

03.2025 · 113 år

Sykepleien

BEREDSKAP

Nå lærer Mona krigskirurgi

Innhold

04 Leder: Øystein Eian, konstituert ansvarlig redaktør

+ Hva kreves av sykepleierne?

12 Dette kan sykepleiere lure på

14 – Sykepleiernes omstillingsevne blir helt avgjørende i krig

18 Kronikk, Tormod Heier: Forbereder vi oss til riktig krig?

+ Er sykepleierne forberedt?

22 Krigskirurgi: – Vi får øve på noe som faktisk blør

32 Foreslår å starte med «rød» eller «død»

36 Vil ha grønn-hvit utdanning i nord

40 Kronikk, Lill Sverresdatter Larsen:

Beredskapen svekkes uten helsepersonell – og uten samarbeid

43 Militærpsykolog: Slik kan sykepleiere forberede seg mentalt på krig

48 Vil hjelpe helsepersonell å takle krisearbeid bedre

50 Prepperens råd til sykepleiere

+ Utstyr og blod

60 Vardø: Feltsenger i tilfluktsrom, mat og medisinsk utstyr for et halvt år

64 Trenger flere som kan tappe og flere som vil gi blod

68 Sykepleier Christer er klar for å gi nødblod

72 Dette fins på nasjonalt beredskapslager

74 Disse legemidlene skal være på beredskapslageret

+ Sykepleier i nord

78 Essay fra Svalbard: Omsorg i isødet

86 Kirkenes: – Mangel på helsepersonell vil være det mest kritiske

90 Sykepleiere i nord – tre portretter

96 Øvelse: Her snur situasjonen plutselig

100 Soldatene passer på grensa – sykepleier Line Nilsen passer på soldatene



Forsiden

Sykepleiens forside er fra reportasjen om krigskirurgi på side 22-29. Mona Karine Soli-Andersen er anestesisykepleier og traumekoordinator på Sykehuset Østfold Kalnes. På bildet er hun på kurs i krigskirurgi i regi av Forsvarets sanitet. Der øvde hun på nødprosedyrer som er viktig å mestre i en situasjon med mange skadde og begrensede ressurser.

Fotograf: Frederik Ringnes, Forsvarets sanitet

«Er du godt forberedt på generell beredskap, som innbrudd, brann og motorstopp, er du mer rustet for større kriser og kriger.»

MAX-HENDRIK
WATHNE GELINK,
sykepleier og prepper

Side 50



Sykepleien

Konstituert ansvarlig redaktør

Øystein Eian
E-post: oystein.eian@sykepleien.no
Tlf. 90 15 72 73

Nyhetsredaktør

Ulf Nygaard

Redaksjonssjef

Ellen Morland

Journalister

Ann-Kristin Bloch Helmers, Nina Hernæs,
Marit Fonn, Eivor Hofstad og Maria Philippa
Rossi

Fotograf

Erik M. Sundt

Design og grafisk produksjon

Nina E.H. Hauge og Monica Hilsen (assistent)

Forsidefoto

Frederik Ringnes

Annonser

Markedssjef Ingunn Roald, tlf. 91 60 38 12
Salgsfabrikken, tlf. 90 61 63 07

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato 13. juni 2025

Sykepleien

PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. +47 994 02409,
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Adresseendring:

medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

**Tidsskriftet Sykepleien eies av
Norsk Sykepleierforbund
og arbeider etter Redaktørplakaten
og pressens Vær varsom-plakat.**



FØLG OSS



[www.facebook.com/
sykepleien](https://www.facebook.com/sykepleien)



[www.linkedin.com/
company/sykepleien](https://www.linkedin.com/company/sykepleien)



[www.instagram.com/
sykepleien](https://www.instagram.com/sykepleien)



[www.snapchat.com/
add/sykepleiensnap](https://www.snapchat.com/add/sykepleiensnap)

www.sykepleien.no



LEDER

Beredskap i fred eller kaos i krise?

Full krig med Russland vurderes som lite sannsynlig. Likevel må helseberedskapen styrkes.

ØYSTEIN EIAN
KONSTITUERT
ANSVARLIG REDAKTØR

Russlands invasjon av Ukraina har økt spenningen mellom Nato og Russland og skapt et sikkerhetspolitisk klima i Europa som ikke har vært så ustabilt på flere tiår. Derfor må vi nå vurdere et scenario vi tidligere knapt tok på alvor: Kan Norge bli rammet av krig?

Professor Tormod Heier ved Forsvarets høgskole mener en fullskala krig med Russland er usannsynlig, men han utelukker ikke begrensede militære hendelser (s. 18). Skulle krigen nå norsk jord, må sykepleiere over hele landet være forberedt.

SYKEPLEIERE KAN BLI BEORDRET

Myndighetene kan pålegge autorisert helsepersonell mellom 18 og 65 år å jobbe der behovet er størst. Samtidig vurderer Stortinget å gi alle yrkesgrupper sivil arbeidsplikt, helt opp til 72 år. Sykepleiere vil dermed ha et

formelt ansvar om beredskapen må trappes opp. Hva vil det faktisk kreve av dem?

Først og fremst må sykepleierne kunne behandle skadde, jobbe der det er fare for gift og smitte, og de må klare seg med lite utstyr. Dette må inn i grunnutdanningen, ikke bare tilbys som frivillige kurs. Pandemien lærte oss at trening reduserer både stress og feil i pressede situasjoner.

EN NY HVERDAG FOR ANSATTE OG LEDERE

Arbeidsgivere må også planlegge for lange, krevende vakter. Akuttmottak i telt, lange skift og mangel på blod er realistiske scenarioer. I en krigssituasjon blir det også færre helsearbeidere per pasient. Flere må kunne nødkirurgiske prosedyrer. Det fikk anestesisykepleier Mona Karine Soli-Andersen lære på kurs i



▲ **FORBEREDELSE ER FERSKVARE:** Når krisen først er her, er det for sent å spørre om vi øvde nok, skriver konstituert ansvarlig redaktør Øystein Eian (bildet). Foto: Erik M. Sundt

krigskirurgi hos Forsvarets sanitet. Der øvde hun på noen som pustet og blødde (s. 22). I en krigssituasjon er psykisk støtte like viktig som behandling av sår. Øvelse i stressmestring og kollegastøtte gjør at flere holder ut. Åpenhet om risiko gjør det lettere å handle fornuftig når presset øker.

NÅR ALT SVIKTER, MÅ FOLK FUNGERE

Logistikk er et avgjørende område. Hva gjør vi om sykehuset mister strøm, IT-systemer og engangsutstyr? Da må helsepersonell være trent i alternative rutiner – og i å

løse problemer med det de har. I Vardø, Vest-Europas østligste by, har de allerede forberedt seg: Tilfluktsrommene er fylt med feltsenger, mat og medisiner for et halvt år (s. 60).

I en krisesituasjon må vi ha mer enn utstyr. Beordringsplikt krever trygge lønns- og forsikringsordninger, verneutstyr og god oppfølging i ettertid – både fysisk og psykisk. Med slike ordninger blir det lettere å få folk med seg.

Vi vet ikke hva som kommer. Men vi vet én ting: Et helsevesen i beredskap kan ikke improviseres frem. Det må bygges med kunnskap, øvelse og trygghet. Før det smeller. ➕

«Et helsevesen i beredskap kan ikke improviseres frem.»

Vektreduksjon og vektkontroll med Wegovy[®]

som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet¹



-15 %

gjennomsnittlig vektreduksjon
oppretholdt i 2 år^{*2,3}

**Mer enn 1/3 av pasienter
gikk ned 20 % eller mer med
Wegovy^{®**2,3}**



Les mer på www.wegovy.no

* STEP 5: -2,6 % for placebo og -15,2 % for Wegovy[®], som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for begge grupper (500 kcal/dag + 150 min/uke fysisk aktivitet + individuell oppfølging hver 4. uke) 12,6 % forskjell fra placebo, [KI 95 % -15,3; -9,8], p < 0,0001.^{2,3}

** STEP 5: I uke 104 etter baseline oppnådde 74,7 % av pasientene et vekttap på ≥ 5 % (primært endepunkt), 59 % et vekttap på ≥ 10 % og 50 % et vekttap på ≥ 15 % (bekreftende sekundære endepunkt). 36 % av pasientene oppnådde et vekttap på ≥ 20 % (supporterende sekundært endepunkt)^{2,3}

Indikasjon:

Voksne: Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial BMI ≥ 30 kg/m² (fedme), eller ≥ 27 til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné eller kardiovaskulær sykdom.

For resultater fra studier vedrørende kardiovaskulær risikoreduksjon, fedmerelatert hjertesvikt og populasjoner som ble undersøkt, se pkt. 5.1 i Wegovy® preparatomtale.

Ungdom (≥ 12 år): Tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med fedme¹ og kroppsvekt > 60 kg. Behandling skal seponeres og reevalueres etter 12 uker dersom ungdomspasienten ikke oppnår en reduksjon i BMI på minst 5 % etter 12 ukers behandling med (Wegovy®) 2,4 mg eller maks. tolererte dose.¹

Fedme (BMI ≥ 95 -prosentil) som definert i kjønns- og aldersspesifikk BMI-vekstkurve (CDC.gov).

Wegovy® – utvalgt sikkerhetsinformasjon

- De hyppigst rapporterte bivirkningene var **gastrointestinale** (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse, oppkast og magesmerter. Generelt milde eller moderate i alvorlighetsgrad, og av kort varighet. Årsak til seponering hos 4,3 %. Kan forårsake dehydrering som i sjeldne tilfeller kan forverre nyrefunksjon. Unngå væskemangel
- **Andre svært vanlige ($\geq 1/10$) bivirkninger:** Hodepine, fatigue
- **Andre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) bivirkninger:** Dysestesi, dysgeusi, svimmelhet, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, raping, flatulens, abdominal distensjon, gallestein, hårtap, reaksjoner på injeksjonsstedet. Hos pasienter med diabetes type 2: hypoglykemi (særlig i kombinasjon med insulin eller sulfonylurea), retinopati
- **Gallestein:** Vanlig bivirkning ved bruk av semaglutid. Ble rapportert hos 1,6 % av de som fikk semaglutid og 1,1 % hos de som fikk placebo. Førte til kolecystitt hos 0,6 % og 0,3 % hos de som fikk henholdsvis semaglutid og placebo
- **Pankreatitt:** 0,2 % for semaglutid og $< 0,1$ % for placebo. I den kardiovaskulære endepunktsstudien SELECT var frekvensen av akutt pankreatitt, bekreftet ved avklaring (adjudikering), 0,2 % for semaglutid og 0,3 % for placebo. Ved mistanke bør semaglutid seponeres. Semaglutid skal ikke gjenopptas etter bekreftet pankreatitt. Forsiktighet bør utvises hos pasienter som tidligere har hatt pankreatitt
- **Tarmobstruksjon:** En alvorlig form for forstoppelse med tilleggssymptomer som magesmerte, oppblåsthet og oppkast. Rapportert med ukjent frekvens etter markedsføring
- **Puls:** Gjennomsnittlig økning på 3 slag per minutt observert
- **Skal ikke brukes** av **gravide** eller ved **amming**. Semaglutid skal på grunn av den lange halveringstiden seponeres minst 2 måneder før en planlagt graviditet
- **Forsiktighet** bør utvises hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom eller gastroparese
- **Ungdom (12 - < 18 år):** Generelt var frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger hos ungdom tilsvarende det som sees hos voksne. Gallestein ble sett hos 3,8 % av pasientene behandlet med Wegovy® og 0 % behandlet med placebo. Ingen effekt på vekst eller pubertetsutvikling ble funnet etter 68 uker med behandling

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne og ungdom ≥ 12 år Begrenset erfaring hos pasienter ≥ 85 år	Barn/ungdom under 12 år
Nyre-funksjon	Lett og moderat nedsatt eGFR > 30 ml/min 1,73m ²	Alvorlig nedsatt, eller terminal nyresykdom eGFR < 30 ml/min 1,73m ²
Hjerte-svikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Lever-funksjon	Lett og moderat nedsatt Forsiktighet bør utvises	Alvorlig nedsatt
Diabetes	Diabetes type 2	Diabetes type 1

Dosering – én gang per uke

Wegovy® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen og administreres én gang per uke når som helst i løpet av dagen, til måltid eller utenom måltid.

For å redusere sannsynligheten for gastrointestinale symptomer bør dosen trappes opp i løpet av en 16-ukers periode til en vedlikeholdsdose på 2,4 mg én gang per uke.

For ungdom i alderen 12 år og eldre benyttes samme doseopptrappingsplan som for voksne. Dosen bør økes opptil 2,4 mg, eller til maksimalt tolererte dose oppnås. Se preparatomtale for mer informasjon om dosering.

Reseptgruppe og pris

Legemiddelgruppe: GLP-1-analog **Reseptgruppe: C ATC-nr.:** A10BJ06

Pakninger og priser: 0,25 mg: 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **0,5 mg:** 1,5 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1773,50. **1,7 mg:** 1 ml (ferdigfylt penn) kr 2597,20. **2,4 mg:** 3 ml (ferdigfylt penn) kr 3189,40. (Priser per desember 2024).

Behandling med Wegovy® er ikke refundert og kan ikke skrives på blå resept

For individuell stønad se vedlegg 1 til folketrygdloven § 5-14 (legemiddellisten) på www.helsedirektoratet.no⁴

Referanser 1. Wegovy® SPC, avsnitt 4.1 **2.** Wegovy® SPC, avsnitt 5.1 **3.** Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity (STEP 5) Nature medicine 2022; 28(10), 2083-2091 **4.** Informasjon om vilkår for individuell refusjon er hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/semaglutid> (Lest 06.12.2024)



Les mer på
VYDURA.NO



SMELTETABLETT TIL MIGRENEBEHANDLING BÅDE FOR **ANFALL OG FOREBYGGING**



Første orale CGRP*-reseptorhemmer for ¹⁻²

- **AKUTT** behandling av migrene med eller uten aura hos voksne
- **FOREBYGGENDE** behandling av episodisk migrene hos voksne som har minst 4 migreaneanfall i måneden

Administrasjonsform: Smeltetabletten skal legges på eller under tungen. Den vil gå i oppløsning i munnen, væske er ikke nødvendig. Kan tas med eller utenom måltider.

Dosering¹:

- Anbefalt dose ved behandling av akutt migrene er 75 mg 1 gang daglig ved behov
- Ved forebyggende behandling av episodisk migrene, er anbefalt dose 75 mg annen hver dag
- Maks daglig dose er 75 mg

Kontraindikasjon¹: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Pakninger og priser: 75 mg: 2 stk. (blister) kr 544,80, 8 stk. (blister) kr 2070,40.

Reseptgruppe C.

Refusjonsberettiget bruk: Blåresept (§2). Behandling av akutt migrene med eller uten aura hos voksne uten tilstrekkelig symptomlindring på minst tre triptaner, samt ved intoleranse eller kontraindikasjoner mot triptaner.

Refusjon foreligger ikke for forebyggende behandling.

Fra 1. mai er
VYDURA på
blåresept (§2) til
pasienter med
akutt migrene

Vydura[®] 75mg ▼
(rimegepant)
smeltetablett

Bivirkninger¹:

Vanligste bivirkning ved akutt behandling og migreneprofylakse var kvalme. Overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige, kan oppstå også dager etter administrering.

Viktig sikkerhetsinformasjon¹:

- Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, terminal nyresvikt, graviditet eller samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere eller moderat/sterke CYP3A4-induktorer.
- Ny dose bør unngås innen 48 timer ved samtidig bruk av moderate CYP3A4-hemmere eller sterke P-gp-hemmere.
- Vurder medikamentoverforbrukshodepine (MOH) ved hyppig eller daglig hodepine under behandling.
- Ved amming er relativ dose for spedbarnet anslått til mindre enn 1%. Bruk under amming kan vurderes basert på nytte-/risikovurdering.

For fullstendig informasjon, se Vydura preparatomtale på Felleskatalogen.no eller Dmp.no

Referanser:

1. Vydura[®] (Rimegepant) SPC, tilgjengelig på www.dmp.no. 2. Chaplin S, Rimegepant for the prevention and treatment of migraine, Prescriber 2023

*CGRP: Calcitonin gene-related peptide.



KLP er her *for deg!*

VI I KLP ER LAGET FOR DEG SOM

jobber for fellesskapet, om det er i en kommune eller et helseforetak.

Det viktigste vi gjør, er å gi deg en trygg fremtid å se frem til. Derfor har vi også laget et forsikringsselskap og en bank – nettopp for deg.

Nå som sommerferien nærmer seg, vil vi gjerne tipse deg om å sjekke hva du kan spare på å flytte reiseforsikringen din til oss.

Eller er du kanskje mer i modus for å opprette en innskuddskonto for de feriepengene du vil spare til senere, med litt ekstra god rente?

Uansett hvilke behov du har, så er vi her for å hjelpe deg! Ring oss på 55 54 85 00, eller **scan QR-koden** for å lese mer.



www.klp.no/medlemsfordeler

Takk for jobben du gjør!

Hilsen oss i KLP.

klp



DEL 1:

Hva kreves av sykepleierne?

På de neste sidene kan du lese om hvilke regler som gjelder for sykepleiere hvis det blir krig.



Spørsmål og svar

Å jobbe som sykepleier i krig krever noe annet av deg enn å jobbe i fredstid.

TEKST: MARIT FONN

Kan jeg som sykepleier bli mobilisert i en krigssituasjon?

Ja. Du kan beordres til tjeneste under kriser og krig. Ifølge helseberedskapsloven kan sykepleiere pålegges av arbeidsgiver å forbli i tjeneste ut over ordinær arbeidstid under krig. Også ved kriser og katastrofer i fredstid.

Departementet kan pålegge sykepleiere å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter, blant annet den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Disse påleggene kan ikke gis til gravide eller til personer under 18 eller over 65 år.

Kilde: Helseberedskapsloven

Gjelder arbeidsmiljøloven i krig?

Ja, men pliktene nevnt over gjelder uavhengig av bestemmelsene om arbeidstid i arbeidsmiljøloven. Du må akseptere høyere risiko under arbeid i krise og krig.

Kilde: Helseberedskapsloven og Norsk Sykepleierforbund

Hva med meg som er alene om omsorg for barn?

Ved kriser eller katastrofer i fredstid kan nevnte pålegg (se første spørsmål) ikke gis til personer som er alene om å ha omsorg for barn under 16 år eller for funksjonshemmede. Når det er *krig, eller når krig truer*, er ikke fritakene absolutte. Men disse personene bør så langt det er mulig fritas for påleggene.

Hvis pålegget likevel gis, er den som gir pålegget, ansvarlig for å skaffe nødvendig omsorgsavlastning.

Kilde: Helseberedskapsloven





UVIRKELIG: – Uansett hvor mye jeg øver, er jeg ikke forberedt på krig. Det er så uvirkelig. Men jeg øver, så jeg er så forberedt som jeg kan være, sier anestesisykepleier Mona Karine Soli-Andersen. (Se også reportasje om henne på side 22.)

Kan jeg bli nødt til å gjøre helt andre oppgaver enn jeg vanligvis gjør?

Ja. Endringer i arbeidet som ikke gjelder i fred, kan du måtte akseptere i krig og krise. Men endringene skal være *saklig begrunnet*. Det forventes, både ut fra arbeidskontrakt og lovverk, at du viser større fleksibilitet. Men rammen er utdanningen din og kompetansen din.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund

Kan jeg nekte?

Det finnes ingen lovregel som fastslår at arbeidstaker kan nekte å utføre helsefarlig arbeid. Men en slik rett eksisterer likevel. Arbeidstaker har for eksempel plikt til å avbryte farlig arbeid, ifølge arbeidsmiljøloven. Bryter du pliktene i helseberedskapsloven, kan du straffes med bøter eller fengsel.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund og Helseberedskapsloven

Kan jeg bli nødt til å øve på krig?

Ja, som sykepleier plikter du å la deg registrere og å stille deg til disposisjon for at tiltak som loven viser, til kan gjennomføres. Personell som ikke er styrkedisponert i Forsvaret, kan i fredstid pålegges å delta på kurs og øvelser av inntil tre ukers varighet. Også beredskapsplaner for arbeidsplassene kan innebære at du må delta på øvelser.

Kilde: Helseberedskapsloven

Har myndighetene oversikt over sykepleiere med videreutdanning innen intensiv, anestesi og operasjon?

Ikke fullstendig. Men tilgjengelig kapasitet i de fire regionale helseforetakene i 2023 var **4 390** intensivsykepleiere, **2 112** anestesisykepleiere og **2 729** operasjonssykepleiere.

Kilde: Helse Vests rapport «Bærekraftig utvikling for abiok-sykepleiere, jordmødre, sykepleiere og helsefagarbeidere»

– Sykepleiernes omstillingsevne blir helt avgjørende i en krig

Det koker ned til hvem som skal prioriteres bort, mener beredskapslederen. – Enkeltindivider skal ikke beslutte det.

TEKST: MARIT FONN

Thomas Dag Iversen er beredskapsleder i Helse Vest.
– *Er krig noe dere snakker om oftere og oftere?*

– Absolutt. Alle har erkjent at risikoen har økt. Under koronapandemien var det nesten ikke lov å si ordet krig. I verste fall kunne vi si væpnet konflikt, sier Iversen.

Han påpeker at det til og med er kommet en stortingsmelding som har «krise og krig» i tittelen.

– Og det er lov å si at Russland er den største trusselen. Det var ikke kutyme før, sier han.

FØRST DE STYRKEDISPONERTE

– *Hvem av de ansatte kan Forsvaret kalle inn i tilfelle krig?*

– De som er styrkedisponerte, er de første som blir innrullert. Det vil si de som har avtjent verneplikt, og som

FORVALTER PERSONELL

■ Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS) forvalter alt av vernepliktig personell og har det forvaltningsmessige ansvaret for alle Forsvarets ansatte. Det har også ansvaret for Forsvarets veteranarbeid.

jevnlig trener på repetisjonsøvelser. De er tildelt roller i ulike avdelinger, som Heimevernet og Sjøforsvaret.

For Helse Vest vil det gjelde 5-600 personer. Det er 30 000 medarbeidere i Helse Vest totalt.

– *Hvor ofte er de på repp?*

– Ikke mange dager i året, sier Iversen.

PLIKTER Å ORIENTERE ARBEIDSGIVER

Før var andelen styrkedisponerte i landet høyere.

– I det siste har den vært liten, fordi vi har trodd på fred. Nå økes den igjen.

– *Også sykepleiere er styrkedisponerte?*

– Ja. Og leger og annet. De vet selv om de aktuelle, og de vet hva de skal gjøre, sier Iversen.

De plikter også å orientere arbeidsgiver om det.

– Men de bytter ledere i ny og ne, så det er en voldsom prosess å få ut en liste over de styrkedisponerte. Tallene skal stemme med helsepersonellregistre, arbeidsgiverregistre og annet. Det er systemer som ikke snakker sammen. Vi kan ikke forvente oversikt til enhver tid.

UTENLANDSK PERSONELL VIL DRA HJEM

Det er Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS) som administrerer hvem som blir innkalt til verneplikt og

hvem som blir styrkedisponert.

Andre frafall vil bli større, mener han: Vikarene og utenlandsk personell kan fort dra hjem, slik de gjorde i koronapandemien. Sykefraværet er på 7–8 prosent. Mange kan ikke jobbe på grunn av omsorgsansvar.

– Det er viktig å ha oversikt over dem også. De utgjør et større antall enn de styrkedisponerte, sier Iversen.

– *Har dere oversikt?*

– I vår region har vi oversikt. Men tallene er flyktige. De omfatter dem som regelmessig kommer fra utlandet. Og mange har flere statsborgerskap. Opptil fire, inkludert norsk.

– En ting vi vet, er at helsepersonell er villig til å hjelpe. Hvis det skjer noe der de har statsborgerskap, vil de bidra der. Det er både prisverdig og fair.

De to gruppene – de utenlandske og de med flere statsborgerskap – er altså flere enn dem som kan bli kalt ut i krigen til Forsvaret. I tillegg er det de som har omsorgsansvar, og der det er flere helsepersonell i familien.

– *Kan sykepleiere med omsorg for barn eller andre i familien slippe å delta i krig, i Forsvaret eller slippe å bli beordret eller omdisponert i helsevesenet?*

– Ja, personer med omsorg for barn kan bli fritatt, sier Iversen.

Forsvaret har ikke mange i sanitet. Det vil si at de ikke bruker mye personell som har samfunnsoppgaver.

– Det er vesentlig flere medarbeidere med utenlandsk tilknytning enn styrkedisponerte. Men grad av tilknytning vil variere stort. Det pågår et arbeid for å risikovurdere dette.

– Omfanget av de utenlandske som vil forsvinne, er mest samfunnskritisk, sier Iversen.

MEST BEKYMRET FOR KOMMUNENE

– Det store spørsmålet er: Hva skal vi da gjøre? Vi må prioritere. Politikerne har vanskelig for å si noe om dette.

Aller mest er Iversen bekymret for

«Omfanget av de utenlandske som vil forsvinne, er mest samfunnskritisk.»

THOMAS DAG
IVERSEN,
beredskapsleder i
Helse Vest

FOTO: JORUNN BUSK



kommunene hvis det trappes opp til krig:

– De er en mye større andel av helse-tjenesten enn sykehusene. De har ansvaret for alt fra fastleger og sykehjem til hjemmetjenesten. Det er enormt, 357 kommuner. Hvordan de skal ha oversikt, er enda mer krevende enn for oss.

Alle tjenestene kommunene har, er de lovpålagt å utføre.

– Og hvis det blir krig, må de gjøre enda mer. Sykehusene er avhengig av å skrive ut masse sårede pasienter rett til kommunene, både sivilbefolkning og soldater.

Spesialisthelsetjenesten kan frigjøre kapasitet. For eksempel ved å slutte med elektive operasjoner.

– Men kommunene har ikke noe sted å gå med pasientene sine. De blir avhengig av at pårørende tar seg av sine. Det kan ha ringvirkninger. Kanskje har de pårørende en samfunnskritisk jobb, sier han.

I tillegg har kommunene ansvaret for skoler, barnehager og barnevern.

– Alt er lovpålagt. Og de har ikke en plan for hvordan de kan skalere ned oppgavene. Hvis de skal behandle hundrevis av skadde daglig, må de bruke kapasiteten på det. Sånne utrolig viktige momenter må kommunene være forberedt på.

– Analyser viser hvor store disse gapene er, men å løse problemet er

ikke lett, for de har ikke flere folk, de heller. Også der brukes vikarbyrå og utenlandsk arbeidskraft.

- HVEM SKAL MAN PRIORITERE BORT?

Iversen synes statsforvalterne og kommunene gjør et godt arbeid. Han har selv vært i møter med dem.

– Det koker ned til hvordan prioritere i krig. Hvem skal man da prioritere bort? Dette er vanskelig. For hva skal man si til befolkningen om hva vi *ikke* skal prioritere i krig? Derfor blir det mye prat, og det tar tid.

Men helsevesenet er avhengig av en oversikt, påpeker han.

– Det er ikke enkeltindivider som skal ta de beslutningene. For politikerne er det veldig vanskelig. Kanskje spesielt i et valgår, tror han.

- PANDEMIEN HAR VIST SYKEPLEIERNES KRAFT

– *Har du tips?*

– Det er behov for en veileder om hva helsepersonell skal prioritere. I krig kan vi ikke behandle i det omfanget vi gjør i dag. Alle er enige om det. Det er vanskelig å lage en slik veileder, men det er nødvendig.

Han legger til:

– De som jobber i krig, skal også leve med prioriteringene sine i ettertid.

– *Har dere meldt inn behovet for en veileder?*

– Både ønsket oss og meldt til Helsedepartementet. Det jobbes med en revidert prioriteringsveileder.

– *Hva vil du si til sykepleierne?*

– Pandemien har vist hvilken kraft det ligger i sykepleiernes omstillings-evne. Den kommer til å bli helt avgjørende i en krig. Sykepleierne er vant til ikke å vite hva de skal gjøre når de kommer på jobb. Den evnen til å omstille seg kan ikke anerkjennes høyt nok. Dette kommer ikke alltid godt nok frem, sier beredskapslederen. 🇳🇴

NOTISER

Forberedelse til kriser inn i yrkesetiske retningslinjer

I **2023-revisjonen** av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kom det inn et nytt punkt om å møte nødsituasjoner.

I punkt 3.11. står det nå: «Sykepleieren forbereder seg på å møte nødsituasjoner som naturkatastrofer, væpnede konflikter, epidemier, pandemier, sosiale kriser og andre forhold med knappe ressurser. Både sikkerheten for mottakerne av omsorg og eget personell er et særlig ansvar for ledere i helsevesenet og organisasjoner.» 🇳🇴

Kilde: Rådet for sykepleietikk

Kan få alvorlige konsekvenser

Riksrevisjonen har undersøkt totalforsvaret på lokalt og regionalt nivå i perioden 2020 til 2024. Totalforsvaret er summen av Norges militære forsvar og samfunnets beredskap. Rapporten er gradert, men det er publisert et sammendrag. Konklusjonen i rapporten er at sivile aktører er ikke godt nok forberedt på å støtte Forsvaret og allierte styrker i en krise eller krig. I dagens sikkerhetspolitiske situasjon kan det få alvorlige konsekvenser, skriver Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen peker blant annet på dette:

- Totalforsvarsaktører på regionalt og lokalt nivå har behov for tydeligere behovsbeskrivelser og prioriteringer fra Forsvaret.
- Det er ikke avklart i hvilket omfang totalforsvarets ressurser er tilgjengelige for og prioritert til Forsvaret i krise og krig.
- Sivile totalforsvarsaktører på regionalt og lokalt nivå planlegger i liten grad for sikkerhetspolitisk krise og krig.
- Øvelser bidrar i liten grad til å forberede sivile aktører på å yte støtte til Forsvaret i krise og krig. 🇳🇴

Kilde: Riksrevisjonen

ANNONSE

Utstyr til deg selv eller avdelingen?



Utstyrs-dock med integrert navneskilt

- 100 % silikon
- Hygienisk
- Kan dekontamineres
- Flere farger



Se vårt store utvalg innen medisinsk utstyr på vaktrommet.no



+VAKTROMMET
Tlf. 926 97 497 / post@vaktrommet.no



Navneskilt i alle varianter!
namebadgesinternational.no



Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept – også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingssyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumorer skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige er akne, metroragi, hodepine og ømme bryst. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse:** 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43).

** I en fase II-studie med 130 kvinner ble eggøsningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

Exeltis Sverige AB | Strandvägen 7A | 114 56 Stockholm | nordics@exeltis.com | www.exeltis.no



KOMMENTAR

Forbereder vi oss til riktig krig?

Kan vi virkelig få oppleve en krigssituasjon med Russland? Et mer begrenset krigsscenario er mer sannsynlig enn en fullskala krig.



TORMOD HEIER

• Professor i militær strategi og operasjoner.

• 32 år som offiser i Forsvaret, herunder 15 år som oberst-løytnant i Hæren.

Utviklingen i USA, Russland og Europa har satt Norge i en vanskelig situasjon. For er det noe småstater som Norge alltid søker å unngå, så er det uforutsigbarhet. Særlig i spørsmålet om hvordan landet skal forsvares. Norske landområder og de enorme havområdene utenfor er nemlig altfor store til at 5,6 millioner nordmenn kan forsvare dem alene hvis krigen kommer.

NORGE HAR FLAKS

Og når Forsvaret, som er ment å skape trygghet, bare er rigget for fredsoperasjoner, sier det seg selv at regjeringens handlingsrom i dag er veldig lite. Men Norge har flaks, som vanlig. For ikke siden andre verdenskrig har russerne vært mer svekket militært enn det de er i dag. Over tre år med høyintensive kampoperasjoner i Øst-Ukraina har svekket Norges farligste trussel.

På den annen side bør ikke flaksen strekkes for langt. Trump-administrasjonen har også sådd tvil om hvorvidt USA vil komme sine allierte til unnsetning hvis russerne går til krig mot Nato-land. Dermed er det norske

marerittet et faktum: Kan vi virkelig få oppleve en væpnet konflikt med Russland? En begrenset krig, som definitivt blir for stor for Norge, men dessverre for liten for USA til å bry seg om?

DET MEST SANNSYNLIGE SCENARIOET

Den mest sannsynlige krigen vil antakelig utspille seg under terskelen for en fullskala krig. Det betyr at hendelsesforløpet først og fremst vil bli et politianliggende, ikke et militært anliggende.

Russerne har simpelthen ikke nok soldater og utstyr igjen til å starte opp nye krigseventyr i nord. Generalstaben i Moskva vil måtte ta hensyn til en eventuell europeisk fredsstyrke som muligens vil rykke inn i Ukraina hvis en våpenhvile eller fredsavtale kommer på plass – en gang i 2025 eller 2026.

Russiske bindinger rundt Ukraina – og langs en Nato-grense fra Barentshavet i nord til Svartehavet i sør – vil snarere skape en uoverkommelig samtidighetsproblematikk for Russland. Andre og mye mer begrensede krigsscenarioer er derfor mer sannsynlige. Som for eksempel at



«Eller ren og skjær sabotasje, for eksempel mot et langstrakt og ubeskyttet strømnett.»

russerne vil øve press mot Norge ved hjelp av spesialstyrker og agenter fra de hemmelige tjenestene.

Ikke for å okkupere deler av Finnmark og Troms, men for å øve politisk press mot regjeringen i Oslo. For eksempel ved å fremprovosere spenning i spørsmålet rundt lovligheten av norsk jurisdiksjon og maktutøvelse på Svalbard, særlig der det bor mange russere. Innbyggere som, sett fra Moskva, har blitt systematisk diskriminert og forskjellsbehandlet på ydmykende vis av norske myndigheter.

TVANGSDIPLOMATI

Sitter du i Oslo, er selvfølgelig dette bare tull. Norsk UD og Sysselmannen på Svalbard går oftest på gummisåler for å utøve en mest mulig balansert, upartisk og profesjonell jurisdiksjon overfor alle nasjonaliteter på øygruppen. Men hvis russerne ønsker å øve press mot Norge, er dette like fullt en mulig akilleshæl i det bilaterale forholdet.

Dermed kan det heller ikke utelukkes at det russiske tvangsdiplomati vil slå inn over Norge. Ikke gjennom et fullskalaangrep med stridsvogner,

jagerfly og marinefartøyer, men med langtrevkende, hypersoniske, presisjonsstyrte missiler. Raketter som russerne kan true med å avfyre fra undervannsbåter og fly, bestykket med så vel konvensjonelle som kjernefysiske sprengladninger.

PRESS UTEN AT ET SKUDD ER AVFYRT

Et slikt tvangsdiplomati vil raskt kunne sette mang en regjering i Nord-Europa under press. For eksempel i kriser der russerne ønsker innrømmelser de ellers ikke ville fått gjennom et mer «sivilisert» diplomatisk spor.

Et slikt scenario blir enda vanskeligere å håndtere hvis trusselen understøttes av hybride angrep mot Fastlands-Norge, som for eksempel dataangrep mot det digitale nervesystemet som gir befolkningen og næringslivet tilgang på lønninger, trygder, muligheten til å bestille mat, medisiner og forbruksvarer til skoler, sykehus og privathusholdninger over internett.

Eller ren og skjær sabotasje, for eksempel mot et langstrakt og ubeskyttet strømnett, ulike trafostasjoner eller mot fibernettkabler. Kanskje rammes Askos matvarelagre eller Telenors datasentre? I slike situasjoner vil norske myndigheter føle at de er under et enormt press, uten at et eneste skudd er avfyrt. Og uten

at det nødvendigvis kommer så mange allierte til unnsetning heller.

SLIK SKAPES PRESSET

For dette er først og fremst politioppgaver, ikke forsvarsoppgaver. Og dessuten er det diplomatene i Oslo og Moskva som spiller førstefiolin, ikke embetsverket i Forsvarsdepartementet, generalene i Nato eller politikerne i Washington, D.C.

Jeg tror det er mye mer sannsynlig at et fremtidig russisk press mot norske myndigheter vil følge spor som dette. Altså under terskelen for krig, men hvor ett og annet missil vil ødelegge samfunnskritisk infrastruktur. Og hvor en og annen terroraksjon vil nøre opp under slike anslag ved å skape enda mer frykt og engstelse.

For slik skapes det politiske momentumet som trengs for å få regjeringen i Oslo til å gi etter for russiske krav. Et politisk press som kommer fordi tusenvis av innbyggere på kort varsel tvinges til å forlate sine hjem. En krise som igjen tvinger regjeringen til å gjennomføre en delvis eller total mobilisering, ikke minst for å styrke beredskapen rundt landets mest samfunnskritiske funksjoner.

KONSEKVENSER FOR HELSE-NORGE

For Helse-Norge kan det kanskje bety følgende: Mange kommer til å bli overført til innsats i Nord-Norge, siden Forsvaret selv ikke har nok folk og utstyr til å ta vare på sine døde og sårede hvis krisen eskalerer og kommer ut av kontroll. Mange ansatte fra andre helseforetak vil kanskje også bli evakuert.

Atter andre helsetjenester vil oppleve at ansatte blir redde og flytter, blir traumatiserte, utslitte eller melder seg som frivillige til andre kommuner, der behovet er størst. Mens et utall av sårbare pasientgrupper, enten det er eldre og pleietrengende eller kreftpasienter, vil oppleve et forverret tjenestetilbud. For én ting er sikkert: I kriser trekker de ulike delene av det norske statsapparatet på akkurat de samme folkene. 🇳🇴



FRIVILLIGE SØKES (KORTTID/LANGTID)

VI TRENGER SYKEPLEIERE



“Global Mercy”
i Sierra Leone

Vi har stort behov for sykepleiere med minst 2 års arbeidserfaring innen følgende fagområder:

- Intensivsykepleier
- Anestesisykepleier
- Operasjonssykepleier
- Ortopedisykepleier
- Palliativsykepleier
- Øyesykepleier

“Africa Mercy”
på Madagaskar

Bli frivillig på et av våre sykehuskip



Julie de Presno,
sykepleier på
“Global Mercy”
i Sierra Leone.



Sven, Solveig og Thea

Sykepleiere på
“Global Mercy”



Kent fra Oslo

Intensivsykepleier
på “Africa Mercy”

Har du helsefaglig bakgrunn? Da vil vi gjerne høre fra deg!

Oppdragene våre varierer i lengde, fra noen uker og måneder til flere år. Vi har stort behov for frivillige til våre sykehuskip i Afrika i tiden som kommer. Les mer om hvordan du kan bli frivillig, og få en fullstendig oversikt over alle ledige stillinger.

mercyships.no/frivillig



DEL 2:

Er sykepleierne forberedt?

På de neste sidene kan du lese om kurset
i krigskirurgi, om masseskadetriage og hvordan
helsepersonell mentalt kan forberede
seg på krig og kriser.

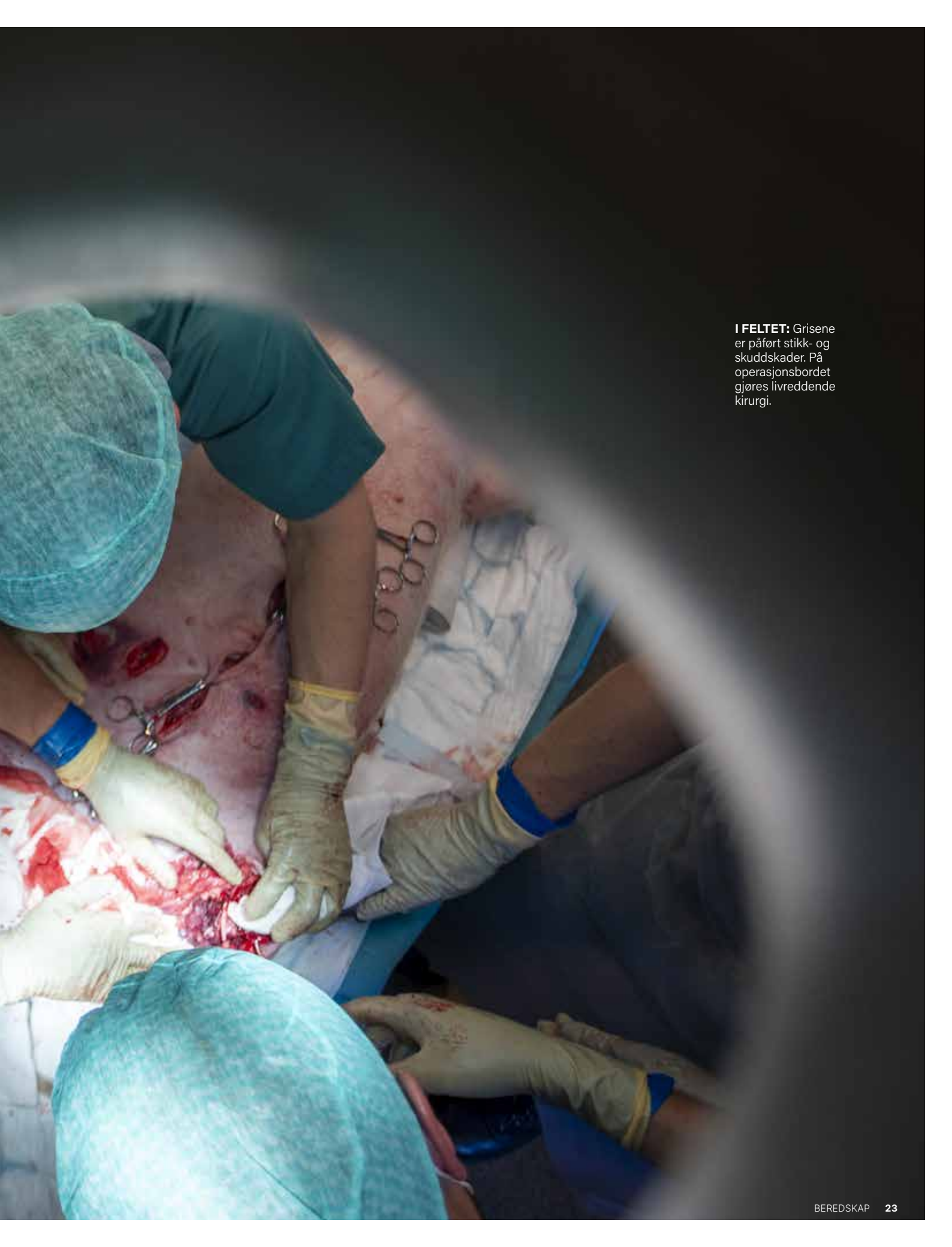


KRIGSKIRURGI:

– Vi får øve på noe som faktisk blør

Når anestesisykepleier
Mona Karine Soli-Andersen
skal lære å behandle
penetrerende skader,
gjør hun det på
levende griser. ►





I FELTET: Grisene er påført stikk- og skuddskader. På operasjonsbordet gjøres livreddende kirurgi.

Tenk hvis settingen er at det aldri stopper. At det bare strømmer inn med pasienter, sier Mona Karine Soli-Andersen.

– Da er det ikke nok folk.

Når kritisk skadde kommer til norske sykehus, tas de imot av et stort traume-team. Men i en krigssituasjon, med svært mange alvorlig sårede, blir de færre helsearbeidere på hver pasient. Flere må kunne nødkirurgiske prosedyrer som å sikre kirurgisk luftvei og beherske alternative fremgangsmåter for å etablere tilgang til vener og arterier.

Det fikk Mona Karine Soli-Andersen lære på kurs i krigskirurgi hos Forsvarets sanitet.

Der øvde hun på noen som pustet og blødde.

FÅR SE KONSEKVENSER

Hun var med på *Live Tissue Training*, eller trening på levende vev. Pasientene er griser, som anatomisk er ganske lik mennesker og har organer av omtrent samme størrelse.

Grisene legges i dyp narkose før de påføres stikk- og skuddskader. Så gis det livreddende behandling, først på skadested og så på sykehus.

At dyrene lever, gjør det mer realistisk, og helsepersonellet får se hvordan skadene påvirker ulike organsystemer.

– Vi får øve på noe som faktisk blør, sier Mona Karine Soli-Andersen.

– Og det er kjempeviktig.

Realiteten er at ni av ti soldater som dør i krig, dør av blødning.

LANDET I SETTINGEN

I begynnelsen syntes Mona Karine Soli-Andersen det var litt rart å øve på en gris.

– Underveis glemte jeg det ikke, men jeg landet litt i settingen, forteller hun.

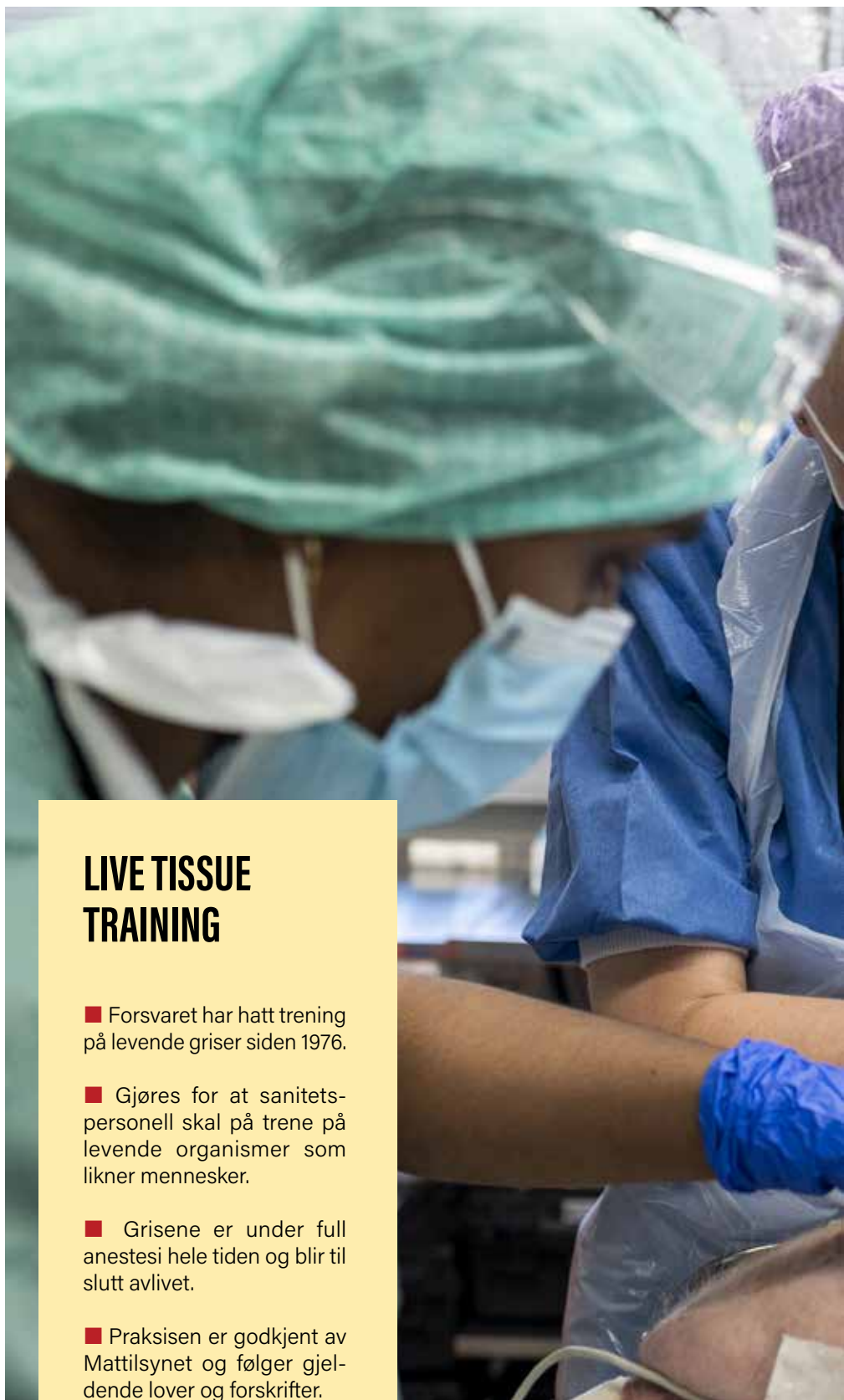
LIVE TISSUE TRAINING

■ Forsvaret har hatt trening på levende griser siden 1976.

■ Gjøres for at sanitetspersonell skal på trene på levende organismer som likner mennesker.

■ Grisene er under full anestesi hele tiden og blir til slutt avlivet.

■ Praksisen er godkjent av Mattilsynet og følger gjeldende lover og forskrifter.





▲ **SKJÆRER NEDOVER OG NEDOVER:** – Vi redder ikke pasienten uten en tilgang, sier Mona Karine Soli-Andersen (i blått). Å blottlegge en vene kan bli nødvendig når det ikke er mulig å legge inn kateter ved å stikke gjennom huden. Normalt er det kirurg som gjør denne prosedyren, men i ekstreme situasjoner er det nyttig at også annet personell behersker den.



▲ **KONVERTERT TUBE:** I en reell situasjon ville man, hvis fysiologien tillater det, avvente å intubere ute på skadested og vente til pasienten var inne på sykehus. Det er fordi medisinene man må gi, senker blodtrykket, og det er uheldig hvis pasienten blør.

– Jeg var veldig opptatt av at grisen skulle ha det bra.

Veterinærer er hele tiden til stede for å ivareta grisene. Ansvarlig anestesilege og anestesisykepleier har ansvaret for anestesen, sammen med instruktører fra saniteten.

PENETRERENDE TRAUMER

Til daglig er Mona Karine Soli-Andersen anestesisykepleier og traume-koordinator på Sykehuset Østfold Kalnes. Hun er vant til å håndtere en stadig strøm av akutte pasienter.

Normalt er de fleste skadene hun håndterer, stumpe traumer. Det vil si at kroppen utsettes for et kraftig slag eller støt, for eksempel i trafikkulykker eller ved å bli kastet av hest.

I krig, derimot, vil det være langt flere penetrerende traumer, der skaden som påføres, går gjennom huden

«Er pasienten utblødd, kan det være vanskelig å stikke på dem.»

MONA KARINE SOLI-ANDERSEN,
anestesisykepleier

og skader dypere vev og organer. For eksempel ved skyting og eksplosjoner.

RETT I LUFTRØRET

Når den blodige grisen løftes opp på operasjonsbordet i sykehuset, er målet å gjøre det som må gjøres for å redde liv. Sørge for at pasienten får puste, stoppe blødninger og hindre kontaminasjon. For eksempel at tarminnhold flyter ut i buken.

En nødprosedyre Mona Karine Soli-Andersen fikk øve på, var å legge kirurgisk luftvei.

– Det er en akutt livreddende nødprosedyre, forklarer hun.

– Og gjøres hvis vi ikke får luft i pasienten via munnen.

HØRER PFIFFET

Kirurgisk luftvei, som også kalles krikotyreotomi, la hun ved å gjøre et snitt på halsen. Så førte hun inn en *bougie*, som er et tynt kateter, rett inn i luftrøret og tredde en endotrakealtube utenpå.

Dette er en midlertidig sikker luftvei.

– Det var litt annerledes på en gris, som blant annet har mye spekk, forteller hun.

– Men veldig nyttig å helt konkret legge snittet. Og å høre piffet når jeg hadde fått åpning inn i luftrøret.

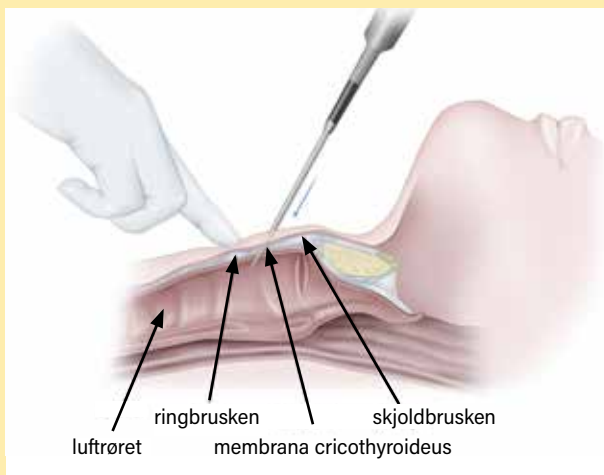
Siden grisen var i narkose før ankomst, var den allerede intubert via

KIRURGISK SIKRING AV LUFTVEI (KRIKOTYREOTOMI)

Nødprosedyre ved total obstruksjon i luftveiene, der det ikke er mulig å holde dem åpne på andre måter.

INNGREPET

Det lages en åpning til luftrøret mellom skjoldbrusken og ringbrusken på halsen. Inngrepet gjøres med skarp kniv eller grov venekanyle.



Illustrasjon: Science Photo Library / NTB

ORDFORKLARING

Kalles også krikotyreotomi og henspiller på ringbrusken (cartilago cricoidea), skjoldbrusken (cartilago thyroidea) og tomi, som betyr snitt.

Kilder: Legevakthåndboken og Store medisinske leksikon

munnen. Så rent teknisk konverterte de til kirurgisk luftvei for å øve.

– Jeg kjente litt på presset, sier hun.

Å sikre luftveien er ikke bare viktig for grisens midlertidige overlevelse, men også for treningen.

– Går det gårent, er jo øvelsen slutt.

BLOTTLEGG VENER

Ved store blødninger er det helt essensielt å få etablert en intravenøs tilgang slik at pasienten kan få tilført blod.

– Er pasienten utblødd, kan det være vanskelig å stikke på dem, forklarer Soli-Andersen.

– Får vi ikke til å legge inn kateter gjennom huden, kan vi blottlegge vener. Da dissekerer man seg ned til

åren og får lagt inn inngang.

På mennesker er det ikke lenger så vanlig å gjøre dette, fordi man kan bruke ultralyd for å lokalisere blodårer. Men på gris kommer man ikke til de større venene på annet vis på grunn av spekket.

Ved ankomst hadde grisen mindre perifere venekatetre i ørene, men disse inngangene var ikke egnet til massiv transfusjon.

På grisene øvde hun på å dissekere vener, og også arterier, på begge sider av halsen. Venetilgang brukes til å gi blod, væske og medikamenter. Arterietilgang brukes til å etablere arteriekrans for å overvåke vitale verdier.

BLOTTLEGGE VENER

■ Nødprosedyre når det ikke er mulig å få intravenøs tilgang gjennom hud.

■ Gjøres ved å dissekere gjennom hud ned til underliggende vener.

■ Gir intravenøs tilgang ved å stikke kanyle rett i den blottlagte venen.

Kilde: Emergency Medicine Procedures

Vel inne i halsvenen var det viktig å bruke et kateter som kan ta imot mye volum raskt.

– For eksempel er ikke sentralt venekateter optimalt, forklarer hun.

– Det er så langt, og lengden forsinker hastigheten. Derfor bruker vi heller grove perifere venekatetre eller et *rapid infusion catheter* ved store blødninger.

– Det er både kort og tjukt. Det betyr at man kan gi store volum raskt.

Hvor fort avhenger av størrelsen på venen, kateteret og infusjonsmaskinen. Men som eksempel er det mulig å gi tre blodposer på ett minutt.

For å forebygge nedkjøling, som er helt essensielt når pasienten blør, blir blodet varmet opp i infusjonsmaskinen.

BORER SEG INN I BEIN

Når det ikke er mulig å få intravenøs tilgang, er intraossøs tilgang et alternativ. Da borer man seg inn i et bein, ofte overarmsbeinet eller skinnbeinet, og får tilgang til beinhulen. Her kan det gis medikamenter, væske og blod.

INTRAOSSØS TILGANG

■ Nødprosedyre når det ikke er mulig å få intravenøs tilgang.

■ Gjøres ved å bore inngang inn i beinhulen.

■ Når det gis væske, blod og medikamenter intraossøst, vil det gå over i blodet.

■ Intraossøs betyr innenfor (intra) og knokkel (os).

Kilde: Store medisinske leksikon

– Det er ikke egnet til massive transfusjoner, men ved å etablere intraossøs tilgang kan man kjøpe seg litt tid mens arbeidet med å etablere gode tilganger fortsetter, forteller Mona Karine Soli-Andersen.

– Vi fikk øve på de tingene vi kan måtte gjøre i ekstreme situasjoner, men vi håper vi vil slippe å gjøre dem.

FIKK FØLGE MED I FELTET

Operasjonsteamets oppgave var å gjøre livreddende og skadebegrensende kirurgi. De gjorde det som måtte gjøres, men ikke mer. For i en slik situasjon er det viktig å behandle mange raskt.

Fordi treningen ble avsluttet med at grisen på bordet døde, var ikke operasjonsfeltet sterilt. Det gjorde at det ikke var noe skille mellom kirurgien og anestesen.

– Jeg fikk lov til å komme i felt, forteller Soli-Andersen.

– Og fikk kjenne på aorta og hvordan den ligger ned mot ryggraden. Jeg fikk kjenne på buken og massere hjertet.

Hun opplever at det gir henne økt kompetanse og forståelse, og peker på at dagen med trening på levende vev ble supplert med fire andre dager med forelesninger og kurs. Blant annet i

ballistikk, som gir kunnskap om hva slags skader ulike ammunisjon skaper inne i kroppen.

– FÅR BEDRE FORSTÅELSE

Det Mona Karine Soli-Andersen opplevde som aller mest nyttig, var å øve på nødprosedyrer.

– Det er ikke så mange andre muligheter til å få øvd på disse tingene, sier hun.





KURS I TRAUMATOLOGI OG KRIGSKIRURGI

■ Fem dagers kurs i regi av Forsvarets sanitet.

■ Holdes en gang i året på Sessvollmoen ved Gardermoen.

■ Rettet mot anestesileger, kirurger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og prehospitalt personell.

■ Hensikten er å øke helsevesenets evne til å håndtere krevende situasjoner og skader i fred, krise og krig.

■ Blanding av forelesninger og praktisk trening.

■ Går blant annet gjennom prinsipper for skadebegrensende gjenopplivning, inklusiv massiv transfusjon og hemostatisk nødkirurgi.

Kilde: Forsvarets sanitet

◀ **FLERE TEAM:** På kurset får Mona Karine Soli-Andersen (nummer to fra høyre) trene sammen med personell fra ulike sykehus i Norge. De er flere team som opererer parallelt.

«Det er ikke så mange andre muligheter til å få øvd på disse tingene.»

MONA KARINE SOLI-ANDERSEN, anestesisykepleier

– Og når man har en profesjon og yrkestittel, så er det noen forventninger til meg. Det kan skje ting i samfunnet der jeg må steppe opp og gjøre disse tingene.

Hun sier det ikke bare handler om å selv få utføre de konkrete handlingene.

– Men når jeg har gjort det, så har jeg en bedre forståelse for hvordan det er å gjøre det, påpeker hun.

Det vil gjøre det lettere å lese situasjonen og ligge foran. Selv om det ikke er jeg som skal gjøre snittet, så kan jeg stå klar. Praktisk øvelse styrker teorien.

Og om det skulle oppstå en situasjon med et stort antall pasienter med penetrerende traumer.

– Da tenker jeg at jeg er enda bedre rustet nå, sier hun. 🇳🇴

NOTISER

Meget høy risiko for cyberkriminalitet mot sykehus

En ny trusselvurdering slår fast at det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten er alvorlig og i utvikling, melder NRK.

Spesialisthelsetjenesten tror situasjonen vil forverres i årene som kommer.

I trusselvurderingen, som helseforetakene har utarbeidet gjennom Helse Vest IKT, vurderes risikoen for organisert cyberkriminalitet som «meget høy».

Dette handler om at kriminelle grupper forsøker å presse helseforetak for penger ved hjelp av svindel, skadevare og datainnbrudd. Andre typer trusler, som cyberspionasje, innsidevirksomhet og påvirkningsaksjoner, er noe mildere vurdert i rapporten. 🇳🇴

(Sykepleien.no)



Hvis Norge blir mørklagt: Sykehusene kjører på diesel

Hva vil skje om Norge rammes av strømbrudd?

Helse Nord opplyser at nødstrømmen fungerer så lenge de har drivstoff. Det vil si diesel.

Helse Sør-Øst opplyser at nødstrømsystemene er organisert slik at de mest kritiske funksjonene kan driftes «ganske lenge».

I Helse Midt-Norge varierer det noe mellom sykehusene hvor mye utstyr som er koplet til nødstrøm. Det gjør også driftstid, det vil si lager av diesel for drift av aggregat. 🇳🇴

(Sykepleien.no)

ANNONSE

Kongress PARTNER AS
Din profesjonelle seminar og kongressarrangør

Tidspunkt: 17.-19. oktober 2025

Sted: Sundvolden hotel

Målgruppe: Pasientbehandlere



Norges mest anerkjente helsekongress innen helhetlig helse – 20 års jubileum

Av nærmere 20 høyaktuelle foredrag, kan vi nevne:

- Kampen mot kreft, Fedon Lindberg, lege og spesialist i indremedisin
- En av Fedons kreftpasienter forteller om sin strenge protokoll han har benyttet, @helse_henrik
- Q10 og selen reduserer risikoen for hjertesykdom, Trine Baur Opstad, seniorforsker ved UiO
- Fra kaos til klarhet - Hvordan biokjemien kan forklarer psykiske lidelser, Heidi Stange Noraberg, mastergrad i matvitenskap og teknologi og Gro Raugland, sosialpedagog
- Forskning på medikamentbruk og nedtrapping, Anders Sørensen, ph.d. i psykiatri
- En sterk historie fra en av Sørensens pasienter, som forteller om sin nedtrapping på c-preparater
- Selvforsvar mot sykdom - reseptfrie råd fra lege Øyvind Torp

Arrangør: KongressPartner AS kongresspartner.no Sjekk ut programsiden



Den beste utsikten er utsikten til tid sammen.

Bestill et MiniCruise
med to overnattinger.

Bestill din reise
med rabatt:



VIL HA DISKUSJON OM MASSESKADETRIAGE:

Foreslår å starte med *rød* eller død

Hvordan skal helsepersonell leve videre med valgene de måtte ta i krig og krise? Hærens sjefslege Jørn Einar Rasmussen spør seg om verktøyene de har er gode nok.

TEKST: NINA HERNÆS
FOTO: ERIK M. SUNDT

Det som betegner en masseskade, er at man i starten har utilstrekkelige ressurser i forhold til antall skadde.

– Og da må man ta medisinske valg som man skal stå i senere, sier Jørn Einar Rasmussen.

Han er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, kardiologi og indremedisin og sjefslege i Hæren. Men han er også utdannet sykepleier og har fremdeles autorisasjonen.

Han ønsker å løfte frem etikken i valgene man kan bli nødt til å ta i ekstreme situasjoner. Og han stiller spørsmål ved om verktøyene gjør helsepersonell i stand til å løse oppgaven på best mulig måte.

– Kanskje gjør de det litt for vanskelig, undrer han.

MASSESKADETRIAGE

Å sortere pasienter i grupper ut fra behov for øyeblikkelig helsehjelp kalles triage. Det gjøres hele tiden i for eksempel akuttmottak og på legevakt. I en setting med normal drift snakker man om hverdagstriage. Men når det er svært mange skadde, og det ikke er ressurser til å gi alle optimal behandling, snakker man om masseskadetriage.

I Norge er det en nasjonal veileder for hvordan dette skal utføres.

Den innledende masseskadetriagen deles inn i grovtriage og individuell triage.

– Først skal du rope og gi beskjed om at alle som kan gå, skal gå til gul ambulanse. Så skal du be dem som kan høre eller se deg, gi tegn. Og så går du først til dem som ikke gir respons, forklarer Rasmussen.

– Da skal du gå bort og gjøre en individuell triage. Er du død? Og hvis

TRIAGE

■ Et system for å sortere pasienter i grupper ut fra behov for øyeblikkelig helsehjelp.

■ Brukes for å prioritere dem som trenger det mest.

■ Ordet triage kommer fra det franske verbet trier og betyr å skille fra hverandre eller selektere.

■ Ble først brukt under Napoleonskrigene, der sårede ble sortert i de tre kategoriene «akutt», «kan vente» og «kan ikke behandles».

Kilde: Store medisinske leksikon og Helsedirektoratet

du lever: Må du være avventende eller må du ha helsehjelp raskt? Dette skal du gjøre på hver enkelt som ikke gir respons.

ENKLE TILTAK

I den individuelle triagen skal man gjøre en forenklet undersøkelse av vitale funksjoner for å vurdere hastegrad. Og dette skal man gjøre på én og én.

Rasmussen viser til studier som viser at fra man begynner på den første pasienten som er bevisstløs, og



▲ **DET ER NÅ VI KAN FORBEDRE:** Jørn Einar Rasmussen er opptatt av at de som skal triagere ved masseskade, har hjelpemidler som setter dem i stand til å løse oppgavene på best mulig måte.

bare teller puls og vurderer om de svarer på tiltale, så bruker man rundt ett minutt på hver.

– Hvis du i tillegg skal avlaste eventuelt trykknemotoraks, da kan du kanskje legge på ett eller to minutter til, sier han.

– Og hvis det er én som skal utføre dette på ti pasienter, så tar det minst ti minutter før den ene når frem til nummer ti. Hva om det da ikke er ti, men femti pasienter?

For å illustrere forteller han om en liten kontroll han gjorde på en øvelse han deltok i:

– Etter 22 minutter går jeg inn i gym-salen øvelsen ble gjort i, forteller han.

– Innsatspersonellet har gjort jobben slik de skal gjøre, etter veilederen. Jeg synes de gjorde en veldig god jobb. Men etter 22 minutter ligger det fremdeles seks livløse, men levende, pasienter i ryngleie. De har potensielt ufrie luftveier. De kan dø

av ufrie luftveier eller stor blødning, men de kan også muligens reddes med enkle tiltak.

RØD ELLER DØD

Det Jørn Einar Rasmussen gjerne vil diskutere, er om man i stedet for å gjøre innledende undersøkelser og vurdere hastegrad heller burde bruke den aller første tiden på to ting: Legge alle som lever i stabilt sideleie og stoppe synlig pågående blødning. ►

– Er det liv i deg, så får du en sjanse, forklarer han.

– Og for dem som skal hjelpe, blir jobben enklere.

Ifølge den nasjonale veilederen skal pasientene vurderes etter fem hastegrader:

- rød (akutt)
- gul (haster)
- grønn (vanlig)
- grå (avvente)
- sort (livløs)

– Men har man det kognitive overskuddet til å gjøre presise vurderinger i en fase hvor det egentlig er så usikkert, uavklart og uoversiktlig, spør Rasmussen.

Han foreslår heller å starte med to kategorier: rød eller død.

– Bare for å gjøre det enkelt. Og så kan man gjøre det mer raffinert i neste runde når man får flere ressurser. For det får man alltid.

ØNSKER REVISJON

Han har luftet disse tankene for Etisk råd for forsvarssektoren og Helse Sørøsts fagråd for akuttmedisin og prehospitale tjenester. Han håper det blir løftet videre derfra til Helsedirektoratet.

Han presiserer at det han ønsker, er en diskusjon og en revisjon av de verktøyene vi allerede har.

– Jeg vil ikke fjerne dem, men forbedre dem, sier han.

– Det mener jeg vi skylder dem som skal stå i disse situasjonene.

Og diskusjonen må tas nå, før situasjonene oppstår.

– *Hvilke motargumenter vil du bli møtt med?*

– For eksempel at man kan se livløs ut og likevel være i live. Skal vi bare gå forbi dem? Skal vi ikke snu alle, også dem som ser livløse ut? Det kan være et argument, og jeg synes det er et godt argument, sier han.

Men han mener det kan bakes inn i en algoritme og kanskje skille mellom hvor mange skadde det er. Er det ti, eller er det hundre?

– Jeg tror argumentet står seg mye

MASSESKADETRIAGE

Bygger på et nytteetisk prinsipp om at **«de som har størst sjanse for å ha mest nytte av de tilgjengelige ressursene får tilgang på ressursene først»** eller «gjøre best mulig for flest mulig».

NYTTEETISK PRINSIPP

Har som premiss at det ikke er ressurser til å gi hver enkelt pasient optimal behandling.

METODE

Metode for å hjelpe innsatspersonell til å gjøre det viktigste først. I ekstreme situasjoner kan slik triagering føre til at pasienter som er livstruende skadet, og som kan ha nytte av behandling, bli prioritert foran de som mest sannsynlig vil dø selv med maksimal bruk av ressurser.

ETISK VANSKELIG

Å ikke gjøre alt for de med minimal sjanse for å overleve, der man normalt ville gjort en heroisk innsats for å prøve å redde liv, er kanskje det vanskeligste å akseptere, både for helsepersonell og befolkning.

Kilder: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin og Helsedirektoratet

bedre om vi har ti skadde. Er det hundre skadde, har vi kanskje ikke kognitivt overskudd til å gjøre så gode vurderinger. Da må vi kanskje tenke at alle som åpenbart ikke er døde, de lever. Og så må vi gjøre det vi kan.

DAGENS VIRKELIGHET

Han peker på at dagens triagesystemer er utviklet ved hjelp av datasimulering. Øvelser foregår ofte i gymsaler. Scenariene har ofte vært av typen brann i tunnel eller buss som kolliderer med buss.

– Men for å sette det inn i en kontekst fra de siste årene, så ta angrepet på promenaden i Nice, der du hadde et skadested på to kilometer, terrorangrepene i Paris og angrepet på London pub i Oslo.

I det perspektivet mener Jørn Einar Rasmussen at triagesystemene ikke er tilpasset dagens virkelighet.

– I slike situasjoner hjelper det lite å stå og rope «de som kan gå», for de vil ikke høre deg.

Og:

– Er det lurt å be Kari, som er uskadet, om å gå til ambulansen når hun egentlig kan hjelpe Per med å stoppe en blødning eller holde frie luftveier?

OMVENDT TRIAGE

Og da har ikke Rasmussen problematisert det ytterligere ved å gå inn i militære settinger der man kan bli nødt til å anvende omvendt triage.

– Det vil si at du er så hardt skadet at vi ikke kan hjelpe deg akkurat nå. Vi må prioritere dem som bare trenger



▲ **MENER DET ER VIKTIG Å ØVE:** Jørn Einar Rasmussen (i midten) på vei inn i feltsykehuset under NATO-øvelsen Arctic Serpent i februar 2024. Her var settingen et stort antall skadde etter missilangrep med påfølgende skuddveksling. Arkivfoto: Erik M. Sundt

litt hjelp for å kunne gå tilbake i krigen. Det er moralsk kinkig, for etter Genève-konvensjonen skal vi hjelpe alle som kan og bør hjelpes. Men har vi ikke kampkraft, så vil enda flere dø.

Han understreker at soldater skal vite at hvis de blir hardt skadet, så skal de få hjelp.

– Men det bør være i en prioritert rekkefølge som er medisinsk fundert. Men denne medisinen er så vanskelig at det er også god medisin å ha nok bly i luften, som vi sier i Forsvaret. Altså at det å slå ned fienden er veldig god medisin. Men der fremme, når du skal gjøre så tøffe og kompliserte beslutninger, er det viktig at det er godt fundert.

MORALEN I Å ØVE

Da han møtte Etisk råd for forsvarssektoren, var temaet tapstall og hvordan en krig vil kunne se ut for det

«Det å slå ned fienden er veldig god medisin.»

JØRN EINAR RASMUSSEN,
Hærens sjefslege

sivilmilitære helsevesenet.

– Da er det såpass brutalt at det kan være lurt å snakke om de etiske refleksjonene rundt det å håndtere såpass store tap, sier han.

– *Er dette noe man diskuterer i Forsvaret?*

– Ja, men kanskje for lite. Vi har begynt å jobbe med noe som heter operasjonell resiliens trening, og det håper jeg kan bli foldet ut mer, også til det sivile.

– *Har din bakgrunn som sykepleier noe å si for at du er så opptatt av etikken i triage?*

– Det vet jeg ikke. Men vi hadde

veldig mange gode etiske debatter på sykepleierskolen, og det var kanskje det beste ved den skolen når jeg tenker tilbake. Så kanskje.

Han bygger det han sier på fagkunnskap og utstrakt erfaring fra øvelser og trening, både sivilt og militært.

– Vi er pålagt å øve, og at jeg faktisk gjør det, setter meg i posisjon til å mene noe om dette fungerer etter hensikten.

For ham har det å øve også en moralsk side.

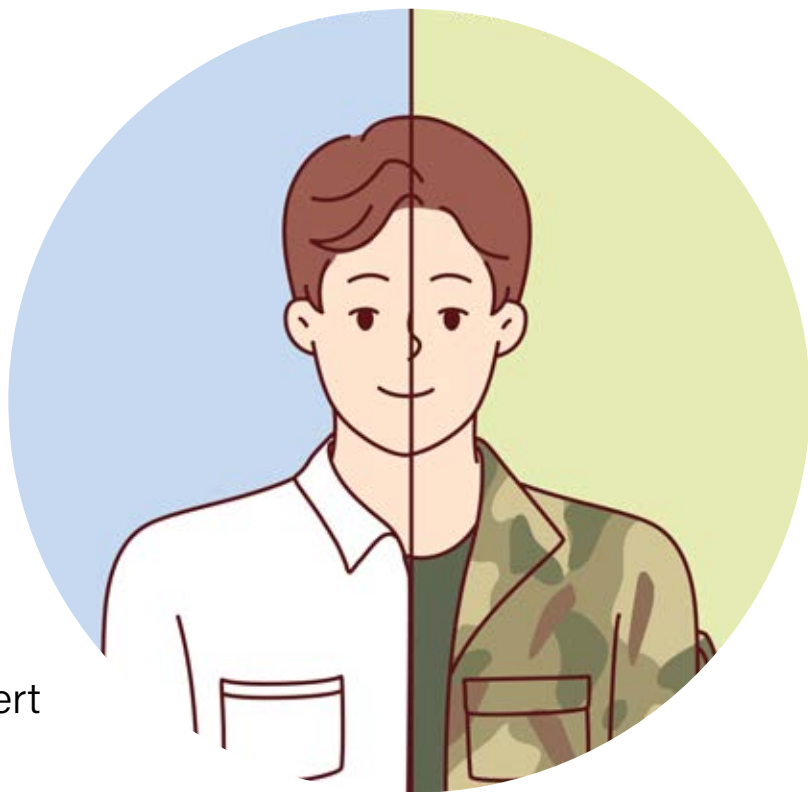
– Ved å øve setter vi personellet i stand til å gjøre en god innsats når det faktisk smeller, sier Jørn Einar Rasmussen.

Og ved å stille spørsmål ved verktøyene ønsker han å sikre dette:

– Som medisinsk ansvarlig i Hæren er det viktig for meg at vi har laget et verktøy som vi faktisk kan leve med bruken av. 🇳🇴

Vil ha grønn-hvit utdanning i nord

Nylig ble et forslag om en helt ny type sykepleierutdanning lansert: en kombinert sykepleie- og militærbachelor.



TEKST: EIVOR HOFSTAD

I februar i år ble det foreslått å opprette en ny utdanning som innebærer tre års sykepleierutdanning kombinert med militær opplæring, etterfulgt av plikttjeneste i både sivil og militær sektor. Utdanningen skal være lønnet.

Forslaget om en såkalt «grønn-hvit» utdanning kom i en kronikk som ble publisert både hos Nordnorsk debatt og hos Forsvarets Forum:

Forfatterne av innlegget er Lill Sverresdatter Larsen, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) samt tre medforfattere tilknyttet UiT Norges arktiske universitet: Stig A. Slørdahl, Gunbjørg Svineng og Dag Rune Olsen, henholdsvis styreleder

og dekan for det helsevitenskapelige fakultet og rektor ved universitetet.

«NOE MÅ GJØRES»

«Forslaget kommer som en respons på de store utfordringene med å rekruttere studenter til sykepleierutdanningene i Nord-Norge», skriver NSF på sine nettsider.

For høstopptaket på UiT i 2024 var det kun Tromsø som fikk fylt opp plassene sine. Til sammen 77 plasser sto tomme i Harstad, Narvik og Hammerfest.

I leserinnlegget pekes det på at en grønn-hvit utdanning vil kunne bidra både til flere sykepleiere i nord og økt rekruttering av menn til sykepleierutdanningen. «Forsvaret har ingen egen helsetjeneste og er derfor avhengig av den sivile helsetjenesten i krig og krise. Samtidig er sykepleiermangelen

kritisk, særlig i Nord-Norge. Noe må gjøres», skriver de fire forfatterne.

- FØRST MÅ FINANSIERINGEN PÅ Plass

Forbundsleder Larsen opplyser til Sykepleien at de ser på ulike løsninger. De har også diskutert planene for allmennsykepleier (AKS) med fordypning i beredskap.

– Det kan vinkles til militær beredskap og kan gi både en sivil og en militær grad, sier hun.

– *Hvor lenge skal den grønn-hvite utdanningen og plikttjenesten etterpå vare?*

– Detaljene rundt utdanningen må utarbeides i et samarbeid mellom Forsvaret, helsetjenesten og UiT. Det har vi ennå ikke begynt å jobbe med. Først må finansieringen på plass.

HER FINNES UTDANNINGER I BEREDSKAP FOR SYKEPLEIERE:

NORD UNIVERSITET

I Bodø: For alle bachelor- og masterstudenter er det obligatorisk å delta i den årlig Øvelse Nord. I øvelsen samarbeider en rekke etater og Sivilforsvaret og Heimevernet. Det øves på krisehåndtering i forskjellige scenarier, terrorangrep, ulykke og brann. Fagdagene har blant annet forelesere fra Forsvaret.

UNIVERSITETET I TROMSØ

Både bachelorutdanningen og masterutdanningene har ulike former for undervisning innen beredskap og krisehåndtering, herunder beredskapsøvelser.

Harstad: Samarbeider med bachelorutdanning i internasjonal beredskap, hvor studenter og undervisere ved begge utdanninger planlegger og gjennomfører en stor øvelse med mange aktører (politi, brann, ambulanse, sivilforsvaret), og som vurderes tatt inn som studiesteds-spesifikt fordypningsemne.

Tromsø: Fordypningsemnet akuttmedisin og tverrprofesjonell samarbeidslæring, der studentene blant annet lærer effektiv teamledelse og teamdeltakelse i akutte situasjoner. Masterutdanningen i sykepleie har etablert et samarbeid med Forsvaret. Nylig hadde de en felles beredskapsøvelse med Sanitetsbataljonen i Brigade Nord.

Narvik: Fordypningsemne i villmarkmedisin, der studentene øver på ulike undersøkelsesteknikker, tiltak ved akutte hendelser utenfor sykehus, forebygging av komplikasjoner som kan oppstå som følge av temperaturen i omgivelsene, bruk av kommunikasjonsverktøy i samhandling med andre instanser i akuttkjeden.

UNIVERSITETET I INNLANDET

Elverum: Samarbeider med Forsvaret, som holder til «vegg i vegg» (Terningmoen). Er i dialog om enda tettere samarbeid om enkelte emner som ligger i studieprogrammet til bachelor. Har et emne i operativ kriseledelse, samhandling og kommunikasjon (deltid) som kan være aktuelt for sykepleiere.

(Listen kan være ufullstendig)

Tekst: Ellen Morland

Kilder: UiT, Nord universitet og Universitetet i Innlandet

- ALLE SYNES DET ER EN GOD IDÉ

Stig Slørdahl fra UiT og Lill Sverresdatter Larsen har presentert ideen om grønn-hvit utdanning for de tre departementene den berører.

– Alle synes det er en god idé, også helseforetak og utdanningsinstitusjoner. Spørsmålet er hvor pengene skal tas fra, sier Larsen.

– *Er det noe mer som må klargjøres før et prøveprosjekt eventuelt kan settes i gang?*

– Ja, vi har jo bare tenkt høyt her. Studieplanen må lages, men det kan UiT få gjort raskt når de får klarsignal. Det må besluttet et eller flere studiesteder, og sluttkompetansen må settes sammen.

«Helsevesenet og Forsvaret står i dag i en konkurranse om personell, men det må vi unngå.»

GUNBJØRG SVINENG,
dekan ved UiT

FOTO: JØRN BERGER NYVOLL



- NARVIK ER HØYAKTUELT STUDIESTED

Dekan Gunbjørg Svineng ved UiT bekrefter at de er klare til å snu seg fort rundt hvis finansieringen blir klar, men understreker at videre planlegging må gjøres i samarbeid med Forsvaret.

– Forsvaret må finne ut hvilken type organisering de mener best vil kunne kombineres med en utdanning i Forsvaret, sier hun.

UiT har sykepleierutdanning på ti studiesteder i nord.

Svineng trekker frem Narvik som et høyaktuelt studiested. Der står Forsvaret sterkt allerede, og det nye sykehuset der er lansert som et beredskapssykehus for Forsvaret og Nato.

Instituttleder ved UiT, Laila Arnesdatter Hopstock, er enig og legger til:

– Flere av våre studiesteder er

aktuelle, både i Finnmark og i Troms, grunnet geografisk nærhet til Forsvaret. Ved de fem masterutdanningene i sykepleie i Tromsø har vi dessuten ferske erfaringer med samarbeid med Sanitetsbataljonen. Det har vært fellesøvelser mellom studenter, våre ansatte og militæret på skadestedsledelse og traumehåndtering.

GOD IDÉ MED DOBBELTKOMPETANSE

Dekan Svineng mener at helsepersonellmangelen fremtvinger et skifte der samfunnet i større grad må ha personer med dobbeltkompetanse, i stedet for å ha to personer med hver sin kompetanse.

– Helsevesenet og Forsvaret står i dag i en konkurranse om personell, men det må vi unngå. Vi må heller samarbeide. I så måte er dobbeltkompetanse viktig for beredskapen.

Hun legger til at det nå er ekstra viktig å utdanne nok helsepersonell i Norge siden Forsvaret baserer seg på å mobilisere personell fra det sivile i tilfelle krig eller en annen stor krise.

– De som da har kombinasjonen som en grønn-hvit utdanning gir, vil raskere kunne bidra inn i det militære og på den måten bidra til en mer robust beredskap.

DEPARTEMENTENE: - ET SPENNENDE INITIATIV

Sykepleien har sendt leserinnlegget til alle de tre aktuelle departementene og spurt hva de synes om forslaget. Forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland svarer skriftlig på vegne av hele regjeringen:

– Dette er et spennende initiativ, blant annet med tanke på å øke rekrutteringen til helsefag. Det er

bra å tenke nytt om hvordan vi kan få flere til å ønske seg en helsefaglig utdanning, for eksempel rekruttere flere gutter inn i en spennende og viktig karriere.

VIL IKKE LOVE NOE I STATSBUDSJETTET

– Hvem ser dere for dere kan finansiere en grønn-hvit utdanning?

– Statsbudsjettet for 2026 legges frem i oktober, og jeg kan ikke forskuttere hva som kommer der, skriver Aasland.

Hun minner om at universitetene og høyskolene hvert år tildeles penger gjennom rammetildelinger.

– UiT kan bruke midler de får tildelt innenfor denne rammen innenfor nye innretninger på sykepleierstudiet og på den måten gjennomføre det de foreslår.

ANNONSE

Vil du gi håp med MAFs ambulansefly?



Ja, jeg vil redde liv i dag!

En jerrykanne k 247,- og vi kan fly 120 km

To jerrykanner koster 494,- og vi kan fly 240 km

Tre jerrykanner koster 741,- og vi kan fly 360 km

Gavekonto 1503.25.33334 **Vipps 2474**

maf.no



Foto: Jacob Stenøft

– Universitetene og høyskolene har stor frihet til å utvikle nye studier, og vi oppfordrer dem til å gjøre dette i tett kontakt med arbeidslivet, legger hun til.

Ønsker utdanningene å gjøre tilpasninger i rammeplanen som det i dag ikke er åpning for, er det mulig å søke om dette.

– Opprettelsen av utdanninger som skal gjennomføres som en del av førstegangstjenesten, krever et samarbeid med Forsvaret. Spørsmål om hvordan Forsvaret stiller seg til dette initiativet, må stilles til Forsvaret eller Forsvarsdepartementet.

FORSVARET SER IKKE BEHOV FOR EGNE TILTAK

Pressevakt Emil Bremnes i Forsvarsdepartementet svarer at Forsvaret har god tilgang på sykepleiere gjennom etablerte rekrutteringsprosesser og ikke ser behov for egne tiltak rettet mot denne gruppen nå.

– Det mangler ikke sykepleiere i saniteten, medgir forbundsleder Larsen.

Men hun minner om at de mangler i den sivile tjenesten, og da blir det et problem når Forsvaret skal kunne fungere i en krisesituasjon.

De fire innleggsforfatterne nevner flere ting Forsvaret kan hente ut av en slik utdanning:

- Helsepersonell er kritisk for beredskap og mulighetene til å rekruttere andre yrkesgrupper til regionen.
- Forsvaret er avhengig av at det er attraktivt å bo og arbeide i Nord-Norge, og at det finnes en tilfredsstillende base av helsepersonell ved en mulig krigssituasjon.
- Det er en dobbelteffekt hvis det finnes sykepleiere som kan bidra til at den sivile helsetjenesten er bærekraftig, og at de også har en militær bakgrunn.

Dekan Svineng sier til Sykepleien at UiT har begynt dialogen om utdanningen med ulike deler av Forsvaret, men at dette fortsatt er på et tidlig stadium. 🇳🇴

SAMMENDRAG FAGARTIKKEL

Beredskap må på timeplanen i sykepleierutdanningen

Flere sykepleierutdanninger, blant annet ved Nord universitet, UiT og NTNU, har integrert beredskap som tema.

En beredskapsdag ved NTNU

for 84 spesialsykepleierstudenter i ABIO-utdanningene belyste hvordan utdanningen kan bidra til å styrke studentenes beredskapskompetanse. I en fagartikkel i Sykepleien fra 2024 beskrives dette av Tove Kristin Greaker og Gørill Haugan.



**Skann koden
og les hele
fagartikkelen.**

Gjennom bruk av interaktive metoder som Mentimeter og «sol-metoden» ble studentene utfordret til å reflektere over egen rolle i beredskapssammenheng. De trakk frem viktige begreper som traume, planlegging, helsehjelp og kompetanse.

Studentenes tilbakemeldinger viste stort engasjement og interesse for temaet. De ønsket mer kunnskap om profesjonelles erfaringer, følelser og refleksjoner fra krevende situasjoner. Historiske eksempler, pandemier og etiske dilemmaer – som det å behandle fienden som pasient – ble brukt for å stimulere til refleksjon og forståelse.

Beredskapskompetanse omfatter både individuell og systemisk forberedthet – og inkluderer kunnskap, ferdigheter og holdninger. Studentene ble oppmuntret til å utvikle mental styrke og resiliens.

Øvelse og trening er nødvendig for å håndtere uforutsette hendelser og sikre trygg helsehjelp.

Artikkelen konkluderer med at beredskap bør ha en mer sentral plass i sykepleierutdanninger. Det foreslås økt fokus på kortfattet teori, praktiske øvelser og tverretattlig samarbeid for å ruste fremtidige sykepleiere til å møte samfunnets behov i krisesituasjoner. 🇳🇴

KOMMENTAR

Beredskapen svekkes uten helsepersonell – og uten samarbeid

Mangelen på sykepleiere påvirker ikke bare den daglige driften, men også vår evne til å håndtere kriser.



Lill Sverresdatter Larsen

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Vi snakker ofte om beredskap som om det primært handler om utstyr, planer og prosedyrer. Men det er folkene som utgjør forskjellen, og det er her vår største sårbarhet ligger.

Nasjonal beredskap overser det mest grunnleggende: Nok kompetent helsepersonell og tilgang til de ressursene vi trenger når det virkelig gjelder.

Norge mangler nå tusenvis av sykepleiere. Det påvirker den daglige driften, men også vår evne til å håndtere alvorlige kriser. Når bemanningen er for lav, dekkes vaktene med lavere kompetanse eller ikke i det hele tatt. Det svekker kvaliteten, pasientsikkerheten og beredskapen – hver eneste dag.

ET ALVORLIG BAKTEPPE

Den demografiske utviklingen og den økende avgangen i helseyrkene

skaper et kraftig press. Samtidig skjerpes kampen om arbeidskraft og økonomiske ressurser, ikke minst fordi forsvarssektoren skal styrkes. Vi står dermed ved et politisk veiskille: Skal vi klare å opprettholde både daglig drift og totalberedskap, må helsepersonell være en nasjonal hovedprioritet.

NAVs tall for 2024 viser en mangel på nærmere 8000 sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette er ikke bare tall, det er reell svekkelse av vår beredskap. Et sterkt helsevesen må bygges nedenfra: Gjennom utdanning, ledelse, gode arbeidsvilkår, faglig utvikling og forutsigbar bemanning.

LÆRDOM FRA PANDEMIEN: VI ER IKKE ALENE

Pandemien avslørte hvor sårbare vi er når globale forsyningslinjer svikter. Norge var i stor grad avhengig av

velvilje fra EU for tilgang på vaksiner og medisinsk utstyr. Det fungerte, men vi kan ikke basere fremtidig beredskap på midlertidige løsninger. EU svarte på pandemien ved å etablere EUs helseunion, et felles rammeverk for bedre samordning, smitteovervåkning, legemiddelberedskap og krisehåndtering. Norge ønsker å delta fullt ut, men står formelt utenfor. Uten en ny avtale vil vi ikke ha noen automatisk plass i EU-koordinerte innkjøp, felles beredskapslagre eller krisevarsling.

Det betyr at vi som helsevesen, helsepersonell og befolkning, står med svekket tilgang til vaksiner og utstyr i neste krise.

VI MÅ BYGGE DOBBEL TRYGGHET

Det finnes ingen god alternativ løsning. Vi trenger både sterkere nasjonal helseberedskap og forpliktende internasjonalt samarbeid. Det handler ikke om enten eller. Det handler om å sikre tilgang, kapasitet og kompetanse hjemme og ute.

NSF har ingen politikk om hvorvidt Norge skal bli EU-medlem, men Norge må på plass i EUs helseunion. I dag finnes intet annet alternativ for å sikre Norges befolkning vaksiner, medisiner og smittevernustyr. Samtidig må norske myndigheter gjennomføre en nasjonal reform for å utdanne og beholde flere sykepleiere og sykepleiespesialister.

Vi må sørge for at nyutdannede velger faste stillinger og får gode introduksjonsprogrammer og mentorordninger. Vi må sikre at flest mulig fullfører utdanningene sine, og at vi holder på kompetansen gjennom hele yrkeslivet.

Dette er ikke et spørsmål om prestisje eller politikk. Det er et spørsmål om trygghet og beredskap.

HELSETJENESTENE ER NAVET I TOTALBEREDSKAPEN

Som forsvarssjef Eirik Kristoffersen har sagt: Forsvaret har en svært liten sanitet og er helt avhengig av de sivile helsetjenestene. Det gjelder også i en sikkerhetspolitisk virkelighet som er i rask endring, der allianser utfordres og forsyningssikkerheten blir en kamp om tid og tilgang. Da må vi bygge en helsetjeneste som står støtt – både alene og som del av noe større.

For det er ikke systemene som møter pasienten når krisen inntreffer. Det er menneskene. Sykepleierne. Helsearbeiderne. De som må vite at ressursene er der, at kollegaene er der, og at systemene faktisk fungerer når det gjelder.

NSF forventer at regjeringen prioriterer helseberedskap – både gjennom en forpliktende avtale med EU og gjennom en langsiktig nasjonal helseplan for utdanning, bemanning og drift.

Alt annet er gambling med norsk beredskap. 🚫

«Pandemien avslørte hvor sårbare vi er når globale forsyningslinjer svikter.»





FreeStyle

Libre 3**PLUS** Sensor**NYHET!**

FreeStyle Libre 3 Plus-sensoren er nå tilgjengelig!

-  Verdens minste^{1,2} 15-dagers sensor, og den nyeste innovasjonen innen FreeStyle Libre 3-systemet.
-  Muliggjør integrasjon med insulinpumper.
-  Godkjent fra 2 år og eldre, inkludert gravide.



Registrer deg her for å få den nyeste informasjonen, eller besøk Pro.FreeStyle.Abbott

Ingen riktige pasienter eller pasientdata. Bilder er kun ment for illustrasjon.

1. Blant glukosesensorer som festes på pasienter. 2. Registrerte data hos Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2024 Abbott. Sensorenheten, FreeStyle, Libre og relaterte varemerker eies av Abbott. ADC-102895 1.0 11/24.

www.FreeStyle.Abbott · +47 800 87 100 · Abbott Norge AS · Postboks 1, 1330 Fornebu





ALLTID BEREDT:
Andreas Espetvedt
Nordstrand er psyko-
log med uniform som
arbeidsantrekk.

Slik kan sykepleiere forberede seg mentalt på krig

Hva bør ligge i alle sykepleieres mentale beredskapskasse?
Her er militærpsykologens tips til bruk under krig eller andre kriser.

TEKST: EIVOR HOFSTAD
FOTO: OLE MARTIN WOLD

Hvis noe skal brukes i krig, må det kunne brukes i fredstid også. Man må være litt drillet i det man skal gjøre under en krise, sier Andreas Espetvedt Nordstrand.

Han er orlogskaptein og militærpsykolog. Pluss førsteamanuensis ved NTNU og leder for forskning og utvikling ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring.

OVERFØRINGSVERDI TIL SYKEPLEIERNE

Sykepleien snakker med ham like før han skal reise fra Trondheim og ut til et ukjent sted i Norge. Der skal han i noen uker undervise ukrainske militærpsykologer i hvordan de skal styrke sin mentale beredskap.

Det han lærer de ukrainske medicene, handler om hvordan de kan øke den mentale motstandskraften hos seg og sine i møte med den stressbelastningen som krig utgjør.

– De metodene kan med fordel også brukes av sykepleiere i vanlig daglig drift, hevder han.

Å HOLDE KOKEN

Nordstrand peker på at alle i samfunnet vil få en økt stressbelastning i urolige tider.

– Uroen i verden gjør folk mer usikre og redde.

Han mener at sykepleiere, som det allerede er kritisk mangel på i fredstid, vil kunne bli belastet ytterligere under en krig eller krise. Dermed står de i fare for å kunne bryte sammen eller bli utbrent.

– Derfor blir det ekstra viktig at de



MENTALT SKJOLD NÅR DU STÅR I KRISEN

■ Du vil bli eksponert for forstyrrende skader, bruk medisinsk terminologi for å filtrere det du ser.

■ Ved fronten er det begrensede ressurser.

■ Stol på prosedyrene for triagering du har lært.

■ Du vil være tett på andres lidelse og død.

■ Oppretthold grensene dine. Du er ikke kald og hjerteløs hvis du distanserer deg fra lidelsen.

Kilde: Forsvaret

opprettholder sin egen resiliens eller motstandskraft.

Noen har til en viss grad medfødt resiliens, men han mener sykepleierne heller må fokusere på robusthetsfaktorer, det vil si faktorer som kan bygge opp motstandskraften. Det kan de gjøre noe med. (Se beskrivelse av resilienskompasset på neste side.)

STRESSBØTTA

Nordstrand har et annet verktøy han mener sykepleiere bør kjenne til: Stressbøtta.

Det er en metafor for å forstå hva som skjer når belastning av det som treffer oss, skaper en aktivering i nervesystemet og fører til negative reaksjoner.

Man skal se på seg selv som ei bøtte. Bøtta fylles av ulike stressorer: høyt arbeidspress, krancling med kollega eller samboer, en pasient som dør eller noe annet dramatisk skjer.

Poenget er dette: Har man jobbet godt med resilienskompasset, har man investert i god forebygging. Det blir som et lager eller en buffer når stressorene tærer på.

I Forsvaret ser de for seg at de ulike tiltakene i kompasset er som en kran nederst i bøtta som tapper ut alle stressorene som blir fylt på der oppe.

Men det synes ofte mot forebyggingen, ifølge Nordstrand.

– Stress er ikke en av- og på-knapp. Det er en skala, og vi har en fargeskala på bøtta som går fra blått når bøtta er tom, via grønt, gult, oransje og rødt når den er full, sier han.

TEGN PÅ AT BØTTA SNART ER FULL

Hvis små drypp av ulike stressfaktorer samles over tid uten at man tømmer stressbøtta, altså at man ikke jobber tilstrekkelig forebyggende etter rådene fra resilienskompasset, kan man bli utbrent.

– Irritabilitet, liten appetitt, over-spising, insomni eller depressive følelser er alt sammen ulike tegn på at bøtta er i ferd med å renne over.

Nordstrand råder sykepleiere som skal inn i en krevende jobbsituasjon til å ta et øyeblikk for seg selv og kjenne etter hvor de befinner seg på skalaen. Hvis de kjenner at stressbøtta begynner å nærme seg rødt, bør

de kommunisere åpent om det, slik at noe gjøres.

Det er ofte lite som skal til, mener han: En til to dager fri, besøke familien eller ikke å gå nattevakter i en periode.

– Sykepleierne må også bygge seg et lager med positive opplevelser så de får en buffer å gå på.

– *Det er ikke alltid så lett å si fra når man vet at det blir mer belastning på dem som er igjen på jobb hvis man er borte en dag?*

– Da må man jobbe med kulturen, slik at den har et bevisst forhold til utholdenhet hos helsepersonellet, mener Nordstrand.

Han mener det er lettere å ta seg fri med bedre samvittighet hvis det er for å fylle bufferen.

– Det er også lettere å si fra hvis lederen snakker det samme språket. Da kan man si at man føler seg «på oransje», og lederen vil forstå med én gang og forhåpentligvis foreslå tiltak.

SYKEPLEIERE TÅLER Å SE LIDELSE

Nordstrand har sammenliknet norske veteraner som var operative styrker i Afghanistan med veteraner fra de fredsbevarende styrkene i Libanon. Afghanistangruppen måtte i større grad ta liv enn i den andre gruppen, hvor de kun hadde lov til å handle i selvforsvar.

Men i etterkant viste det seg at det var langt mer psykisk uhelse, som for eksempel aggresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), hos dem som var i Libanon, sammenliknet med dem som var i Afghanistan.

Nordstrand mener det kan ha noe med de ulike oppdragene å gjøre.

– *Helsepersonell vil jo også være vitne til mye lidelse og død i en krigssituasjon. Kan sykepleiere da i etterkant lettere få psykiske plager enn soldater?*

– Ikke helt. Bevitning, altså det å se lidelse og død hos andre, er jo det vi helsepersonell trener og er forberedt på. Vi er vant til det og vil derfor tåle det mye bedre enn en soldat som ikke er så trent i akkurat det.

– *Men de som hjelper til nede i Gaza nå, blir jo slitne og preget?*

– Ja, totalbelastningen er jo et poeng her. I Gaza er totalbelastningen av lidelse og død så enorm at risikoen for å slite etterpå kan bli større.

HVA SKAL MAN SI TIL BARN?

Sykepleiere kan bli beordret i en krigssituasjon til saniteten og kan måtte reise fra familien sin.

– *Hvordan forklare det best mulig til barna?*

– Jeg vil anbefale å være så ærlig som mulig, men på ungenes premisser. De bør snakke deres språk.

Nordstrand advarer mot å skjerme barna i for stor grad.

– Det kan gi dem falskt håp og falske premisser. Man bør for eksempel ikke si at man ikke blir borte så lenge, hvis det er usikkert. Da er det bedre å si at man ikke vet helt sikkert, men at man skal ringe hjem. Men da må man følge opp det.

– *Hva hvis man blir sendt til et område hvor det pågår kamper og det er usikkert OM man i det hele tatt kommer hjem igjen?*

– Dette er et punkt hvor du som voksen må anerkjenne at det er litt risiko, men forsikre om at du sjøl ikke kjenner deg utrygg. Tilpass det du sier til barnets alder. Fortell gjerne at «vi gjør alle mulige tiltak for at mamma eller pappa skal være trygg, akkurat som når du har på deg hjelm når du sykler».

Nordstrand minner om at det er en risiko å ikke ta noen risiko også:

– Da får du ikke gjort noe eller hjulpet dem som trenger hjelp. 🚫



PODKAST- OG LESETIPS:

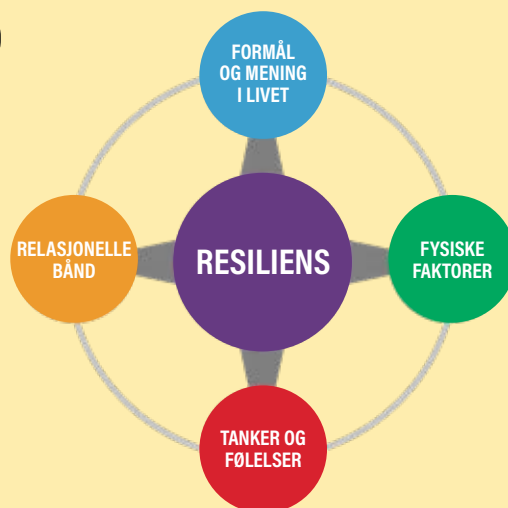
Podkasten «BFO befaler» der Andreas Espetvedt Nordstrand snakker om de konseptene som denne artikkelen handler om. Den finnes på Spotify og nettsiden til Befalets fellesorganisasjon.

Boka «End of Trauma, how the new science of resilience is changing how we think about PTSD» av George Bonanno. Den gir ifølge Andreas Espetvedt Nordstrand en moderne forståelse av belastning og resiliens.

**SLIK KAN DU BYGGE OPP
MOTSTANDSKRAFTEN** ▶

SLIK KAN DU BYGGE OPP MOTSTANDSKRAFTEN

Dette er hva psykolog Andreas Espetvedt Nordstrand kaller «resilienskompasset». Det består av fire faktorer som kan beskytte din psykiske helse.



FORMÅL OG MENING I LIVET

– Mennesker tåler mer hvis vi har et formål eller opplever at det er en mening bak det vi gjør, mener militærpsykolog Andreas Espetvedt Nordstrand og fortsetter:

– Folk tenker gjerne religion eller filosofi når jeg snakker om mening i livet, men det handler om å sette pris på de små hverdagslige øyeblikkene.

Han trekker frem den gode stunden når du skal legge ungene på kvelden, selv om du lengter etter å legge deg på sofaen. Eller små naturopplevelser: en regnbue, en hjort i hagen eller en fin soloppgang.

Da mener Nordstrand det gjelder å kople seg på og få hodet med seg.

– Man må tenke at man skal gi seg selv tid til den gode opplevelsen, og ikke være for ironisk eller kul. Fra slike stunder et par ganger om dagen kan vi hente mye robusthet. ■



FYSISKE FAKTORER

Du trenger ikke å være toppidrettsutøver, men du må ikke være i dårlig forfatning. Det holder å bli litt svett og få frisk luft og høy puls to-tre ganger i uka.

Du må få god nok søvn, så du tåler mer stress. Et banalt råd som ifølge militærpsykologen faktisk fungerer for å få bedre søvn, er å ha en notatblokk liggende ved siden av senga. Her kan du notere ting du kommer på at du må huske, så du ikke blir liggende og tenke på at du ikke må glemme det.

Progressiv muskelavslapning i et par minutter er også lurt. Da tvinger du kroppen til å skru av aktiveringen når du ellers går rundt med høy muskeltonus.

Ha et variert kosthold med nok vitaminer og næringsstoffer. ■





RELASJONELLE BÅND

Gode relasjoner demper stress. Det hjelper å søke sammen med andre når man er stresset, både med kolleger, familie og venner, råder militærpsykologen.

- På jobb er det viktig at sykepleiere jobber i gode, sammenveisede team hvor folk stoler på hverandre og føler seg trygge, og at

man har gode ressurspersoner å kontakte ved behov.

Nordstrand påpeker at lederne må være ekstra vare på sin kritiske funksjon. De må sørge for å skape en relasjonell kultur.

- Ikke minst må de sørge for at de ansatte får til balansegangen mellom jobb og familieliv, oppfordrer han. ■

TANKER OG FØLELSER

Om tanker:

Det er lett å snakke negativt til seg sjøl når man er stresset. Man tror gjerne at man presterer bedre av det, men det gjør man ikke, ifølge psykologen.

Positivt selvsnakk virker motsatt og gjør at du takler stresset bedre, mener han.

- Snakk til deg selv som om du er en god kollega, er oppfordringen.

Om følelser:

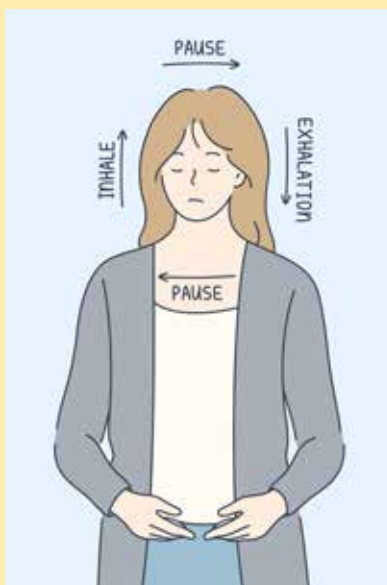
Angst eller sinne er to eksempler på følelser som er fint å kunne regulere ned. Da kan du ta grep om pusten.

Nordstrand snakker om firkant-pusting: Du puster inn i fire sekunder, holder pusten inne i fire sekunder, puster ut i fire sekunder og lar den være ute i fire sekunder.

Hvis du gjentar det fire-fem ganger, tvinger du ifølge psykologen nervesystemet til å gjøre en nedregulering, slik at følelsen kjennes mindre påtrengende.

Hvis du kjenner at du er veldig redd, anbefaler psykologen tre-ganger-tre-teknikken: Da skal du prøve å identifisere tre ting du ser rundt deg, tre ting du hører og tre ting du kan ta og kjenne på.

- Vi har ikke nok energi til å fyre opp både tenke- og følelshjernen. De to delene av hjernen krangler nemlig om de metabolske ressursene, sier Nordstrand.



Når du bruker tre-ganger-tre-teknikken, tvinger den frem en aktivering av tenkehjernen slik at aktiveringen i følelshjernen vil gå ned.

- Dette gjør jo helsepersonell hele tiden gjennom å bruke medisinsk terminologi, og forstå de sterke inntrykkene de ser gjennom en intellektualiserende linse via kunnskapen de har lagret i tenkehjernen, påpeker Nordstrand.

- Hadde du satt en person uten helsefaglig bakgrunn inn på en operasjonsstue, vil personen antakelig bli overveldet av følelser fordi de mangler den kunnskapen slik at følelshjernen ville dominere, tipper han. ■

TENKEHJERNEN

- Her ligger ansvaret for språk og abstrakt tenkning.

- Informasjon tas inn og integreres. Her skaper vi mening, tolker hendelser og forstår dem i sammenheng.

FØLELSESHJERNEN

- Er sentral i gjenkjennelse og håndtering av følelser.

- Er også sentral i å lagre minner og erfaringer. Nye opplevelser knyttes til det vi har opplevd før.

- Vi husker ofte sanse- og følelsesinntrykk ekstra godt fordi de er tatt knyttet til overlevelse.

Kilde: Traumebehandling.no, RVTs Øst

Vil hjelpe helsepersonell å takle krisearbeid bedre

Norsk-britisk studie: Det helsepersonellet som rapporterer mest «opplevd tvang» under krisearbeid, sliter mest psykisk.

TEKST: EIVOR HOFSTAD

Midt under den verste koronaperioden fra 2020 til 2021 samlet Andrea Stoltenberg og Hege Kristine Dahlen inn data fra helsepersonell.

Det var en del av doktorgradsarbeidet til Stoltenberg.

De intervjuet rundt 1000 helsepersonell, sykepleiere, leger og helsefagarbeidere, om arbeidet i frontlinjen med bekreftede eller mistenkte koronapasienter.

Forskerne utviklet et verktøy: Et spørreskjema som kan identifisere «opplevd tvang».

Kort forklart, er opplevd tvang en persons vurdering av en beslutningsprosess, der vedkommende opplever mangel på kontroll eller mulighet til å velge. Det kan være en følelse av å bli tvunget eller presset til å gjøre noe fordi man opplever at man ikke har vært inkludert i beslutningsprosessen. Kanskje har man ikke hatt muligheten til å uttrykke

sin sanne mening og/eller man har en følelse av at man ikke kan nekte fordi det kan føre til negative eller skadelige konsekvenser for en selv.

Under koronapandemien skjedde dette også gjerne i kombinasjon med både smittefare og ressursmangel.

– Det er et begrep som vanligvis brukes om pasienter. Men helsepersonell kan også erfare opplevd

tvang når de skal gjøre jobben sin under en krise, slik som under koronapandemien, sier Hege Kristine Dahlen.

Verktøyet forskerne utviklet, er en skala som kan identifisere hvordan helsepersonell skårer på opplevd tvang.

De håper det kan brukes av arbeidsgivere og de som har ansvaret for beredskapsplanlegging, for å hjelpe helsepersonellet til å fungere bedre ved ulike typer krisearbeid.

Når forskerne brukte verktøyet, fant de at de som skåret høyest på «opplevd tvang» rundt arbeidet, var de som rapporterte at de slet mest psykisk.

Resultatene er publisert i det prestisjetunge Scientific Report i år. 🇳🇴

Illustrasjonsfoto: Plainpicture / Monika Kluz / NTB



Nora fra Engelsviken

ÅRETS SOMMERLESING! Ny serie fra forfatteren av
Familien på Villa Solgry og Skjærgårdsliv



Hemmeligheter, løgner og lidenskap
på det stormfulle 30-tallet!

Jeanette Sembs nye romanserie er en
storslått serie om rederfamilien Krogh.
En perfekt blanding av mystikk,
romantikk og spenning!



«Spenning og dramatisk
i skjærgården!»

@MAMMASISSEL_LESER

BLI
ABONNENT
– få toalettmappe
og bok 1
GRATIS!



«Krimgåter møter
familiehemmeligheter.»

TONE LOENG, SERIELESER

NORSKE SERIER
CAPPELEN DAMM



Vil du bli abonnent?

Skann koden eller ring 21 89 70 70.

Du kan også bestille på norskeserier.no



Max-Hendrik Wathne Gelink (35)

■ Har 20 prosent stilling på Norsk koordineringssenter for blodberedskap (Nokblod) og jobber hver tredje helg på legevakten i Bjørnafjorden.
■ Er sanitetsspesialist i Heimevernet.

■ Delegat i Røde Kors ERU (Emergency Response Unit) og er også frivillig i Røde Kors Hjelpekorps.
■ Tar undervisningsoppdrag i førstehjelp og akuttmedisin.

Prepperens råd til sykepleiere

Hvis det blir krig eller krise, vil han heller være en ressurs enn en belastning.

TEKST OG FOTO: MARIT FONN

Max-Hendrik Wathne Gelink åpner døren til kjellerboden. Havregryn. Knekkebrød. Posemat. Og seks dunker med vann.

– Ah!

Han ser det med en gang:

– Perfekt plass til to dunker til.

Slik tenker en prepper, altså en som er opptatt av å være forberedt. Hvis – eller når – en krise kommer, vil Gelink kunne hjelpe venner, naboer og familie.

– Jeg vil være en ressurs, ikke en belastning. Det er min hovedmotivasjon, sier sykepleieren med ekstra interesse for beredskap.

– JEG SKAL FINNE EN MER ESTETISK LØSNING

Sykepleien besøker Gelink hjemme på Os utenfor Bergen. Han kaller seg selv nerd.

HVA ER «PREPPING»?

■ Ordet kommer av det engelske ordet «preparing», som betyr å forberede eller gjøre klar. Ordet har til dels gått inn som et vanlig uttrykk i norsk for å beskrive det å forberede seg til katastrofer, nødssituasjoner eller krig.

To 25-litere og fire 5-litere. Det blir 70 liter beredskapsvann.

I knappeste laget, syns han, selv om det er mer enn det myndighetene anbefaler for ham selv, samboeren og hunden.

Han vil faktisk ha enda mer: Ved å samle regnvann fra takrennen.

Foreløpig har samboeren satt foten ned for en svær, blå tønne på husveggen. Men Max-Hendrik har ikke gitt opp.

– Jeg skal finne en mer estetisk løsning, sier han.

På den lille hageflekken viser han frem to pallekarmer der de dyrker rotgrønnsaker.

Han legger til at vann er det svakeste beredskapspunktet i de fleste hjem.

– Vannmangel nedfører en stor sårbarhet. Også for samfunnet. Man kan ikke drifte et sykehus uten vann.

ER I HEIMEVERNET OG HJELPEKORPSET

Gelink er utdannet akutt sykepleier. Som student kjørte han ambulanse.

Han har nå to deltidsjobber som sykepleier, så han får jobbet både klinisk og administrativt: på Norsk koordineringssenter for blodberedskap (Nokblod) i Helse Bergen og på legevakten i Bjørnafjorden.

I tillegg underviser han i førstehjelp og akuttmedisin, er sanitetsmann i Heimevernet, frivillig i Røde Kors Hjelpekorps, har nylig vært på oppdrag i Gaza for internasjonale Røde Kors, har hatt flere ulønnede sanitetsoppdrag i krig i Nord-Irak.

– Jeg kan en ting eller to om fullblod. Men jeg er ingen ekspert. Det har vi bioingeniørene og legene til, sier han om Nokblod-jobben.

– En sårbarhet i krig er tilgangen på blod. Vi kan ikke lage blod. Kun tappe av folk. Jeg oppfordrer at alle, inkludert sykepleiere, blir blodgivere.

(Les om fullblod på side 64.)

KAN GI NØDBLOD

Nødblod brukes i akutte livstruende situasjoner. Blodet må være type 0. Gelink er kurset i både å tappe og gi blod.

Han forklarer: Man taper en pose blod fra en forhåndsutvalgt donor. Cirka 500 milliliter. Tar prøver av blodet, venter ikke på svaret, men gir blodet umiddelbart til pasienten. I etterkant sendes prøven til blodbanken for å avdekke eventuell smitte.

Gelink ivrer for vandrende blodbanker. Altså frivillige som kan tilkalles når det haster.

– Vi vet at det funker. Vandrende blodbanker har reddet liv, for eksempel i Finnmark.

(Les om vandrende blodbanker på side 68.)

I dag fins det ikke et nasjonalt blodgiverregister, og Gelink tror de fleste ikke vet hvilken blodtype de selv har.

– Det jobber vi med i Nokblod. Vi ønsker å få til noe å la kjernejournalen i Helsenorge.

HAR NYTTE AV HUMANITÆRT ARBEID

Gelink tenker ikke bare på klassisk krig, men alle slags kriser. I farten nevner han: Ekstremvær, it-problemer og andre teknologiske utfordringer, jamming (elektronisk krigføring), som kan slå ut GPS for luftfarten.

– Du må holde orden med så mange jern i ilden?

– Jeg liker å administrere og ha spillerom. Det glir greit. Jeg prioriterer det som er mest givende, ikke det jeg tjener mest penger på, sier han.

– Det gir meg mer å jobbe frivillig og ha egne prosjekter. Ofte er det knyttet til beredskap.

DETTE BØR SYKEPLEIERE FORBEREDE

UTSTYR

■ Mange vil se til sykepleiere for hjelp når en krise inntreffer. Sørg derfor for å ha nødvendig førstehjelpsutstyr, medisiner og annet utstyr tilgjengelig så du kan yte god og forsvarlig hjelp.



EGENBEREDSKAP

■ Sørg for å oppfylle Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap sine anbefalinger for egenberedskap, som et minimum.

DYRK MAT SELV

■ Dyрк noe mat selv, om ikke for å bli selvforsynt nå, så for å ha kunnskapen og erfaringen den dagen det trengs.

BLOD

■ Bli blodgiver!

VEDLIKEHOLD KLINISKE FERDIGHETER

■ Sørg for at du vedlikeholder kliniske ferdigheter selv om du jobber administrativt, slik at du fortsatt er en brukbar ressurs dersom behovet skulle oppstå, ref. pandemien.

ARBEIDSTID OG OMRÅDE

■ Vær forberedt på å måtte jobbe lenger enn normalt, med andre pasienter enn normalt og på andre steder enn normalt.



KOMPETANSE

■ Bli frivillig i en redningsorganisasjon som Røde Kors Hjelpekorps, Norges Lotteforbund eller Sanitetskvinnene.
■ Skaff relevant kompetanse om grunnleggende førstehjelp og psykososial førstehjelp.
■ Spe på med relevant kompetanse om krise, krig og katastrofemedisin.
■ Skaff deg noe friluftslivserfaring så du evner å klare deg selv under dårlige eller enkle kår. Lær deg gjerne å fiske, og ta jegerprøven.

Kilde: Max-Hendrik Wathne Gelink



▲ **LAGER:** Ikke hamstre det du ikke spiser til vanlig, råder Gelink. Fyll opp etter hvert som du bruker av matvarene.

Erfaring fra krigssoner og internasjonalt arbeid, spesielt humanitært, kommer også til nytte hjemme i Norge.

– Både hvis en krise oppstår, men også i hverdagen i møte med pasienter fra ulike kulturer.

Han har flerfoldige selvopplevde eksempler: Som gjest i Kurdistan skal du ikke gjøre husarbeid. I Irak bør du ikke fortelle at du er ateist. På Haiti skal du ikke bære en pasient på bære ut døren med beina først.

– Sånn kunnskap er vanskelig å fylle inn på cv-en.

FANT FREM SLEPETAUET

Max-Hendrik Wathne Gelink har råd til sykepleiere:

– Tenk først og fremst på det hverdagslige. Er du godt forberedt på generell beredskap, som innbrudd, brann og motorstopp, er du mer rustet for større kriser og kriger.

Det har han selv erfart. Flere ganger.

«Verktøyet er halve jobben.»

MAX-HENDRIK WATHNE GELINK, sykepleier og prepper

For eksempel da det var storm i Hyllestad i Sogn, og trærne lå veltet over veien. Da trådte Gelink til. Han hadde jo både sag og slepetau i bilen.

– Det ble en notis om det i lokalavisen Firda, forteller han.

– Ikke alle er så sterke som du?

– Verktøyet er halve jobben, parerer han.

– Men fysisk og psykisk egnethet er viktig kompetanse. Det er viktig å trene, selvfølgelig, det hjelper ikke bare å ha utstyr.

Førstehjelpsutstyr er selvsagt også med i bilen hans.

– Hvis man følger med, kommer det til nytte. Det er styrken min.

Som da han var en av de første på stedet etter en mc-ulykke.

– Jeg fikk bruk for det jeg hadde i sekken.

– For eksempel hva?

– Teppe. For å unngå hypotermi, det var fuktig på bakken. Engangshansker, for å beskytte meg selv. Refleksvest, selvfølgelig, for egen sikkerhet.

Da samboeren hadde bilen for å besøke en gravid venninne, ringte hun for å spørre om førstehjelpsutstyret. Ved hjelp av utstyret kom det frem at venninnen hadde tegn på svangerskapsforgiftning.

– Jeg har mer førstehjelpsutstyr enn den apotekpakken man kan vinne på vinlotteri, opplyser Gelink.

Blant annet dette:

- blodtrykksapparat
- termometer
- reseptfrie medisiner som febernedssettende, allergimedisin, slimløsende

- pulsoksymeter, som måler puls og oksygenmetning
- utstyr til luftveishåndtering og til å stoppe store blødninger

- KJØP DET DU VANLIGVIS SPISER

– Utstyret er ikke nok, du er bare halvveis i mål. Kompetansen har du alltid med deg.

Følger du anbefalinger til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), kan du klare deg selv:

– Da kan myndighetene konsentrere seg om å hjelpe de syke, de eldre og de sårbare.

– Hvis du ikke har egenberedskapen på stell, blir du en belastning og stjeler tid og ressurser fra dem som trenger det.

Selv vil han unngå å ha hendene i fanget og ikke gjøre noe.

– Følelsen av hjelpeløshet er ikke god.

– *Jeg har to 5-litere med vann iboden. Er det nok...?*

– Det er en maraton, og du trenger ikke å haste, trøster Gelink.

– Sett deg inn i det. Handle ekstra når det er salg. Kjøp det du vanligvis spiser. Spiser du ikke hermetikk til vanlig, så ikke kjøp det. Ha noe ekstra av det du pleier å ha. Når du spiser av det, kjøp ny, så du alltid har ekstra liggende.

- SYKEPLEIERNE ER EN MER VITAL DEL AV FORSVARET

I større kriser, som krig eller naturkatastrofe, må sykepleiere være klar til å jobbe annerledes enn de er vant til, understreker han.

– Du kan ikke forvente å få hjelp og støtte slik du er vant til.

Han viser til en oversvømmelse i USA. Hjemmesykepleierne måtte bruke båt for å komme til pasientene. Under en snøstorm i Danmark rykket

SLIK ER HAN BEREDT:



▲ **VARME:** Gelink har kjøpt en oppladbar varmluftspistol. Han skal teste om den kan brukes til hypotermipasienter.



▲ **HAR DU NOK?** – Man bruker mye mer vann hver dag enn man er klar over.



▲ **NØDLYS:** Går strømmen, lyser det fortsatt i hver etasje hjemme hos Gelink. Fordi små lykter i støpslene da skruer seg automatisk på.

jordmor ut i beltevogn fra Forsvaret.

Gelink spør seg: Er norske sykepleiere forberedt på sånt?

– *Kriser som oppstår, er vanligvis ikke de vi trodde skulle komme?*

– Det kommer an på hvor du bor. Som værforhold.

– Men i et krigsscenario må sykepleiere være klar over at de er en del av totalforsvaret. Alle er det, men

sykepleierne er en mer vital del av Forsvaret enn andre.

Slik det var i koronatiden, sånn kan det bli i krig også.

– Det ligger et stort ansvar i det. Sykepleierne må tenke over hvordan de kan håndtere det.

– *Praktisk og mentalt?*

– Begge deler. Den psykiske biten kan virke vanskelig. Kan være at du må jobbe med det i forkant, hvis du ikke vant til det.

Du vil også få andre pasienter enn vanlig:

– Særlig hvis du er nær krigsfronten:

Medisinske sengeposter kan fylles opp av kirurgiske pasienter. Jobber du poliklinisk, kan du bli omdisponert. Administrative sykepleiere kan bli beordret til klinisk arbeid. Slik som under koronapandemien.

ARBEIDSMILJØLOVEN KAN SETTES TIL SIDE

I krig trer andre lover og regler inn enn i fredstid. De kan sette andre lover til side. For eksempel arbeidsmiljøloven.

– Du kan måtte jobbe tolv-timersskift to, tre og fire uker i strekk, avhengig av hvor i landet du er og hvilken kompetanse du har.

– *Hva med dem som tenker: «Det vil jeg ikke fikse, jeg er ikke sterk nok til det?»*

– Bare ved å reflektere over det har du gjort et stykke arbeid. Dessverre er det ikke et frynsegode å kunne velge alltid.

Gelink oppfordre dem som tenker at «dette er ikke noe for meg» til å gjøre noe med det.

– Snakk med noen med erfaring med kriseberedskap. Veteraner eller noen som har vært i Forsvaret. Eller jobbet humanitært.

– Husk også at ikke alle sykepleierne har kulene over seg i en krig. Men det vil uansett være uvant, forholdene rundt vil forandre seg.

TENK OG ØV

Flere råd: Ta fysiske grep. Be om oppfriskningskurs i førstehjelp på jobben.

- Den viktigste muskelen er denne. Han peker på hodet.
- Den er viktigst å trene. Sørg for at du har kunnskapen til å vite hva du skal gjøre og den mentale robustheten til å gjøre det. Og den fysiske evnen.
- Det hjelper lite å være mentalt forberedt hvis du blir andpusten av å gå hundre meter.

Det er disse tre som gjelder: Det mentale, det fysiske og utstyret må henge sammen.

- Hvis du har tenkt gjennom hva du skal gjøre, stiller du mer forberedt. Hvis du har øvd på hva du skal gjøre, vil du gjøre det bedre den dagen du står i det.

KAN DE LADE MOBILTELEFONENE?

Gelink tenker på alle sykepleierne som er ledere og direktører. Til dem sier han:

- Forsøk å implementere egenberedskapsrådene på jobben.

Han antar at sykehus har nok mat og nødaggregat. Slik er det ikke nødvendigvis på sykehjem.

- Tenk over at ansatte kan måtte jobbe langvarig, for eksempel ved nedfall etter en atomulykke i Russland. Anbefalingen kan være å holde seg inne i 24, 48 eller 72 timer. Har dine ansatte mat og vann?

Og videre: Kan de lade mobiltelefonene? Fins det ekstrasforsyning av drivstoff? Verneutstyr?

Til sykehus har han disse rådene: Ta vare på utgåtte essensielle medisiner.

GRAVLYS I BEREDSKAPSKASSEN

Gelink tok selv initiativ til å lage beredskapskasser for de frivillige i Røde Kors-ambulansen Bergen.

- Hva er det i kassene?
- Vann, frysetørket mat, jodtabletter, batterier, fyrstikker. Og gravlys.
- Gravlys?
- De brenner lenge. Og de har en metallhette, så hvis noe faller oppå

DETTE BØR SYKEPLEIERLEDERE TENKE PÅ:

EGENBEREDSKAP

Sørg for å ha «egenberedskap» på jobb så ansatte kan fortsette å gjøre essensielt arbeid, selv etter at krisen er inntruffet. Som for eksempel mat og vann, avbruddsfri strømforsyning (UPS) og nødstrøm, nødbelysning, varme og overnattingsmuligheter.



PERSONELL

Husk at dine ansatte som er tjenestepliktige i Sivilforsvaret eller Forsvaret, kan bli kalt ut til tjeneste i en krise, og at du da må klare deg uten dem.

KRISELAGRE MED MEDISINER

Legg til side essensielle medisiner som er utgått på dato. Etterforsyning vil/kan bli vanskelig i nesten alle krisescenarioer, for eksempel traneksamsyre, smertestillende, atropin og alle hyppig brukte vanlige medikamenter.

VANDRENDE BLODBANK

Jobber du langt unna et akutt sykehus, vurder å etablere Vandrende blodbank. Enten det er hacking, aske eller krig, så bør dere ha en plan B dersom helikopter ikke kan nå dere.

BEREDSKAPSPLANER

Gjør deg kjent med beredskapsplanene til arbeidsplassen din, og påse at de tar høyde for å håndtere et større antall krigsskadede pasienter, hacking, bortfall av strøm og telekommunikasjon.

SAMARBEID MED LOKALE BEREDSKAPSAKTØRER

Etabler samarbeid med og øv med lokale beredskapsaktører i fredstid, så dere er forberedt den dagen krisen inntreffer.

Kilde: Max-Hendrik Wathne Gelink

dem, eller de velter, begynner det ikke å brenne. Og de kan henges opp i en vaier.

- Gelink bor i et ganske nytt hus.
- Vi skulle hatt mye mer oppbevaringsplass.

HVA HVIS BLODBANKEN BLIR HACKET?

Ledere må ha beredskapsplaner for ulike scenarioer. Type pasienter endrer seg.

I krig har flertallet skader.



▲ **JAKTVÅPEN:** På kontoret har Gelink førstehjelpsutstyr, VHF-radio og våpenskap med både hagle og rifle. I tilfelle krise, kan han kanskje skyte en hjort.

– Nye problemstillinger er hacking, som kan være et problem for blodbanker. Noen printer informasjon om blodgiverne på papir med jevne mellomrom.

– *Papirkopier er noe sykepleieleiderne bør tenke på?*

– Ja. Og oppdater gjerne medisinlister. Hvis hjemmesykepleien har digitale systemer, bør de ha papirlister liggende som backup. Noe så enkelt som at datasystemer svikter, hvordan skal hjemmesykepleiere da kommunisere hvis de ikke har mobildekning? Nødetatene har nødnett.

- KRIGSSKADEFERDIGHETENE VERDSETTES IKKE

Gelink føler av og til at disse krigsskadeferdighetene ikke verdsettes.

– Den kompetansen blir litt avfeid, det viktigste er at turnusen går opp.

– *Har du venner som er som deg?*

– Ja da, flere. Inkludert sykepleiere. De er like lidenskapelige om beredskap som meg. Mange er bedre enn meg også.

Han syns selv at han ikke er kjempeflink i noe.

– Det jeg er flink til, er at jeg kan litt om alt. En potet. Jeg har søkt breddekompetanse fremfor å spisse meg. Kanskje er det en ulempe, men i felt er det en fordel.

HAR INGEN KONSPIRASJONSTEORIER

Han beskriver seg selv som realistisk, jordnær og pragmatisk.

– Jeg har gjort beredskap til en hobby. Det er gøy. Kjekt.

På kontoret vegg i vegg med vannedunkene har han alt fra våpenskap, treningsutstyr og feltuniform.

– Er det ikke slitsomt å bekymre deg, lurar noen. Nei, jeg er ikke bekymret. Eller jo, er jo bekymret for

hvordan politikken utvikler seg. Men jeg personlig er avslappet.

– *Ingen konspirasjonsteorier du støtter?*

– Absolutt ikke. Jeg er kjempevaksinetilhenger. De aller fleste prepperne i Norge er helt normale mennesker. De bor ikke i bunkere og har ikke 40 våpen.

Andre prepper jeg snakker med og leser om, er tydelige på at de ikke vil være en belastning de heller.

Gelink kjører Sykepleiens journalist til flyplassen. Han ser røyk på venstre side.

– Bilbrann! tipper han.

– Synd at det var feil side av veien. Du kunne fått fine bilder.

Han har jo selvfølgelig brannslukningsapparat i bilen.

– *Røyken. Jeg så den ikke engang ...*

– Man ser det man interesserer seg for, konstaterer Gelink. 🚒

BARN MED MELKE- PROTEINALLERGI TRENGER BEHANDLING

Kun for helsepersonell

Forekomsten av matallergi øker over hele verden.¹ Kumelkallergi er en av de vanligste matallergiene hos barn. En kohort av norske spedbarn viste at om lag 5 % hadde kumelkallergi.²

Hvordan skal vi i fremtiden behandle disse barna?

Hovedprinsippet i kostbehandling er å unngå alt som inneholder kumelkprotein. Barn med denne allergien må ha en erstatning for melken de ikke tåler. Amming er alltid den beste ernæringen for spedbarn, men dersom en ikke kommer i mål med amming, kan helsepersonell forskrive spesialiserte, hypoallergene melkeerstatninger basert på hydrolysert protein eller aminosyrer. Norske helsemyndigheter anbefaler dette inntil barnet er 3 år.³ Forskning viser at dysbiose i tarmfloraen er vanlig ved kumelkallergi, noe som kan være en av årsakene til utvikling av allergiske reaksjoner^{4,5}. Det er derfor viktig at melkeerstatningen inneholder fiberkilder som gir næring til de gode bakteriene.

Våre Pepticateprodukter inneholder fiberkildene GOS / FOS*, som støtter utviklingen av en tarmflora som ligner på tarmens bakterieprofil til morsmelkernærte spedbarn og gir en velfungerende mage.^{5,6} I tillegg til god symptomlindring, sikrer Pepticate god tilvekst og utvikling hos barna.⁷ Produktet har god smak for enklere introduksjon og etterlevelse.⁸



Pepticate



Pepticate PLUS

Pepticate er en trygg og næringsrik kostbehandling for barn med kumelkproteinallergi, med hydrolyserte proteiner som reduserer allergirisiko.

Scan QR koden og
lær mer på våre
hjemmesider



Pepticate er hypoallergene ernæringsprodukter som brukes i kostbehandling av spedbarn og barn med melkeproteinallergi og skal brukes i samarbeid med helsepersonell.

* GOS - FOS = Galakto - Frukt Oligo Sakkarider

Referanser: 1. Pawankar R, et al. World Allergy Organisation (WOA): White book on allergy. Wisconsin: World Allergy Organization, 2011. 2. Kvenshagen B, et al. Acta Paediatr 2008 Feb;97(2):196-200. 3. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/allergi/matallergi> 4. Vighi G, et al. Clinical and Experimental Immunology 2008;153 (Suppl. 1): 3-6. 5. Moro G, et al. JPGN 2002, Mar;34(3):291-5. 6. Knol J, et al. JPGN 2005, Mar;34(3):291-5. 7. Verwimp JJM et al. Eur J Clin Nutr 1995;4(1):39-48. 8. Maslin et al. Pediatr Allergy Immunol. 2018 Des;29(8):857-862.

Nutricia Norge AS | Drammensveien 123, 0277 Oslo | Tlf: 23 00 21 00 | E-post: nutricia.amnno@danone.com | www.nutricia.no



Tusen takk!

Takket være deres hjelp har Kreftforeningens juleaksjon 2024 samlet inn mer enn **41 millioner kroner til livsviktig kreftforskning**. Vårt mål er at færre skal få kreft, flere skal overleve og vi skal bedre livskvaliteten for personer som er rammet av kreft.

Har din avdeling, på sykehus eller sykehjem, lyst til å være med på juleaksjonen i 2025?

Scan QR-koden og les mer:



KREFTFORENINGEN
Juleaksjonen 2025



DEL 3:

Utstyr og blod

På de neste sidene kan du lese om hva som skal være på beredskapslagrene, og om vi har nok blod.



A photograph of a hospital room. In the foreground, a bed with a metal frame and a white sheet is visible. On the wall above the bed, there is a medical device with a white tube connected to it. To the right, a red shelving unit is partially visible, filled with various items. The room has light-colored walls and a window in the background.

WARDØ:

Feltsenger i tilfluktsrom, mat og medisinsk utstyr for et halvt år

– Vi kan ikke sitte og vente på at noen skal hjelpe oss hvis det skjer noe. Vi må kunne ta vare på pasientene våre både i krig og fred, sier avdelingslederen på sykehjemmet.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT





FULLE HYLLER: Mel, sukker, hermetikk og pasta. Matlagrene til sykehjemmet i Vardø er fylt opp.

VARDØ (Sykepleien):

For å komme til sykehjemmet i Norges østligste kommune, må man kjøre fra fastlandet i Finnmark og ned gjennom en kort, undersjøisk tunnel.

Oppe på andre siden er Vardøya. Det første man ser er havet. Små fargerike hus. Og oppe i høyden: To store, hvite ballonger.

DE FØLGER MED

«Ballongene» eller «globusene», som de egentlig heter, er ikke til pynt. De brukes av Etterretningstjenesten, som er stasjonert i Vardø.

Globus-radarene oppe på Vårberget har ifølge Etterretningstjenesten tre funksjoner:

- overvåke, følge og kategorisere objekter i verdensrommet
- overvåke vårt nasjonale interesseområde i nord
- gjennomføre innsamling til nasjonal bruk innen forskning og utvikling

Tjenesten understreker på sine nettsider at Globus-systemet aldri har vært en del av det amerikanske eller noe annet lands missilforsvarssystem.

Kanskje er dette et opplagt bombe-mål, kanskje ikke.

Men noe er sikkert:

– Vi vet hvor vi bor, og vi har erfart at hjelpen ikke alltid kommer frem så raskt som vi skulle ønske, sier Liss Annie Andersen, sykepleier og avdelingsleder på sykehjemmet i kommunen med i underkant av 2000 innbyggere.

– Og pasientene våre skal ha tjenester uansett hva som skjer, om det er vær, krig eller fred. Det er vi forpliktet til å planlegge for.

VANN FOR ET DØGN, MAT FOR ET HALVT ÅR

Vi befinner oss en etasje under bakkeplan, og det knirker når Liss Annie Andersen skyver den tunge jerndøra opp med begge hendene.

WARDØ



■ Norges østligste by i kommunen med samme navn.

■ Forbindelsen til fastlandet går gjennom en undersjøisk tunnel.

■ Vender mot Barentshavet og ligger 30 kilometer unna den russiske grensen i havet.

– Ja, velkommen inn til tilfluktsrommet vårt, sier hun.

– Her har vi nok mat for et halvt år. Vi har pasta, ris, hermetikk ... vi har det vi trenger. I tillegg har vi et fullt hovedkjøkken med ferskvarer.

STOR BESTILLING

Fra og med 1. januar 2026 er alle kommuner pålagt å ha tre måneders beredskapslager med smittevern-utstyr.

– På grunn av beliggenheten har vi lager for medisinsk forbruksmaterieell for seks måneder, forteller Andersen.

Ettersom kommunen har legevakt på øya, har de også medisiner som er anbefalt å ha på sykehusenes beredskapslager. Det ble til sammen

en stor bestilling som de jobber med å få på plass.

– Vi var tidlig ute med å bestille. Det håper jeg andre kommuner også er, så det ikke blir forsyningsproblemer fordi alle kommunene skal få på plass beredskapslagrene samtidig når fristen nærmer seg, sier hun.

Hun viser videre innover i tilfluktsrommet.

Liss Annie Andersen har hatt en sentral rolle i oppbyggingen av lageret. Kommunedirektøren følger opp, og et nytt strømaggregat har han selv kjøpt inn fra et overskuddslager hos Statsnett.

Kanner med vann er stablet opp bak et gitter.

– Vi har vann nok til å klare oss i et døgn alene uten å trenge bistand fra teknisk avdeling i kommunen, sier Andersen.

PLANLEGGER FOR DET VERSTE

Hvilke scenarioer er det de ser for seg?

– Krig, invasjon. Selv om det ikke er sannsynlig, er det viktig å planlegge for det. Tunnelen kan bli okkupert, da kommer vi ingen veier.

Sykepleier Andersen svarer raskt og greit og understreker samtidig at dette ikke er noe hun går rundt og er redd for i det daglige.

– Vi kan også bli isolert over lengre tid på grunn av vær – det er mye som kan skje. Hadde vi visst akkurat hva og når, hadde det jo vært greit.

MYE JOBB MED BEREDSKAPSLAGER

Kommunen har inngått en avtale om digitalt medisinalager. Den får automatisk tilsendt påfyll når det nærmer seg en nedre grense for beholdningen av de forskjellige medikamentene.

Medisinsk utstyr må oppdateres ved at de selv teller opp og sender bestillinger.

– Et slikt beredskapslager krever mye jobb. Det kommer ikke på plass av seg selv. Så skal det også følges opp



▲ **IKKE REDD:** Liss Annie Andersen mener det er viktig å planlegge – også for det som sannsynligvis ikke vil skje. Hun går ikke rundt og er redd i det daglige, verken for krig eller invasjon.

så varene ikke går ut på dato. Vi vil bruke opp alt vi kan, ikke kaste noe unødvendig.

Lagrene til hverdagsforbruket er også fylt opp.

KRESNE 90-ÅRINGER I VARDØ

Dopapir, urininkontinens-utstyr og våtservietter står inntil en vegg nede i tilfluktsrommet.

En halvåpen eske med mer hermetiske kjøttboller i tomat saus langs en annen vegg.

– Tomatsausen falt ikke i smak hos pasientene på sykehjemmet, så det går til barnehager og skolefritidsordningen. På kjøkkenet har de testet seg frem til en oppskrift på brød som de fleste godtar. Det måtte bli uten frø.

– Den andre hermetikkmaten er planlagt å spes ut med kjøtt vi har på frys. De er kresne, de her 90-åringene, smiler hun

«Det er mye som kan skje. Hadde vi visst akkurat hva og når, hadde det jo vært greit.»

LISS ANNIE ANDERSEN, akutt sykepleier og avdelingsleder på sykehjem

ØVD PÅ BRANN, IKKE TILFLUKTSROM-EVAKUERING

Innerst i tilfluktsrommet er det lagret feltsenger, dyner og puter. Det vil være plass til alle i en krisesituasjon, sier Andersen.

Per i dag er det 29 pasienter på sykehjemmet. Evakuering med pasienter fra sykehjemsetasjen og ned hit har de ikke øvd spesielt på.

– Vi bruker brannlaken på de pasientene som ikke kan gå selv. Og brannøvelser har vi jevnlig, så evakuering ned to etasjer vet vi at vi kan få til.

Hvor lenge er det realistisk at de kan klare å drive sykehjem her nede i tilfluktsrommet, mat og medisiner til tross?

I et hjørne står et nesten ferdigpyntet juletre. Andersen ser på det og sier:

– Jo da, vi kan sikkert bli her ei stund, til og med feire jul her. Om det går ut over ett døgn, bistår teknisk etat med vannforsyning. Men det er tenkt som en nødløsning frem til vi får hjelp. Det er jo ikke akkurat et sted man vil være i mange dager.

UTDANNET SEG FOR Å BLI TRYGGERE

Liss Annie Andersen tok for noen år siden videreutdanning:

– Jeg valgte å bli akutt sykepleier, og det er jeg glad for. Jeg ville føle meg tryggere på å kunne håndtere det dersom noe kritisk skulle skje her ute, sier hun. 🚒

Trenger flere som kan tappe og flere som vil gi blod

Lederen for Norges blodberedskap ber sykepleiere engasjere seg mer i blod.

TEKST: NINA HERNÆS

Torunn Oveland Apelseth leder Norsk koordineringssenter for blodberedskap (Nokblod) som skal sikre tilgang til blod og blodprodukter i krise og krig.

Hun har tidligere uttrykt bekymring for blodberedskapen. Nå sier hun at det går steg for steg i riktig retning. Men hun er utålmodig.

– Det er en helt annen oppmerksomhet rundt blodberedskap og blod som en kritisk faktor i krig og krise, sier hun.

– Men fremdeles er det sånn at fire av ti sykehus ikke har blodplater på lager.

Det betyr at de ved livstruende blødning ikke kan tilby den behandlingen som ifølge den nasjonale traumeplanen er best. Det kan være fatalt i en krigssituasjon med mange penetrerende skader og potensielt stort tap av blod.

FULLBLOD ET VIKTIG TILTAK

Ved livstruende blødning anbefaler traumeplanen balansert

NASJONAL PLAN FOR BLODBEREDSKAP

- Norge har ingen nasjonal plan for blodberedskap. Men en EU-forordning om substances of human origin (SoHO) trer i kraft i august i 2027.
- Her er et krav at landene skal ha en nasjonal beredskapsplan for tilgang på blod og blodprodukter.

Kilde: EU og Norsk koordineringssenter for blodberedskap

TRAUMEPLANEN

- Nasjonalt system for organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter.
- Utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume).
- Er laget slik at den løpende kan revideres.
- Sist revidert i 2023.

Kilde: Metodebok.no

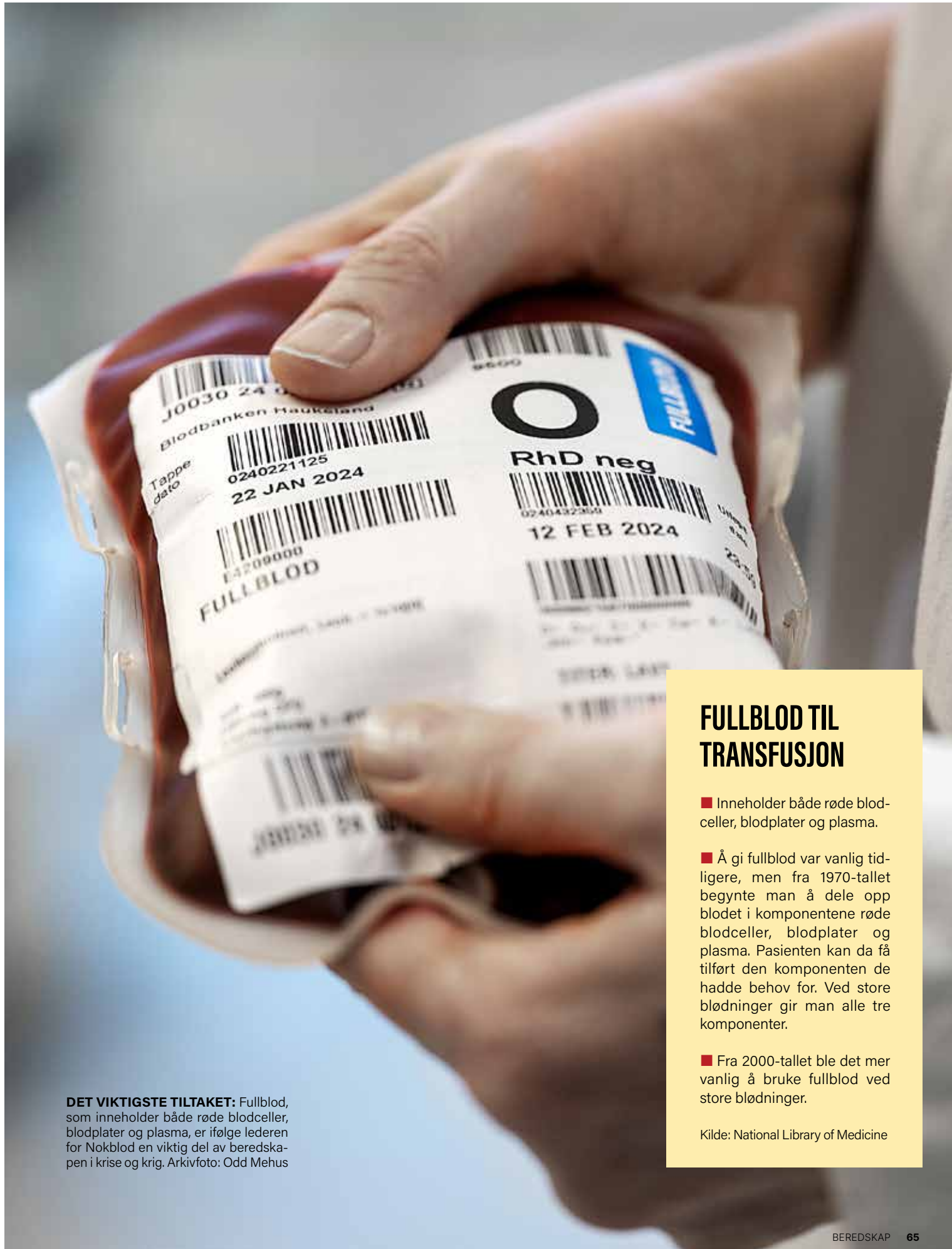
blodtransfusjon. Det vil si at det gis røde blodceller, blodplater og plasma i fysiologisk ratio. Men uten blodplater på lager er det ikke mulig å gi en slik balansert blodtransfusjon.

Med mindre sykehusene kan tilby fullblod.

– Jeg tror at det tiltaket som best vil

bedre blodberedskapen i Norge mest på kortest tid, er at alle blodbanker har mulighet til å tappe og gi fullblod, sier Apelseth.

Fullblod betyr at man transfunderer blodet uten å dele det opp i komponenter. Men ifølge lederen for Nokblod er situasjonen langt unna



DET VIKTIGSTE TILTAKET: Fullblod, som inneholder både røde blodceller, blodplater og plasma, er ifølge lederen for Nokblod en viktig del av beredskapen i krise og krig. Arkivfoto: Odd Mehus

FULLBLOD TIL TRANSFUSJON

■ Inneholder både røde blodceller, blodplater og plasma.

■ Å gi fullblod var vanlig tidligere, men fra 1970-tallet begynte man å dele opp blodet i komponentene røde blodceller, blodplater og plasma. Pasienten kan da få tilført den komponenten de hadde behov for. Ved store blødninger gir man alle tre komponenter.

■ Fra 2000-tallet ble det mer vanlig å bruke fullblod ved store blødninger.

Kilde: National Library of Medicine



▲ **VIL HØRE FRA SYKEPLEIERE:** Torunn Oveland Apelseth mener sykepleiere spiller en viktig rolle i blodberedskapen. Arkivfoto: Odd Mehus

den at alle landets 49 sykehus kan gi og tappe fullblod. Hun sier at tre av universitetssykehusene kan det, og flere luftambulanser og redningshelikoptre har fullblod om bord.

– Er du like bekymret for blodberedskapen som før?

– Ja. Det skjer noe, og vi er på riktig vei. Men vi er ikke i mål. Det er fremdeles grunn til å være bekymret, sier hun.

VIL HA BEREDSKAPSGIVERE

På Nokblod-lederens ønskeliste står i prioritert rekkefølge:

1. At alle landets blodbanker og sykehus kan tappe og gi fullblod.
2. At det opprettes et beredskapskorps av blodgivere.
3. At det etableres opplæring av beredskapstappere.

– Vi trenger flere blodgivere i Norge, sier Torunn Oveland Apelseth.

– Og noe vi jobber med, er å se på hvordan vi kan rekruttere beredskapsgivere. Det er blodgivere som av ulike årsaker ikke kan være faste blodgivere, men som kan stå på en liste for å gi blod i krise og krig.

Hun peker også på at det i en stor krise, og særlig på små steder, ikke vil være nok tappere.

«Det er fremdeles grunn til å være bekymret.»

TORUNN OVELAND APELSETH, leder Nokblod

– Derfor ser vi på om vi kan lære opp flere til å kunne tappe blod.

– Burde det inn i sykepleierutdanningen, for eksempel?

– Ja, det hadde vært en drøm.

- FORTELL OSS OM SÅRBARHETER

Hun har tips til sykepleiere som vil være med å bedre blodberedskapen:

– Bli blodgiver, oppfordrer hun.

Og:

– Vær opptatt av blod og engasjer dere i blodberedskap.

Apelseth tror mange sykepleiere, og andre, tenker at blod er noe blodbankene fikser.

– Vår oppgave er å sørge for at dere har det dere trenger. For å vite hvordan vi best kan bistå, vil vi gjerne ha hjelp fra sykepleiere som møter pasienter ansikt til ansikt, og som står i akutsituasjoner med behov for blod. Hva er det dere trenger, spør Torunn Oveland Apelseth.

Hun viser til Finnmark, der det er

etablert en ordning med nødtapping av fullblod fra beredskapsgivere i en vandrende blodbank.

– Det gir et nytt verktøy. For dem som jobber der, og som har erfart hvordan det er å stå i en situasjon uten nok blod, så har det stor betydning. 🚑

(Les også om vandrende blodbank på s. 68.)

NOKBLOD

- Står for Norsk koordineringssenter for blodberedskap.
- Skal sikre Norge tilgang til blod og blodprodukter ved krise og krig.
- Skal etablere et felles system som ivaretar Forsvarets totale behov for blodprodukter.
- Skal bedre beredskapen ved større sivile katastrofer og/eller terrorangrep.
- Skal bedre blodberedskap i geografisk isolerte områder.

Kilde: Norsk koordineringssenter for blodberedskap



Silentia Whiteboard

ANNONSE

NYHET

Silentia introduserer et nytt alternativt design som integrerer paneler med whiteboard i den mobile gavlskjermserien. Denne nyheten bedrer kommunikasjonen mellom pasienter og personalet.



Erlend Lågøyr, Silentia Norge

Ta kontakt med Erlend for et besøk eller en online demonstrasjon.
info@silentia.no
Les mer på silentia.no



"Hjelper pasienten med å orientere seg."

- Spesialsykepleier, Intensivavdelingen, Sverige

VÆRHARDT I VADSØ:

Vær kan være et hinder for å få hjelpen frem i tide. Vandrende blodbank kan redde liv, sier sykepleier og frivillig nødblodgiver Christer Jakola.

VANDRENDE BLODBANK:

Sykepleier Christer er klar for å gi nødblod

– Jeg brenner for lokalberedskap, det må jeg kunne si.



TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

VADSØ (Sykepleien): Christer Jakola er nødbloodgiver og nødtapper til «Vandrende blodbank» i Vadsø.

Det betyr at i en akuttsituasjon der det er behov for nødblood raskt, har han sagt seg villig til å bli hasteinnkalt for å bidra.

– Det kommer en melding på mobilen. Så må jeg bare hive meg rundt og dra til helsesenteret så fort jeg bare klarer, og gjøre meg klar til å gi eller tappe 450 milliliter blod.

PÅ Plass I LØPET AV MINUTTER

Christer Jakola peker ut stuevinduet i huset han bor i, like ved Vadsø sentrum:

– Fem minutter tar det å kjøre herfra til helsesenteret. Pluss tiden jeg bruker på å komme meg i klærne og ut til bilen.

Vadsø legevakt er sertifisert som Vandrende blodbank. (Se faktaboks)

På helsesenteret, der legevakten er lokalisert, skal han så melde sin ankomst, sette seg på et forhåndsdefinert område og starte utfyllingen av et blodgiverskjema – hvis det

DETTE ER VANDRENDE BLODBANK

NØDBLODGIVERE FRA LOKALBEFOLKNINGEN

Finnes per i dag i Alta, Vadsø, Berlevåg og Longyearbyen. Her er det personell som har fått opplæring i nødbloodtapping, og et korps av nødbloodgivere rekruttert blant lokalbefolkningen.

BLODTYPE 0

En nødbloodgiver må oppfylle vanlige krav til blodgivere. I tillegg må de ha blodtype 0 og ha lavt nivå av naturlige antistoffer mot andre blodtyper.



20 AKTIVERINGER

De siste to årene har det vært 20 aktiveringer av vandrende blodbank.

MODERBLODBANKER

Moderblodbankene, som er i **Hammerfest, Tromsø og Kirkenes**, godkjenner nødbloodgiverne som kan stå på tilkallingslisten for å gi nødblood seks måneder frem i tid.

er nødblood fra ham som er behovet.

Om han skal tappe blod, og ikke gi, er han definert som helsepersonell. Da følger han egne prosedyrer for det.

HAR EN LISTE OVER LOKALE

Poenget med pilotprosjektet Vandrende blodbank er å sikre lik tilgang til tidlig blodoverføring hvis en pasient har livstruende blødning – selv om vedkommende bor langt unna sykehus.

Per i dag er det rundt 12 nødbloodgivere og rundt 15 nødbloodtappere i Vadsø.

Koordinator har ansvaret for at listen over nødbloodgivere og -tappere er oppdatert i varslingssystemet.

I Vadsø er Ingrid Myrvoll koordinator.

– Tanken bak Vandrende blodbank er at terskelen for å aktivere skal være lav, terskelen for tapping litt høyere og terskelen for transfusjon skal være høy, sier Myrvoll, som er bioingeniør.

Blodet må være tilgjengelig så raskt som overhodet mulig.

Når legen som er på vakt, ser det nødvendig å aktivere Vandrende blodbank, så sendes det ut en varsling via varslingssystemet Varsling24. Da får alle på listen over tappere og givere en sms og en talemelding.

I sms-en er det en link som man trykker på, og svarer på hvor lang responstid man har. Dette gjelder både givere og tappere.

Meldingen som sendes til nødbloodgiverne, lyder slik: «Vi trenger nødbloodgivere nå. Møt opp innerst ►

i venterommet på helsesenteret så snart du kan. Ta med mat, drikke og ID. Trykk på lenken under for å svare. Hilsen legevakten.»

Nødblødtapperne får denne beskjeden: «Det er akutt behov for å tappe nødblod. Møt opp på helsesenteret, helseenheten, så snart du kan. Trykk på lenken under for å svare. Hilsen legevakten.»

HETER «NØDBLOD» AV EN GRUNN

Blodet de tapper går ikke gjennom alle stegene som i en blodbank. (Se også side 64)

– Blodet er ikke leukocyttrert og blir ikke virustestet før utlevering, slik som i en vanlig blodbank. Det er en grunn til at vi kaller det «nødblod» og «nødblødtappere». Det skal være livreddende behandling. Selve blodoverføringen er det behandlende lege som ordinerer, og sykepleier som transfunderer, forteller Myrvoll.

– Under en aktivisering er vi avhengige av god kommunikasjon mellom tappeteamet, legevaktsykepleier og ansvarlig lege. Videre er det viktig at Vandrende blodbank ikke blir en belastning for legevakten.

«Blodet er ikke leukocyttrert og blir ikke virustestet før utlevering, slik som i en vanlig blodbank.»

INGRID MYRVOLL, koordinator

De streber etter å rekruttere tappepersonell også utenfor legevaktstaben:

– Legevakten har nok med å ta vare på pasienten, forteller hun.

– KAN BLØ UT

Det er 17 mil til nærmeste sykehus, som ligger i Kirkenes. Myrvoll påpeker at vanligvis er det kort flytid fra Kirkenes til Vadsø. Men, som kjent, værforholdene kan ingen rå over:

– Ved svært krevende flyforhold kan



▲ ØVER MED BLOD: Christer Jakola under en øvelse i Vandrende blodbank. Foto: Privat

vi risikere at verken helikopter eller ambulansefly kan fly til Vadsø. Det kan være for eksempel tåke, kraftig vind eller tett snø. Uten Vandrende blodbank har vi ikke blod å gi til pasienten, og vi risikerer at pasienten kan blø ut, konstaterer hun.

DRILLES PÅ RUTINER

Elena Harila-Jensenius er sykepleier. Hun har vært med på å bygge opp og koordinere Vandrende blodbank i Vadsø. Nå er hun i fødselspermisjon.

Hun forteller at det har vært mye drilling av rutiner. Alle nødtappere må være helsepersonell, og de skal vite hva de skal gjøre gjennom hele prosessen.

– Stikkingen og selve tappingen må sitte. Like viktig er det å ha dokumentasjon og alle skjemaer riktig utfylt hele veien. Alt blod skal spores, og vi rapporterer alt videre til moderblodbanken i Kirkenes, sier Harila-Jensenius.

Hun understreker at de blir fulgt godt opp eksternt av flere som jobber i prosjektet.

Vadsø deltar i en koordinatorgruppe med de andre kommunene. Der deler

de erfaringer og prosedyrer. Prosedyrene skal være mest mulig like for alle kommuner, med små lokale tilpasninger.

LIVREDDENDE BEREDSKAP

Tilbake hos Christer Jakola i stua i Vadsø er det rolig. Mobilen ligger i lomma.

Jakola opplever det ikke som en belastning at meldingen om å gi eller tappe nødblod kan komme når som helst.

Han påpeker at det verken er plikt eller noen binding å ha meldt seg som nødblødgiver. Man gir hvis man er tilgjengelig.

– På et sykehus er det nærmest bare å trykke på en knapp, så kommer det rikelig med ressurser og personell med mulighet for å gi blodprodukter. Her ute må vi klare oss med det vi har. Avstandene er lange. Hvis jeg kan gi blod mens vi venter på transport, kan en med livstruende blødning få blodoverføring raskere. Det kan redde liv, sier Christer Jakola.

– KAN UTVIDES TIL MANGE KOMMUNER

Helse Nord fikk i 2021 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å teste ut hva som kunne bedre blodberedskapen. Det var da pilotprosjektet Vandrende blodbank ble startet i Finnmark og på Svalbard. Prosjektleder er Bent Ove Jamtli i Helse Nord.

På spørsmål om Vandrende blodbank slik den er i dag, er dimensjonert for krig og krise, svarer Jamtli at den kun er etablert på fire steder.

– Der bidrar den til styrket helseberedskap og vil være et viktig bidrag i totalforsvaret. Så lenge den klarer å opprettholde etterforsyning av nødvendig engangsutstyr, vil den kunne anvendes i krig og krise.

Modellen er robust og kan utvides til mange kommuner, og den kan utvikles til å bli blodberedskap i en eventuell krig eller krise, opplyser Jamtli. 📍

Gravide og ammende trenger nok jod

Jod bidrar til utviklingen av barnets hjerne og nervesystem i fosterlivet, og til normal vekst hos barn. Derfor er nok jod særlig viktig for gravide og ammende, men mange gravide og ammende i Norge får ikke i seg nok.

Det er få kilder til jod og de største er melk, meieriprodukter og hvit fisk. Helsemyndighetene anbefaler 3 porsjoner meieriprodukter hver dag, hvorav 2 porsjoner er melk, syrnnet melk eller yoghurt, fordi disse er gode kilder til jod. Brunost er også en god jodkilde.

3 om dagen og hvit fisk til middag 1-2 ganger i uken vil kunne gi gravide og ammende nok jod. Egg vil også bidra med noe jod.

Sjekke jodinntaket? Prøv melk.no/jodkalkulator

Opplysningskontoret
MELK
og meieriprodukter



Velg meieriprodukter med mindre fett.
La minst 2 av 3 være melk eller yoghurt.



Scan QR-koden med
mobilkameraet for å få
tilgang til nettressurser
for helsepersonell.



KUN FOR HELSEPERSONELL

Du er hjertelig velkommen til å delta på våre kommende arrangementer

Vi tilbyr webinarer og seminarer med kunnskap som er relevant for deg som helsepersonell

På vår nettside for helsepersonell kan du se vår webinar og seminarkalender



En skje for mamma? Matens psykologiske betydning

28. August og 11. September kl. 14.00 - 15.30

Dette webinaret fokuserer på hvordan man kan gi barn et sunt og naturlig forhold til mat og spising, samtidig som man forebygger kroppspress. Webinaret holdes av Elisabeth Gerhardsen, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi med over 25 års erfaring i arbeid med barn og foreldre. Hun vil *vektlegge* en praktisk tilnærming som helsepersonell kan bruke direkte i veiledning av foreldre.

VIKTIG: Vi mener amming er den ideelle ernæringsmessige starten for spedbarnet. Vi støtter fullt ut anbefalingen fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om fullamming de første seks månedene av livet, etterfulgt av introduksjon av næringsrik, fast føde, i kombinasjon med amming opptil to års alder. Vi anerkjenner også at amming kanskje ikke er et alternativ for alle foreldre. Hvis man som foreldre overveier å ikke amme, skal det gis informasjon av helsepersonell om at en slik beslutning kan være vanskelig å gå tilbake på, og delvis flaskemating vil redusere produksjon av morsmelk. Foreldre bør vurdere og forstå de sosiale og økonomiske konsekvensene ved bruk av morsmelkerstatning. Morsmelkerstatning skal alltid tilberedes, brukes og oppbevares som anvis på forpakning for å unngå risiko for barnets helse.

Nestlé
Baby & you
Medical

Nestlé Infant Nutrition
Postboks 683 Skøyen
0214 Oslo
nan@no.nestle.com

Norge har 268 millioner par hansker på

nasjonalt beredskapslager

Så mye smittevernutstyr
har Norge lagret opp
til en krisesituasjon.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

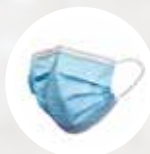
Scenarioet vi lagrer for, er pandemi. Men også i en annen krisesituasjon kan det tas ut fra dette lageret. Militæret kan få utstyr herfra om nødvendig, forteller Børge Myhre, spesialrådgiver for innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst RHF. Han har hovedansvaret for at lagrene i nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr er fylt opp. 🇳🇴



Les hele saken
på sykepleien.no
ved å skanne
QR-koden.



Undersøkelses-
hansker*
268 055 115



Munnbind
(type IIR)*
58 235 080



Smittefrakk*
20 103 595



Åndedrettsvern
6 604 824



Øyebeskyttelse
1 513 429

*Pågående anskaffelser for å etterfylle
beholdninger som har gått ut på dato og
går ut på dato i 2025. Kilde: Helse Sør-Øst



PANDEMI-LÆRDOM: – Det skal til enhver tid være nok smittevernustyr på det nasjonale beredskapslageret til å forsyne hele helsesektoren med pandemiforbruk i seks måneder, sier Børge Myhre i Helse Sør-Øst RHF. I en krisesituasjon er det Direktoratet for medisinske produkter (DMP) som prioriterer fordeling av smittevernustyr mellom statlig, kommunal, militær og privat virksomhet.

SE OVERSIKTEN:

Disse legemidlene skal være på beredskapslager

Noen legemidler er ansett som så kritisk viktige at det er forskriftsfestet å ha opp til seks måneders forbruk på nasjonalt lager.



TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS

Ole Kristian Aars er prosjektleder for forsyningssikkerhet og beredskap i Direktoratet for medisinske produkter.

Han forklarer at legemiddelgrossister som distribuerer legemidler, er pålagt å opprettholde et ekstra beredskapslager for utvalgte legemidler i Norge.

HVEM BESTEMMER I EN KRISE?

I en krisesituasjon har Direktoratet for medisinske produkter hjemler for å rasjonere alle typer legemidler, inkludert dem som er på lager.

For lagrene til spesialisthelsetjenesten vil det i en krisesituasjon være de regionale helseforetakene som bestemmer bruken.

I en normalsituasjon er det grossistene som styrer lagrene og distribuerer til pasienten via apotek og sykehus på vanlig måte. Lageret for primærhelsetjenesten fungerer som en buffer.

Utvalget av legemidlene som skal beredskapslagres, både for primær- og

«Vi fører også en egen oversikt over legemidler hvor produsenter har meldt om fare for mangel.»



OLE KRISTIAN AARS, prosjektleder, Direktoratet for medisinske produkter.

spesialisthelsetjenesten, er basert på anbefalinger fra Spesialistgruppen for legemiddelberedskap.

ER DET NOK PÅ LAGER?

– Er disse beredskapslagrene for kritiske medisiner garantert på plass nå?

– Ja, beredskapslagrene er på plass. I de fleste tilfeller vil lagernivåene være i henhold til krav, men for enkelte ATC-grupper kan det av ulike årsaker kunne være under 100 prosent i perioder, svarer Aars på e-post til Sykepleien.

– Har du eksempler på ATC-grupper som det har vært mangel på det siste året?

– Det var en periode det var mangel

på antibiotikamikstur til barn, og da ble det frigitt fra beredskapslagrene. I slike situasjoner vil fyllingsgraden på beredskapslagrene være lavere frem til det blir fylt opp igjen. Vi fører også en egen oversikt over legemidler hvor produsenter har meldt om fare for mangel. Dette gjelder for legemidler generelt, og ikke bare de som faller under krav til beredskapslagring.

– Hvordan regnes det ut hvilken mengde det skal lagres av hvert legemiddel når det er varierende forbruk hos pasientene?

– Utvalg av legemidler i beredskapslagre og lagrenes størrelse er basert på totalt salg over tid. Referanseperioden er tolv måneder og tar derfor høyde for variasjoner i forbruk hos den enkelte pasient, svarer Aars.

HVOR ER LAGERET?

Beredskapslegemidlene er spredd på flere ulike lagre hos grossistene, rundt om i landet.

Nasjonalt legemiddelberedskapslager, som ligger under Sykehusapoteket Vest, har ansvaret for å forvalte lagrene gjennom dialog og oppfølging av grossistene.

BRUKER OPP DET MESTE

Legemidlene med kortest holdbarhet leveres først til apotek og sykehus. Deretter kjøpes det inn nytt, slik at beredskapslageret er à jour.

– Rullering av lagrene gjør at svært lite legemidler fra beredskapslagrene går til kassasjon. Dersom de likevel går ut på dato, blir de destruert etter fastlagte rutiner for dette, skriver Aars.

DETTE ER LISTENE

Beredskapslagrene er organisert forskjellig for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Liste 1: Legemidler til primærhelsetjenesten:

I tabellen til høyre kan du se hvilke legemidler som er i beredskap til kommunehelsetjenesten, og hvor mange måneders forbruk de skal dekke.

Denne listen er forskriftsfestet og ligger som vedlegg til § 5 i Forskrift om grossistvirksomhet med legemidler.

Liste 2: Legemidler til spesialisthelsetjenesten

Ved å skanne qr-koden nederst kan du også se listen over hvilke legemidler som gjelder for spesialisthelsetjenesten, og hvor mange måneders forbruk det skal holde for.

Det er RHF-ene som bestemmer hva som skal være på denne lista, basert på faglige råd fra spesialister. 📌



Skann koden og se legemiddellistene for både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

ATC	Virkestoff	Formulering	Antall måneder beredskap
B01AC06	Acetylsalisylsyre	Oral	3
C01CA24	Adrenalin	Parenteral	3
J01CA04	Amoksisillin	Oral	3
B01AF02	Apiksaban	Oral	3
L04AX01	Azatioprin	Oral	6
J01CE01	Benzylpenicillin	Parenteral	3
R03BA02	Budesonid	Inhalasjon	3
J01DD01	Cefotaksim	Parenteral	3
J01DC02	Cefuroksim	Parenteral	3
J01MA02	Ciprofloksacin	Oral	3
B01AB04	Dalteparin	Parenteral	3
N05BA01	Diazepam	Rektal	6
B01AB05	Enoksaparin	Parenteral	3
J01FA01	Erytromycin	Oral	3
J01CE02	Fenoksymetylpenicillin	Oral	3
H02AA02	Fludrokortison	Oral	3
R03BA05	Flutikason	Inhalasjon	3
C03CA01	Furosemid	Oral	3
S01	Glaukommidler	Øyedråper	3
H04AA01	Glukagon	Parenteral	3
N05AD01	Haloperidol	Oral	6
A10A	Insulin og analoger	Parenterale	6
R03BB01	Ipratropiumbromid	Inhalasjon	3
C09CA06	Kandesartan	Oral	3
N03AF01	Karbamazepin	Oral	3
H02AB10	Kortison	Oral	3
N03AX09	Lamotrigin	Oral	3
J04A	Legemidler mot tuberkulose	Perorale	6
N04BA02	Levodopa og dekarboksylasehemmer	Oral	3
H03AA01	Levotyrosin	Oral	3
C07AB02	Metoprolol	Oral, depot	3
N05CD08	Midazolam	Bukkal	3
N02AA05	Oksykodon	Oral	6
N05AH03	Olanzapin	Oral	6
N02BE01	Paracetamol	Oral og rektal	3
J01CA08	Pivmecillinam	Oral	3
H02AB06	Prednisolon	Oral	6
C09AA05	Ramipril	Oral	3
R03AC02	Salbutamol	Inhalasjon	3
N03AG01	Valproinsyre	Oral	3
C08DA01	Verapamil	Oral, depot	3
B01AA03	Warfarin	Oral	3

Kilde: Liste over legemidler omfattet av beredskapsplikt jf. §5
Forskrift om grossistvirksomhet med legemidler

Til behandling av depressive
episoder hos voksne¹

Er dine pasienter med depresjon suboptimalt behandlet?



Nyttige råd om
Brintellix®, scan koden
og se video

Brintellix® (vortioksetin)

Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon

Indikasjon:	Behandling av depressive episoder hos voksne.	
Dosering:	<i>Voksne <65 år:</i>	Startdose og anbefalt dose er 10 mg daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 20 mg daglig eller reduseres til minimum 5 mg daglig.
	<i>Barn og ungdom <18 år:</i>	Bør ikke brukes.
	<i>Eldre ≥65 år:</i>	Startdose 5 mg daglig. Forsiktighet anbefales ved doser >10 mg daglig.
	<i>Etter bedring av de depressive symptomene:</i>	Behandlingen bør fortsette i minst 6 måneder for å opprettholde den antidepressive responsen.
Kontra-indikasjoner:	Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive monoamin-oksidasehemmere (MAO-hemmere) eller selektive MAO-A-hemmere.	
Forsiktighets-regler	- Depresjon er assosiert med økt risiko for selvmordstanker, selvskading og selvmord (selvmordsrelaterte hendelser). Risiko for selvmord kan øke frem til remisjon og pasienten bør følges opp nøye inntil slik bedring inntreffer. - Antidepressiver bør gis med forsiktighet ved tidligere kramper eller ustabil epilepsi. - Serotonergt syndrom eller malignt nevroleptikasyndrom (MNS) kan forekomme med antidepressiver. - Brukes med forsiktighet ved mani/hypomani og bør seponeres hvis pasienten går inn i manisk fase. - Pasienter som behandles med antidepressiver kan få følelser som aggresjon, sinne, agitasjon og irritabilitet. - Unormale blødninger, hyponatremi og mydriasis er rapportert i sjeldne tilfeller. - Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. begrensede data.	
Bivirkninger:	Bivirkningene er vanligvis milde eller moderate og sees de 2 første ukene av behandlingen, er ofte forbigående og fører som regel ikke til seponering.	
	Svært vanlige bivirkninger: Kvalme.	Vanlige bivirkninger: Diaré, forstoppelse, oppkast, dyspepsi, hyperhidrose, kløe, svimmelhet og unormale drømmer.
Utleveringsbestemmelse:	C	
Refusjon:	Refusjonskoder: ICPC: Kode -73/ICD: Kode -F3: Behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie ved psykisk lidelse. Vilkår 142: Refusjon ytes kun til pasienter som har forsøkt SSRI eller SNRI med utilstrekkelig effekt og/eller uakseptable bivirkninger. Dette må dokumenteres i journalen.	
Pakninger og pris:	5 mg: 28 stk.: 258,20; 10 mg: 28 stk.: 419,40; 98 stk.: 1377,40; 15 mg: 28 stk.: 526,70; 20 mg: 98 stk.: 2395,70	

Basert på Brintellix SPC 01/2024.

For fullstendig preparatomtale/SPC, se felleskatalogen.no

Referanse: 1. Brintellix® SPC 01/2024, avsnitt 4.1.

NO-BRIN-0285-2025.01

H. Lundbeck AS
Postboks 361, N-1326 Lysaker
tlf. +47 91 30 08 00



Alaska



DEL 4:

Sykepleie i nord

På de neste sidene kan du lese om hvordan det er å være sykepleier i Øst-Finnmark. ►

Grønland

Longyearbyen

Sør-Varanger Kirkenes

Island

Russland

Finland

Norge

Sverige



Omsorg i isødet ►

SMÅ MENNESKER, STORE INNTRYKK:
Svalbardnaturen tiltrekker seg både fast-
boende og turister.



Maria Philippa Rossi

Journalist
Frivillig i Røde Kors

ESSAY

Langt mot nord ligger det varmeste samfunnet jeg vet om. Her er kontrastene store, og ikke alt følger boka. Men nettopp det gjør oss godt forberedt på kriser.

S VALBARD (Sykepleien):
– Hold der. Stapp! Stapp!
Stemmene rundt meg

øker i styrke, samtidig som det
pipler rød væske ut fra en stikk-
skade i låret.

– Fortere! Det kommer mer blod.
Væskemengden tiltar. Jeg dytter
kompressene inn i hullet og prøver
å hindre at den røde pølen rundt

meg blir større. Lukten av rått kjøtt
river i neseborene. Jeg må puste
med munnen.

– Hva skal serveres til denne
stakkaren, da? En Pinot noir, eller
kanskje en god Amarone?

Jeg prøver å lette på stemningen.

Instruktøren ler. Sier at det nok
bare er hundene som blir gode og
mette i kveld.



ØVELSE, ØVELSE, ØVELSE

Reinsdyrlåret henger pent bandasjert fra gaffeltrucken. Blødningen ble stoppet, og etter to intense helger er jeg godkjent som videregående førstehjelper i Røde Kors-systemet. Med kroppen full av adrenalin går jeg ut i bybildet, klar for å trå til om en turist skulle snuble på vei fra bykaia til sentrum, eller et barn får fingeren i klemme.

La meg si det først som sist. Jeg er ikke helsepersonell. Riktignok har jeg vært omgitt av helsepersonell hele livet, men jeg var hun som satt med hendene foran ørene da foreldrene mine diskuterte dagens

operasjoner rundt middagsbordet.

Derimot er jeg journalist. Og mamma. Og frivillig i Røde Kors. Jeg er kakebaker, svømmetrener og isbjørnvakt. Denne mengden med hatter gjennomsyrrer lokalsamfunnet – og sykehuset. Kirurgen er bestefar. Brannmannen er ambulansesjåfør. Anestesisykepleieren er våpenansvarlig.

Å skrive dette er også en balanseøvelse. Vi bor i en by der hus og biler står ulåst, der stjålne sykler bare er lånt, og der det aller meste av hjelp kun er en Facebook-post unna.

Samtidig bor vi et naturlandskap

der omgivelsene kan ta livet av deg: snøskred, bresprekker, havis og kulde.

Ja, og så kongen av Arktis: selveste isbjørnen. Men selv om han ser flott ut på bilder, er han ikke en stor trussel i hverdagen. Psykisk helse er en større risikofaktor. De siste to årene har tre personer tatt livet sitt. Du må 30 år tilbake i tid for å finne like mange som er drept av isbjørn.

EN UNG OG LOVENDE BEFOLKNING

Jeg har alltid følt meg trygg på Svalbard. Selv om det rasles med sablene i øst, og tollsatser og en

KONTRASTER: Fra å tidligere ha vært et typisk gruvesamfunn er det nå barnefamilier som preger bybildet i Longyearbyen.

oransje glød skaper uro i vest, så er hverdagen for en gjennomsnittssvalbardianer ganske fredfull.

Da jeg for en stund tilbake forsøkte å få fastboende i tale i forbindelse med en reportasje om Trumps siste utspill rundt Grønland, var det vanskelig. Foruten offisielle kilder var det få som hadde lyst til å synse om fjerne lands maktdemonstrasjoner. Vi har nok med vårt.

Etter over hundre år med kull-drift skal den siste norske kullgruven snart stenge dørene. Forskning og turisme skal være bærebjelkene i fremtidens Svalbard-samfunn.

Universitetssenteret og folkehøgskolen utgjør en stor del av den unge og lovende befolkningen, mens reiselivet bidrar til en jevn strøm av mennesker med ulike og variert kompetanse. Mange kommer hit på korte sesongkontrakter, men oppdager at både samfunnet og

naturen er vanskeligere å forlate enn de først trodde – og de ender med å bli, i hvert fall en stund.

Å skjære alle svalbardianere over én kam ville vært en grov forenkling. Ved siste opptelling bodde det 2556 mennesker i Longyearbyen og Ny-Ålesund, med representanter fra 59 ulike land. Den yngste er bare noen uker gammel, den eldste godt over 80. Interessene spenner fra surdeigsbaking til snøskuterkjøring, fra strikking til skifestivaler. Barnehagene er fulle – og det er puben også.

ET SAMFUNN PÅ VAKT

Med økt turisme kommer økte utfordringer, ikke bare for det sårbare naturmiljøet, men også for helsesektoren. De seriøse aktørene i reiselivet bidrar til at en guide får opplæring i sikker ferdsel, førstehjelp og naturfarer – og kan dermed være et ikke-medisinsk

bidrag til beredskapen. Men når cruisebåtene dumper pensjonister med hjerteflimmer og blodtrykksmedisin på bykaia, er det ikke et pulserende akuttmottak med 20 hender som møter dem. Det er to sykepleiere og en lege på vakt.

Longyearbyen sykehus fungerer som en slags hybrid mellom et beredskapssykehus og et legekontor for lokalbefolkningen. De har en stabil sykepleierstab og er en god arbeidsplass, men de siste årene har økt arbeidsmengde gjort dem mer sårbare. Når det kommer store cruiseskip med tilreisende som krever sykehushjelp, tar det mange ressurser.

KORT RESPONSTID

I 2023 ble Longyearbyen sykehus godkjent for å kunne ha en vandrende blodbank. Da systemet ble testet, tok det bare 48 minutter før innkalte tappere og frivillige



blodgivere sto klare med ferskt blod. Flere sykepleiere i byen er tilknyttet prosjektet, men det finnes ellers ingen systematisk kartlegging av helseressurser i lokalsamfunnet.

Det finnes sykepleiere ved skolen, i reiselivsbedriftene, på universitetssenteret, i sportsbutikkene og i sikkerhetskontrollen på flyplassen. En sykehusansatt forteller at det er utfordrende å benytte seg av helsepersonell som ikke er knyttet til sykehuset, siden det kreves både opplæring og sykehuserfaring for å kunne bidra på forsvarlig vis.

Selv om de hvite uniformene ikke er på til daglig, rommer samfunnet en utvidet helsefaglig kompetanse. I tillegg bidrar en generell høy turinteresse til å bygge opp ferdigheter

til å klare seg i det ekstreme landskapet. Da et stort snøskred traff sentrumsbebyggelsen i desember 2015, stilte lokalbefolkningen opp på kort tid – godt rustet med varme klær, snøspader og hodelykter. Klare for å være med og redde liv.

DIMENSJONERT FOR HVA?

En av de største utfordringene for sykehuset er at det ikke er tydelig hva det egentlig skal være dimensjonert for. Befolkningen er ung og sammensatt, med mange utenlandske innbyggere som ikke er tilknyttet en fastlege.

– Noen ganger er det å hete sykehus ekstra utfordrende, fordi vi ikke har de samme ressursene som et sykehus på fastlandet kan tilby. Samtidig er vi mye mer enn et legekontor, både med utstyr og kompetanse. Vi merker godt at både

turister og fastboende forventer mer av oss enn det vi ofte kan tilby, forteller en sykepleier.

KONTRASTFYLT

Svalbard er et samfunn som konstant veksler mellom det primitive og det hypermoderne. Det er ikke uvanlig å ha både utedo og Starlink på hytta.

Det er et sted du kan miste deg selv og finne deg selv. Det er både vilt og regulert, byråkratisk og omsorgsfullt. I Longyearbyen finner du et fellesskap som ikke spør hvor du kommer fra, men hvor lenge du skal bli. Sykehuset gjør sitt for at vi raskest mulig skal kunne komme oss ut på tur igjen.

Sykehuset er lite, men personellet blir gode til å tenke utenfor boksen og finne utradisjonelle løsninger.

Longyearbyen er kanskje ikke dimensjonert for alt – men samfunnet er rigget for å stille opp. Og det er kanskje det aller viktigste. ➤

LUFTIG: Øvelse i Adventfjorden sammen med Sysselmesteren og CHC. Det er et tett samarbeid blant beredskapsinstitusjonene i Longyearbyen.



SYKEHUSET I LONGYEARBYEN – LITE, MEN LIVSVIKTIG

Longyearbyen ble grunnlagt av amerikaneren John Munro Longyear i 1906. Da Store Norske Spitsbergen Kulkompani og Norge tok over ti år senere, ble den amerikanske sykestua raskt byttet ut med et nytt, norsk sykehus. Store Norske drev det helt frem til 1981, før det ble overført til Helsedepartementet. I 2001 tok Universitets-sykehuset Nord-Norge (UNN) over driften. Først som akuttmedisinsk klinikk – nå omstrukturert til pre-hospital klinikk.

PERSONELL OG BEMANNING

I dag er det 23 ansatte ved sykehuset. Her finner vi fysioterapeut, tannlege, jordmor, helsesykepleier, ledelse, fag-sykepleier og seks spesialsykepleiere (tre anesthesi, tre operasjon med minst fem års erfaring etter fullført spesialisering). Fire leger jobber her, med kompetanse innen allmennmedisin, kirurgi og indremedisin. I tillegg dekker en anestesilege fra helikoptertjenesten oppdrag via Sysselmesteren. Der er det også to redningsmenn i beredskap.



SYKEHUSET ble startet som følge av gruvedrift i Longyearbyen. Det eies av helseforetaket Universitetssykehuset Nord-Norge.

Sykehuset har døgnbemanning. Det er alltid én sykepleier på vakt og én i bakvakt. Sykepleierne drifter alt fra poliklinikk og legevakt til laboratoriet og sengepost. Uten radiograf og bioingeniør har sykepleierne fått opplæring i både røntgen og prøvetaking.

SAMARBEID

Longyearbyen sykehus skal dekke alt fra fastlegefunksjoner til akuttberedskap. Helsetjenesten må være robust. Når det smeller, er det de lokale som må håndtere innsatsen i startfasen. Sykehuset samarbeider tett med blant

KRISELEDELSE

annet Sysselmesteren, Avinor, Longyearbyen lokalstyre, Røde Kors, CHC og UNNs UREH-team (utrykningsteam for store hendelser).

Kriseledelse i Tromsø aktiveres ved forhøyet beredskap, men hjelpen tar tid. Derfor må man lokalt kunne løse mye på egen hånd – også med støtte via video og psykososialt kriseteam.

IKKE ALLE RETTIGHETER GJELDER HER

Svalbard er delvis underlagt norsk helselovgivning, men ikke alle rettigheter gjelder her. Sosialhjelp gis ikke. De som trenger det, må reise til fastlandet. Pasienter som er trygdet i Norge, får dekket medisinsk behandling på Svalbard. Sykehuset finansieres av staten gjennom helseforetakene eller pasientens hjemkommune. Ved videre behandling på fastlandet gjelder vanlig kommune- og spesialisthelsetjenestelovgivning.

Kilde: Longyearbyen sykehus 1916–2016 (Fagbokforlaget)



▲ **HYBRID:** Longyearbyen sykehus fungerer som en slags hybrid mellom et beredskapssykehus og et legekonto for lokalbefolkningen. De ansatte forteller om en god arbeidsplass der de får brukt hele spekteret av kunnskap.

Du trenger kanskje litt
ekstra beskyttelse ...



... mot å gå tom
for disse



Heldigvis er det fort gjort å bestille engangshansker
og alt annet til jobben på lyreco.no

BEREDSKAP I NORD:

– Mangel på helsepersonell vil være det mest kritiske

– La meg være klinkende klar: Oppdraget vårt er hverdagsberedskap. Det har vi. Krigsberedskap, det har vi ikke.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

FINNMARKSSYKEHUSET, KIRKENES (Sykepleien):

– Kapasiteten vår på traume er to til tre hardt skadde, sier Øyvind Strømhaug Grongstad med fast stemme.

Han er assisterende klinikkssjef ved Finnmarkssykehuset Kirkenes HF og opptatt av å være *klinkende klar* når han møter Sykepleien for å snakke om krigsberedskap ved sykehuset som ligger i Kirkenes.

Sykepleien har på forhånd sendt over noen punkter som vi ønsker å snakke om, der bakteppet nettopp er sykehusets krigsberedskap i et klima med mer uforutsigbare stormakter.

– Hvis det er en situasjon med masseskader, angrep eller behov for evakuering – en slags krigssituasjon, er sykehuset da forberedt?

– Å håndtere en krigssituasjon, det er vi ikke beredt til. Oppdraget vårt er hverdagsberedskap, det er det vi skal levere på. Tanken på krig, eller

invasjon, eller ... det du spør om, den er så fjern at den ... nei, per i dag er ikke det noe vi planlegger for.

– Hva med evakuering, er det noe dere har øvd på?

– Dersom vi, mot all mulig formodning, og noe jeg ikke tror er realistisk i det hele tatt, skulle måtte evakuere sykehuset, så har vi en avtale med kommunen om å bruke Fjellhallen.

Fjellhallen ligger midt i Kirkenes sentrum, og der vil de kunne klare seg en tid, ifølge Grongstad.

– Flytting av pasienter har vi god trening i. Så nei, vi har ikke øvd på å evakuere sykehuset til Fjellhallen, sier han.

– Hva om det skjer en atomulykke i nærheten?

– Dersom Øst-Finnmarks befolkning er hardt skadet av stråling, eksempelvis, så er ikke det noe vi har kapasitet til. Trenger de avansert medisinsk behandling for stråling, så er det to til tre vi har kapasitet til, sier han.

OVER TI: ALLE MÅ INN

Skulle det være andre masseskader, så kommer det an på hvor mange det er snakk om. I sykehusets egen plan for



masseskader står det at dersom det er over ti skadde, så kalles *alle* ansatte inn.

– Vi er et lite sykehus. Vi vil raskt måtte ha hjelp utenfra. Er det noe som er større enn vi kan håndtere, er det resten av Finnmarkssykehuset og UNN som er back up-en vår.

Skulle det være en masseskade og pasientene kommer, så må de ta imot, sier han.

Det er ikke først og fremst plassmangel som blir problemet:

– Det er manko på folk det vil stå på. Mangel på helsepersonell vil være det mest kritiske på et lite lokalsykehus som vårt.

Han legger til at det foregår et arbeid i regi av Helse Nord om et «litt større planverk».



AVSTANDER I FINNMARK: Øyvind Strømhaug Grongstad, assisterende klinikkssjef og Tone Bjerknes, avdelingsleder og intensivsykepleier viser avstandene mellom sykehusene i Finnmark. Finnmarkssykehuset HF Kirkenes har akuttfunksjon og er lokalsykehus for Øst-Finnmark.

Grongstad har ellers ikke så mye å utdype når det kommer til de aller mest dramatiske krigsscenarioene.

– For oss som bor her, er det også en fredshandling ikke å hausse opp stemninga eller skremme befolkningen. Vi er vant til å bo her, og vi er vant til at folk som ikke bor her, eller kanskje aldri har vært på besøk her, både har tanker og meninger om hvor farlig det er her, sier Grongstad.

Og presiserer:

– Kirkenes sykehus er ikke et krigssykehus og har derfor ikke en beredskap for krig. Vi har en hverdagsberedskap, og dersom situasjonen skulle tilspisses, vil Finnmarkssykehuset HF, sammen med Helse Nord RHF, revurdere vår beredskap.

«For oss som bor her, er det også en fredshandling ikke å hausse opp stemninga.»

ØYVIN GRONGSTAD,
assisterende klinikkssjef

Han utelukker ikke at krigsberedskap er noe som vil komme inn i planverket på et senere tidspunkt.

Nå er det nettopp hverdagsberedskapen han fokuserer på, og det i seg selv er en håndfull. Sykehuset han er med på å lede, er bedt om å kutte i utgiftene.

Men ikke alt handler om sparing, understreker han:

– Hvis noen av de ansatte skulle ønske å øve mer, og har spesifikke områder de mener det burde øves mer på, vil jeg gjerne at de sier fra.

BEREDSKAP LOKALT OG REGIONALT

Johnny Brodersen, direktør for sikkerhet og beredskap i Helse Nord RHF, svarer dette på spørsmål via e-post om sykehusenes ansvar for krigsberedskap:

«Det regionale helseforetaket (RHF) har det overordnede ansvaret for beredskapen i spesialisthelsetjenesten innenfor sin region. Dette innebærer å sikre at helseforetakene (HF) har planer, ressurser og kapabilitet til å håndtere kriser og uforutsette hendelser. Helseforetakene har på sin side ansvaret for å iverksette beredskapsplaner lokalt og ta operative beslutninger som sikrer forsvarlig drift.»

Han ønsker også å legge til at det regionale helseforetaket skal støtte det enkelte helseforetak i beredskapssituasjoner som overgår deres kapasitet: «... herunder regional koordinering i foretaksgruppen, samt samordning og koordinering med regionale og nasjonale aktører, ved behov.»

FORSVARET TETTERE PÅ

Beredskapen skjerpes på mange fronter, og det å finne endelige svar på hvordan vi egentlig er rigget, er som å jakte et «moving target» i disse dager.

En del av bildet er at Forsvaret også har meldt at de vil samarbeide tettere med Helse Nord RHF fremover.

Før jul publiserte Forsvaret en nettsak der de skrev om et samarbeid med utgangspunkt i sykehuset Narvik. Samarbeidet var mellom Helse Nord og Forsvaret «med hensikt å gi varig styrking av traumekompetanse i hele regionen, og vi ser på ulike handlemåter for å få dette til.»

Forsvaret skulle innen slutten av januar 2025 komme tilbake med konkrete beskrivelser av sine behov i Helse Nord.

Kristian Elden er kommandersersjant og sjef for kommunikasjon og

lederstøtte i Forsvarets sanitet.

– Har dere meldt inn konkrete behov til Helse Nord nå?

– Prosessen har tatt lengre tid enn planlagt. En viktig årsak er at vi nå ser på hvordan vi kan styrke helseberedskapen i Helse Nord som helhet, ikke bare i Narvik. Dette må vi sammen bruke noe tid på, slik at vi får det til på en best mulig måte. Det er for tidlig å gi noen detaljer, svarer han.

– BEREDSKAP KOSTER

Jonas Eidsaune Melby er nestleder i NSF Finnmark. Inntil nylig var han hovedtillitsvalgt ved Finnmarks-sykehuset Kirkenes og har jobbet som sykepleier der. Da Sykepleien møtte ham i april, etterlyste han penger til å øke beredskapen ved sykehusene.

– Sykehusene, og spesielt sykehusene i nord, må rustes slik at det er en klar plan for hva vi gjør i en krigssituasjon. Politikerne må ta tak i dette, og det raskt. Beredskap koster penger, så de pengene må bevilges, sier han.

TOTALBEREDSKAP PÅ AGENDAEN

Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på krise og krig – ble behandlet i Stortinget i mai.

Jonas Eidsaune Melby i Finnmark viser til at totalberedskap er høyaktuelt om dagen:

– Man bruker mye penger på forsvaret, og dette burde gjenspeiles i helse. Helsesektoren er en viktig del av totalberedskapen, sier han.

På Stortinget ble det blant annet enighet om å starte arbeidet med en langtidsplan for sivil beredskap, og det ble også vedtatt å be regjeringen sikre tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet. Samarbeid og koordinering mellom blant annet sykehus og kommuner for bedre samarbeid og effektiv respons i nødsituasjoner ble regjeringen også bedt om å styrke.

NSF-leder Lill Sverresdatter Larsen mener vedtakene tydeliggjør behovet for å styrke helseberedskapen med tilstrekkelig bemanning og ressurser,

NOTIS

Helseberedskapsrådet ledes av departementsrådet

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i juli 2024 en ny modell for helseberedskapsarbeid.

Modellen har et helseberedskapsråd ledet av departementsrådet i Helse- og omsorgsdepartementet og et helseberedskapssekretariat. I tillegg er det seks utvalg for prioriterte risikoområder og rådgivende ekspertutvalg for helsekriser:

- Utvalg for sivilt-militært helseberedskapssamarbeid
- Utvalg for digital sikkerhet
- Utvalg for forsyningssikkerhet for medisinske produkter
- Utvalg for smittevern
- Utvalg for vannforsyning
- Kriseutvalget for atomberedskap

Tekst: Ann-Kristin B. Helmers

og forventer at regjeringen følger opp i arbeidet med langtidsplanen for sivil beredskap, kommenterte hun på NSF's egne nettsider etter at planen var behandlet hos de folkevalgte.

VESTRE VISER TIL AT SYKEHUSENE ER NYE

Sykepleien har spurt helseminister Jan Christian Vestre (Ap) om helsevesenet i nord vil styrkes med tanke på krigsberedskap og om det kommer øremerkede midler til det. Vestre svarer at det er gitt særskilt tilskudd for å opprettholde dagens akutttilbud i Narvik og Lofoten, og at det er gitt tilskudd for å styrke Kirkenes. Han viser videre til at det er nye sykehus i Kirkenes og Hammerfest.

EVAKUERINGSPLANER FORNYES

Og hvis hele Øst-Finnmark må evakueres, ikke bare sykehuset – hvordan skulle det foregått?

Mona Christensen Brygard, seksjonssjef i Sivilforsvaret, DSB svarer på det spørsmålet:

«Det er flere myndigheter som har ansvar for evakuering. I fred er det politiet som normalt beslutter evakuering. Alle kommuner skal ha en

evakueringsplan tilknyttet overordnet beredskapsplan og kommunene skal ved en beslutning om evakuering blant annet tilby befolkningene forlegning og forpleining», skriver hun i en e-post til Sykepleien.

Hun forklarer at i krig eller når krig truer, kan Forsvaret også beslutte evakuering, og Sivilforsvaret kan få ansvar for krigsutflytting.

Krigsutflytting er å flytte sivilbefolkningen fra krigsutsatte områder til et tryggere geografisk område hvor de kan komme til å måtte oppholde seg over en lengre periode. Hensikten med krigsutflytting er å begrense konsekvensene av krigshandlinger for sivilbefolkningen.

«Planverk for krigsutflytting er ikke oppdatert siden 1990-tallet, og det er ikke utarbeidet en oppdatert krigsutflyttingsplan for Øst-Finnmark per i dag», skriver hun og legger til:

«Som et resultat av et internasjonalt sikkerhetspolitisk bilde i endring, har DSB og Sivilforsvaret gjenopptatt planleggingen for krigsutflytting. Som en del av arbeidet gjør vi vurderinger av hvilke geografiske områder det i dag vil være relevant å utarbeide krigsutflyttingsplaner for.» 🇳🇴

Ny plan for helsevesenet i krig og krise

Helseberedskapen er en del av totalforsvaret i Norge. Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse trekkes frem som viktig i Nasjonal helseberedskapsplan.

TEKST: MARIT FONN

En oppdatert utgave av Nasjonal helseberedskapsplan ble lansert 23. mai 2025.

Den gir rammer for helse- og omsorgssektorens arbeid med å forebygge og håndtere kriser og krig.

Det poengteres at helseberedskapen er en del av totalforsvaret i Norge.

PANDEMI OG KRIG

Dette er fjerde utgave av planen. Den første kom i 2007 som en følge av flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia i julen i 2004.

Nå i 2025 vises det til pandemi, krig i Europa og spent situasjon i Midtøsten.

SKAL ANALYSERE SÅRBARHET

Virksomhetene skal bruke planen som rammeverk for egne planer og forberedelser.

Beredskapsplanene skal være realistiske. De skal:

- oppdateres jevnlig og være basert på risiko- og sårbarhetsanalyser og realistiske planforutsetninger, jf. helseberedskapsloven
- ivareta muligheter for økt fleksibilitet og rask omstilling

BASERER SEG PÅ DET DAGLIGE

Planen viser til at det som skjer i det

daglige, er viktig for beredskapen

«God beredskap baserer seg på løsningene og kapasiteten som benyttes i det daglige innenfor hver virksomhet, og på tvers av helse- og omsorgssektoren.»

Dette trekkes frem som viktig:

- tilstrekkelig personell med riktig kompetanse
- organisatorisk fleksibilitet
- mulighet til å mobilisere ressurser

Arbeidsplassene skal ifølge planen ha oversikt over ansattes kompetanse og legge til rette for kompetansetiltak og opplæring rettet mot ekstraordinære hendelser.

KAN BLI TØFT PÅ INTENSIV- AVDELINGENE

Kapasiteten på intensivavdelinger nevnes spesielt. Presset på antall sengeplasser kan bli sterkt, og ansatte kan bli utsatt for langvarig høyt arbeidspress og krevende arbeidsforhold.

Helseberedskapsplanen poengterer også at personell kan beordres til tjeneste under krise og krig.

ANSVARET BESTÅR OGSÅ I KRIG

Både de regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at befolkningen får helsetjenester også i kriser og krig.

Kommunene har dessuten ansvaret for å sørge for:

- smittevern
- miljørettet helsevern
- trygt drikkevann
- strålevern

Hvilke roller og ansvar de ulike aktørene har, beskrives i et eget kapittel i planen. 📌

Totalberedskap i Stortinget

I mai ble Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig behandlet i Stortinget. Der ble det blant annet enighet om å:

■ «Be regjeringen styrke samarbeidet og koordineringen mellom ulike aktører i helsevesenet, som sykehus, kommuner, fastleger og andre helse-tjenester, for bedre samhandling og effektiv respons i nødssituasjoner.»

■ Et annet vedtak var å «be regjeringen sikre tilstrekkelig bemanning og ressurser i helsevesenet, inkludert rekruttere og ansette flere helsepersonell og øke kapasiteten på sykehus og helsestasjoner.» 📌

Flere planer for beredskap er under utvikling. Sykepleien følger temaet på nettsiden sykepleien.no

MINIPORTRETT: LINN JERVIDALO

– Jeg er ikke redd, men heller ikke naiv

Anestesisykepleier Linn Jervidalo tenker ikke på stormaktene i hverdagen på operasjonsstua.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

Linn Jervidalo har en liten pause i operasjonsprogrammet på Finnmarksykehuset Kirkenes.

– **Hvordan det er å være sykepleier på grensa til Putins Russland?**

– Jeg er ikke redd, men heller ikke helt naiv.

Arbeidsdagen har så langt vært fullpakket, og hun summer seg litt før hun svarer videre:

– Vi har hytte ved Pasvikelva, den elva hvor russergrensa går. Jeg har forholdt meg til grensa hele livet.

I mange ferier fra hun var liten har hun vært på hytta og sett vannet renne på begge sider av den usynlige streken.

– Det har alltid vært veldig strengt, så den grensa har vi en absolutt respekt for. Vi er vant til å ha den naboen. For den som sitter langt unna eller er her som turist, er det nok annerledes.

Det har vært en periode med mer åpenhet, hvor man kunne dra til Nikel og handle, og det

var kulturutveksling fra begge sider.

– Nå er det politiske klimaet veldig annerledes. Det er blitt strengere med grensepasseringer. Jeg er enig i det, slik situasjonen er nå.

Hun går ikke rundt og er bekymret for hva som skjer på den andre siden.

– Men jeg har nok tanken på stormaktene litt mer i bakhodet nå enn før.

Som sykepleier nær grensen, møter hun alle pasienter likt. Det er en selvfølge.

Og etter vakt, når hun er privatperson, tenker hun fremdeles slik:

– Vi lever jo med masse mennesker som er russiske statsborgere i Sør-Varanger. Jeg spør dem aldri hvilket forhold de har til Putin. Selv om jeg er sterkt imot ham, så har de kanskje familie på den andre siden.

Hun tar en pause. Sier det er viktig at hun ordlegger seg riktig.

– Samtidig har jeg det i bakhodet: Det er vanskelig å vite hvem som leverer informasjon over og hva slags informasjon de er ute etter.

Linn Jervidalo stopper der.

Og om hun vet hva hun skal gjøre i en krig? Det temaet er langt fra fokuset hennes i hverdagen på operasjonsstua.

– Jeg tror virkelig ikke de kommer over grensa. Skulle det bli krig så nære grensa, er det bare å evakuere, tenker jeg. Da må vi mest sannsynlig etablere oss på et annet sykehus, langt bort herfra.

Temaene de av og til diskuterer, er hva de gjør om en turistbuss kjører av veien når det er dårlig vær, eller om det er en atomulykke noen kilometer unna. Hun mener det er viktig at de får øve, også sammen med andre.

– Vi har ikke kapasitet til å ta imot så mange hardt skadde og vil fort trenge hjelp utenfra. Mangel på menneskelige ressurser vil være den største sårbarheten vår. Sykepleiere trenger vi nå også. Det er viktig at folk kommer hit og vil bo her.

Og til den som vurderer Øst-Finnmark, har hun dette å si:

– Det er her i Sør-Varanger jeg vil jobbe og leve. Vi bor på en fantastisk plass. Jeg går ikke rundt og er redd for krig. 🇳🇴



Linn Jervidalo

UTDANNING:

Anestesisykepleier

FRA: Sør-Varanger

ARBEIDSTED:

Jobber på operasjons-
avdelingen på Finn-
markssykehuset
Kirkenes

A woman with dark hair and glasses, wearing a red flight suit, stands next to a yellow helicopter. She is holding a metal rod. The background is a red hangar.

Leni Elisabeth Brækkan

UTDANNING:

Anestesisykepleier

FRA: Sør-Varanger

ARBEIDSTED:

Jobber 50/50
på operasjonsavdeling
og på ambulansfly

MINIPORTRETT: LENI ELISABETH BRÆKKAN

– Jeg kan bare stå ved én pasient om gangen

Det er mye beredskap i å være et godt team, mener anestesisykepleier Leni Elisabeth Brækkan.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

Jeg vet jo at ting i verdens-situasjonen har forandret seg de siste årene, sier Leni Elisabeth Brækkan mens hun ser ut vinduet fra basen for flyambulansen i Kirkenes.

Tanken på krig har streifet, men hun går ikke rundt og er redd for at Øst-Finnmark skal bli utsatt for det. Som sykepleier er ikke trusselbildet noe som påvirker jobben hennes i det daglige.

– Men vi har merket en endring i det lille samfunnet vårt her i Kirkenes, vi har vært venner med Russland i mange år.

Leni Elisabeth Brækkan jobber halv stilling på ambulansefly og halv stilling som anestesisykepleier på sykehuset i Kirkenes.

Inntil nylig har hun fungert som traumekoordinator ved sykehuset. Brækkan vet godt hvilken kapasitet som finnes der. De har øvelser relativt jevnlig, forteller hun.

– Sykehuset vårt har en viktig funksjon for regionen. Men det er ikke stort nok til å kunne håndtere det dersom en virkelig stor hendelse kommer. Heldigvis er fly- og

helikopterberedskapen blitt mye bedre. Det er helt avgjørende for å frakte pasienter videre i traumekjeden.

Norge har et traumesystem som sykehuset har forpliktet seg til.

– Vi har ni akutt-sykehus med traumefunksjon i nord – fra Sandnessjøen til Kirkenes. Det er en del kriterier vi må innfri og følge for å kunne kalle det akutt-sykehus med traumefunksjon.

Til enhver tid på døgnet skal de kunne ta imot hardt skadde pasienter. Den som ikke kan få endelig behandling, overføres til et traumesenter.

– Tromsø er vårt traumesenter, så det er dem vi kontakter først, sier hun.

Hun forklarer at de til enhver tid har et fullt traumeteam på jobb. De står ikke klare og vente, de er på jobb andre steder i sykehuset. Når alarmen går, samles de på traumerommet.

Det er tolv personer i hvert traumeteam.

Er det behov for to team, må det innkalles ekstra bemanning dersom det er kveld eller natt.

– På dagtid får vi nok samlet to team. Må vi ha tre, så tror jeg vi fort sliter med å få samlet nok folk, sier

hun. Det er ett traumeteam per skadde pasient.

– Ved en katastrofe eller større hendelse får vi melding på telefonen om vi ikke er på jobb. Det er beredskapsledelsen som sender ut dette. Så må man møte opp, få beskjed om hvilket team man tilhører og så forholder man seg til det.

Når hun vet hvilken hendelse det er snakk om, vet hun hva hun skal klargjøre.

– Det er en del av min jobb som sykepleier, sier hun og legger til:

– Jeg kan bare stå ved én pasient om gangen. Å jobbe med den pasienten er min viktigste oppgave der og da.

Styrken til sykehuset i Kirkenes er at de som et lite lokalsykehus er veldig sammensveiset, er hennes opplevelse.

– De aller fleste jeg står skulder ved skulder med på jobb, kjenner jeg godt.

Det betyr at hun kan jobbe uten å måtte tenke over hva de andre gjør.

– Vi utgjør et godt team som jobber veldig samlet. Ikke bare på vår avdeling, men hele sykehuset. Også den prehospitale delen, sier hun.

Det ligger mye beredskap i akkurat det, mener hun.

– Som sykepleier vet jeg at jeg gjør jobben min. Og så stoler jeg på at andre tar ansvaret for sin del. Det må jeg jo. 🇳🇴



**Gerd Johanne
Brynjelsen**

UTDANNING:
Sykepleier

FRA: Haugesund, bodd
3 år i Sør-Varanger

ARBEIDSSTED:
Jobber på medisinsk
avdeling ved Finnmarks-
sykehuset Kirkenes og
er i Heimevernet

MINIPORTRETT: GERD JOHANNE BRYNJELSEN

– Jeg har tenkt mer på krig i år enn i fjor

– Det er en viktig jobb å være sykepleier.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

Sykepleier Gerd Johanne Brynjelsen setter seg ned på en stol på pauserommet inne på medisinsk avdeling på Finnmarks-sykehuset Kirkenes. Hun skal på kveldsvakt snart, men har lagt inn tid til å dele noen tanker om å være sykepleier i mer uforutsigbare tider.

Brynjelsen er både sykepleier og i Heimevernet. Sykehuset ligger bare 15 minutter unna grensen til Russland. Det er ganske tett hvis det skulle skje noe, konstaterer hun.

– Hvordan er det å være sykepleier så nær grensa?

– Det er jo noe jeg tenker på. Spesielt når jeg er i Heimevernet. Ettersom jeg både jobber på sykehuset og er i Heimevernet, ville det blitt en dobbeltrolle om det skulle skjedd noe.

Sykepleieren har både kolleger og nye venner i Sør-Varanger.

– Men jeg har familien min andre steder i landet. Hvis det hadde skjedd noe som isolerte oss her, hadde jeg følt meg litt alene, det tror jeg.

– Ville du bidratt i Heimevernet eller på sykehuset hvis det var et valg du selv måtte ta i en krigssituasjon?

– Jeg håper ikke at det er jeg som må bestemme det. Men om jeg måtte velge, så er jeg i tvil. Jeg tror det hadde blitt sykehuset, for vi er ikke så altfor mange ansatte her, og fagfolkene trengs. Det er en viktig jobb å være sykepleier, og sykepleiere vil det være behov for om mange blir såret.

– Blir du påvirket av verdenssituasjonen slik den er nå?

Hun tenker seg om.

– Ja. Det er jo en del krig rundt i verden nå. For eksempel i Ukraina. Man tenker jo på at det er større risiko for at det skal skje nå enn for noen år siden. Absolutt, konstaterer hun og fortsetter:

– Jeg har tenkt mer på det i år enn da jeg flyttet opp hit. Og mer i år enn i fjor.

– Tror du at du ser annerledes på det med å være så nær grenser enn dem som har vokst opp her?

– Det kan være. Kanskje de er mer vant med det. Det er jo bare det siste året at grensen nesten har vært helt stengt. Mange har jo vært i Russland på tur og handlet og har familie og venner på andre siden av grensa.

Gerd Johanne Brynjelsen har ikke det.

– Jeg tenker jo på Russland som et land i krig. Det gjør at jeg helst ikke har lyst til å reise inn.

– Så jeg har nok sikkert et annet syn på det, enn dem som er vokst opp her.

– Er du forberedt hvis det skulle skje noe?

– Vi har jo forskjellige simuleringer og caser og sånt. Men forberedt på krig, nei. Jeg er ikke det. Man er vel aldri helt forberedt på det. 🇷🇺

ØVER PÅ ENDRING: Skal de gå inn eller vente? Laget fra Luftambulansen og de andre fra politi, brann og ambulanse måtte tilpasse seg raskt etter hvert som beskjedene om «gjerningspersonen» kom inn. Fra venstre foran: Pilot Thor Jarle Hande, anestesilege Kristoffer Næss og anestesisykepleier og redningsmann Einar Fossli.

ØVELSE:

Her snur situasjonen plutselig

I løpet av sekunder sto nødetatene overfor noe helt annet.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS
FOTO: ERIK M. SUNDT

B RANNSTASJONEN, Kirkenes sentrum (Sykepleien): Det er full alarm: To personer er knivstukket og drept på en

adresse utenfor sentrum av Kirkenes. Brann, politi og helse rykker ut på kode Plivo, som betyr «pågående livstruende vold».

Ny beskjed: Gjerningspersonen har knivstukket en person i sentrum og har beveget seg til småbåthavna like ved. Han skal være iført gul

jakke. Oppdatert melding kommer: Ytterligere to personer er drept.

Dette er en øvelse.

Alle nødetatene spaner etter gjerningspersonen. Kaiområdet og et industriområde like ved finkjemmes. Bilene kjører rundt og rundt. Var det noen der? I gul jakke?

Så skjer det.

På en høyde dukker en skikkelse opp. Svartkledd. Med pistol. Og han skyter!



PLIVO, HVA ER DET?

■ De tre nødetatene politi, brann og helse, har utarbeidet en felles prosedyre for hvordan de skal opptre og samvirke ved hendelser der det utøves livstruende vold mot flere personer. Prosedyren er ett av flere oppfølgningstiltak etter hendelsene 22. juli 2011.

KILDE: HELSEDIREKTORATET

POLITI
112

BRANN
110

AMBULANS
113

SAMHANDLING OG KOMMUNIKASJON

Instruktør og førstebetjent fra Finnmark politidistrikt, Alexander Gaathaug, forklarer øvelsen:

– Målet med øvelsen er å trene på samhandling og kommunikasjon. Det foregikk vold på flere steder. Scenarioet inneholdt en betydelig situasjonsendring ved at gjerningspersonen tok frem en pistol da han ble konfrontert av nødetatene.

Avhengig av hva slags våpen gjerningspersonen bruker, inneholder Plivo-prosedyren forskjellige handlingsmønstre.

Gaathaug sier de er pålagt å gjennomføre årlige samtreninger med andre nødetater i Plivo-setting.

– Oppdragstypen er alvorlig og utfordrende. Derfor er det viktig å kjenne prosedyrer og fremgangsmåter før mannskapene skulle stå overfor en slik situasjon.

UTVIKLER OMSTILLINGSEVNENE

Han påpeker at situasjoner der det er pågående livstruende vold, har stort potensial for å være uoversiktlige og kaotiske. Derfor øver de på å utvikle evner til å omstille seg etter endringer, i et scenario som er dynamisk.

Hver av nødetatene kan sine daglige arbeidsoppgaver godt. Men mannskapene kan bli satt i situasjoner hvor arbeids- og oppgavefordelingen går på tvers av hva den enkelte nødetat skal kunne.

– Det er derfor en stor fordel at vi får mulighet til å trene på dette sammen, sier Gaathaug.

– VERDIFULL LÆRING

Anestesisykepleier Einar Fossli er en av deltakerne i øvelsen.

Som redningsmann på helikopter i luftambulansen vet han at evnen til lynkjapt å endre situasjonsforståelse må trenes og finslipes:

– I denne øvelsen var det flere som ikke hadde fått med seg at trusselbildet hadde endret seg eller forsto konsekvensen av den endringen. Det gir verdifull læring, sier han og legger til at det er betryggende å gjøre slike erfaringer i en øvelse, ikke under en reell hendelse.

Sammen med de to andre i vaktteamet, anestesilege Kristoffer Næss og pilot Thor Jarle Hande, ble han invitert med på øvelsen.

Luftambulansen bruker også biler i tjenesten, og det er særlig aktuelt for å komme raskt til ved hendelser i byer der luftambulansebasene er plassert.

Under denne øvelsen kjørte de bil.

PREHOSPITALE BØR ØVE

Det er ikke usannsynlig å bli eksponert for Plivo-oppdrag i løpet av karrieren i Luftambulansen, påpeker Einar Fossli.

– Er det viktigere å trene på plutselige endringer ved livstruende voldshendelser nå enn før?

– Det er i alle fall ikke mindre viktig ►



▲ **ØVELSE:** Vanligvis jobber Einar Fossli som ledende redningsmann ved hovedbasen på Lørenskog, men denne dagen var han på helikopterbasen ved sykehuset i Kirkenes. Plutselig gikk øvingsalarmen, og han sto midt i en fiktiv situasjon med flere drepte og skadde.

å trene på Plivo, gitt den endrede sikkerhetssituasjonen i Europa, sier han.

Fossli viser til at den sikkerhetspolitiske situasjonen har hatt stor innvirkning på PSTs (Politiets sikkerhetstjeneste) trusselvurdering for 2025. Der skriver de at spenningen mellom Russland og Vesten samt den pågående krigen i Ukraina har økt risikoen for terror og sabotasje. Konflikter i Midtøsten og Afrika bidrar

også til økt terrortrussel i Europa. Sikkerhetssituasjonen er mer krevende.

– PST understreker behovet for økt beredskap og samarbeid mellom sikkerhetsaktører, sier Fossli.

Han mener derfor sykepleiere og andre som jobber i prehospitaltjenester og har en reell sannsynlighet for å bli eksponert for slike oppdrag, bør øve på dette. 🇳🇴

Vil ha et Beredskapens hus i Kirkenes

Kommune, politi, sykehus og forsvaret må trekke sammen i beredskapsarbeidet, mener Magnus Mæland (H), ordfører i Sør-Varanger.

– **Det er vi som bor på grensen.** Og det er her beredskapen og kompetansen må økes, mener Mæland.

– Jeg ønsker et Beredskapens hus som både skal styrke samhandling og operativ evne. Med de sterke institusjonene som vi allerede har i Sør-Varanger, ser jeg på det som naturlig at man samarbeider og samhandler bedre, og at det formaliseres, sier han.

– Samhandling i det daglige er det viktigste for meg, og at man kan øve mer sammen på de store scenarioene, sier Mæland.

Han har også etterlyst at Utenriksdepartementet (UD) etablerer kontor i kommunen.

Vil har mer trening i hele Finnmark.

Oberst Jørn Qviller er sjef i Finnmark landforsvar. På spørsmål sier han ja til at det er ønskelig at Forsvaret øver mer sammen med sykehus og nød-etatene i Øst-Finnmark.

– Vi ønsker mer trening og øving i totalforsvaret i hele Finnmark. For Forsvaret så er det viktigste at totalforsvaret har kontroll på og evne til å ivareta sine roller og oppgaver i krig.

Finnmark politidistrikt, Sivilforsvaret og statsforvalteren skal sammen med Forsvaret bidra til kompetansebygging i totalforsvaret i Finnmark gjennom kurs og samlinger i år og neste år, opplyser han i en e-post til Sykepleien. 🇳🇴



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

Nye langtidsdata¹

Helvetesild kan forebygges med vaksine¹

Shingrix gir opptil 97 % effekt mot helvetesild hos voksne ≥ 50 år^{*1}

Langtidsoppfølgingsstudie for Shingrix viser 82% vaksineeffekt 11 år etter vaksining.^{1}**

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk nevralgi (PHN) hos voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksining bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.
- Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Shingrix. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Pris: 2257,20 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Reseptgruppe C. Shingrix er en ikke-levende vaksine.

^{*}To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne ≥ 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne ≥ 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder ≥ 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne ≥ 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder ≥ 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

^{**}ZOE-LTFU: Langtidsoppfølgingsstudie av ZOE-50 og ZOE-70. Predefinert og deskriptiv analyse på vaksineeffekt mot første eller eneste helvetesildepisode mens ZOE-LTFU-studien varte, hos deltakere ≥ 50 år. ZOE-LTFU startet på median på 5,6 og endte på median 11,4 år etter vaksinasjon. Vaksineeffekt ble vurdert i mTVC-analysen hos personer ≥ 50 år, og deltakere med bekreftet helvetesild under ZOE-50/70 ble ikke tatt i betraktning. Historisk kontroll i ZOE-LTFU er basert på placebogruppen i ZOE-50/70-studiene, med antall deltakere (N) og oppfølgingsstid antatt å være den samme som i den vaksinerte gruppen. VE-estimer ble justert for region.

Referanser: 1. Shingrix preparatomtale.



Shingrix
preparatomtale

For mer informasjon:
shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2025 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-SGX-JRNA-250001, mai 2025

GSK

Soldatene passer på grensa – sykepleier Line Nilsen passer på soldatene

Her får de hjelp med alt fra kjærlighetssorg til lungebetennelse og skyttergravsføtter.

TEKST: ANN-KRISTIN B. HELMERS

GARNISONEN SØR-VARANGER (Sykepleien):

Menig Mørne hekter en HK416 – Forsvarets hovedvåpen – fra skulderen og gir det til sykepleier Line Nilsen.

Hun sjekker at magasinet er tømt før hun legger det vekk.

Louis Mørne er soldat i utdanningskompaniet ved Garnisonen i Sør-Varanger. Han er på vei inn på sykestua for å ta en blodprøve.

Her har våpen ingen adgang.

SNAPPER IKKE OM KRIGSREGLENE

Line Nilsen er avdelingsleder på sykestua ved Høybuktkmoen leir. Hun tar seg av syke og skadde soldater.

Nasjonens grensejegere holder til her på Høybuktkmoen. Det er de som vokter grensa mot Russland – og Schengen.

Hvis noe skjer med disse soldatene, så er det hit de kommer først.

Sykestua er imidlertid ikke rigget for å ta seg av større skader.



HVA ER GSV?

■ Garnisonen i Sør-Varanger (GSV) passer på den 198 kilometer lange grensen til Russland. Denne grensen er også Schengen-grense.

■ Ligger på Høybuktkmoen leir. Garnisonen blir også kalt Grensevakten.

■ Garnisonen er delt inn i fem kompanier og er underlagt Finnmark landforsvar.

■ Soldatene patruljerer til fots, på ski, med båt og med snøskuter.

■ Rundt 600 soldater utdannes i Garnisonen hvert år.

Kilde: Forsvaret

– Vi er førstestans, og så er sykehuset neste instans. Hvis det blir krig, så er det andre regler som teller.

– Hvilke regler da?

– Det er hvis man må trekke seg tilbake fra linja, hvis vi ikke kan være i Sør-Varanger mer. Men hva vi gjør i krise eller krig, kan ikke jeg si noe om, avklarer hun.

Den som kan svare på hvordan det ville foregått dersom krise eller krig hadde tvunget dem til å trekke seg tilbake, er oberstløytnant Lars Fossberg, NK/stabssjef i Trenregimentet i Forsvaret.

Han svarer slik i en e-post:

– Planer for evakuering av Hærens garnisoner i tilfelle krise eller krig er ►

PÅ SYKESTUA: Louis Mørne er innom sykestua på Høybuktmoen i Sør-Varanger for en blodprøve og en rask sjekk. Sykepleier Line Nilsen er stø på hånda.





▲ **SANITETSSOLDAT:** Mathilde Zwaag er en av tre vernepliktige sanitetssoldatene på sykestua denne dagen. Planen hennes fra høsten er å studere medisin.

gradert og kan derfor ikke svares ut. Uansett har garnisonen, herunder sykestuene, en svært viktig funksjon i å støtte personell og avdelinger. Derfor vil disse opprettholde sine funksjoner så lenge dette er operativt forsvarlig.

UNGE OG FRISKE, MEN FÅR BELASTNINGSSKADER

– Men det jeg kan si noe om, er hvordan vi jobber i daglig drift, sier Line Nilsen.

Hun er sivilt ansatt i Forsvaret. Tidligere har hun blant annet jobbet på kirurgisk poliklinikk på sykehus og møtte der et bredt spekter av pasienter og tilstander.

Her er utgangspunktet friske, unge mennesker – de fleste i samme alder.

– Men de har sine utfordringer, de også, sier hun.

– Hva går det mest i?

– Gnagsår, fotsopp, små sårskader. Noen brannskader. De holder jo på

«Jeg blir ydmyk av ungdommene og jobben de klarer å gjøre. Det er meningsfylt å jobbe som sykepleier her.»

LINE NILSEN, sykepleier

med ild, primuser og sånt som de kan brenne seg litt på.

Ellers er belastningsskader noe hun ser mye av.

– De bærer tung sekk, 40 kilo, er ute og går, enten på ski eller til fots.

Soldatene har nylig fått nytt utstyr. Det merker hun:

– Da er det gnagsår og inngroddet tånegler som blir verre. Og gnisninger oppe på leggen eller på fotoverflaten.

Skrammer og gnisninger kan høres ut som småproblemer. Men poenget er at de ikke skal utarte til noe større.

Soldatene bør være klare til å gjøre det de blir bedt om.

– JENTENE ER LIKE ROBUSTE SOM GUTTENE

Det er stadig flere kvinner i førstegangstjenesten, og det er noe hun er oppmerksom på.

– Menstruasjon med kraftige blødninger kan være en utfordring på lengre øvelser, spesielt når det kommer til hygiene.

Og også toalettbesøk generelt kan være et tema.

– Man får kanskje to minutters stopp med beskjed om å tisse. Så forteller jentene at da rekker de ikke få av seg buksa engang og velger heller å holde seg, noe som igjen kan føre til urinveisinfeksjon, sier hun.

Hovedinntrykket er dette:

– Jentene er like robuste som guttene, noen er mer robuste. Det er tøffe jenter, sier hun.

LANGT HJEMMEFRA

Soldatene kan komme til sykestua på dagtid i ukedagene. Noen av dem har timeavtale, andre kommer innom med mer akutte ting.

To sykepleiere, tannlege og lege jobber der, i tillegg til lege i utsatt førstegangstjeneste og sanitets-soldatene. Psykolog har de ikke.

– Vi snakker med soldatene dersom det er noe de sliter med psykisk. Ofte kan det hjelpe. Og så kan vi henvise videre ved behov.

Kjærlighetssorg, savn, søvnproblemer og en følelse av å være langt unna det livet andre venner har, er noe som jevnlig kommer opp.

LUNGE BETENNELSE OG SKYTTERGRAVSFØTTER

Det er over 500 soldater som deler på fire pasientrom og elleve senger på sykestua.

Hvis noen for eksempel får svært redusert form ved forkjølelse eller influensa, lungebetennelse med redusert form eller kraftig hoste og behov for antibiotika, kan de ligge her for ro og hvile og få daglig oppfølging av vitalia.

Sykestua har også smitterom ved mistenkt smitte som gir oppkast

UNDERSØKELSER SOM KAN GJØRES PÅ SYKESTUA:

■ Blodtrykk, puls, høyde, vekt, respirasjon, EKG, O2-metning, O2-behandling, WBC, Hb, CRP, Blodsukker, visus, fargesyn, audiometri, nasofarynx, bactus, diverse blodprøver sendes til sykehus, urinstix og dyrk, avføringsprøver til forsendelse, spyttprøver, hemofec, vevsprøver, spirometri, otoskopi.



og diare, eller andre smittsomme sykdommer.

Postoperative pasienter som for eksempel har fjernet mandlene, eller har migreneanfallet der det er behov for ro og hvile og medisiner, kan legges inn.

Noen ganger blir fotskadene så store at de må legges inn på sykestua for oppfølging. Det hender soldater kommer inn med skyttergravsføtter. Det vil si føtter som har blitt skadet av å være for lenge kalde og våte.

– Huden blir svært fortykket, blek i fargen, lukter og er dårlig sirkulert, forklarer hun.

HAR LÆRT AV PANDEMIEN

Om det trengs mer plass, kan sykekaserne opprettes, forteller Line Nilsen:

– Under covid ryddet vi en egen kaserne der det var isolat for dem som hadde vært ute og reist, og egne plasser for dem som var smittet. Omtrent 200 senger mener jeg vi var oppe i på det meste.

Lærdommen derfra var at det som tok mest tid å organisere, var mat- og søppelhåndtering og hvor viktig det er å ha fortløpende kontroll over den enkelte innlagtes forløp.

Nilsen ser tilbake på pandemien som en periode med temmelig hektiske dager, men at de fikk det til ved hjelp av to ekstra vernepliktige leger og litt hjelp fra grensevaktens personell.

TØFFE FORHOLD

– Ungdommene tar oppdraget sitt veldig på alvor. Vi ser viktigheten av at de får en god helsetjeneste, sier hun og fortsetter:

– Soldatene er ute i all slags vær. Forholdene er tøffe her i Øst-Finnmark, spesielt på vinteren.

Soldatene på Høybuktknoen leir er fordelt i flere kompanier: Pasvikkompaniet og Jarfjordkompaniet er helt ute ved grensen, og soldatene har vakter på små hytter uten innlagt vann og strøm, er mye alene og langt fra folk, forteller hun.

– De har en viktig grensevakt-funksjon og gjør en fantastisk jobb for Norge.

Jegerkompaniet bor i utgangspunktet inne på området, men er ute og øver i lange perioder. Utdanningskompaniet og Garnisonskompaniet øver både på området og utenfor.

Militært ansatte kan også bruke



▲ **FOTBAD:** Ute på øvelser kan det være at man bare rekker å luften én fot av gangen under korte stopp. Gnagsår er noe de ser mye av på sykestua. høsten er å studere medisin.

sykestua i arbeidstiden hvis det er kapasitet og det ikke er problemstillinger som bør følges opp av fastlege.

SKARPE SANITETSSOLDATER

På sykestua er det til enhver tid tre sanitetssoldater.

Sanitetstroppen har ikke samme oppgaver som disse sanitetssoldatene. Sanitetstroppen øver ute.

Sanitetssoldatene hun har på sykestua, er i såkalt skarp tjeneste – det vil si at tjenesten er i virkeligheten, med virkelige pasienter.

– Før de kommer hit, har de et kurs i grunnleggende helsehjelp. Her fungerer de som assistenter. De har noen delegerede oppgaver, som medisindeling av ikke-reseptpliktige legemidler, blodsuktermåling og å ta vitalia.

«Det aller viktigste er at de vet hvor grensen for deres ansvar går.»

LINE NILSEN, sykepleier

HELSEVESENET KAN LÆRE

– Det varierer hva de kan når de kommer, så vi må passe på så rutiner sitter. Det aller viktigste er at de vet hvor grensen for deres ansvar går. De er alene med pasientene på kveld og natt og skal kontakte bakvakt hvis det er noe som oppstår, sier hun.

– *Hva kan helsevesenet lære av Forsvaret?*

– I Forsvaret dreier mye seg om svært klare roller og å være drillet i rutiner. Om rollen er tydelig definert, blir man ikke så personavhengig. Min erfaring er også at det er en god kultur for å lære av feil i Forsvaret. Om noe ikke har gått som det skulle under en øvelse, så har det blitt ordnet opp i til neste øvelse.

BLIR YDMYK

Soldat Louis Mørne er ferdig med dagens time. Et par stikk ble det, samt febermåling.



▲ **KLAR:** Louis Mørne er klar for dyst igjen. -Mitt inntrykk er at det ikke er så mye skader blant soldatene. Overbelastning er kanskje det det går mest i. Det er jo ikke lagt opp til at vi skal være ute av tjeneste, sier han.

– Det er fint å kunne dra innom her. Det er et godt tilbud for oss, sier han mens han trekker på seg jakke og hjelm.

Våpenet får han på vei ut døra.

Line Nilsen har prøver som må

sendes til analyse og flere pasienter som venter.

– Jeg blir veldig ydmyk av ungdommene og det de klarer å gjøre. Det er veldig meningsfylt å jobbe som sykepleier her, sier hun. 🚫

Søk midler til hjerte- og karforskning

01.09.2025, kl. 07:00.





STEM PÅ EN UTFORDRER

Foto: Ihne Pedersen

Nå går prisene opp. Det samme gjør overskuddene til dagligvarekjedene og bankene. Folk flest fortjener å sitte igjen med mer. Mer penger, mer makt og mer framtidstro.

Arbeidsfolk skal sitte igjen med mer av verdiene de skaper, og du skal ikke bli fattig når du blir syk eller pensjonist etter et langt liv i arbeid.

Rødt vil ha et samfunn med stolthet over arbeid og respekt for sykdom. Høyresida vil heller ha mer løsarbeid og kutte i sykelønna. Stortingsflertallet vil øke pensjonsalderen.

Andre partier har fått mange sjanser, men forskjellene har bare fortsatt å øke. Nå er det på tide å stemme på en utfordrer.

RØDT JOBBER FOR:

- En styrket velferd, med flere folk på jobb og at tannlege ikke skal koste mer enn fastlege.
- Lavere skatt på vanlige og lave inntekter.
- Styrking av retten til hele, faste stillinger. Få vekk bemanningsbransjen og fjern unntakene i innleiebegrensningene i helsesektoren.
- Forsvare og forbedre sykelønna.
- Ja til rettferdig pensjon. Nei til økt pensjonsalder.

HJERTEINFARKT: Her er symptomene du må kjenne til – og råd om hva du bør gjøre

Det er allment kjent at hjerteinfarkt er en svært alvorlig tilstand. Vi vet at hvert minutt teller – og at det derfor er viktig å komme seg raskt til sykehus. Dersom et infarkt skulle ramme deg eller noen nær deg, vet du hva du bør gjøre?

Hva skjer ved et hjerteinfarkt?

Et hjerteinfarkt oppstår når hjertemuskelen ikke får nok blodtilførsel. Den vanligste årsaken til dette er blodpropp i en av årene som forsyner selve hjertet med blod. En slik propp kan feste seg dersom blodårene blir trange, typisk på grunn av oppsamlet plakk på innsiden av åreveggene.

Uten rask behandling vil mangel på blodtilførsel føre til at deler av hjertevevet skades permanent.

Hvem rammes?

Siden plakket eller fettavleiringene – gjerne kalt åreforkalkning – i større grad skjer hos eldre mennesker, øker infarktrisikoen med alderen.

Det er allikevel ikke bare eldre som rammes, og risikoen øker ved røyking, diabetes, høyt blodtrykk eller kolesterol, overvekt og dårlig fysisk form. Genetiske faktorer spiller også inn, men det hender også at individer med lav antatt risiko får hjerteinfarkt.

Dette gjør du ved infarkt

- 1. Ring 113 umiddelbart!** Man bør ikke vente for å se om symptomene går over – et infarkt kan fort bli verre.
- 2. Ta Coxor dersom 113 råder deg til det.** Coxor er et reseptfritt legemiddel som fås kjøpt på apoteket, og kan begrense skadeomfanget.
- 3. Ikke vær redd for å handle!** Skulle du ikke få kontakt med 113 rådes du til allikevel å ta Coxor så raskt som mulig. Du må fortsette å oppsøke medisinsk hjelp.

Husk: Rask handling kan redde liv!

Jo raskere hjertet får god blodtilførsel, desto mindre skade rekker å oppstå. Coxor inneholder acetylsalisylsyre som har en blodfortynnende effekt og kan begrense skadeomfanget. Å vite hva du skal se etter og hva du skal gjøre, kan være forskjellen på liv og død. *Del denne informasjonen – det kan være det viktigste du gjør i dag!*

Slik kjenner du igjen et infarkt

Det aller vanligste symptomet på hjerteinfarkt er

- **Brystmerter:** Opplevs ofte som trykkende eller klemmende.
- **Smerter som stråler:** Kan kjennes i skuldre, armer, nakke, rygg eller kjeve.
- **Tung pust og åndenød**
- **Svimmelhet, kald, blek og klam hud**

Opplever du eller noen rundt deg ett eller flere av disse symptomene? Ikke vent! Det kan være et infarkt selv om smertene ikke er så sterke eller om ubehaget er annerledes enn forventet.

Nødmedisin ved mistanke om akutt hjerteinfarkt – etter kontakt med 113

- Coxor benyttes etter kontakt med 113.
- Hvis det ikke er mulig å ringe 113, anbefales det at du tar legemiddelet likevel så snart som mulig.^{*)} Deretter må du umiddelbart oppsøke medisinsk hjelp.
- Skal ikke brukes ved overfølsomhet for acetylsalisylsyre, andre salisylater eller NSAID.
- Kun for voksne over 18 år.

Reseptfritt legemiddel: Coxor® 300mg (acetylsalisylsyre) pulver og oppløsningsvæske til mikstur, kan brukes av voksne (over 18 år) ved mistanke om akutt hjerteinfarkt etter kontakt med 113. Ved symptomer på akutt hjerteinfarkt, ring straks 113, og innta 300 mg (1 flaske) snarest mulig etter råd. Pulveret skal blandes i oppløsningsvæsken og ristes til det er oppløst. Skal ikke brukes ved overfølsomhet for acetylsalisylsyre, eller salisylater eller NSAID.

Les pakningen og pakningsvedlegget nøye før bruk.

Referanser: Helse Norge/Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. Slik kjenner du igjen et hjerteinfarkt - <https://www.helsenorge.no/forstehjelp/slik-kjenner-du-igjen-et-hjerteinfarkt/> (besøkt 03.04.25)

Direktoratet for medisinske produkter. Bruk av acetylsalisylsyre ved mistanke om hjerteinfarkt <https://www.dmp.no/nyheter/bruk-av-acetylsalisylsyre-ved-mistanke-om-hjerteinfarkt> (besøkt 03.04.25)

^{*)} Kilde: <https://www.dmp.no/nyheter/bruk-av-acetylsalisylsyre-ved-mistanke-om-hjerteinfarkt> (besøkt 03.04.25)



Test din kunnskap om hjerteinfarkt
Scan QR-koden



EN ILDSJEL SLOKNER ALDRI.

Vi kan ikke ta med oss noe når vi en gang skal forlate denne verden. Men vi kan etterlate oss muligheten til å gi noen andre et bedre liv. Velger du å gi en testamentarisk gave til Røde Kors, kan du være trygg på at ditt bidrag vil komme mennesker til gode, enten lokalt i Norge eller i andre deler av verden.

Er dette noe du vil vite mer om? Ta kontakt med **Siri Antonsen**, ansvarlig for arv og testamentariske gaver, på telefon **916 21 942** eller e-post **siri.antonsen@redcross.no**

Røde Kors kan også være behjelpelig med gratis advokathjelp for å sette opp et testament.