandling. Og trenger de vitenskapelig dokumentasjon, kan jo dette bli det neste forskningsprosjektet.

Thore K. Aalberg

XWEAR.NO

Sertifiserte støttestrømper fra 99 kr



Støttestrømper fra Xwear.no er testet og sertifisert.

Besøk oss på nett for stort utvalg og rask levering.

www.xwear.no



Skrekk. «Du har visst dårlege kne, du». Eg gjekk opp ei trapp i flokk og følge. Meldinga kom bakfrå.

Smerteterskel



Fakta

**Anders
Folkestad**

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Det var Kari. Erfaren sjukepleiar, med skarpt kritisk blikk. Vi var ikkje kjende, men vi var på same tilstelling.

Ho observerte det eg vanlegvis prøvde å kamuflere. Begge knea mine er skamferte. Mest av meg sjølv. Men gjennom åra har helsetenesta vore inne og mekka på begge. Det venstre er verst.

«Ser du det altså,» spurde eg. «Ja, du prøver å stige «lett» på det eine beinet, for så å overbelaste det andre. Du får nok snart problem der også.» Eg smilte det vekk, vel vitande om at ho allereie hadde rett.

Litt seinare møttest vi att. Eg fekk vite at sjukepleiar Kari arbeide på ortopedisk avdeling på eit sjukehus. «Har du fått undersøkt knea dine skikkeleg», spurde ho. «Ja, og på ei oppreinsking for vel ti år sidan, fekk eg eit hint om at neste steg var protese.» Berre ordet fekk meg til å grøsse.

«Det er jo ein ganske stor operasjon», sa ho. «Mange får ein ny kvar dag. Men du må vere klar for det».

Eg sa ikkje at eg lenge hadde «studert» temaet kneprotesar. Dessutan hadde eg intervjuet fleire som hadde vore gjennom det. Mange var fornøgde, men slett ikkje alle. Skrekk og gru, sa det framleis inne i meg.

TAKLING. Venstre kneet har plaga meg heilt sidan den fatale taklinga på Hareid stadion ein gong tidleg på 70-talet. Laterale menisk blei fjerna. Rubb og stubb, på ærverdige og katolske Florida i Bergen. Visst nok etter læreboka den gongen.

Etter det har helsestellet gjennomfotografert knea mine fleire gonger, i takt med teknologiutviklinga. Men kvar gong har eg over-

«Plutseleg såg eg meir optimistisk på skavankane mine.»

for lækjaren argumentert med at det er for tidleg å gå protesevegen. Er det ikkje slik at faren for komplikasjonar er ganske stor?

Eg har jo ganske høg smerteterskel, har eg sagt, dels til meg sjølv. Eg ventar, har eg konkludert, meir enn ein gong. Men knea har sølv-sagt ikkje blitt betre. Tvert imot. Trass i at ei rekkje fysioterapeutar har pålagt meg mange, lange og grusamt kjedelege øvingar som skal styrke og førebyggje.

IKKJE TVIL. Sjukepleiar Kari overtydde meg om at eg måtte tenke meg om. Ein gong til. Det blei ein ny tur til lækjar. Han såg i journalen, henta fram gamle «foto», og var ikkje tvil. Det blei rekvisisjon til ortopedisk spesialist.

Nokre veker seinare, ikkje så reint få forresten, gjekk eg inn ein sjukehuskorridor. Ventelister er det jo over alt i helsestellet. Eg blei tatt godt i mot av ein hyggeleg sjukepleiar. Etter å ha fått vite det ho skulle, ønskte ho meg lukke til. Er dei alltid så blide, desse sjukepleiarane, undra eg.

«Det er ikkje tvil om at kneet ditt kvalifiserer for protese». Lækjaren spurde om trimnivået mitt, om hevelsar eller smerter. Eg må berre seie som sant er: Også denne gongen gjorde eg tilstanden litt betre enn realiteten. Sjukehuslukta og forklaringa på kva som skulle gjerast, gjorde at eg plutseleg såg meir optimistisk på skavankane mine.

OVERFORBRUK. «Ok», konkluderte lækjaren, «då ventar vi». Eg betalte eigenandelen på veg ut. Men eg kunne likevel ikkje vri meg unna tanken: Ikkje rart det blir ventelister viss mange gjer som eg – går til service og får diagnosen, men vrir seg unna neste steg. Kanskje medverkar eg til eit av Spekter sine skrekkbilde – statistikk med overforbrukarar av spesialisthelsetenesta, og som gjer køane endå lengre for dei som verkeleg treng hjelp? Og som fører til meir press på arbeidstida til sjukepleiarane. Tenkte eg.

Det er no gått om lag halvtanna år. Det har blitt som spådd. Det enda opp med ny fotosession. «Hovudproblemet ditt er framleis venstre kneet. Det er bein mot bein. No er du kanskje klar», lurte lækjaren.

Datoen er klar. I første omgang for ny spesialistvurdering. Har eg vondt nok no? Eller er det framleis høg pysefaktor som vil styre? ●



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Utdanning. Undervising i teori og praksis er ikkje to sider av same sak. Det krevs ulike kompetansar.

Teori og praksis er to ulike logikkar



Fakta

Jeanne Boge

Fyrstemanuensis,
Høgskolen i Bergen



Fakta

Karin Anna Petersen

Professor i sjukepleie,
Universitetet i Bergen

Dei som studerer sjukepleie i tre år ved norske høgskular, oppnår ein bachelorgrad.

Til forskjell frå utdanningar på vidaregåande nivå, vert det forventat at bachelorutdanningar har relativt mange tilsette med fyrstekompetanse som forskar på sine avgrensa områder og som underviser om det dei har djupnekunnskap om. Desse forskarane treng ikkje vere dei som er best til å vegleie studentar i den praktiske delen av studiet, men dei kan sjølv sagt vere gode til å samarbeide med klinikken. I dette innlegget argumenterer me for at teori og praksis er to ulike logikkar som krev ulike kompetansar.

HALVPARTEN AV KVAR. Bachelorutdanning i sjukepleie er samansett av 90 studiepoeng frå praksis og 90 studiepoeng frå teori. Det som blir omtalt som praksis omfattar ferdigheitstrening, simulering og praksis i spesialist- og kommunehelsetenester. Store delar av lærarressursane vert brukt til vegleing og vurdering av studentar i den praktiske delen av studiet. Den halvdel av studiet som blir omtalt som teori, omfattar særleg undervising om korleis sjukepleiepraksisar er (i praksis) og korleis praksis bør gjerast (best practice), men det er relativt lite undervising som forklarar korleis det kan ha seg at sjukepleiepraksisar er som dei er.

ULIKE LOGIKKAR. Når det er tilsett fleire forskingskompetente ved norske sjukepleiarutdanningar dei siste åra, så har ikkje det vore for å styrke den praktiske delen av studiet, men den teoretiske, for ein blir ikkje dyktig utøvande sjukepleiar av å fordjupe seg i teori, men ein dyktig teoretikar. Den som har brukt mange år av livet sitt til forskarutdanning ved eit universitet, har brukt tilsvarende mindre tid på å bli ein dyktig utøvar i helsevesenet.

Teori er ein referanse for den som arbeider i praksis, aldri ei eigentleg forskrift ein fylgjer, fordi menneske sjeldan fylgjer reglar og forskrifter, men kontinuerleg tilpassar det dei gjer og finn opp praksisen sin her og no. Praksis er habitus – ikkje regelbaseret. Det er som ei oppskrift på vaflar, den er god å ha, men den enkelte sin måte å bake vaflar på treng ikkje vere i pakt med oppskrifta for at vaflane skal bli gode.

På same vis er teori også mange ulike ting. Av og til kallar ein refleksjon for teori, andre gongar omtaler ein prosedyre/praksisforskrifter for teori. Det hender også at ein kallar pasientar og studentar sine opplevingar frå praksis for teori, men i sjeldnare grad blir det skapt plass for teori OM sjukepleiepraksis. Det vil seie at ein undrar seg over det som skjer i det praktiske virket og stiller spørsmål som krev teoretiske analysar og som igjen skaper nye spørsmål og utfordrar det me brukar å gjere.

Når ein utdannar forskarar så er det gjerne med forventningar om at vitskapleg stringens og teori skal gjer ein i stand til å forklare noko som ein ikkje visste frå før, og som kan krenke eigne oppfatningar.

Det er stor forskjell på undervising i den praktiske og den teoretiske delen av studiet. Som vegleiar i klinikken må ein kunne kunsten å utføre sjukepleie, det vil seie at ein må kunne litt om mykje. Det som kjenneteiknar forskarar er djupnekunnskap på eit avgrensa område og det er dette ein har best føresetnad for å undervise om. Nokon vil kanskje meine at det bør vere same lærarar i praktiske og teoretiske delar av studiet, for å skape

«Ein blir ikkje dyktig utøvande sjukepleiar av å fordjupe seg i teori, men ein dyktig teoretikar.»

pe samband mellom teori og praksis. Ei slik innstilling underkjenner at teori og praksis er ulike logikkar. Ein eminent forskar og førelesar i tematikkar som tvang, kommunikasjon, pedagogikk, psykologi, etikk, vitskapsteori, metodologi, anatomi, sjukdomslære, ernæring, legemiddelhandtering, sårpleie, smerte, hygiene, leiing, administrasjon osv., treng ikkje vere den som er dyktigast til å vegleie studentar i kunsten å utøve sjukepleie.

I praktisk virke trengs det kyndige utøvarar som arbeider per praktisk sans og som reflekterer over virket sitt og utviklar teori i praksis. Utøvande sjukepleiar er vel den som har

best føresetnad for å undervise om korleis sjukepleie skal gjerast ved ferdigheitstrening, simulering og ved praksis i spesialist – og kommunale helsetenester?

KVA TREGS DET FORSKNING OM? I bachelorprogram i sjukepleie vil ein trenge forskarar og undervisarar som har undersøkt korleis sjukepleiepraksis kan bli best mogeleg (teori for praksis), men også forskarar og undervisarar som har studert korleis det kan ha seg at sjukepleiepraksisar er som dei er under gitte vilkår, studiar av oppkomsten til praksisar som vert omtalt som sjukepleie og studiar om korleis det som vert kalla sjukepleiepraksisar verkar (teori om praksis). Teori OM praksis vil ofte utfordre og krenke eksisterande oppfatningar, fordi studiane kan kome til å vise at praksisar ikkje nødvendigvis er slik som me trudde. Som då me fann ut at jorda ikkje var flat, men rund osv.

Det kan diskutast kva slags tematikkar bachelorprogram i sjukepleie treng forskning om. Tradisjonelt har sjukepleieutdanning og sjukepleieforskning vore tett kopla til spesialisthelsetesen sine diagnosesystem. Dersom dei politiske intensjonane om nedbygging av spesialisthelsetenester og oppbygging av kommunehelsetenester skal realiserast, er det vel på sentrale pleieområder i kommunehelsetenester forskingsinnsatsen bør leggjast? Slike tenester er ikkje bygd opp etter medisinske diagnoser. På tvers av diagnoser arbeider pleiarane med ernæring, munnstell, pleie av hud, hår og sår, eliminasjon av urin og avføring, medikamenthandtering, aktivitet, søvn og kvile og administrasjon/koordinering av tenester. Bachelorstudentar i sjukepleie vert ofte både overraska og fortvila over kor lite forskning det fins om praksisar som er heilt sentrale i pleiekvardagen.

ENDRA TILSETTINGSPOLITIK. Dei som vert tilsett for å undervise i den praktiske delen av studiet vil vel trenge relevant erfaring frå helsevesenet? Det er vel ein fordel men ikkje nødvendigvis eit krav i eit bachelorprogram, at også dei som underviser i den teoretiske delen av studiet har utdanning og erfaring som sjukepleiar. For eksempel har legar vore brukt som undervisarar i sjukepleieutdanningar i heile sjukepleiefaget si historie, og sidan utdanninga i dag er ein bachelorgrad, må ein kanskje forvente at det kan vere rom for at andre akademikarar med teoretisk kompetanse også kan ha ein plass i sjukepleiestudier. For eksempel antropologar, sosiologar, juristar, historikarar osv.

Dersom same lærar (gruppe) underviste om sine tematikkar på tvers av årseiningar og akademisk nivå, ville ein legge grunnlag for nivåtilpassa undervising og hindre overlappingar. Men dette krev at den teoretiske delen av studiet vert bygd opp som fagdisiplinar. Ein disiplinbasert tilsettingspolitikk kunne også legge grunnlag for tverrfagleg, tverrsektorielt og internasjonalt forskings- og undervisingssamarbeid.

Å tenke på tvers er aktualisert i samband med fusjonering og samanslåingar av høgskular og universitet. Sjukepleiefaget har jo allereie ei rekkje disiplinar felles med andre fag. For eksempel pasientologi (viten om pasientar), curologi (viten om omsorg), somologi (viten om levd kropp), antropologi (viten om menneske og kulturar), praxeologi (viten om praksisar) osv., men bachelor i sjukepleie vert ikkje bygd opp kring disiplinar, slik ein gjer i mange andre fag som tildeler en akademisk grad. Disiplinbasert undervising bør vel vurderast om ein vil ta bachelorutdanning i sjukepleie på alvor. På det viset viser ein optimal respekt både for dei som kan praksis og for dei som kan teori om praksis. ●



“ *Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?* ”

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner Etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!

Sykepleien



Hopper over til sykepleie

Ny karriere. Hun har hoppet nesten to hundre meter, men besvimer av et sprøytstikk. Nå skal Anette Sagen bli sykepleier.

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**





Anette Sagen

Hvorfor: Fordi hun studerer sykepleie etter en karriere som toppidrettsutøver. Anette Sagen er verdensstjerne i hopp for kvinner og har mye av æren for at kvinner i dag får konkurrere på nesten lik linje med menn.

Født: 10. januar 1985

Utdanning: Har studert tysk og er utdannet som trener for toppidrettsutøvere.

Går ikke på rød løper: Anette Sagen sier hun alltid har sett for seg at hun skulle ha en vanlig jobb.



Før pleide hun å fly. Ta sats fra toppen og sveve nedover mot det hvite. 174,5 meter på det lengste.

Hun sier det er en helt fantastisk følelse, verdens beste. At det ikke fins nok adjektiver til å beskrive den ordentlig.

– Den må oppleves, konkluderer hun.

Men selv har Anette Sagen hoppet fra seg.

STERILE HANSKER. «Viste seg at forelesningen varte enda en time, men går sikkert bra», står det i sms-en. På Høgskolen i Buskerud og Vestfold, rett ved elvebredden i sentrum av Drammen, er det travel aktivitet. Anette Sagen står i inngangsområdet, omkranset av tre mannlige medstudenter. Med kjappe skritt leder hun vei til preklinikken og skifter fra grått skjørt til hvit uniform. Smiler medievant inn i kamera. Å håndtere journalister kan hun.

«Jeg har sagt min hjertens mening.»

– Det går rykter om at du må øve mer på å ta på sterile hansker?

Ansiktet sprekker opp i latter.

– Ja, der stresset jeg fælt. Plutselig er det noen som sier «nå er du ikke steril lenger», sier hun og sperrer opp øynene.

– Jeg har mye å lære.

VINNER UTEN MEDALJE. Selv de som ikke bryr seg om hopp, har hørt om Anette Sagen. Det udiskutable hopptalentet som ikke fikk konkurrere fordi hun er jente. Med kulerunde øyne og musefletter snakket hun den aldrende toppidrettsledelsen midt imot. Hun kunne ikke forstå hvorfor hun ikke fikk de samme mulighetene som guttene.

Det toppet seg i 2004.

Det året vant Anette Sagen jenteklassen i junior-VM i Stryn, men fikk verken medalje eller nasjonalsang fordi jenteklassen ikke hadde offisiell status. I protest mot friidrettstoppene dro tilskuerne i gang allsang av «Ja, vi elsker».

«Det var flaks at ikke tyskeren vant, da kunne det blitt verre å synge», sa den da 19 år gamle Anette Sagen spøkefullt til Dagbladet.

Men hun la ikke skjul på at hun var utrolig irritert. «I bunn og grunn føles dette bare håpløst», sa hun også. Etter å ha sett på guttenes medaljeseremoni feiret hun seg selv med middag på hotellrommet. Alene.

ET LANGT HOPP. En måned senere ble hun nektet å prøvehoppe i Vikersundbakken, Nordens eneste skiflygingsbakke. Fra denne tiden er det en mengde avisoppslag om Anette Sagen og Torbjørn Yggeseth, den personifiserte bremseklossen for kvinners muligheter til å fly på ski.

Yggeseth var en populær skihopper på 1950- og 60-tallet og skal ha vært den første til å bruke uttrykket «å hoppe etter Wirkola» da han kommenterte NM i hopp i 1964. Men fra 1982 til 2004 ledet han hoppseksjonen i Det internasjonale skiforbundet og ble omtalt som Norges mest uglesette mann for sitt steile nei til at kvinner skulle få konkurrere i skiflyging. Han mente risikoen var for stor.

Yggeseth og hoppseksjonen lot seg likevel rokke, og Anette Sagen gjorde alle bekymringer til skamme, selv om hun tok seg i å tenke «hva faen har jeg gjort» da hun endelig satt på bommen 225 meter over bakken.

Derfra fløy hun 174,5 lange metre. Dette er fremdeles det nest lengste en kvinne har hoppet.

HISTORISK. I et intervju med Hans Olav Lahlum i fjor høst sa Anette Sagen at hun opplevde personen Torbjørn Yggeseth verken som arrogant eller usympatisk, men som en veldig konservativ og ekstremt sta idrettsleder. Torbjørn Yggeseth døde i 2010, men i et intervju med NRK tilbake i 2004 sa han at han ville vært ekstremt forbannet om han hadde vært i Sagens situasjon. Han kalte henne en pioner og sa hun til sjuende og sist ville lykkes.

– Det kommer til å stå om deg i historiebøkene?

– Det klarer jeg ikke å forholde meg til, sier hun og blir alvorlig.

– Jeg er klar over at mange vet hvem jeg er og hva jeg har gjort, men tenker ikke så mye på det utover det. Jeg har svart på spørsmål og stått på mitt. Sagt min hjertens mening.

– Har det kostet?

– Det har kostet energi, meg jeg ville gjort det igjen.

TOLV FLASKER COLA. På preklinikken suser det svakt i ventilasjonsanlegget. Sirlig oppredde senger står på rekke og rad. Bare en løsrevet arm i nesten naturtro plast, halvveis tullet inn i en fille, indikerer at det ikke er en ekte sykehusavdeling. Anette Sagen har snakket seg varm. Avvist at hun ville bli journalist, som hun en gang sa til Se og Hør.

– Etter å ha vært så mange år på den ene siden kunne jeg aldri jobbet for en tabloidavis og overtalt folk til å gjøre ting de egentlig ikke vil, sier hun og blåser.

– Synes du dette er ubehagelig?

– Nei, dette er nytt for meg, å snakke om å bli sykepleier.

Tanken dukket opp i 2014, da hun begynte å ta vakter i et bofellesskap for personer med demens.

– Jeg skulle gjerne hjulpet dem mer. Jeg merket at det var kunnskap jeg ikke hadde.

For selv om Anette Sagen er den mest meritterte kvinnelige skihopperen i verden og nettopp har underholdt vinterfrosne nordmenn i Mesternes mester fra den franske riviera, har hun ingen gullpensjon å lene seg tilbake på.

På spørsmål om hun i dag mener jenter og gutter har like muligheter innenfor hopp, sier hun det kommer an på hva som menes med muligheter.

**BEGYNT
TIDLIG:**
Anette Sagen
tror hun var fire
første gang
hun fløy.
Foreldrene
og broren
fulgte opp,
og droppet
sydenturer
til fordel for
konkurranser
og treningsleire.



Historisk VM-medalje: Anette Sagen med bronzen fra verdens første VM i hopp for kvinner i Tsjekkia i 2009. Foto: Lise Åserud/NTBScanpix



Blant gamle mestere: Anette Sagen har i vinter konkurrert mot blant andre Jan Åge Fjørtoft på tv. Foto: Jan Kvalheim

– Å bli rik? Nei! Fortsatt er konkurransene til guttene bedre betalt i form av premiepenger. De har flere konkurranser med høyere prestisje som jentene ennå ikke har. Utviklingen går jevnt og trutt fremover, om ti år håper jeg vi kan si at mulighetene er like på alle plan.

Nok en historie fra 2004 kan brukes som illustrasjon. Dagbladet rapporterte hjem fra Hoppuka i Østerrike, der Sigurd Pettersen vant en million. Anette Sagen fikk en pokal og tolv flasker slovensk cola. «Og jeg som ikke liker cola en gang», sa Sagen til avisen og innrømmet at hun hadde helt den ut.

– Føles det urettferdig at akkurat din sport ikke gir mer penger?

– Jeg valgte sporten selv, og ble etter hvert kjent med rammen. Det kunne ikke bli noe annet enn hopp. Og det nytter ikke å tenke så mye på det, ingen har ennå funnet opp en tidsmaskin.

FRA SEG SELV TIL ANDRE. Så da hun for ett år siden bestemte seg for å legge opp, måtte hun finne et yrke å leve av. Sykepleie var kanskje ikke helt selvsagt. «Hun ringte og spurte om jeg trodde hun ville passe til å jobbe i det bofellesskapet», forteller mamma Bjørg Sagen på telefon fra Mosjøen. «Nei, det tror jeg

ikke, svarte jeg». Moren sier datteren aldri har vært opptatt av ting som forbindes med sykepleie. Og da hun i oppveksten trengte jevnlig injeksjoner med B-vitamin, pleide hun å svime av. Hver gang.

«Synd», svarte datteren. «For jeg har allerede meldt meg som tilkallingsvikar.»

«Jeg har aldri følt meg som en stjerne.»

– Hun fortalte kanskje også om fårrikålen, spør Sagen og ler. Da hun var 22, var hun hos fetteren og fikk servert fårrikål. Anette ble veldig usikker og ringte til mamma for å spørre om dette var noe hun spiste. Bjørg svarte tvert «nei, det tror jeg ikke». Anette endte med å spise likevel.

– Hun er en grei person å ringe, sier datteren og smiler igjen. – Og jeg har absolutt ingen erfaring med sykepleie. Ingen småsøsken, ingen besteforeldre.

I stedet har hun nesten halve livet drevet med toppidrett. – Det er en jobb der man må tenke på seg selv, man må være egoistisk, sier hun.





– Å gå over i et yrke som handler om å ta vare på andre, er en overgang.

Men en som studerer sammen med henne, sier hun aldri har sett Sagen sette seg selv foran andre.

– Hun mener masse og snakker høyt, men det er rettferdighet hun kjemper for. Anette er jordnær og til stede. Hun jobber hardt, men er også kreativ. Spør henne hva en emulgator er.

– Åh nei, sier Anette Sagen og stirrer i taket. Det er fra anatomien. Emulgator? Jeg hadde virkelig ikke peiling, så jeg sa «nei, en krysning av elefant og alligator?».

IKKE HELT A4. Hans Olav Lahlum skriver at etter at applausen har stilnet, er det mange idrettshelter som har tatt sin plass som et av de lite synlige og likevel uvurderlige tannhjulene i det store samfunnsmaskineriet. Og de som klarer den overgangen blir for ham større, ikke mindre helter.

– Hva tenker du om det?

– Jeg skjønner hva han mener, men jeg har ikke tatt helt skrittet inn i A4-livet ennå, sier hun og tenker litt.

– Og jeg har aldri følt meg som en stjerne.

Når hun ser seg selv slite i *Mesternes mester* er det med pute foran ansiktet.

HOPPET LENGER ENN WIRKOLA. Om Anette Sagen hadde fått konkurrere som guttene da hun var på sitt beste, kunne kanskje premiehyllen vært enda fullere.

Til gjengjeld er hun behørig hyllet for sitt engasjement. Hun har fått Holmenkollmedaljen, YS' likestillingspris og er kåret til Årets trollkjerring. «Sær, vrang, hissig og trollete, men har et godt hjerte innerst inne», var dommernes begrunnelse. Prisen ble delt ut av Bjørn Wirkola. «Ja, ja», sa han ifølge VG og humret. «Hun hoppet i hvert fall 12 meter lenger enn meg i Vikersund.»

Hun lover å si fra også som sykepleier.

– Jeg er ikke helt der at jeg går i fakkeltog, men for all del, jeg leser og følger med. Ser jeg noe er urettferdig, så reagerer jeg.

«Sykepleiere har en av de viktigste jobbene, de holder liv i folk.»

– Er det noe du har sett til nå?

– Jeg er selvfølgelig enig i at vi må heve kompetansen i helsevesenet, men jeg synes det også skulle involvere et par ekstra hender. Min erfaring så langt er fra eldreomsorgen, og jeg ser at vi er for få. Skal vi stimulere dem ordentlig, trenger vi flere mennesker. Det er stor forskjell på å være en på åtte og to på åtte.

– Ser vi deg snart som tillitsvalgt?

– Jeg kunne tenke meg en sånn rolle, men vil jobbe og erfare yrket først.

For den som skulle komme til å si at sykepleie er et lett studium, får en høre å plukke med Anette Sagen.

– Jeg tror ikke folk skjønner hvor omfattende dette faget er, sier hun og skyver brillene lenger opp på nesen, legger diskret en posesnus under leppen.

Innrømmer at hun har lurt på hvordan hun skal komme gjennom, men er ikke i tvil om at hun har valgt et yrke med mening.

– Sykepleiere har en av de viktigste jobbene, de holder liv i folk.

For som pasient har hun erfaring. Selv om hopp ikke er farligere for jenter enn for gutter, har det blitt noen knall og fall. Skuldre ut av ledd. Hun har opplevd å ligge i sykesengen og ikke bli trodd på at hun har vondt. Og så har hun hatt uspesifikke smerter som ikke skyldes idrett, men sannsynligvis arv. Hun har fått påvist leddgikt, men sier diagnosen egentlig kom som en lettelse.

– Den forklarer så mye. Jeg gikk med vondt i hoften, skulderen, tærne. Nå tar jeg medisiner og har ikke vondt i hverdagen lenger. Dessuten var jeg klar over at jeg var disponert fordi faren min har det.

Hun har fått spørsmål om hun ikke vet at sykepleie er et hardt yrke.

– Faren min jobber som lærer, det går helt fint. Jeg er ikke bekymret for at det skal ha noe å si. Det er en mild form for psoriasisartritt vi har, ikke en alvorlig sykdom.

HELT FERDIG. Ved siden av skolen trener hun unge topptalenter i Vikersund, av begge kjønn.

– Det blir i hvert fall en gang i uken, sier hun og teller etter på fingrene.

– Eller, denne uken blir det fire.

Selv har hun ikke hoppet siden mars, da hun satte utfor Holmenkollen for siste gang. Hun har ikke kjent på lysten én gang.

– Jeg er ferdig, sier hun.

– Hadde jeg gitt meg før, hadde jeg kanskje ikke vært lei nok. Det er deilig ikke å gå rundt og savne noe.

Et halvt år etter det siste hoppet, konkurrerte hun med andre og til dels betydelig eldre mestere i *Mesternes mester*. Hun gikk ut som nummer to, men fikk nesten tre uker strandferie. Som tilbake på skolen måtte kompenseres. Prosedyrer var gjennomgått, og Anette Sagen måtte dokumentere at hun kunne dem. Så hun har tilbrakt en del tid her på preklinikken alene. Øvd og filmet seg selv. Blodtrykk måtte hun filme tre ganger før det ble godkjent.

– Jeg filmet først at jeg mestret det tekniske. Men jeg skulle jo demonstrere hvordan jeg hilste på pasienten og forklarte hva jeg gjorde. Hele jævla greia. Det var litt mer omfattende enn jeg hadde forstått.

Nå gleder hun seg til å lære mest mulig. I hvilken retning hun går som ferdig sykepleier, vet hun ikke. Kanskje vil hun reise ut med Leger uten grenser. Først skal hun igjennom.

– Og nå skal vi starte med perifer venekanyle og sånn, det blir gøy. Da får vi stikke hverandre. ●

nina.hernes@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 02 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



AKADEMIKLINIKEN

ANESTESISYKEPLEIER OG INTENSIVSYKEPLEIER HEL- ELLER DELTID

Akademikliniken er Nordens ledende innen estetisk og rekonstruktiv plastisk kirurgi og estetiske behandlinger. Vi har spesialister med lang erfaring og benytter velutprøvde metoder basert på det seneste innen forskning. "Skjønnhet gjennom vitenskap" har alltid vært Akademikliniken motto. Vi er innovative og leder utviklingen gjennom kontinuerlig forskning. Akademikliniken utdanner også plastikkirurger fra hele verden.

Vi er i sterk ekspansjon og søker anestesisykepleier og intensivsykepleier til vår kirurgiske avdeling / sykehus ved Ullevål Stadion i Oslo.

Vi søker etter deg som er faglig sterk, lidenskapelig opptatt av jobben din, fleksibel, serviceinnstilt og evner å se arbeidsoppgaver selv. Høy faglig kompetanse og gode samarbeidsevner vektlegges. Tidligere erfaring fra tilsvarende arbeid er ønskelig.

Vi tilbyr konkurransedyktig lønn, hyggelig miljø med fokus på faglig utvikling i nye og moderne lokaler.

Skriftlig søknad sendes pr mail til: info@akademikliniken.no
att: Janne Schultz, avdelingsleder operasjon

Søknadsfrist 1. mars 2016

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UiO Universitet i Oslo

Dagkirurgisk senter - DKS Nordbyhagen

Anestesisykepleier

Vil du bli vår nye kollega?

Ledig 100 % fast stilling med tiltredelse f.o.m. 04.01.16.

Referansenr: 2855840169

Søknadsfrist: 21. februar 2016

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

Grefsenhjemmet

– et godt sted å være

SYKEPLEIERE TIL EKSTRAVAKTER SØKES TIL GREFSENHJEMMET!

Vi trenger sykepleiere til ekstravakter på kveld, helg og natt.

Send gjerne CV og søknad til postmaster@grefsenhjemmet.no

Ved spørsmål kan dere ta kontakt med en av våre avdelingssykepleiere
22797810 eller Tone Maarud tlf. 22797822

NORLANDIA CARE GROUP AS driver barnehager, pasienthotell og sykehjem. Vi er til stede i Norge, Sverige, Finland og Nederland. Vi har 5500 ansatte og en omsetning på 2,8 milliarder kroner. Vi ser på våre ansatte som vår viktigste ressurs og investerer systematisk i de ansattes kompetanse. Vi arbeider for et godt liv, hver dag. Foruten Oppsalhjemmet drifter vi Tåsen helsehus og Madserud i Oslo, Gullhaug i Bærum, samt Orkerød og Skoggata i Moss. Vi har også omfattende eldreomsorgsvirksomhet i Sverige.

Sykepleier

OPPSALHJEMMET – AVDELING STOVNER



Vi søker en faglig dyktig og ambisiøs sykepleier som skal inngå i vårt team.

Vi tilbyr en spennende arbeidsplass for deg som er faglig ambisiøs. Sykepleiefaget ved sykehjem har endret seg betydelig de senere årene. Samhandlingsreformen gir i økende grad komplekse problemstillinger hos beboere som krever sterk faglighet. Du vil inngå i et team og oppleve et sterkt fellesskap og engasjement, du er aldri alene som sykepleier. Vi har en stimulerende arbeidsorganisering med tverrfaglig team bestående av flere leger, fysioterapeuter, ergoterapeut, og musikkterapeut. Som sykepleier vil du også ha tid til å delta i det sosiale livet sammen med beboerne og bidra til deltagelse i Oppsalhjemmets brede kulturtilbud. Du vil erfare et faglig berikende samarbeid med andre sykepleiere ved andre sykehjem innen Norlandia. Også samarbeidsmøter med andre sykepleiere i regi av Sykehjemsetaten gir impulser og jevnlig fornyelse. Vi jobber systematisk med kvalitet og kompetanseutvikling. Vi har ukentlig internundervisning og deltar i relevante prosjekter.

Stillingen innebærer todelt turnus med arbeid hver 3. helg.

Norlandia er en stor virksomhet med varierte karrieremuligheter for de som ønsker det.

Oppsalhjemmet sine lokaler på Stovner er nyoppusset og moderne med lyse trivelege lokaler.

Mer informasjon

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på sykepleiejobb.no eller på finn.no. Eller ta kontakt med daglig leder Elin Haug Nygård på 483 10 101.

norlandia

www.norlandiacare.no



Sarpsborg kommune har 54.000 innbyggere og ligger sentralt plassert syd i Østfold med en 80 km lang kystlinje mot Oslofjorden. Det nye Sykehuset Østfold åpnet i Sarpsborg i 2015, mens vitensenteret Inspira Science Center åpnet dørene sommeren 2011 - til nytte og glede for hele regionen.

SPESIALSYKEPLEIER - ENHET OMSORGTJENESTER HAUGVOLL

Enhet omsorgstjenester Haugvoll består av et nytt og moderne sykehjem som åpnet våren 2011. Hos oss er det 64 pasienter fordelt på 4 avdelinger, derav en skjermet avdeling. Vi har også et heldøgnsbemannet bofellesskap med 28 beboere som bor i tilrettelagte leiligheter, samt to team med hjemmebaserte tjenester.

Vi har nå ledig 100 % fast stilling som spesialsykepleier ved skjermet avdeling for demente på sykehjemmet. Dette er en meget spennende avdeling med en sammensatt pasientgruppe og et faglig godt arbeidsmiljø som består av dyktige medarbeidere innenfor eldreomsorgen.

Vi har i tillegg også to ledige vikariater i 100 % stilling som sykepleier, både ved sykehjemmet og bofellesskapet.

Les hele utlysningsteksten og søk på www.sarpsborg.com

Søknadsfrist 01.01. 2016

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for menneske

Assisterende avdelingssjef ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, er det ledig 100 % fast stilling som assisterende avdelingssjef. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 49 84 12 / 92 03 28 54

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 25.02.16.



**Diakonhjemmet
Sykehus**



**Eidsvoll
kommune**

Hjemmebaserte tjenester søker VIRKSOMHETSLEDER

Elektronisk søknad via WebCruiter

– søknadsfrist 19.02.2016.

Det vises til fullstendig utlysningstekst m/kontaktpersoner på sykepleienjobb.no eller Eidsvoll kommunes internetsider: www.eidsvoll.kommune.no - se ledige stillinger



Høyenhall
HELSE & REHABILITERING

Høyenhall er et Helse og Rehabiliteringssted i naturskjønne Hole kommune, 5 mil fra Oslo og 1 mil fra Hønefoss. Utsikten over Steinsfjorden med Gyrihaugen og Krokskogen i bakgrunnen er fantastisk!

Vi har opparbeidet særlig erfaring og kompetanse innen rehabilitering av pasienter med nevrologiske skader og sykdommer. Tverrfaglig team som består av lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, spes.hjelpepleier, aktivator, psykolog, logoped og sosionom, vurderer pasientens ressurser og utfordringer og legger opp et individuelt opplegg.

Vår erfaring har gitt oss tro på at et ambisiøst mål og systematisk rehabilitering gir de beste resultatene til den enkelte pasient.



SYKEPLEIER VIKARIAT MED MULIGHET FOR FAST ANSETTELSE

Ønskede kvalifikasjoner

- Ansvarsbevisst
- Selvstendig
- Liker et hektisk og utfordrende miljø og som setter fag i høysetet
- Gode samarbeidsevner
- Gode norskkunnskaper
- Liker å jobbe tverrfaglig, men også tar selvstendige avgjørelser og er løsningsorientert.
- Erfaring fra rehabilitering vil være en fordel, men alle kvalifiserte oppfordres til å søke.

Ved spørsmål; kontakt Marita Kjenner Wiken, tlf. 952 92 950.

Søknad sendes: Høyenhall Helse og Rehabilitering as, Åsheimsvn 3, 3530 Røyse. Eller på e-mail: daglig@hoyenhall.no.

Søknadsfrist: Snarest

KAJALUND SYKEHJEM

Kajalund sykehjem har 27 beboere fordelt på 3 grupper og har avtale med Oslo kommune.

Vi er kjent for høy kvalitet og å ha alle fagstillinger besatt.

Vi søker

- 48 % SYKEPLEIER NATT – 4 hver helg
- 50-100 % SYKEPLEIER - turnus 3. hver helg
- VIKARSYKEPLEIER på kveld og helg.

Vi ønsker oss dyktige medarbeidere som har

- kompetanse og erfaring fra fagfeltet geriatri
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- humor og evne til å arbeide i et miljø med omstilling

Vi kan tilby

- spennende og godt arbeidsmiljø
- gode kollegaer og utviklingsmuligheter
- lønns- og arbeidsvilkår

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22510155

Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35 0283 Oslo innen 25.01.16. Geir.Karlsen@kajalund.no

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt. De tre lokalsykehusene har tilsammen ca 1350 årsverk og foretaket gir et lokalsykehusstilbud ca 77 000 innbyggere på Helgeland.

Flysykepleier Brønnøysund

30 % fast stilling

Ref. nr.: 2915445486

Ved ambulansseflyet i Brønnøysund har vi ledig 30 % fast stilling i turnus for anestesi eller intensivsykepleier. Arbeidstiden er med 12 t vakter, halvparten dag og natt. Dagvakt fra kl. 06:00 til kl. 18:00, Nattvakt fra 18:00 til kl. 06:00. Flysykepleier har det medisinske ansvaret for pasienten under transport samt har ansvar for sikkerheten i kabinen.

Det kreves at ansatte i tillegg til 30 % på flyet er i klinisk jobb på speialavdeling.

Søknadsfrist: 16. mars 2016

Kontaktinfo: Asgjerd Ovesen, avdelingsleder, tlf. 970 58 155.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



Ringerike kommune



HELSESØSTRE

Vi har ledig til sammen 7 stillinger som helsesøstre tilknyttet helsestasjon og smittevernkontor.

Søknadsfrist 22.02.16



Søndre Land kommune

Tilhører Gjøvikregionen og er en perle ved Randsfjorden, med 30 minutter til Gjøvik og halvannen time til hovedstaden. Vi har full barnehagedekning, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene.

VI TRENGER DEG !

- Som er autorisert sykepleier gjerne med videreutdanning

Tjenesteområde helse, omsorg og velferd, hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien:

Vi er 18 sykepleiere som nå trenger flere medarbeidere. Vi yter sykepleiertjenester til hjemmeboende i alle aldre med forskjellige behov for sykepleie. Vi søker medarbeidere som er faglig dyktige, viser engasjement og tar initiativ, kan jobbe både selvstendig og i team og har godt humør. Vårt verdigrunnlag er respekt, tillitt og mot.

Er du sykepleier, gjerne med videreutdanning, som trenger en ny faglig og spennende utfordring? Da har vi ledig 100 % stilling på dagtid som sykepleier med stedfortreder ansvar for leder fra 01.05.16.

Ved evt. interne endringer kan det bli ledig 50 – 100 % sykepleierstilling.

Vi har også ledig 1 sykepleierstilling på natt med stillingsstørrelse 35,68 %, fra 01.09.16 og ledige stillinger som ferievikar fra uke 25 – 33. Sykepleierstudenter oppfordres til å søke som ferievikar.

Kontaktperson: Marianne Ege Lundberg, tlf. 61 12 65 35

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadskjema, se vår hjemmeside: www.sondre-land.kommune.no



MHH
1936 Martina Hansens Hospital

MHH er et ideelt sykehus, en privat stiftelse, som har driftsavtale med Helse Sør-Øst, men mottar pasienter fra hele landet. Vi er et spesialsykehus innen ortopedisk kirurgi, revmatologi og revmakirurgi. All kirurgi er elektiv. Sykehuset ligger like ved Bærum Sykehus i rolige, landlige omgivelser og er inne i spennende utvikling. For mer informasjon se vår hjemmeside: www.mhh.no

Anestesisykepleier

Ved anestesivdelingen har vi ledig fast 100 % stilling som anestesisykepleier. Snarlig tiltredelse.

Anestesivdelingen:

Består av 6 anesioverleger, 15 anestesisykepleiere og en tekniker. Vi setter faget i høysete, følger med på utviklingen innen ortopedisk anestesi og deltar jevnlig på kurs/kongresser. Avdelingen er preget av et godt arbeidsmiljø. I 2015 ble det gitt ca. 10.000 anestesier

Se hele utlysningen på www.mhh.no

Søknadsfrist: 13.mars 2016



FINNMÅRKKU
Lásmmodahttinguovddáš
Opptreningscenteret
I FINNMARK

AVDELINGSLEDER MED GLIMT I ØYET

Opptreningscenteret i Finnmark har ledig en nyopprettet 100% sykepleierstilling som avdelingsleder i turnus for døgnerhabilitering. Avdelingsleder har personalansvar for ca 11 syke- og hjelpepleiere og inngår i tverrfaglig rehabiliteringsteam og lederteam.

Opptreningscenteret i Finnmark, i Alta, er et rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten med 50 pasientplasser. Vi har avtale med Helse Nord RHF og tilbyr tverrfaglig spesialisert rehabilitering og har en bred faggruppe med 40 ansatte som holder høy faglig kvalitet. Arbeidstakere i Finnmark kan hvert år avskrive 10 % fra studielånet og har også redusert skatt.

Les hele utlysningen på vår hjemmeside www.oif.no

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til direktør Annie Abrahamsen Wik tlf 95 96 95 47

Søknad og CV sendes til: post@oif.no

Søknadsfrist 22.februar 2016



Kautokeino kommune

AVDELINGSLEDER HELSE

Ledig stilling i Kautokeino kommune

Søknadsfrist 21.02.2016

Se www.kautokeino.kommune.no

STEIGEN KOMMUNE



Helse- og omsorgsleder

Vi ønsker en tydelig leder som er opptatt av utviklingsarbeid og kan sette mål og strategier, vedtak og planer ut i handling.

Har du høyere relevant utdanning og ledererfaring, og ønsker å ta fatt på disse oppgavene, håper vi du søker stillingen som helse- og omsorgsleder hos oss.

Vi kan tilby godt arbeidsmiljø med utviklingsorienterte medarbeidere, samlet lederskap og spennende utfordringer. Gode lønns- og avtalevilkår.

Kontaktpersoner for stillingen er rådmann Torben Marstard 476 20 858 og personalleder Dag Robertsen 481 17 145.

Søknadsfrist: 7. mars 2016.

For fullstendige annonsetekster og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselskere.



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no

+46 85 40 882 80



Vil du ta master i samhandling innan helse- og sosialtenester

Vil du vidareutvikle kompetansen din frå helse- og sosialfagleg eller idrettsfagleg grunnutdanning? Vil du vere med og møte dei nasjonale utfordringane som er framtidende i utgreiingar om helse og velferd?

Dette masterstudiet har ein klinisk profil der samhandling innan helse- og sosialtenester er hovudfokus.

Les meir www.hisf.no/studietilbod

Relevante stillinger.
Enkel å bruke!



Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Den er like enkel å bruke på mobilen som foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no

kinoklubb

FILM ER BEST PÅ KINO



SPESIALTILBUD TIL NSF-MEDLEMMER:

25 % RABATT på medlemskap i Kinoklubb!

Rabattkode på NSF's medlemssider

– bruk koden når du melder deg inn på

www.kinoklubb.no

FILMPROGRAM VÅR 2016

50%
PÅ DISSE
FILMENE *



FEBRUAR



MARS



APRIL



JUNI

Et produkt fra

FILMWEB.NO

Forutsetter medlemskap til kr. 112,- pr. år (fullpris 149,-) for å få 50 % rabatt på utvalgte kvalitetsfilmer. Du kan bli medlem når som helst. Minimum 6 filmer i året.

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge



Studietilbud 2016:

Campus Drammen:

- Psykisk helse og rusrelaterte problemer *60 stp*
- Kvalitetsledelse *20 stp*
- Samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid *15 stp*
- Psykodrama: kreativ gruppeledelse (oppstart april -16) *60 stp*
- Veiledning *15 stp*
- Kunst- og uttrykksterapi (oppstart i juni-16) *75 stp*
- Expressive Arts in Coaching and Teamwork (oppstart i juni-16) *60 stp*
- Psykoterapi: Integrativ terapi *60 stp*
- Master i klinisk helsearbeid *120 stp*
- Helseledelse *30 stp*

Campus Vestfold:

- Videreutdanning i psykisk helsearbeid, *60 stp*
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge *60 stp*
- Personorientert helserett *30 stp (nytt studie)*
- Helsefremmende veiledning *30 stp*

Campus Porsgrunn

- Master i Forebyggende arbeid med barn og unge *120 stp*
- Videreutdanning i Psykisk helsearbeid *60 stp*
- Samspill og tilknytning mellom barn og nære omsorgspersoner *30 stp*
- Barnevern i et minoritetsperspektiv *15 stp*
- Aktiv omsorg *15 stp*

usn.no

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og
Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

14. - 16. april 2016

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 4.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»

Kurs i Oslo, 2016

INTRODUKSJONSKURS

Fredag – lørdag, 8 – 9 april

OT: En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, *spesielt helsepersonell*.
Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Høstkurset: fredag og lørdag, 19 – 20 aug., 16 – 17 sept., 28 – 29 okt.

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for mennesker i en vanskelig situasjon.

Kursleder: **Andries J. Kroese, dr. med.**, tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om OT.

For mer informasjon om kursene kontakt:
ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no

www.ntnu.no/videre



Avdeling for helsefag, NTNU i Ålesund tilbyr høsten 2016

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER

MASTER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE
Mastergraden kvalifiserer for klinisk arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Heltid og deltid. Søknadsfrist: 15.april.

SYKEPLEIEFAGLIGE VIDEREUTDANNINGER
Anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie (fulltid), helsesøsterutdanning, videreutdanning i kreftsykepleie (deltid). Søknadsfrist: 1.mars.
Videreutdanning i demensomsorg (deltid). Søknadsfrist: 15.april.

Videreutdanningene kan gi innpass i mastergrad.

ENKELTEMNER I AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE PÅ MASTERNIVÅ
Søknadsfrist: 1.august.

All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.
Kontakt: gunnhild.furnes@ntnu.no




Kurslederopplæring - 2016: Kurs i mestring av depresjon (KiD) Depresjonsmestring for ungdom (DU) Kurs i mestring av belastning (KiB)

KiD, KiB og DU er lavterskeltiltak som er lagt opp som gruppeundervisning og er hjelp til selvhjelp. Kursene er basert på kognitiv, sosial læringsteori, til bruk i primærhelsetjenesten, poliklinikk, BUP, DPS, Helseforetak, skolehelsetjenesten, NAV/arbeidsmarkedsbedrift etc.

I 2016 har vi satt opp følgende plan for kurslederopplæring:
Kurslederopplæring KiD: Lillestrøm i uke 16, Kristiansand i uke 35, Bergen i uke 38, Stjørdal i uke 44, Tromsø i uke 47, Lillestrøm i uke 47
Kurslederopplæring DU: Tønsberg i uke 10, Stjørdal i uke 21, Bergen i uke 38, Gardermoen i uke 42, Kristiansand i uke 49
Kurslederopplæring KiB: 11. - 12. mai Gardermoen, 10. - 11. nov. i Kristiansand
Oppdateringsseminar: Stjørdal 8. september, Oslo 9. september, Bergen 15. september og Kristiansand 16. september
Opplæringsprogrammet er støttet av Helsedirektoratet

Kontaktperson: Anita H. Lorentsen, tlf.: 994 60 646,
e-post: anita.lorentsen@fagakademiet.no
For mer informasjon om KiD, KiB og DU og for påmelding:
se www.fagakademiet.no



Masterstudier ved Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

- for deg som vil bidra til å løse helsemessige utfordringer i dagens og morgendagens samfunn

Master i sykepleie

- spesialisering i anestesisykepleie
- spesialisering i intensivsykepleie
- spesialisering i operasjonssykepleie

Søknadsfrist 1. mars

Master i helsevitenskap

- helse som fenomen og som forskningsfelt
- rammer og arenaer for utøvelse av profesjonelt helse- og omsorgsarbeid
- 50 stp. masteroppgave med mulighet for fordypning i ulike fagfelt: psykisk helse, rusproblematikk, aldring, kroniske lidelser, profesjonelle relasjoner.

Søknadsfrist 15.april

<http://www.uis.no/studietilbud/helse-og-sosialfag/master/>

Ved søknad om opptak skal det spesifiseres hvilken spesialisering/studieretning en søker opptak på.



Utlysning av stipendmidler

Civitan Norges Forskningsfond
for Alzheimers sykdom

Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom ble etablert i 1999. Fondets formål er å støtte norske forskningsprosjekter knyttet til Alzheimers sykdom. Prosjektene kan ha ulike målsetninger som f.eks. årsaksmekanismer eller prosjekter knyttet til tiltak for de som er rammet av sykdommen.

Vi utlyser nå stipendmidler i størrelsesorden kr 200.000. - Man kan søke på hele eller av summen. Fondet forbeholder seg retten til ikke å dele ut midler dersom det ikke kommer aktuelle søknader.

Søknadsskjema finnes på www.civitan.no
Sendes Fondets leder: Eva H. Johnsen, h-johnse@online.no
Søknadsfrist 1. mai 2016.

JENS-CHRISTIAN HOLM
- FORLAG OG FORMIDLING



Behandling av svært overvektige barn
ved JENS CHRISTIAN HOLM

Kjent fra
Generasjon XL på
NRK, SVT, DR og
BBC World

Jens-Christian Holm tilbyr kurs for behandling av sværtovervektige barn og unge.

Kursene er en introduksjon til den pedagogiske metoden som fører til vekttap hos 70 - 80 prosent av svært overvektige barn og unge. Metoden er effektiv i forhold til tidsbruk. Årsaken til den effektive behandlingen er den effektive kommunikasjonen som tar for seg alvoret bak problemstillingene, men som også inneholder omsorg for den som behandles.

Kurs 1:

Introduksjonskurs. Vektregulering, Komplikasjoner ved overvekt, behandlingsmetode, pedagogikk. Tirsdag 26. april - onsdag 27. april 2016. Sted: Scandic Oslo.

Kurset er første del av i alt 3 kurs.

Se www.jenschristianholm.dk - Mail overvekt.behandling@gmail.com - Facebook Jens-Christian Holm - Twitter JC_Holm

Nasjonalt Diabetessymposium – Tromsø 14. – 15. April 2016

Diabetessykepleiergruppen i NSF arrangerer Diabetessymposium i Tromsø 2016 på Clarion Hotell The Edge

Siste nytt, gode foredragsholdere og spennende underholdning

Se program og Link for påmelding
<https://viaegencia.qondor.com/ParticipantWeb/Registration/44226>

UNIK TVERRFAGLIG UTDANNING MED FOKUS PÅ
ELDREOMSORG, DEMENS OG PALLIASJON

OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM

Skaff deg kompetanse og trygghet og bli en viktig ressursperson. Våre deltakere vil i løpet av studiet få faglig støtte til å utvikle prosjekt på egen arbeidsplass. Målgruppen er fagpersonale som arbeider med sårbare gamle.

1 deltager kr. 6.000,-

2 deltagere kr. 10.000,-

Ytterligere deltagere kr. 4.000,- per person.

Studiet er for øvrig finansiert av Helsedirektoratet og Fagforbundet.

Utdanningen er ettårig, fordelt på 3 samlinger, totalt 9 dager.

OPPSTART KULL 18:

30. august 2016

Se verdighetsenteret.no
for mer informasjon.

Ta gjerne kontakt:

Siw-Anita Lien tlf.: 55 39 77 48
sal@verdighetsenteret.no



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE



LHL-klinikkene
Glitre

SYKEPLEIE TIL PERSONER MED LUNGESYKDOM

7 – 8. april 2016

Kurset gir en innføring i astma og kols og medisiner som virker. Videre fokuseres det på lungepasientenes utfordringer og hvordan vi kan møte pasientene og hjelpe dem til å mestre livet med en kronisk lungesykdom.

Kurset er for sykepleier og hjelpepleiere i hjemmesykepleie, sykehjem, legesentre, sykehus og rehabiliteringsavdelinger.

Program, informasjon og påmelding:
www.lhl.no/klinikkene/kurs

Kurset søkes godkjent til klinisk spesialist.

U I T

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Mastergradsstudier for sykepleiere

MASTER I HELSEFAG

120 studiepoeng

Søknadsfrist for studieretninger som tar opp studenter i 2016:

- Studieretning aldring og eldreomsorg, 1. mars – søknadskode 3049
- Flerfaglig studieretning, 15. april – søknadskode 3012

Oppstart begge studieretninger: August 2016.

Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <https://uit.no/utdanning> eller ved å henvende deg til Institutt for helse- og omsorgsfag - tlf. 77 66 07 81/77 64 52 66 eller til Infotorget ved Det helsevitenskapelige fakultet - tlf. 77 64 46 10.

Din søknad registrerer du her: <http://uit.no/sokweb>.

Oppstart av begge studieretningene forutsetter tilstrekkelig antall studenter.

UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ





«Det gir en tyngde som sykepleier i å møte mennesker i dyp krise, og hjelpe alvorlig syke og pårørende til å finne håp i det håpløse.»

Camilla Ringsevjen

VIDEREUTDANNING
I SYKEPLEIE

Sykepleie til pasienter med **KREFTSYKDOM**

Studiet kan tas på heltid over ett år eller på deltid over to år. Hvert semester inneholder både ukesamlinger og praksisperioder.

Hvor: Høgskolen Diakonova, midt i Oslo

Når: Studiestart høsten 2016

Hvordan: Send søknad innen 1. mars 2016

Les mer på www.diakonova.no/kreft



Høgskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diakonova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diakonova.no

Witzum E Jensen // Foto christiansatt.no

TBE Foto: Espen A. Isild

Ønsker du å videreutdanne deg innen helse- og sosialfag?

Høsten 2016 tilbys følgende master-, ph.d. og videreutdanninger på heltid/deltid:

- **Master i helse- og sosialfag, del 1 – består av følgende fire valgfrie videreutdanninger*:**
 - Avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten med spesialiseringsretningene: Omsorg ved komplekse somatiske sykdomstilstander, demensomsorg eller palliativ omsorg
 - Miljøarbeid og tverrprofesjonalitet
 - Psykisk helsearbeid
 - Psykososialt arbeid med barn og unge
- **Master i helse- og sosialfag, del 2 – Kliniske hjelpe-relasjoner med fokus på masteroppgaven**
- **Ph.d. i helse- og sosialfag – Vilkår for profesjonsutøvelse**

Våre master- og videreutdanninger gir deg et solid faglig påfyll. Opptakskrav, søknadsfrister og muligheter for deltids- eller heltidsstudier finner du på våre nettsider.

SØKNADSRIST 15. APRIL | www.himolde.no

*Videreutdanningene kan inngå som første del av masterstudiet eller være selvstendige studier.



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



Tips og vinn
2.500,-

Brukervennlig stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no er finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobilen som hjemme foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

Tips og vinn 2.500,-

Tips din arbeidsgiver om å annonsere sykepleierstillinger på Sykepleienjobb.no. Send e-post til jobb@sykepleien.no når du har gjort det, og bli med i trekningen av 3 gavekort a kr 2.500,-. Vi trekker tre vinnere 1. juni 2016. Lykke til!

Sykepleien jobb.no

Albatros USA



Avreise Oslo 27/4, 23/9 & 17/10 2016
13 dager fra **25 998 kr**



Tatt av vinden

En rundreise i USAs sagnomsuste Sørstater, fra jazzfylte New Orleans til countrybyen Nashville og Elvis' Memphis

Opplev de fargerike sørstatene der den legendariske kjærlighetshistorien mellom Scarlett O'Hara og Rhett Butler utspilte seg! Vi tar deg med til historiske plantasjer og epokens grandiose bygninger, på båttur i sumpen og til Elvis' eget Graceland. Vi går i Martin Luther Kings fotspor, utforsker det hyggelige French Quarter og blir oppslukt av det kreolske mylderet i New Orleans. Og mens sørstatsjazzen vibrerer i luften nyter vi vår brunch og begir oss etterpå ut på Mississippielva i en gammeldags hjuldamp.

Kjenn historiens vingesus, bli en del av sørstatenes elegante omgivelser og kreolske gateliv, tramp taken til countrymusikk – bli forført av Tatt av vinden!



Avreise 5/4, 25/4, 15/7 & 6/9 2016
15 dager fra **28 498 kr**

USA – the best of the west

En odysse gjennom nasjonalparker og storbyer i den vestlige delen av USA

Gå på oppdagelse i San Francisco, Los Angeles og Las Vegas og opplev berømte museer, spennende etniske bydeler, verdenskjente forlystelsesattraksjoner og høy stjernefaktor! I USAs store nasjonalparker venter enestående naturopplevelser som Grand Canyon, Bryce Canyon og Yosemite.



Avreise 10/5, 22/5, 5/6, 28/8 & 11/9 2016
9 dager fra **17 498 kr**

USA – østkystens høydepunkter

New York, Washington og Niagara Falls – historie, storbyer og stor natur med en svipptur til Canada
Provence, Cannes og Nice – med halvpensjon

Vi begynner i «The Big Apple», stevner ut blant vannmassene i Niagarafossen og ser ut over Toronto fra skyhøye CN Tower. Vi besøker Liberty Bell i Philadelphia, slagmarken i Gettysburg og verdensmaktens sentrum, Washington D.C. Det er det beste av østkysten!

albatros.no | 21 98 45 45

MedL. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger | SYKEPLEIEN

Albatros
Reis med hjerte, hjerne & holdning

atelier
gyldne
snittet

BLI KJENT- TILBUD

Superstretch-bukse

Stilig stretchbukse med naglepynt og stikkklommer i tolagspreg.



moldvarp
Best.nr.
3937-100



sand
Best.nr.
3940-900

sort
Best.nr.
3942-900

- I 25 enkelt-størrelser
- Elastisk
- Komfortabel linning

Bestill på nettet nå,
så får du
20% RABATT
Rabattkode **0617**

STRETCHBUKSE

FRA KUN **729,-**

Enestående komfort og passform.
5 års kvalitetsgaranti
på våre egne artikler.

www.ateliergs.no

Atelier Gyldne Snittet AS | Postboks 1726 | 0061 Oslo
Våre kjøpsbetingelser finner du på Internett: www.ateliergs.no

N
NORMAL-
STØRRELSER

K
KORT-
STØRRELSER

EK
EKSTRA-
KORT-
STØRRELSER

ULTRA
STRETCH