

08
2016

Sykepleien

JEG HAR
EN IDÉ!

Nye tider



● **Hva skjer**
Barn med hiv
møtes. **38**

● **Sykepleie**
Utredet epilepsi
hjemme. **56**

● **Påfyll**
Registrerer smitte
på 42. året. **74**

● **Meninger**
Blogger om
eldreomsorg. **84**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,95 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,95 %. Er du mellom 18–33, tilbyr vi deg BLU Start – boliglån til din første bolig, til enda lavere rente; 1,90 %

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

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,02 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.543.546.
BLU – Start (din første bolig): Effektiv rente 1,97 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.529.017.
Prisene er per 05.04.2016 for nye lån og kan bli endret.



BESØK OSS PÅ **STAND NR. 44** PÅ SYKEPLEIERKONGRESSEN 2016

DU SOM TROR AT NORGES STØRSTE PROSEDYREBIBLIOTEK FOR HELSETJENESTEN HETER PPS...

Til nå har du hatt helt rett.

Vi er fortsatt Norges største prosedyrebibliotek for helsetjenesten.
Men PPS heter ikke lenger PPS. Nå heter vi...



HEALTHCARE.
BY HEALTHCARE WORKERS.

VARHEALTHCARE.NO

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Uten konserveringsmiddel.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzyllalkohol, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombotisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon.

Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi: Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 døgner eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjon og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis i 5-7 døgner eller lenger. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvikt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsette i minst 5 døgner, eller inntil nivåene av protrombinkompleksets faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombosar. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvikt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose.

Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon: Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvikt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvikt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvikt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystsmerte ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinversjon (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revaskularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med dosen 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner ≤80 kg og menn ≤70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling ved ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppegående, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvikt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangssprøyter (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombocytopeni: Ved blodplattell <50 000/μl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/μl. Ved blodplattell 50 000-100 000/μl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/μl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombocytopeni (50 000-100 000/μl):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangssprøyte og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsett nyrefunksjon (ClCR <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på >10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, må det sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte sprøyter som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombocytopeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjernebldning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervestykket, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombocytantistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som bli behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæsken som inneholder benzyllalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Innsetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og etter minst 24 timer hos personer som får høyere dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver

12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og foretas hyppig overvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmerte, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blæredysfunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargsdekompresjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gis til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombocytopeni og blodplatefunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetesretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasient, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allmenn sirkulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalcium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kalciumnivå i plasma før oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombocytopeni er til stede. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombocytopeni og alvorlig trombocytopeni (<100 000/μl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, ufraksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningsslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombotisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzyllalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzyllalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombotolytiske legemidler og dekantran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrynsyre, cyostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdannende eller føto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzyllalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner *Amning:* Små mengder med dalteparinnatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. *Fertilitet:* Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Mild trombocytopeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekrose, forbigående alopesi. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparin-indusert trombocytopeni (type II), med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utslett. Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalcium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinnatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødssituasjoner. Se Giftnformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyttning høyst 12 timer. **Pakninger og priser:** **12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 250,40, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 567,30. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 387,20, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 904,30, (0,3 ml = 7500 IE) 10 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 603,80, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 396,40, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 462,80, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 630,20, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 630,20, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl) kr. 652,80. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombotisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode: ICPC:** -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt INA (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyre dialyse. **ICD:** -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68.8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68.9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20.0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Annen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99.2 Avhengighet av nyre dialyse. **Vilkår:** 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016



IKKE LA EN BLODPROPP ØDELEGGE DITT GODE ARBEID. HUSK TROMBOSEPROFYLAKSE

VTE er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft¹

Ref: 1. Khorana AA, Thromb
Res 2010;125/6: 490-493

Klikk deg til den rette dosering med Fragmin doseringsveileder, på telefon eller iPad

Send Fragmin til 2242, eller søk Fragmin i App Store eller Google Play



Fragmin
dalteparinnatrium

Indikasjoner for Fragmin:

- Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter
- Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for VTE og som er immobilisert pga akutte medisinske tilstander som f.eks hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner
- Tromboseprofylakse ved kirurgi
- Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi
- Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon
- Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert
- Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokard infarkt uten Q-takk

RISSKOV **BIL** FERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Populære
Skinnarbu



Halvpensjon
inkludert



Østnorge | Rjukan

Opplev Høyfjellet

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ligger vakker til på en høyde med utsikt over Møsvatn.

- 2 x overnatting m. frokostbuffé
- 2 x 2-retters middag
- Gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 08/09 - 30/10-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 1.151,-

Fra bare

999,-



4★★★★
opphold



Panoramautsikt
over Oslofjorden

Østlandet med Oslo | Åsgårdstrand

Ved Oslofjorden

Thon Hotel Åsgårdstrand ★★★★★

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Gratis parkering
- Ved vannet

Ank. 11/09 - 28/09-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 551,-

Fra bare

1.399,-



Opplev Sveriges
vestkyst



Bohuslän | Uddevalla

Sommer på Vestkysten

Bohusgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x inngang til Spa
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 08/09 - 15/12-16 | Sesongtillegg 100 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP TIL 463,-

Fra kun

929,-

Inngang til
Spa



Bestselger
til minipris!



Fantastiske
Nordjylland

Ank. 08/09 - 28/04-17 | Sesongtillegg 90 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Nordjylland | Dronninglund

Tilbud til Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

Bo nær naturen og flotte slott på et hyggelig hotell på Jylland

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 2 x kaffe og småkaker
- 2 x aperitif

SPAR OPP TIL 590,-

Fra kun

499,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



RISSKOV
BILFERIE

Code **rabatter for barn** i foreldrenes rom - for eksempel 0-5 år gratis - 6-14 år halv pris



Rimelig pris i hele Europa



Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Code barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

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



4★★★★ luksus
på Norefjell



Halvpensjon
& SPA

🇳🇴 Hallingdal | Noresund

Spa på Norefjell

Norefjell Ski & Spa ★★★★★

Kåret til Norges beste SPA hotell 2 år i rad!
Kun 1,5 timer fra Oslo.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters meny
- Inngang til Bøseter Bad og Trening
- Gratis internett

Ank. 11/09 - 22/12-16 | Sesongtillegg 160 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 940,-

Fra kun

1.599,-



Book 3 netter
fra 1099,-

Inkl.
2 middager



🇩🇰 Midt og Østjylland | Brabrand

Krotilbud ved Århus

Hotel Årlev Kro ★★★★★

Nyt en miniferie rett ved Århus og utforsk omgivelsene

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny / buffé
- Gratis parkering
- Nært Århus

Ank. 08/09 - 19/12-16 | Sesongtillegg 120 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 357,-

Fra kun

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Sentralt i
København

🇩🇰 København | København

Sentralt i København

Grand Hotel ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Cava og snack på rom ved ank.
- 15% rabatt, Friscati Restaurant
- Gratis internett

Ank. 18/09 - 15/04-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 874,-

Fra bare

1.179,-



Nyt vestkysten

🇸🇪 Bohuslän | Uddevalla

Bestill innen 31.12.15

Best Western Hotel Carlia ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x middagsbuffé 2. dag
- Relaxavdeling m. fitness og badstue
- Gratis internett

Ank. 08/09 - 30/12-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 975,-

Fra bare

749,-

BESTSELGER!!
i Sverige

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no



32 82 90 00



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

RISSKOV
BILFERIE



Hva er egentlig naturlig aldring?



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttao og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av teqnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligare for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink Protein er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein
300 kalorier



Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på www.nutridrink.no

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjst.

NUTRICIA
Nutridrink®
Næring Til Livet

Innhold



08 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 8. september

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 14** Skader skjer oftest i rus
- 17** Helsesøstermillioner står urørt
- 18** I nyhetene: Hjemmesykepleier Mari Aguguo
- 22** Tema: Hvorfor ingenting blir som før
- 34** Øyeblikket
- 38** «Tones» sønn har hiv



Penger igjen til helse-søstrene. **17**



Sykepleie

- 44** Motiverer til videre læring
- 48** Gir individuell omsorg
- 52** Min jobb: Operasjons- sykepleier Pål Erik Løken
- 54** Eldre, pakistanske damer ga hverandre trygghet
- 56** Utreder epilepsi hjemme
- 60** Sammendrag av forskningsartikler
- 62** Etikk: Per Nortvedt om etikkopplæring
- 64** Hva er sykepleie?



Forsker på migrasjons- helse. **54**



Påfyll

- 68** Småstoff om bøker, og dikt
- 69** Liv laga
- 70** Forfatterintervju: Tom Malmquist
- 72** Bokanmeldelser
- 73** Bokstafetten
- 74** Fakta: MSIS
- 76** Quiz og kryssord



Det ufattelige tapets historie. **70**



Meninger

- 78** Forbundslederen: Eli Gunhild By om lønn
- 79** Innspill: Jobben på trykk
- 80** Frå sidelina
- 81** Marit Leegaard om forskning
- 82** Kronikk: Gunn Helen Kristiansen
- 84** Tett på Trine Jaksland Graff
- 89** Stillingsannonser og kunngjøringer
- 98** Kryssordløsning



Blogger for eldreomsorgen. **84**

Forsideillustrasjon: Colourbox/Sissel H. Vetter, Sykepleien

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

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





Advarsel. Halvparten av alt nøkkelpersonell i eldreomsorgen kan tenke seg å kutte jobben. Hvor ille er det?

Mannen kommer!



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

En forskningsrapport viste nylig at den kommunale eldreomsorgen er inne i en ond sirkel. Problemene med å skaffe kompetent bemanning er så store at de som er igjen, sliter med motivasjonen. Det er som regel for få sykepleiere på jobben, og det sliter logisk nok på dem som forsøker å holde hjulene i gang. Arbeidspresset gjør folk syke, men når kommunene skal rekruttere nye sykepleiere som kan tette hullene i vaktlistene, får de ikke tak i noen. Sykehjemmene og hjemmesykepleien må derfor ty til arbeidskraft som mangler den nødvendige kompetanse, mens de som har slik kompetanse, blir overlesset med stadig flere oppgaver. De store kommunene sliter med å tilby gode fagmiljøer, og de som er i jobb i eldreomsorgen der, trives stadig dårligere. Så ille er forholdene at halvparten av de cirka 5000 som forskerne spurte, svarte at de vurderer å slutte i jobben.

Ja, du leste riktig: Halvparten sier at de egentlig ikke holder ut jobben!

KRISE. Rapporten til Velferdsforskningsinstituttet NOVA etterlater lite tvil: Den beskriver en krise i eldreomsorgen som er i ferd med å få katastrofale konsekvenser. Nøkkelpersonell er, når sjansen byr seg, klare til å forlate det synkende skipet. De vil bort. Noe må gjøres raskt. Men skjer det noe? Er statsministeren ute med hastetiltak? Tar helseministeren på seg ansvaret? Vifter rådmennene desperat med tusenlapper, faglig utvikling og trivselstiltak for å lokke sykepleierne til seg? Niks.

Om jeg var general og halvparten av alle majorene i Hæren sa at de vurderte å slutte, ville jeg ha skjønnet at jeg måtte handle raskt. Om jeg hadde eid SAS og halvparten av alle pilotene hadde fortalt forskere at de ønsket å forlate cockpiten for godt, hadde det nok blitt rabalder på styrerommet. Men nyheten om at den viktigste ressursen i landets eldreomsorg har gått lei, møtte bare labert engasjement da den ble sluppet i midten av august. Til tross for sitt truende innhold, fikk NOVA-rapportens katastrofevarsel forbausende få opp på barrikadene. Helseminister Bent Høie (H), som har det øverste ansvaret, ville ikke svartmale. For ham var glasset ikke halvtomt, men halvfullt: Halvparten av alle sykepleierne sier jo at de trives i jobben!

Regjeringen ønsker bedre kvaliteten i eldreomsorgen, men virkemidlene som settes inn for å få dette til er ikke overbevisende. Høie overlater til kommunene å finne på konkrete, smarte løsninger for å tiltrekke seg sykepleiere, og mener sågar at lønnen deres ville økt om bare flere private aktører slapp til på pleie- og omsorgsmarkedet.

PARALLELL. Hele situasjonen minner meg litt om Mannen. Mannen er et fjell på 1294 meter i Romsdalen. Fjellet er ustabilt. Ekspertene har lenge varslet om at en betydelig bit av fjellet, Veslemannen, kan løsne og utløse et enormt skred som vil feie over hus, vei og jernbane. Elven Rauma kan bli proppet igjen av raset og utløse en flom som kan ramme hele dalen. Høsten 2014 beveget Mannen seg såpass mye at hus ble evakuert og tog innstilt. Men da fjellet ikke falt, fikk folk flytte hjem igjen. Sjefgeolog Lars Harald Blikra uttalte da at han mente mye av dramatikken rundt rasfaren i Mannen var medieskapt. Han tenkte vel – akkurat som Bent Høie gjør i dag med eldreomsorgen – at det er viktigere å dempe folks angst for en katastrofe enn å fokusere på alt som kan gå galt når det endelig skjer.

Beretningen om en varslet katastrofe i eldreomsorgen skiller seg ikke vesentlig fra andre ekstremvarsler. Vi vet alle, for eksempel, at det går skeis med klimaet vårt. Det har vært publisert tonnevis av rapporter om dette, FN er enig, Grønlandsisen smelter og breene på Svalbard kalver. Men har du sett noe til «det grønne skiftet» som noen mener er helt nødvendig for å redde oss fra stupet? Niks. Stort sett gjør vi det vi alltid har gjort – kjører suv-en til kjøpesenteret og kjøper langreist mat. Vi synes åpenbart det er lettere å forholde oss til meldinger om at vi ennå har tid til å snu det hele, enn å høre på dem som spår klodens undergang.

SELVFORSTERKENDE. Nå skal det sies at det byr på visse utfordringer å formidle et varsel om en kommende katastrofe. Paradoksalt nok vil NOVA-rapportens konklusjon om at sykepleiermangel er selvforsterkende, selv kunne bidra til at enda flere sykepleiere vil miste lysten til å jobbe i eldreomsorgen. Forskerne understreker at flere hele stillinger, bedre



Illustrasjon Marie Rundereim

muligheter for etter- og videreutdanning og høyere lønn kan stoppe flukten fra yrket. Så oppskriften for bedring ligger der. Men rapportens usminkete innhold er ikke akkurat en reklame for tjenesten.

Sykepleierforbundet, som har bestilt forskningsrapporten, sliter med et dilemma når det både skal kommunisere dramatikken i at eldreomsorgen er kraftig underbemannet og samtidig ikke skal snakke eldreomsorgen som arbeidsplass nord og ned. Å stresse de dårlige arbeidsforholdene for dem som jobber der, er nødvendig for å vekke opinionen og utløse handlekraft hos politikere. Men de tøffe realitetsbeskrivelsene kan i neste omgang slå tilbake og gjøre vondt verre. Hvem har vel lyst til å velge en arbeidsplass som beskrives som python? Sykepleierforbundet får tilbakemeldinger fra dem som ikke kjenner seg igjen i den virkeligheten som beskrives, og ikke overraskende ble NOVA-rapporten fulgt av en rekke presseoppslag om sykepleiere som sier at de stortrives i tjenesten.

RIKTIG DOSE. Det understreker hvor vanskelig det er å

«dosere» en advarsel om noe som mange helst ikke har lyst til å forholde seg til. I Raumadalen vet de at Mannen vil komme. Fjellet vil løsne en dag, men geologer har utplassert følsomme elektroder som overvåker hver millimeter som steinmassen beveger seg. Utløses alarmen, er det bare å springe, og noen håper at det snart er overstått. Da er det slutt på ventingen, da

«Katastrofevarselet i eldreomsorgen skiller seg ikke vesentlig fra andre ekstremvarsler.»

kan man begynne å tenke framover igjen, bygge opp det som ble ødelagt. Bare bedre og sikrere.

Så enkelt er det ikke i eldreomsorgen. Vi vet jo ikke hvor mange av sykepleierne som sier at de vurderer å slutte, som faktisk vil gjøre det. Eller om noen i det hele tatt vil slutte. Men å gamble på at «raset» ikke vil gå, er særdeles lite lurt. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Vintereventyr

Julestemning i Europas kulturbyer

Avreise fra Bergen



JULEREISE TIL BERLIN

28/11 og 5/12 - 2016

4 dager

KUN 6 498,-

Avreise fra Oslo



JULEREISE TIL BUDAPEST

28/11 og 12/12 - 2016

4 dager

fra 6 498,-

Avreise fra Stavanger



JULEREISE TIL PRAHA

29/11 - 2016

4 dager

KUN 6 998,-

Avreise fra Oslo



JULEREISE TIL KRAKOW

9/12 - 2016

4 dager

fra 6 198,-

Kvalitetsrundreiser i over 30 år
albatros.no | 21 98 45 45

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Albatros
Reis med hjerte, hjerne & holdning



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 08 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema

Anonyme: – Han må få vokse seg inn i åpenhet, sier mor «Tone» om sønnen «Ibra».

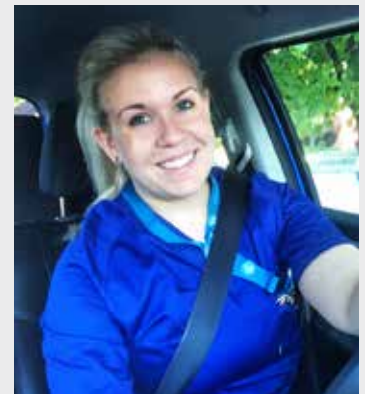


Barn med hiv

Må være hemmelig. «Tone» har en sønn med hiv. At han kom til Norge, mener hun reddet livet hans. **38**



Tema. Mye må bli annerledes i fremtidens helsevesen. **22**



«Friheten er bra – ikke å være på ett sted hele tiden.»

Mari Aguguo. **18**



Helsepolitikk. Millioner igjen til helsesøstre. **17**



Rus: Mange skader skjer i ruspåvirket tilstand. Foto: Colourbox

Skader skjer oftest i rus

RUSPÅVIRKET: En av tre pasienter som ble lagt inn med skader ved akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, var ruspåvirket. Det viser en ny studie.

Forskere ved Folkehelseinstituttet har i samarbeid med OUS undersøkt blodprøver fra skadepasienter som i løpet av ett år ble innlagt ved akuttmottaket på Ullevål sykehus.

996 pasienter er med i studien

«Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency department» som er publisert i BMC Emergency Medicine. Studien inkluderer alle skadepasienter som kom til OUS innen seks timer etter skaden oppsto. Unntaket er pasienter som ble innlagt på grunn av forgiftning og som i all hovedsak skyldtes overdoser.

Blodprøvene av skadepasientene er analysert for alkohol og 28 andre rusgivende stoffer.

- De påviste konsentrasjonene ble tilbakeregnet til tidspunkt for skaden. Ut fra disse konsentrasjonene vurderte vi om det var sannsynlig at pasienten var påvirket på skadetidspunktet, sier Eirin Bakke, forsker på Folkehelseinstituttet.

Helsevesenets største bløff

Kritikk. Kanskje er det på tide at miljøterapeuter slutter å leke psykolog. Å gå tur er ikke terapi. Det er å dekke grunnleggende behov, mener stipendiat Per Jørgen Lange Kristiansen. Sykepleien.no

Enslige mindreårige må flytte

Utlendingsdirektoratet (UDI) legger ned 700 mottaksplasser for asylsøkere fra 1. desember. I dag har Norge 235 asylmottak, hvor 60 prosent av kapasiteten står urørt. 17 mottak for enslige mindreårige med totalt 598 plasser er blant dem som nedlegges. Nye prognoser senere i høst kan gi nye nedlegginger.

Kilde: UDI



Helsesøster invitert til slottet

Helsesøster Agnes Giertsen ble invitert til hagefest på slottet 1. september. Bakgrunnen er hennes mangeårige arbeid for unges helse i Bergen. Hun har også bidratt med et innlegg i kongeparets jubileumsbok. Giertsen har tidligere blitt kåret til Årets helsesøster, og jobber til daglig ved Helsestasjon for ungdom og studenter ved Engen helsestasjon. Kilde:

Bergen kommune



Vil ikke omskjære gutter

Ingen av legene ved Sørlandet sykehus vil utføre omskjæring av gutter. Dermed må sykehuset kjøpe denne tjenesten fra et privat sykehus. De regionale helseforetakene har nå plikt til å tilby omskjæring av gutter. Hvert år blir rundt 2 000 gutter i Norge omskåret, primært jøder og muslimer. Kilde: Fædrelandsvennen



Fakta og tall. Pleie og omsorg

275 200

Antall brukere av kommunale omsorgstjenester i 2015.

135 432

Årsverk som benyttes i brukerrettet kommunale tjenester i 2015.

39 674

Registrerte sykehjemsplasser i 2015. En nedgang på 510 fra året før.

4 800

Plasser som drives av kommersielle og ideelle i 2015. De kommersielt drevne utgjorde 56 prosent.

82 400

Antall brukere som bare mottar kommunal hjemmesykepleie i 2015.

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Urolig: NSF-leder Eli Gunhild By sier resultatene av NO-VA-undersøkelsen er urovekkende. Foto: Marit Fonn

Eldreomsorgen mister sykepleiere

SLUTTER: Halvparten av sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien sier de vil eller vurderer å slutte. De mener det er for få sykepleiere på jobb.

I en spørreundersøkelse gjennomført blant 4 945 sykepleiere svarer halvparten (2 435) at de vil slutte eller er usikre på om de ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien.

Hovedgrunnen er at det er for få sykepleiere på jobb. Det fører til stort tidspress som gjør at sykepleierne ikke har mulighet til å gi pasientene tjenester som de mener er etisk og faglig forsvarlige.

I tillegg til å gå på akkord med hva de opplever er en faglig forsvarlig tjeneste, gir 8 av 10 også uttrykk for at tidspresset går ut over dem selv.

Det er velferdsforskningsinsti-

tuttet NOVA som har gjennomført undersøkelsen på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF).

NSF-leder Eli Gunhild By synes det er urovekkende at det er så mange som vurderer å slutte, og sier økt lønn er første prioritet for å få rekruttert flere sykepleiere. Men hun vil også jobbe for bedre arbeidsforhold, fagmiljø og hele stillinger.

Les mer på sykepleien.no.

Ny videre- utdanning

I januar 2017 starter en ny videreutdanning i akuttstuskepleie. Den varer i halvannet år og gir 90 studiepoeng, skriver Oslo universitetssykehus på nett. Utdanningen gir spesialisert kompetanse i sykepleie til akutt kritisk syke eller skadde pasienter i alle aldre, primært pasienter som kommer til akutt mottak. Videreutdanningen er et samarbeid mellom Ahus, OUS og HIOA.

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Så mye kan du tjene før det går ut over stipendet

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

STUDENTØKONOMI: Om lag hver sjette student som fikk støtte fra Lånekassen i 2014 fikk stipendet redusert på grunn av for høy inntekt.

En sykepleierstudent kan i 2016 tjene 168 059 kroner uten at det går ut over stipendet. Det gjelder for en student som får støtte hele året.

Har du en inntekt over denne grensen, blir stipendet gradvis redusert.

Får man støtte i sju måneder eller mindre i 2016, for eksempel bare vårsemesteret, er inntektsgrensen 420 148 kroner.

– Det er lavere grenser for trygdeinntekter, forklarer første-konsulent i Lånekassen, Lars Erik Skarsholm.

HVER SJETTE TJENER FOR MYE. – Hvor mange sykepleierstudenter fikk trekk i stipendet i 2014 og 2015 på grunn av høy inntekt?

– Vi har ikke tall for 2015, kun for 2014, sier Skarsholm.

– Jeg kan heller ikke trekke ut tall for sykepleierstudenter spesielt. Det jeg kan si er at det i 2014 var 41 300 studenter som fikk redusert stipend på grunn av for høy inntekt eller formue. Det tilsvarer

omtrent hver sjettede student som fikk støtte fra oss i 2014.

MINIMUM 50 PROSENT STUDIE-BELASTNING. Mange sykepleierstudenter studerer deltid, og det betyr redusert støtte fra Lånekassen.

– Hvor mye deltidsstudenter kan få i stipend og lån er avhengig av hvor stor studiebelastning man har. Vi regner en fulltidsstudent for å ha en belastning på 60 studie-

«All støtte fra Lånekassen blir redusert for deltidsstudenter.»

Lars Erik Skarsholm, Lånekassen

poeng per undervisningsår. I 2016–2017 kan disse få 103 950 kroner i basisstøtte for hele året, sier han og legger til:

– Studenter som har en studiebelastning under 50 prosent, har ikke rett til stipend og lån fra Lånekassen.

Deltidsstudenter som har en



Kontroll: Pass på hvor mye du jobber ved siden av studiene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

studiebelastning på 50 prosent eller mer, kan få henholdsvis 50-, 67-, eller 75 prosent av støtten en fulltidsstudent har rett til. Det er avhengig av hvor mange studiepoeng de tar.

SAMME INNTEKTSKILDE. Studenter kan få støtte utover basisstøtten fra Lånekassen ut fra livssituasjon:

– For eksempel spiller det en rolle om de har barn, eller om de skal betale skolepenger, sier Skarsholm.

Denne typen støtte blir redusert på samme måte som basisstøtten

dersom det er snakk om deltid.

– All støtte fra Lånekassen blir altså redusert for deltidsstudenter, sier Skarsholm.

Når det gjelder inntektsgrensene gjelder de samme grensene for deltidsstudenter som for dem som studerer på fulltid.

– Deltidsstudentene vil likevel få en mindre reduksjon av stipendet, alt etter hvor stor studiebelastning de har. Studerer de for eksempel 50 prosent deltid, får de bare halvparten av trekket som en fulltidsstudent ville fått, sier han. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

XWEAR.NO

Sertifiserte støttestrømper fra 99 kr



Støttestrømper fra Xwear.no er testet og sertifisert.

Besøk oss på nett for stort utvalg og rask levering.

www.xwear.no



Helsesøstermillioner står urørt

• Tekst **Eivor Hofstad**

BARN OG UNGE: Det finnes mer penger til helsesøstertjenesten. Helse- og omsorgsminister Bent Høie oppfordrer nå kommunene til å søke. Søknadsfristen går ut 30. september.

– Vi ser at regjeringens satsing på barn og unge gir resultater. De to siste årene har vi sett en tydelig vekst i antall helsesøstre. Det er en god start, men vi mener det er behov for en enda sterkere innsats, sier Høie i en pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet.

49 MILLIONER. For perioden 2014–2016 er det satt av 667 millioner til helsestasjonene og skolehelsetjenesten gjennom kommunerammen. I tillegg ble det i Stortinget bevilget ytterligere 100 millioner for 2016 til en øremerket tilskuddsordning til kommunene, som styrker helsesøstre og andre faggrupper i skolehelse- og helsestasjonstjenesten. Det er fremdeles 49 millioner kroner som ikke er benyttet, og tilskuddsmidlene lyses derfor ut på nytt.

SØKNÅ. – Det vil gi kommuner som nå jobber med sine reviderte budsjetter og faktisk bruker pengene på flere helsesøstre i kommunene, mulighet til å få en ekstra belønning for dette. Kommunene får nå en ny mulighet til å sikre seg helsesøstermillioner. Min klare oppfordring til kommunene er: Søk nå, sier Bent Høie.

UNØDVENDIG BYRÅKRATI. Torgeir Micaelsen (Ap) kritiserer regjeringens satsing på helsestasjoner og skolehelsetjeneste.

– Hvorfor må kommunene søke når de i stedet bare kunne få øremerkete midler. Denne måten å gjøre det på har neppe vært særlig vellykket når de ikke har klart å få inn nok søknader, sier Arbeiderpartiets

helsepolitiske talsperson.

– Regjeringens løsning med 100 millioner ekstra som kommunene må søke om, er unødvendig byråkratisk, men verst av alt er at penger som så sårst trengs, ikke er garantert å bli tildelt. De 50 millionene som Høie har relansert burde allerede vært på vei ut til kommunene, sier Micaelsen.

10 PROSENT SVINN. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som administrerer ordningen med «helsesøstermillionene». I kriteriene for søknadene står det at kommunene må dokumentere at de har budsjettert med å bruke 90 prosent av de tildelte

«Min klare oppfordring til kommunene er: Søk nå!»

Bent Høie (H), helseminister

frie midlene bevilget til formålet i 2016. Det vil si at de kan bruke 10 prosent til helt andre formål.

– Hadde pengene vært øremerket, ville hele summen faktisk gått til formålet, og vi ville vært sikre på at de også ble utdelt, sier Micaelsen.

GODE FORMÅL. Det gis tilskudd til:

1. Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten med personell kommunen vurderer at kommer målgruppene til gode.

2. Forhold som legger til rette for økt flerfaglig samarbeid rundt målgruppene.

3. Forhold som legger til rette for bedre tilgjengelighet til tjenestene for målgruppene. •

eivor.hofstad@sykepleien.no



- når du vil merkes!

Nyutdannet helsearbeider?
Vi har det du trenger i ny jobb!



Bestilles i nettbutikken
www.sabo.no



Mari Aguguo

Blåser i hva andre synes om jobben

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Privat**

Fakta

Aktuell som

Hjemmesykepleier i Drammen som vil bli i jobben

Alder: 27 år

Bakgrunn: «Vil bli i hjemmetjenesten» er tittelen i avisen Fremtiden 26. august. Hjemmesykepleierne i bydelen Åssiden sier de ikke vil bytte jobb. Saken er et svar på en ny Nova-rapport som sier at halvparten av sykepleierne i eldreomsorgen vurderer å slutte. Verst er tidspresset. «Man må lære seg å legge jobben fra seg. Man får ikke gjort mer enn det man har kapasitet til», sier Mari Aguguo til avisen. Hun har vært hjemmesykepleier i Drammen i seks år. Aguguo og kollegene har det hyggelig og faglig utfordrende. Og en imøtekommende leder.

Hvordan havnet du i avisen?

– Sjefen ble kontaktet av Sykepleierforbundet som ville ha en historie mot budskapet i Nova-rapporten. Så var det jeg som var på vakt.

Hva syns du om at så mange vil slutte?

– Jeg kjenner meg ikke igjen. Veldig trist at så mange opplever det som så krevende at de ikke vil jobbe i hjemmesykepleien.

Hva syns du om dem som klager?

– Det er sikkert veldig tøft på noen avdelinger med veldig mange brukere. Ikke alle klarer det presset. Hvordan du takler jobben kommer mye an på personlighet og egenskaper.

Hvilke egenskaper trengs?

– Selvstendighet. Du må stole på egne avgjørelser. Og så må du ha gode kolleger du kan spørre. Har du ikke det, føler du deg veldig alene. Det er mye som påvirker jobben.

Hva er det som er så bra hos dere?

– Her er mange flinke syke- og hjelpepleiere. Det faglige er godt organisert, vi har gode medisinerutiner og god ledelse. Mange har jobbet hos oss i mange år. Vi kjenner rutinene og kjenner brukerne.

Hvordan takler du tidspresset?

– I perioder er det mye å gjøre. Så går det over. Vi må stå i de tunge periodene.

Er ikke det lett å si?

– Jeg skulle gjerne ha gjort mer for brukerne. Men jeg prøver å huske på at det ikke er jeg som har lagt rammeverket, så jeg ikke legger det på min samvittighet at jeg ikke får gjort noe ekstra.

Er du en atypisk sykepleier?

– Vet ikke. Ingen klager over tidspresset her. Vi hjelper hverandre. Det hender vi må si «vi rekker ikke deg i dag», men det er veldig sjelden.

Bruker dere stoppeklokke?

– Det står i appen hvor mange minutter vi skal bruke på vedtakene. Men vi bruker den tiden det tar. Noen ganger er det mer, noen ganger mindre.

Du lar deg ikke stresse?

– Nei. Det hjelper ikke det.

Hvilken gulrot må til for å lokke flere til sektoren?

– Det mest åpenbare er jo lønn. Lønna til sykepleiere er jo utrolig lav i forhold til andre høyskoleutdannete. Men vi har gått opp i lønn hvert år, det hjelper veldig. En annen gulrot er mulighet for kompetanseutvikling og videreutdanning.

Har dere nok status?

– Det har også bedret seg. Sykehussykepleierne har status på toppen. Jeg tror folk vet lite om hjemmesykepleie. Pasienter vet heller ikke hva de kan forvente av oss.

Sykepleiere sier de ikke blir hørt og at statusen er for lav?

– Jeg blåser i hva andre tenker om jobben min.

Hva er bra med jobben din?

– Jeg liker det selvstendige og å ha mye ansvar. Jeg liker å komme hjem til brukerne. Friheten er bra – ikke å være på ett sted hele tiden. Og så får jeg frisk luft.

Hva er god ledelse?

– At lederen er en del av arbeidsgruppen, og ikke bare er på kontoret. Vår leder er alltid med på rapport og på lunsj. Hun kjenner oss godt og er fleksibel. Det er lett å bytte vakt. Det betyr at vi ikke er låst i turnusen.

Hva er frustrasjonen på jobb?

– Det er selvfølgelig tidsrammene. Men det gjelder å ikke la seg frustrere. Ikke la det gå ut over brukeren, det hjelper ikke. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Remifemin®

– mot hetetokter og nattesvette

Mange kvinner sliter med plager i overgangsalderen. Ikke alle kan eller ønsker å tilføre kroppen østrogen. Remifemin® er et reseptfritt legemiddel uten østrogen eller planteøstrogen mot plager i overgangsalderen.¹

Mer enn 20 kliniske studier med over 12 000 pasienter er utført de siste 15 årene.² Nesten 40 år som legemiddel på det europeiske markedet gir lang erfaring med effekt og sikkerhet.



**UTEN
østrogen**

- ✓ Uten østrogen/planteøstrogen¹
- ✓ Godt dokumentert effekt og sikkerhet²
- ✓ Fås uten resept

Fås på apotek og på
www.pulsapotek.no

Remifemin «Schaper & Brümmer»

F Middel mot overgangsplager.
X04

ATC-nr: G02C

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. **Dosering:** 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke > 6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittap, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. **Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer**, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifert ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. Virkningsmekanisme: Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: ¹Remifemin® preparatomtale, sist endret 16.12.2014; ²Beer & Neff, J Evid Based Complementary Altern Med 2013;860602



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@tuvatapettjes
Har overlevd nok en natt på
#infeksjon og #hematologi.



@this.is.ina
Dragging more and more lucky colleges of mine to
exercise during a quiet night shift.



@troika1970
#intensivsykepleier#verdensbestekollegaer
#universitetssykehusetnordnorge



@silvialope
Andre har #blåmandag vi har #bæsjemandag.



@sosterheidi
Vi vet vi er klare for høgskolen, spørsmålet er om
høgskolen er klare for oss ...



@solgullet
Felles kveldsmat. Eller lønningspizza kan man
jo oxo kalle detta felles trivelsstiltaket.



@lisagrotta
#sykepleier #sykepleierselfie



@besaja
Opplæring i respirator å sånt, wææ!



@henriettelb
Kurs i blodprøvetaking.

A close-up photograph of a person's hand holding a thin green stem with several small white daisies. The person is wearing a dark red sweater and a colorful patterned scarf. The background is blurred, showing green foliage.

Takk for alt du gjør
for andre!

*Det inspirerer oss
til å ta vare på deg.*

Som sykepleier er du selv godt ivaretatt fordi du har pensjonen din hos oss. Velger du våre bank- fond- og forsikringsprodukter får du ekstra gunstige vilkår. **Sjekk klp.no/medlem.**

Håper vi ses på **Sykepleierkongressen 27.-28. september.**
Der gleder vi oss til å ta litt ekstra godt vare på deg.

klp

Nye tider. Reform, omorganisering, innovasjon, oppgaveglidning, kompetanseutvikling, effektivisering – ord som gir enkelte stjerner i øynene, mens andre får tårer.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Illustrasjon **Sissel H. Vetter**



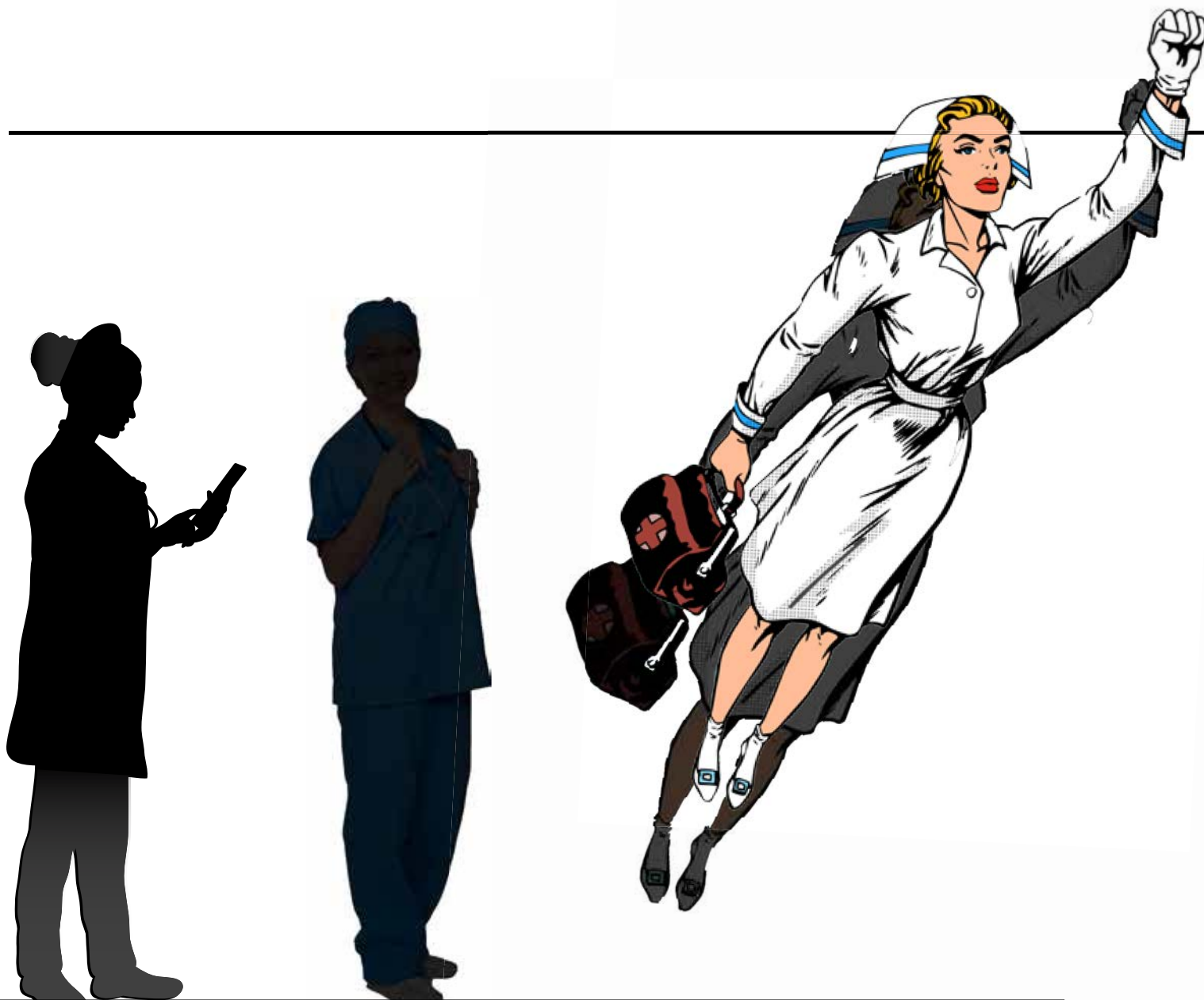
Hvorfor ingenting

Det kompliserte ved en enkel telefonsamtale. **24** • 7 grunner til endring. **26**

Den ene nasjonale helsereformen følger hakk i hæl på den forrige. Sykepleiere får stadig nye oppgaver og utvidet ansvar, samtidig som knappe ressurser krever at driften effektiviseres inn til beinet. Oppdatert forskning gjør innarbeidete prosedyrer avleggs, mens velferdsteknologiens misjonærer forkynner om

en vidunderlig ny verden like rundt hjørnet.

For mange sykepleiere er det dette som motiverer og inspirerer i hverdagen: spenningen knyttet til det nye og troen på at ting skal, kan og må bli bedre, og muligheten til selv å påvirke og bidra til bedring.



blir som før



Ikke bare å trykke på en knapp. **28** • Melding med hjem. **30** • 9 tips for å lykkes. **32**

For andre er det en kilde til tiltakende frustrasjon, usikkerhet og stress. Ikke før har du vennet deg til et system og blitt trygg på rutinene, så skal alt snus på hodet. Du mister oppgaver du liker og får nye du ikke mestrer.

Under den store sykepleierkongressen i slutten av

september (se egen faktaboks) er temaet nettopp sykepleietjenesten i endring, med «ny tid – nye roller» og «innovasjonskraft» som nøkkelord. I den forbindelse har vi sett nærmere på hvorfor så mye faktisk må gjøres annerledes – og hva som må til for å lykkes.



Det kompliserte ved en enkel telefonsamtale

«Jeg regnet med at et slikt tiltak ville ha en effekt, men det måtte jo dokumenteres.» Merete Egeland

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Erik M. Sundt**

Ring, ring: En telefonsamtale mellom sykepleier og pasient før operasjon kan være nyttig for alle parter, men mye må klaffe for å få satt et slikt, tilsynelatende enkelt, tiltak i system.

EN UVENTET TELEFON. Et par uker før Audhild Mathiesen (57) fra Fredrikstad skulle inn til hofteoperasjon ved Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) i Oslo, ringte telefonen.

I andre enden var det en sykepleier som spurte hvordan det sto til og om det var noe hun lurte på.

– Jeg må si jeg ble positivt overrasket, sier Mathiesen når vi treffer henne på sykehuset dagen før operasjonen.

– Jeg trodde det bare ville komme en skriftlig innkalling, men det er veldig fint at de ringer.

Selv kjente hun seg godt forberedt til operasjonen, hadde lest seg opp og pratet med venner.

– Det kan jo likevel være ting det er greit å få avklart i forkant. Vi pratet for eksempel om hva jeg skulle ha med til sykehuset, om selve operasjonen og om bedøvelse. Dessuten fikk jeg vite hvor lenge jeg måtte vente før den andre hofta eventuelt kunne opereres.

SYSTEMATISK. Telefonsamtalen var resultatet av et kvalitetsprosjekt Kirurgisk klinikk på LDS har hatt gående det siste året.

Prosjektet var fra starten av ledet av spesialsykepleier Merete Egeland, som er

prosjektkoordinator i avdelingen for kvalitet, analyse og forskning ved klinikken.

– Jeg regnet med at et slikt tiltak ville ha en effekt, men det måtte jo dokumenteres.

Våren 2015 hadde derfor 147 pasienter en avklarende samtale med sykepleier to uker før planlagt operasjon. Strykningsprosenten viste seg å være lavere – 2,0 mot 3,2 – sammenliknet med dem som ikke ble oppringt.

RESSURSKREVENDE OPERASJONER. Under samtalene gikk sykepleier og pasient gjennom en sjekkliste. Den er utarbeidet for å kunne avdekke om noe eventuelt kan føre til at operasjoner må avlyses.

Så vurderte sykepleieren om det var behov for videre oppfølging og kontaktet innleggelseskontor, kirurg eller anestesilege for å avklare om pasienten kunne opereres som planlagt.

– En pasient hadde for eksempel fått en infeksjon i et sår, men hadde tenkt å stille til operasjonen likevel. Det fikk vi avverget gjennom telefonsamtalen, forteller Egeland.

Dermed kunne ressursene som var avsatt, rokeres.

– Det er mange ressurser som brukes på én enkelt operasjon, og dermed mye å tjene – økonomisk og organisatorisk – på å unngå uventete strykninger, opplyser Egeland.

Den preoperative samtalen skal også gjøre pasienten best mulig forberedt på operasjonen

Fakta

Mer om prosjektet

«Systematisk preoperativ telefonkontakt med kirurgiske pasienter – et kvalitetsprosjekt for å forebygge strykninger på operasjonsdagen» presenteres som poster under Sykepleierkongressen 2016.

og tiden etterpå.

– Som sykepleier vet jeg at det er en belastning for pasienten når en operasjon blir avlyst. Ikke bare psykisk, men for mange også praktisk og økonomisk.

LEDELSEN MÅ MED. Selv om et tiltak som dette kan virke likefremt og gevinsten åpenbar, er det en del som må klaffe for å få det inn som en varig endring av praksis. Veien frem ville vært ufremkommelig, mener Egeland, dersom ikke ledelsen var med på laget fra første stund.

– Vi har en sjef på Kirurgisk klinikk, Lars R. Vassli, som er veldig positiv til at medarbeidere, ikke minst sykepleiere, tar initiativ til tjenesteutvikling. Uten en slik innstilling ville det ikke gått.

Hun understreker også betydningen av at de som faktisk skal utføre tiltaket, involveres.

– Det var et stort løft å få med sykepleierne,



Klar: Takket være Merete Egeland (t.v.) blir pasienter som Audhild Mathiesen nå oppringt av en sykepleier et par uker før operasjon, slik at unødige kanselleringer kan unngås.

men helt nødvendig at flest mulig selv så og merket nytten av tiltaket, sier Egeland.

OMFATTENDE PROSESS. Etter først å ha testet ut preoperative telefonsamtaler våren 2015, analysert og dokumentert effekten, var neste steg å lære opp sykepleiere på post til å gjennomføre samtalene systematisk over tid.

– Det har vi gjort i tre måneder, og nå skal dette igjen evalueres. Vi skal se hvor mye ressurser som går med og avklare hvordan det hele skal organiseres: hvem som skal ha hovedansvaret, og på hvilket nivå tiltaket skal forankres.

Da Egeland under studietiden var med på å teste ut et liknende tiltak for dagkirurgipasienter, så man også at det hadde en effekt, men tiltaket ble den gang ikke implementert i større skala.

– Studien var mindre systematisk, og vi var dessuten kun én eller to som fortsatte med oppfølgingen.

Det gjorde det hele ganske sårbart, forteller hun.

UDELT SUKSESS. Et annet prosjekt Egeland har gjennomført ved LDS, i samarbeid med blant andre Turid Undebakke Schweitz, har derimot blitt grundig forankret i praksis.

Her dreier det seg om postoperativ telefonoppføl-

«Jeg må si jeg ble positivt overrasket.»
Audhild Mathiesen

ging for å bedre kvaliteten på pasientforløpet. Prosjektet ble blant annet presentert som poster under NSF's sykepleierkongress i 2012 og en internasjonal dagkirurgisk kongress (IAAS) i Budapest i 2013.

– Også her var det essensielt at vi hadde en

leder som insisterte på at de skulle gjøre dette, sier Egeland.

Slik oppfølging er nå innført som standard praksis i Kirurgisk klinikk på LDS, og dataene som hentes inn, brukes aktivt.

– Det har vært en udelst suksess som også har fått mye oppmerksomhet utenfor klinikken, forteller Egeland.

INSPIRERENDE PROSJEKT. Nå håper Egeland at også det pågående prosjektet skal resultere i en varig endring av praksis.

– Det hele har vært veldig inspirerende, sier hun.

– En av ambisjonene er at vi nå kan bruke disse erfaringene til å gi sykepleiere en enda større, forebyggende rolle i den preoperative fasen. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no





1

FLERE TRENGER HJELP. Selv om det er mye usikkerhet knyttet til hvor skrøpelige fremtidens 70-, 80- og 90-åringer vil være, er det liten tvil om at pleie- og omsorgssektoren må gjøre noen drastiske grep.

– Slik jeg ser det, vil den aller største utfordringen for fremtidens sykepleietjeneste være å strekke til for alle som trenger sykepleie, sier fagsjef i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Kari Elisabeth Bugge.

– Mange andre utfordringer har sitt utspring i at flere vil trenge sykepleietjenester, men det betyr ikke nødvendigvis at fremtiden vil by på svekkete helse- og omsorgstjenester.

Tross alle varskorop tror Bugge fremtidens helse- og omsorgstjenester kan bli bedre enn de er i dag. Forutsetningen er at man evner å ta i bruk ny kompetanse og velferdsteknologi, samt organisere arbeidet på nye måter og skape gode arbeidsmiljø så sykepleiere kan jobbe heltid til pensjonsalderen.

Norge ligger an til å ha et underskudd på

28.000

sykepleiere i 2035, dersom utdanningskapasiteten ikke blir økt.

Kilde: SSB-rapporten «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot år 2035»

– Det vi vet, er at vi ikke vil lykkes dersom vi fortsetter å jobbe slik som vi gjør i dag. Endring og fornyelse vil være nødvendig, understreker hun. ●

7 grunner til at alt må bli

58 %

Andelen sykepleiere som tror omsorgsteknologi vil kunne erstatte dagens sykepleieroppgaver til en viss grad (49 %) eller i stor grad (8 %), ifølge en spørreundersøkelse Sykepleien gjennomførte i fjor.

TEKNOLOGIEN LAR SEG IKKE STANSE. Velferdsteknologi, ulike former for e-helse og digitale løsninger vil forenkle, forbedre og trygge pasientenes hverdag, hevder entusiastene. Ofte er det oppgaver som i dag ivaretas av sykepleiere som berøres.

– Jeg har tro på at velferdsteknologi vil gi store gevinster, spesielt i en presset hjemmetjeneste. Dette er et felt der vi ser overraskende gode resultater, sier Thomas Hoholm, førsteamanuensis ved BI.

I et drøyt tiår har han forsket på endringsprosesser innen helsevesenet. Han ser mange utfordringer, men på dette feltet er han optimistisk.

Hoholm viser blant annet til Helsedirektoratets gevinstrealiseringsrapport for Nasjonalt velferdsteknologiprogram, der det konkluderes med at slik teknologi fører til mer tilfredse pasienter, færre reinnleggelser og mindre ressursbruk.

– Velferdsteknologi gjør ikke at sykepleieres kompetanse blir mindre viktig, understreker han.

– I bunnen må det alltid ligge en helsefaglig metodikk. ●

3

DET ER ALLTID EN REFORM I KJØMDA. I drøyt tretti år har helsevesenet i Norge gjennomgått den ene reformen etter den andre. Vi har fått kommunehelsetjenesteloven, fastlegeordning, fritt sykehusvalg og helseforetaksreform. For tiden krever kommunereform og samhandlingsreform sitt.

Spesielt har sistnevnte skapt store bølger og aktualisert behovet for nok og riktig sykepleiekompetanse i kommunene.

En undersøkelse gjennomført av Telemarksforskning på oppdrag fra NSF i fjor, viste at ni av ti sykepleiere opplevde økt arbeidsbelastning og større kompleksitet i de sykepleiefaglige oppgavene i kjølvannet av samhandlingsreformen. (Se Sykepleien nr. 07/15, s. 12.)

– Vi så mye kreativt tilpassingsarbeid rundt om i kommunene, sier Thomas Hoholm fra BI.

– Samhandlingsreformen ga kommunesektoren nye oppgaver, men lot det i stor grad være opp til hver enkelt kommune hvordan disse oppgavene skulle løses. Dermed varierer det mye fra sted til sted hva man har fått til og hvor vellykket reformen har vært. ●

«Tiden fra om lag 1980 til i dag kan på mange vis betraktes som én sammenhengende periode med eksperimenter og institusjonelle reformer i helsevesenet, med en særlig intensiv reformtopp omkring år 2000.»

Kilde: Store norske leksikon under oppslagsordet «helsereform».

2

4

ALT MÅ BEGRUNNES. Argumenter som «slik har vi alltid gjort det her», holder ikke lenger.

Med knappe ressurser og tidspress blir det stadig viktigere at det sykepleiere gjør, faktisk virker, og at virkningen kan dokumenteres og begrunnes.

Under Sykepleierkongressen i september vil rundt 100 posterpresentasjoner belyse temaet innovasjon.

Det kunne sikkert vært langt flere, for sykepleie er et forskningsfelt i vekst- og fagutvikling pågår kontinuerlig. ●

6

SYKEPLEIE I SENTRUM. – Sykepleiere får et stadig større ansvar for å møte befolkningens helsebehov.

Det hevder fagsjef Kari Elisabeth Bugge i NSF. Hun viser blant annet til følgene av samhandlingsreformen, mer selvstendige roller i poliklinisk virksomhet, større satsing på oppfølging av kronikere og et økende behov for samkjøring av ulike helse- og omsorgstjenester.

– Når det skal satses mer på forebygging for å minske behovet for behandling, vil sykepleiere måtte spille en stadig viktigere rolle, sier hun. ●

annerledes

«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.»

Kilde: Lov om pasient- og brukerrettigheter, paragraf 1, første ledd.

7

SYKEPLEIERE FINNER SEG IKKE I HVA SOM HELST. Yrkesstoltheten hos sykepleiere er stor, og det sterke engasjementet for eget fag kan i seg selv være en drivkraft for endring.

– Sykepleiere jobber nær pasientene, og når noe ikke fungerer optimalt, blir de engasjerte, både på et faglig og relasjonelt plan. De involverer seg for at ting skal bli bedre, sier Kari Elisabeth Bugge i NSF.

Hun har inntrykk av at sykepleiere er en svært endringsvillig og innovativ gruppe, noe innovasjonsforsker Thomas Hoholm, sier seg enig i:

– Vi har for eksempel sett hvordan samhandlingsreformen har gitt sykepleiere i kommunene flere oppgaver, og hovedinntrykket fra våre studier er at de ser på dette som givende. Selv om reformen har vist seg å være både organisatorisk og økonomisk utfordrende for mange kommuner, ser vi at sykepleiere i stor grad omfavner muligheten til å utvikle seg profesjonelt.

Selv om sykepleie er et givende yrke, er det også krevende – både fysisk og psykisk. I en fersk undersøkelse fra NOVA oppgir halvparten av de spurte sykepleierne innen pleie- og omsorgstjenesten at de vurderer å slutte.

– Generelt sett er det blitt langt mer akseptert i yrkeslivet å gå videre, sier førsteamanuensis Marit Christensen ved NTNU, som forsker på arbeidshelsepsykologi.

– Før jaktet man på gullklokka. Nå jakter mange heller på den perfekte CV-en, hvor skifte av jobb etter en femårsperiode kan være et godt karrieregrep. Forventningene til arbeidstaker og arbeidsgiver har endret seg, og flere arbeidstakere ser i større grad jobben som en mulighet til personlig vekst og selvrealisering. ●

«Sykepleieres kunnskap og erfaring skal tas i bruk på en målrettet og systematisk måte i innovasjonsprosesser, for å finne fram endringer som kan løse utfordringer og realisere muligheter innenfor sykepleiernes virkeområder i helsetjenesten»

Fra NSF's politiske plattform for innovasjon og tjenesteutvikling, 2013–2016

PASIENTER FINNER SEG IKKE I HVA SOM HELST. Ting kan tyde på at beskjedenhet ikke er et like fremtredende karaktertrekk hos den kommende generasjonen eldre, som hos den nåværende.

De eldre blir ikke bare flere – de blir også stadig bedre vant og vet å google seg frem til mer eller mindre velfundert informasjon om egen sykdom og behandlingstilbud.

Samtidig er myndighetene opptatt av pasientenes medbestemmelsesrett og krav på informasjon. I 1999 fikk vi Pasient- og brukerrettighetsloven, mens dagens helse- og omsorgsminister har gjort begrepet «pasientenes helsetjenester» til sitt faste mantra.

Samlet sett gir dette en kraftig forskyvning av maktforholdet mellom brukere og helsepersonell, noe som ikke minst vil kreve omstilling fra sykepleiere. ●

5



Ikke bare å trykke på en knapp

Det er mulig e-helse vil revolusjonere sykepleietjenesten, men i så fall befinner vi oss fremdeles i revolusjonens tidlige fase, mener forskerne Elin Børøsund og Cecilie Varsi.



ELEKTRONISK FREMTID: Husker du hvordan det var i riktig gamle dager? Før internett og smart-telefoner? Den gangen du måtte farte på kryss og tvers av byen nesten uansett hva du skulle ordne?

Vel, i helsevesenet er møter ansikt til ansikt fremdeles normen, selv om mye – i teorien og rent teknisk – kan la seg fikse gjennom noen tastetrykk hjemmefra.

EFFEKTFULLT. – Våre studier viser at bare det å få tilgang til et lukket e-post-system, som lar deg ta kontakt med helsepersonell når og hvor det passer deg – selv om du ikke benytter deg av muligheten – kan ha en målbar positiv effekt, sier Elin Børøsund.

– Pasienter som har testet ut e-helse-løsninger, oppgir blant annet færre symptomer, mindre angst og depresjon og bedre livskvalitet, forteller Cecilie Varsi.

Begge er utdannet sykepleiere og ansatt ved Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS) på Oslo universitetssykehus.

De siste årene har de forsket på utvikling, testing og implementering av informasjonsteknologiske løsninger som kan bidra til å styrke pasientene i deres møte med helsevesenet.

– Jeg mener elektronisk kommunikasjon styrker pasientenes posisjon. De kan sette agendaen for sine egne helsetjenester i større grad, sier Børøsund.

ANSIKT TIL ANSIKT. Vi blir flere, og vi blir eldre. De fleste prognoser viser at behovet for helsetjenester vil øke betydelig i årene fremover.

– Derfor trenger vi gode, effektive e-helse-løsninger om vi skal klare å ta hånd om alle på forsvarelig vis, påpeker Varsi.

Hun viser til hvordan samhandlingsreformen

fører til tidligere utskriving fra sykehus. At det blir mindre tid for pasientene til å ta opp alt man vil spørre om. At situasjoner og problemstillinger kan oppstå etter hjemkomst. Da kan lukkede e-post-systemer eller mer omfattende elektroniske selvhjelpsløsninger være nyttige, mener forskerne.

– En vesentlig fordel er tilgjengeligheten, forklarer Børøsund.

– Slike verktøyer åpner for eksempel for asynkron kommunikasjon, det vil si at pasient og helsepersonell ikke trenger være pålogget samtidig.

Sammenliknet med muntlig kommunikasjon under en legevisitt eller et besøk av hjemmesykepleien gir elektroniske løsninger dessuten pasienten muligheten til å lese meldinger og informasjon flere ganger.

– Og når man har spørsmål, får man mulighet til å formulere seg i ro og mak, sier Varsi.

TUNG IMPLEMENTERING. Selv om man rent teknisk er kommet langt, og selv om gevinstene fremstår som solid dokumentert, er det ingen selvfølge at gode e-helse-løsninger kommer brukerne til gode i stort monn.

«[...] systemet må være sikkert nok, nyttig nok og enkelt nok.» Elin Børøsund

– Dette er et felt som preges av mange vellykkete prosjekter, med dokumentert positiv effekt, men det er vanskelig å få dem implementert, sier Børøsund.

Under NSF's sykepleierkongress i september

Fakta

På Sykepleierkongressen

Under Sykepleierkongressen 2016 presenterer Elin Børøsund, sammen med Milada Cvarcarova, Cornelia M. Ruland, sitt forskningsprosjekt «Web-based self-management support for women with breast cancer – effect on symptoms distress, anxiety, depression, health related quality of life and self-efficacy in a 12 month randomized controlled trial». (Deres innlegg er satt opp under Parallell 5: Kunnskap i praksis, onsdag 27. september klokken 16:15.)

vil hun presentere resultater fra en studie som viser nytten kvinner med brystkreft kan ha av det nettbaserte mestringsverktøyet WebChoice. Den første versjonen ble testet ut allerede for ti år siden, men ennå er ikke verktøyet tatt systematisk i bruk.

– Det er en utfordring at vi driver med langsiktige studier på et felt der teknologien endrer seg så raskt. Det er derfor viktig at vi har løsninger som er fleksible med hensyn til teknologi, forklarer Børøsund.

– Også helsesektorens krav til sikkerhet og personvern gjør det krevende å få etablert noe på permanent basis, utdyper Varsi.

SIKKERT, NYTTIG OG ENKELT. Børøsund påpeker at utrulling av gode løsninger også kan bremses av usikkerhet hos helsepersonell om hva nyvinningen vil medføre.

– Vi merker når vi snakker med folk rundt om på ulike avdelinger, at det ofte er en frykt for merarbeid. At man skal bli neddyngnet av

Virker: E-helse er effektivt, men implementeringen er krevende, ifølge forskerne Elin Børø Sundt og Cecilie Varsi. Foto: Erik M. Sundt



spørsmål fra pasientene i en hverdag som allerede er veldig travel. I praksis ser vi derimot at slike løsninger brukes nøkternt.

Varsi understreker at helsepersonell som skal bruke nye verktøyer, selv må oppfatte dem som nyttige.

– Løsningene må passe godt inn i eksisterende måter å jobbe på, og man må ha troen på at man har ressursene til å gjennomføre det, sier hun.

I tillegg er Varsi opptatt av at det må være en kultur for å prøve nye ting – en innarbeidet endringsvilje i organisasjonen.

– Dersom lederne på en avdeling ikke signaliserer at dette er viktig å få til, går det rett og slett ikke, understreker hun.

«Helsepersonell må oppfatte nye verktøyer som nyttige.» Cecilie Varsi

- Ingenting går av seg selv. Det må jobbes, planlegges og struktureres. Man må ha engasjerte ressurspersoner, systematiserte tilbakemeldinger og gjennomtenkt timing.

– Og systemet må være sikkert nok, nyttig nok og enkelt nok, sier Børøsund.

HAR TRUA. 1. januar i år ble det statlige Direktoratet for e-helse opprettet. Varsi og Børøsund har trua på at dette kan få fart i sakene. Også tydeligere avklaring av hvem som skal eie pasientdata, vil gjøre implementering enklere, håper de.

– Dette har vært et stort spørsmål, som har bremsset utviklingen, sier Varsi.

– Skal for eksempel sykehusene sitte på all pasientinformasjon knyttet til behandlingen der? Hva så når pasienten skrives ut og skal motta tjenester fra kommunen? En løsning hvor pasientene «eier» mer av informasjonen, vil kunne løse noe av dette.

REVOLUSJONENS INNLEDENDE FASE. Allerede for 13 år siden, i en rapport til EUs ministerkonferanse, ble e-helse omtalt som «den største revolusjon innen helsevesenet siden fremveksten av moderne medisin og hygiene». Men dersom det virkelig er en revolusjon på gang, i hvilken fase befinner vi oss nå?

- I en veldig tidlig fase, mener Børøsund.

– I dag er det relativt sett få som kommuniserer med helsepersonell gjennom elektroniske systemer, istemmer Varsi. ● 

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



Melding med hjem

Innføringen av elektroniske meldinger mellom sykehus og kommune har gitt utilsiktete, positive ringvirkninger, blant annet for sykepleiere.



EN SUKSESSHISTORIE. Store reformer går sjelden helt etter planen. Noen ganger går det faktisk bedre.

– Det er selvsagt fortsatt mange utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommune, men ser vi isolert på dette med innføringen av PLO-meldinger, er det – med visse forbehold – en suksesshistorie.

Det sier Ragnhild Hellesø, professor i sykepleievitenskap ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. I en årrekke har hun forsket på samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten og spesielt innføringen av elektroniske informasjonssystemer, så som pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger).

Som en del av det såkalte meldingsløftet i kommunene ble denne formen for elektronisk kommunikasjon mellom kommune, fastlege og sykehus lansert i 2011. Fire år senere hadde samtlige kommuner tatt systemet i bruk.

– PLO-meldingene har først og fremst gjort det enklere å avklare ulike situasjoner gjennom at helsepersonell lettere får kontakt med hverandre. Det har blitt enklere for dem å ta initiativ til å sende hverandre informasjon om pasienter. Dermed har det selvsagt også hatt en positiv betydning for pasientene, sier Hellesø.

UTILSIKTETE GEVINSTER. I april i år mottok Hellesø, sammen med Line Melby, SINTEFs pris for fremragende forskning for artikkelen «Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration».

Ordet «unintended» viser her til hvordan innføringen av PLO-meldinger bød på flere utilsiktete ringvirkninger, både positive og negative, som påvirket samarbeidet mellom ulike faggrupper og medførte en viss forskyvning

av ansvar og oppgaver.

Sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde at maktforholdet mellom dem selv og fastlegene ble noe utjevnet, siden sykepleiernes forslag og forespørsler om pasienter ikke kunne ignoreres like lett som ved bruk av telefon.

– Det skriftlige ved elektroniske meldinger gjør at man unngår mange unødige diskusjoner, forklarer Hellesø.

– Det at det er etablert rutiner for hvordan meldinger skal håndteres, gjør at mottakeren ikke kan overse dem eller hevde at de ikke har fått beskjed.

Hellesø har dessuten observert at enkelte kommuner bruker PLO-meldinger aktivt og systematisk for å holde oversikt over pasientstrømmen – nok en utilsiktet konsekvens.

KRITISERT FOR DÅRLIG PLANLEGGING. At det skulle gå slik, var ikke nødvendigvis noen selvfølge. I en evalueringsrapport av meldingsløftet fra 2014 kom for eksempel Riksrevisjonen med til dels kraftig kritikk av de ansvarlige myndigheter:

«Det er klare svakheter ved Helse- og omsorgsdepartementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling» lød det i kapittelet som oppsummerte rapportens hovedfunn.

Helsetilsynet identifiserte også noen utfordringer i et landsomfattende tilsyn i 2015, men tross ulike problemer har mye, ifølge Hellesø, gått seg til.

– Mange av dem vi spurte, var tydelige på at bruk av PLO har underlettet samarbeidet mellom ulike helsepersonellgrupper, sier hun.

– Vi så at i de kommunene vi gjorde forskningen vår, benyttet de i starten ulike måter for å implementere PLO, og noen lyktes bedre enn andre. Etter hvert som man så hva som

Fakta

På Sykepleierkongressen

Studien «Å holde tråden i samhandlingen mellom sykehus og hjemmetjenesten» av Ragnhild Hellesø, Line Melby, Berit Brattheim og Pieter Toussaint presenteres som poster under Sykepleierkongressen 2016.

fungerte og lærte av hverandres erfaringer, har ulikhetene jevnet seg ut.

KALT GAMMELDAGS. Det var stemmer som hevdet at samhandling ved bruk av meldinger utgjorde en gammeldags måte å tenke på. Hellesø påpeker derimot at det å sende meldinger frem og tilbake, har vist seg å ha funksjoner utover det å dele pasientinformasjon.

– Det vi ser, er at de ulike meldingene ivaretar ulike deler av samhandlingen. Noen avklarer arbeids- og ansvarsforhold i et pasientforløp. Noen gir oppdateringer om utskrivingstidspunkt.

Meldingene gjør det også mulig for ansatte i ulike deler av helsevesenet å kommunisere ved behov for å sikre at pasienter får best mulig behandling og oppfølging. Meldingene har andre funksjoner enn hva en kumulert samling informasjon kan ha.

– En lærdom verdt å ta med seg, kan derfor være at tilgang til informasjon ikke er nok. Helsepersonell som arbeider på tvers av helsetjenesten, trenger også gode kommunikasjonsredskaper.



KULTURFORSKJELLER. Selv om helhetsbildet er positivt, legger ikke Hellesø skjul på at det fremdeles er en del skjær i sjøen. Blant annet har innføringen av PLO-meldinger tydeliggjort kulturforskjeller mellom sykepleiere i spesialist- og primærhelsetjenesten.

– Vi ser at de kan ha ulik vurdering av hvilken informasjon som er viktig og vesentlig å få med.

Hellesø forteller at mens sykepleiere i spesialisthelsetjenesten vektlegger mer behandling og diagnoser, er det i kommunene pasientenes funksjonsnivå og mestring som er viktigst.

– Dette innvirker på hvilke typer informasjon som prioriteres, og det er for svake føringer i systemet på hva som skal med. Dette er noe som det nå jobbes med å forbedre.

Av andre utfordringer i kjølvannet av

meldingsløftet nevner hun koordinering av legemiddellister samt mer sømløs utveksling av informasjon mellom ulike profesjonsgrupper og instanser ute i kommunen, som rusom-

«De fleste vi har intervjuet, ser at fordelene har veid opp for ulempene.»

Ragnhild Hellesø

sorg, fysioterapi, sosialomsorg og så videre.

– Her handler det om at man kommuniserer gjennom ulike systemer, men også om kulturforskjeller og hva man mener er vesentlig informasjon, påpeker Hellesø.

INNARBEIDET RUTINE. Da Hellesø i 2011 og 2012 intervjuet sykepleiere om innføringen av PLO-meldinger, var mange opptatt av hvorvidt de ville huske å skrive, sende og lese meldingene. I en nyere undersøkelse oppgir flertallet at dette nå er innarbeidete rutiner.

Ved oppstarten var det dessuten en del fastleger som uttrykte bekymring for at de kom til å bli overdyndet av unødige meldinger fra sykepleiere. Frykten viste seg i stor grad å være ubegrunnet. Hellesø forteller at legene, ifølge dem selv, var den yrkesgruppen som sendte flest meldinger i oppstarten.

– De fleste vi har intervjuet, ser at fordelene har veid opp for ulempene, sier Hellesø.

– Når man i praksis erfarer at en endring faktisk hjelper, blir innstillingen gjerne mer positiv. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



Ringvirkninger: Innføringen av PLO-meldinger har, ifølge forsker Ragnhild Hellesø, hatt flere utilsiktede effekter. Foto: Erik M. Sundt



1

TENK SMÅTT. Nasjonale reformer, radikale omorganiseringer og full utroling kan se flott ut på papiret, men utspiller seg sjelden helt slik man har tenkt seg.

Innovasjonsforsker ved BI, Thomas Hoholm, understreker at «innovasjonskultur» helt grunnleggende dreier seg om å bygge et miljø der man aktivt prøver og feiler. Ideer må raskt testes ut i praksis, og de som skal gjøre noe på en ny måte, må være trygge på at endringen har, eller i det minste kan ha, en reell gevinst.

– Noen store endringer må nødvendigvis også komme ovenfra og utenfra, men da er det viktig at man er organisert for å ta imot og tilpasse disse endringene lokalt. ●

«Skal man lykkes med innovasjon og endring, må man vekk fra storskalatenkning og inn i mindre prosesser»

Førsteamanuensis
Thomas Hoholm, BI

FÅ ALLE MED PÅ LAGET. Skal man lykkes, må alle trekke i samme retning. Det kan virke selvsagt, men det er ofte her ting skjærer seg.

– I ledelsesstyrte endringsprosesser glemmes det ofte hvor viktig det psykososiale arbeidsmiljøet er, påpeker førsteamanuensis Marit Christensen ved NTNU.

Det holder ikke at noen har analysert seg frem til hvordan ting kan gjøres bedre, billigere eller sikrere. Om ikke praktikerne involveres tidlig og innser nytten, skal det mye til å lykkes. Du har kanskje selv kjent på frustrasjonen over å få en omorganisering tredd ned over hodet. Noen har bestemt at dette må vi bare gjøre. All informasjon er tilgjengelig på intranettet. Noen spørsmål?

– Det må gis riktig informasjon, til de rette personene, på rett tidspunkt, i riktig mengde og gjennom i riktige kanaler. Det er også viktig med arenaer som åpner for dialog. Reell medbestemmelse må til for å få gode prosesser.

Like viktig er det at ledelsen oppmuntrer praktikerne til selv å ta initiativ. Sykepleiere kjenner ofte hvor skoen trykker, men selv den mest iherdige ildsjelen må gi tapt for en sta ledelse. ●



3

9 tips – slik kommer du helskinnet

2

SHOW ME THE MONEY! Den økonomiske organiseringen av offentlig sektor utgjør, ifølge Thomas Hoholm ved BI, en stor utfordring i helsevesenet. Når oppgaver flyttes fra for eksempel sykehus til kommunehelsetjenestene, følger ikke penger og andre ressurser automatisk med.

– Det er svært lite fleksibilitet når det gjelder å flytte ressurser etter behov. Vi så dette ikke minst i forbindelse med samhandlingsreformen, som medførte at primærhelsetjenesten fikk sykere pasienter uten at ressursene ble rokert tilsvarende, sier Thomas Hoholm. ●

87%

Andelen sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester som mener arbeidsbelastningen har økt etter samhandlingsreformen.

Kilde: Telemarksforskning

IKKE FINN OPP HJULET PÅ NYTT.

Innen norsk helsevesen er det mye enklere å få støtte til prosjekter og begrenset uttesting enn til permanent og bred implementering. Det understrekes av flere kilder Sykepleien har snakket med i forbindelse med denne saken.

For forskere og praktikere kan det nok også være artigere å finne ut om deres egen idé faktisk kan ha noe for seg, enn å gjøre det møysommelige arbeidet med å få andres ideer satt i system.

– En enkel, men god definisjon som ofte brukes om innovasjon, er «nytt, nyttig og nyttiggjort». Jeg foretrekker også å inkludere formuleringen «endring av praksis», da den synliggjør hvor problemet gjerne ligger, sier Thomas Hoholm. ●

4

«Det er sjelden ideer det skorter på, men det å ta dem i bruk.»

Førsteamanuensis Thomas
Hoholm, BI

5

SØRG FOR OVERSKUDD.

Det er bred enighet om at mye innen sykepleietjenesten må gjøres annerledes dersom helsebehovene til befolkningen skal dekkes på forsvarlig vis i tiden fremover. Samtidig er nettopp ressursmangelen med på å gjøre endring vanskelig å gjennomføre.

– Vi hører det stadig, ikke minst fra sykepleieledere. Man har nok med å få driften til å gå, og det å utvikle tjenester og ansatte krever overskudd, sier fagsjef i NSF, Kari Elisabeth Bugge. ●

6

TENK SIKKERHET FRA STARTEN AV. Noe som kan bremse endring innen helsevesenet er hensynet til pasientsikkerhet og personvern.

Om en ny elektronisk pasientjournal ikke er testet opp og i mente, kan sensitive opplysninger fort komme på avveier. I verste fall kan pasienter dø i overgangen mellom gammel og ny organisering.

Sykepleie handler om mennesker – ofte i sårbare livssituasjoner. Derfor er det viktig å ta høyde for pasientsikkerhet og personvern allerede under idéutviklingen, slik at endringer kan testes ut i en tidlig fase. ●

SVELG STOLTHETEN DIN. De som jobber i helsevesenet, har ofte høy utdannelse. Ifølge Thomas Hoholm står doktorgradene langt tettere her enn i noen annen sektor. Paradoksalt nok kan dette utgjøre en bremsekloss.

– En endring innebærer gjerne at noen får nye oppgaver og mister andre, forklarer han.

– Har du investert mye i egen kompetanse, kan du bli tilbakeholden overfor endringer som gjør at du får mindre igjen for investeringen. I våre studier har vi sett sterkest profesjonskamp innen spesialisthelsetjenesten på felt med høy,

faglig prestisje. Primærhelsetjenesten er, slik sett, mer samhandlingsorientert, sier Hoholm.

NSFs Kari Elisabeth Bugge er ikke enig i at mer utdanning og spesialisering blant sykepleiere kan hemme utvikling.

– Tvert imot, vil jeg si. Det å investere i spesialisering og fordypning gjør at man kan bli mer endringsvillig siden man utvikler lyst og evnen til å tilegne seg ny kunnskap, sier Bugge.

– Spesialisering for sykepleiere er dessuten ikke så grenorienterte som det kan være for leger. Selv med en spesialistutdanning, er sykepleiere mobile og fleksible i arbeidsmarkedet. ●

8

gjennom en endringsprosess

9

RISIKO MÅ BELØNNES – OG IKKE KUN MED PENGER. Det heter seg at forandring fryder, men stemmer det? Kan hende når det er snakk om en ny sofa eller klesstil, men i bunn og grunn er vi vanedyr som søker trygghet og stabilitet.

– Et begrep man ofte møter innen mitt felt, er «endringsmotstand». Det henspiller på at folk generelt ofte vil være mot endring, sier Marit Christensen ved NTNU.

Det er selvsagt store individuelle forskjeller her. Mens noen blir rastløse av ethvert tilløp til rutinearbeid, blir andre stresset av alt som utfordrer status quo. Én ting er hva man i utgangspunktet tåler og setter pris på av utfordringer. Noe annet er hva man kan gjøre noe med.

– Ledelsen bør være opptatt av å styrke det psykososiale miljøet – av kommunikasjon, støtte, anerkjennelse samt de ansattes opplevelse av respekt, rettferdige prosesser og kontroll.

Noen tyr til økonomiske insitamenter, men ifølge Christensen er slikt sjelden tilstrekkelig.

– Dersom du føler at du blir noenlunde rettferdig betalt for det du gjør, kommer andre faktorer høyere opp. For sykepleiere vil jeg tro det meningsfylte ved arbeidet – å bidra til samfunnet og å bedre folks livssituasjon – er en vesentlig motivasjonsfaktor. ●

«Hvis vi har ulike alternativer å velge mellom og går for det vi kjenner fra før, utløses et belønningssignal i hjernen. Den oppmuntrer oss altså til å velge det som er kjent for oss.»

Katarina Gospic, svensk hjerneforsker
til Aftenposten 21. juli i år

7

SNAKK MED HVERANDRE. Mens spesialisthelsetjenesten er giret inn mot diagnoser og det å kurere, handler kommunehelsetjenesten i større grad om mestring og funksjonsevne. Tilsvarende kan sykepleiere ha andre perspektiver enn leger. Ifølge Thomas Hoholm er det en utfordring at helsepersonell ikke snakker «samme språk».

– Forskjellene gjør at man ikke alltid forstår hverandre så godt på tvers av profesjoner og sektorer, sier Hoholm.

Når endringer så utfordrer roller og oppgaver, kan slike kommunikasjonsproblemer skape ekstra og unødige rusk i maskineriet.

– Dette gjør det viktig å ha gode møteplasser.

Hoholm trekker frem innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger som eksempel (se også egen sak). Åhus opprettet i den forbindelse et forum der de som skulle sende og motta slike meldinger, kunne møtes og diskutere forventninger og praksis.

– Vi så at det var veldig ulike settinger hos sykepleiere i spesialist- versus primærhelsetjenesten, og merket veldig tydelig verdien av å snakke sammen. ●





**FØDT SOM FLYKT-
NING:** På det itali-
enske marineskipet
Bettica står jordmor
Manuela Santagelo
med en nyfødt baby
i armene. Joy Au-
rora heter barnet, og
hennes kongolesiske
foreldre var nettopp
blitt plukket opp fra
Middelhavet da rie-
ne varslet at hun var
på vei. På skipet sto
en jordmor, en lege
og en sykepleier fra
det italienske Røde
Kors klare til å hjelpe
til. Mens moren hvil-
te tok mannskapet
på skipet seg av den
lille babyen. Etterpå
ble familien fraktet
til Sicilia i Sør-Italia
hvor den havnet på
et transittmottak.
Foto: Fabrizio Villa/
Polaris/Scanpix



Sykepleierutdanningene overbooker

● Tekst **Kari Anne Dolonen**

STUDIEPLASSER: Noen sykepleierutdanninger gir tilbud om studieplass til dobbelt så mange studenter som de har plass til.

På landsbasis er det 4 724 studieplasser på sykepleierutdanningene. Tall Sykepleien har hentet inn fra Samordna opptak viser at totalt 6 935 studenter har fått plass. I snitt gis studietilbud til 30 prosent flere studenter enn det utdanningene faktisk har plass til.

Høgskulen i Sogn og Fjordane er ett eksempel. I tallene fra Samordna opptak går det fram at sykepleierutdanningen i Førde har 81 planlagte studieplasser i høst og 25 planlagte studieplasser som starter i januar 2017. 120 studenter har fått tilbud om plass på de 81 plassene denne høsten, mens 50 studenter er tilbudt plasser i januar, da det egentlig bare er 25 plasser.

TIDLIGERE ERFARING. Arnstein Menes, opptaksleder ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, forklarer hvorfor utdanningen tilbyr så mange plasser.

– Vi gjør utregninger basert på tidligere erfaringer. Det gjør vi for alle utdanningene ved Høgskulen, sier Menes.

Oversikten han har så langt, viser at av de 120 som fikk tilbud om plass, takket 90 ja. Cirka 20 sa nei, og cirka 10 svarte aldri.

– Hvorfor mange takker nei, eller ikke svarer i hele tatt, kan vi bare spekulere i, sier han.

– Noen har fått jobb, eller det er andre ting i livet som gjør at studietilbudet ikke er relevant lenger.

Da skolen startet, møtte 85 studenter. Det er fire flere enn de budsjetterte plassene utdanningen har.

– Våre bevilgninger fra departementet tar utgangspunkt i at vi om tre år skal levere 81 utdannede sykepleiere. Vår erfaring er at uventede ting skjer for enkelte. Noen bytter skole, stryker og må ta fag om igjen, og andre tar permisjoner av ulike grunner. Dette er ting vi tar med i våre beregninger, sier han.

HOLDE BUDSJETT. Menes påpeker at det er viktig for skolen at like

mange som det er budsjettet med, blir utdannet på grunn av økonomien.

– Betyr det at dere ikke har råd til å stryke studenter?

– Det hender selvfølgelig at studenter stryker og må ta ny eksamen. Vi tar høyde for det. Hos oss har dette ikke vært noe stort problem. De fleste studentene får gode karakterer. I tillegg er vi en populær utdanning.

NORGES STØRSTE. Ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) er det 497 studieplasser, mens hele 900 fikk tilbud om plass.

– Vi har flinke folk som regner ut hvor mange studenter vi skal tilby plass ut fra tidligere års erfaringer, slik at vi ender opp på måltallet, forklarer instituttleder ved HiOA, Unni Hembre.

Hun mener at avviket mellom planlagte plasser og antallet som får tilbud om plass ikke nødvendigvis er overbooking, men at det simpelthen dreier seg om god planlegging.

600 av studentene sa ja takk til

å studere sykepleie ved høyskolen, og 585 er nå i studiet.

– Det overrasket oss litt. Vi regnet med at rundt 550 ville takke ja, sier Hembre.

FORVENTER FRAFALL. Vanligvis erfarer HiOA at cirka 30 prosent av sykepleierstudentene ikke møter opp første skoledag, eller faller fra i løpet av utdanningen.

– Hva ville dere gjort om alle 900 som fikk tilbud om plass faktisk møtte opp første skoledag?

– Da ville vi gått i minus i noen år fremover, men vi skulle klart det, sier hun.

UHELDIG. NSF's studentleder Cathrine Villemo Tallaksen Svendsen mener det er uheldig at samtlige sykepleierutdanninger tilbyr studieplass til langt flere enn antall planlagte studieplasser.

– Det er allerede plassmangel på mange skoler. Vi er redd dette vil påvirke studiekvaliteten og læringsmiljøet negativt.

– Får NSF Student mange klager fra studenter på at skolene tar inn altfor mange studenter?

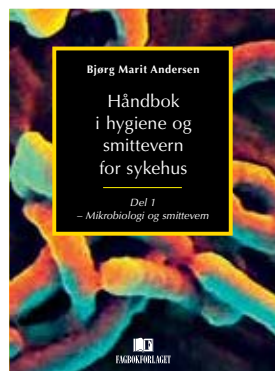
– Vi har ikke fått noen direkte klager på inntak av for mange studenter, men vi får klager på konsekvensene av det. Som for eksempel at skolen ikke har store nok auditorier, mange må sitte på gulvet, dårlige eller uhensiktsmessige praksisplasser, lite eller ingen oppfølging i både teori og praksis, oppsummerer Svendsen.

Hun mener konsekvensene av overbookingen kan være at studenter dropper ut.

– Det er ikke noe hvilehjem å ta sykepleierutdanning, og når det er lite eller ingen oppfølging i perioder hvor behovet for det er stort, vil dette kunne føre til at studenter slutter. ●

(Les mer på sykepleien.no)

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Håndbøker i hygiene og smittevern for sykehus:

Del 1. Mikrobiologi og smittevern. Fagbokforlaget (2014, 415 sider)

Del 2. Praksis og teori. Elefantus forlag (2016, 695 sider, kr 480)

Forfatter: Bjørg Marit Andersen



Bli kvitt forstoppelsen...

MOVICOL®

makrogol 3350

Aktiverer magen på en naturlig måte

MOVICOL® og MOVICOL® med sjokoladesmak er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjoner:** Voksne og barn over 12 år: Til korttidsbehandling av obstipasjon og behandling av kronisk obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Dosering:** Korttidsbehandling av obstipasjon og behandling av kronisk obstipasjon: Voksne og barn over 12 år: 1-3 doseposer daglig jevnt fordelt over dagen. Normaldosen for de fleste pasienter er 1-2 doseposer daglig. Tre doseposer kan være nødvendig, avhengig av individuell respons. Behandlingsperioden bør normalt ikke overskride 2 uker, men kan om nødvendig repeteres. Langtidsbruk kan være nødvendig ved alvorlig, kronisk eller refraktær obstipasjon på grunn av for eksempel multipel sklerose (MS), Parkinson's sykdom eller ved legemiddelindusert obstipasjon, særlig ved behandling med opioider eller antimuskarinerge legemidler. Ved utvidet bruk bør laveste effektive dose brukes. Barn: Anbefales ikke til barn under 12 år. **Ved avføringsstopp hvor rektum eller colon er fylt med fast fekalia:** Den kliniske tilstanden skal verifiseres ved fysisk undersøkelse av rektum og buken. En behandlingsperiode med Movicol ved avføringsstopp vil normalt ikke overstige 3 dager. Voksne og barn over 12 år: 8 doseposer per dag. Alle dosene bør tas innenfor en periode på 6 timer. Barn: Anbefales ikke til barn under 12 år. **Administrasjon:** Hver dosepose skal løses opp i 125 ml vann. Ved avføringsstopp kan 8 doseposer løses i 1 liter vann. **Pasienter med redusert hjertefunksjon:** Ved behandling av avføringsstopp skal dosen deles slik at maksimalt to doseposer inntas per time. **Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig, verken ved behandling av obstipasjon eller ved behandling av avføringsstopp. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1. Tarmperforasjon eller gastrointestinal obstruksjon som skyldes strukturell eller funksjonell forstyrrelse i tarmveggen. Ileus og alvorlige betennelsestilstander i tynntarmen som Crohn's sykdom, ulcerøs kolitt og toksisk megakolon. **Spesielle advarsler og forsiktighets-regler:** Årsaken til obstipasjon bør utredes dersom daglig bruk av avføringsmidler er nødvendig. Pasienter som bruker dette legemidlet bør søke medisinsk råd hvis tilstanden ikke bedres innen to uker. **Pediatrik populasjon.** Det finnes ikke kliniske data på bruk av Movicol hos barn under 12 år, og det anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Det er mulig at absorpsjonen av andre legemidler kan være forbigående redusert på grunn av en reduksjon i den gastrointestinale passasjetiden forårsaket av Movicol. Det har vært isolerte rapporter med redusert effekt av noen samtidig administrerte legemidler, f.eks. antiepileptika. **Graviditet/Amming/Fertilitet:** Graviditet: Movicol kan brukes av gravide kvinner. Amming: Movicol® kan brukes under amming. Fertilitet: Det foreligger ingen data på effekten av Movicol® på fertilitet. **Bivirkninger:** Vanlige: Abdominalsmerte, diaré, kvalme, abdominal distensjon, borborygmi, flatulens. **Sjeldne:** Allergiske reaksjoner. **Ikke kjent:** Anafylaksi, angioødem, dyspné, utslett, urtikaria og pruritus, erytem, Elektrolyttforstyrrelser, spesielt hyperkalemi og hypokalemi, Hodepine, brekninger, dyspepsi og anorektal irritasjon, perifert ødem. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner:** Movicol har ingen påvirkning på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Utlevering:** Pakninger med 20 poser er unntatt fra reseptplikt. Pakninger med 100 poser er reseptpliktige. **Pakninger og priser:** MOVICOL® inneholdende hvit pulverblanding, 20 stk. doseposer Vnr. 014852 pris ikke fastsatt, 100 stk. doseposer Vnr. 015461 pris kr. 388,80, MOVICOL® med sjokoladesmak 20 stk. doseposer Vnr. 027773, pris ikke fastsatt. Preparatet er ikke underlagt pliktmessig refusjon. Norgine BV er innehaver av markedsføringstillatelsen. Komplet produktresumé pr. 10.09.2014. kan fås hos Norgine Norge AS. (NOR/MOVC/0914/0001)





Norge. – Det er ikke vanskelig å leve med et barn som har hiv. Men det er vanskelig å leve med en hemmelighet, sier «Tone».

– Sønnen min har hiv

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Han går fortsatt på barne-skolen. Nå kommer «Ibra» sammen med sin mor «Tone», som ikke er hans biologiske mor. De må være anonyme, for de har en hemmelighet: Han er hiv-positiv.

Vi er i et stort herskapshus som tilhører Aksept, senteret for alle som er berørt av hiv, drevet av Kirkens Bymisjon i Oslo. Siden 2011 har Aksept arrangert høsttreff for barn og unge med hiv. (Se side 42)

I Norge er det rundt 45 barn med dette viruset som så mange fortsatt frykter.

FORELDRENE DØDE. Ibra er fra et afrikansk land, og kom med sine søsken til Norge for et par år siden. Da hadde begge foreldrene hans dødd av aids. Nå bor han et sted på Østlandet med sin nye familie.

Ibra er blid og atletisk. Han har mors lesebrett i hånden, så han har noe å drive med når hun skal snakke med journalisten. Men han syns det er ok å fortelle litt selv først.

De slår seg ned i salongen i en av stuen i huset, som ligger sentralt i Oslo. Store vindusdører vender ut mot en terrasse og en frodig hage.

Ibra har meldt seg på årets høsttreff for barn med hiv. Han var med i fjor også.

– Hva gjorde dere da?

– Vi lekte. Så på film, gikk på kino, var på seilbåt. Jeg gleder meg. Kanskje blir det bowling i år, sier

han og kikker bort på moren.

– Dere sang og dansa også, sier mamma Tone.

– Ja, han som hadde det liknet på Michael Jackson.

– Og så pratet dere, sier Tone.

– Jeg vil ikke snakke om det, sier Ibra.

– Men det er jo fint at dere snakker med andre barn. Men det var en del om sex og beskyttelse. Det var jo ikke så gøy for deg som er så liten, sier Tone.

– Alle syns det var flaut, sier Ibra.

«Jeg ser at han bruker energi på at det ikke skal bli oppdaget.»

Tone, mor

Han forteller at hjemme liker han best å spille fotball og skate.

– Vet kompisene dine at du tar medisiner?

– Nei. Ikke lærerne heller.

Han vrir seg en tanke på stolen. Har sagt det som er å si. Han tar iPaden med seg og setter seg i stuen ved siden av så lenge.

TOK 24 PILLER I DØGNET. Han overnattet her i huset på treffet i fjor. Da hadde han akkurat byttet medisiner, for de forrige ga ham bivirkninger.

– Han ble slått ut av mareritt.

Klarte ikke å konsentrere seg. Han ble et nytt menneske etter at han fikk nye medisiner. Det endret vår hverdag, forteller mor Tone.

Fra å ta tolv tabletter både morgen og kveld, ble det til kun tre om kvelden.

– Han gleder seg til han blir enda større. For da blir det «all in one»-piller, og de er til og med enda mindre. Hiv-medisiner er ikke tilpasset barn, forklarer hun.

For tiden spiser han som bare det for å øke vekten.

Da Ibra kom fra Afrika, var han ganske syk.

– At han kom til Norge reddet livet hans, mener Tone.

Da han var åtte år, var han på størrelse med en fireåring. Nå er han normal for alderen.

Moren ønsker mer åpenhet, men innser at det er for tidlig for ham:

– Han er for ung, har bodd her for kort tid. Han må vokse seg inn i åpenhet. Foreløpig må han skjermes fra å bli avslørt. Det har jeg lovet ham.

Hun lurte likevel på om ikke hemmeligholdet er like belastende som å være åpen.

– Jeg ser at han bruker energi på at det ikke skal bli oppdaget. Passer på at ingen skal se medisinene hans.

IKKE FARLIG FOR ANDRE. Ibra er flink til å ta medisinene selv.

– Når han overnatter hos andre,

Fakta ●●●●

Barn med hiv

● Rundt 45 barn i Norge har hiv. De fleste har innvandrerbakgrunn eller er adoptert. Noen er norsk-fødte.

● Rundt 5 000 lever med hiv i Norge. Det ble registrert 221 nye tilfeller i 2015. 2 av disse er barn.

Kilder: Aksept og Folkehelseinstituttet

Hiv

● Humant immunsvikt-viruset (hiv) angriper deler av kroppens forsvar mot bakterier, virus og sopp.

● Ubehandlet er hiv-infeksjon dødelig, men det kan ta flere år å utvikle alvorlig immunsvikt, i gjennomsnitt 10–11 år.

Kilder: Hiv i Norge og infeksjonslege Frank O. Pettersen



Anonyme: – Han må få vokse seg inn i åpenhet, sier mor «Tone» om sønnen «Ibra».

tar han tablettene i en liten pose og putter dem i lommen. Så tar han med seg et glass vann på toalettet og svelger dem ned. Han håndterer det fint, forteller Tone.

Drømmen hennes er likevel å kunne fortelle det.

– Jeg vet jo at det ikke er farlig for andre. Men jeg kan ikke fortelle det til noen. Jeg håper det skal bli like vanlig å si man har hiv som at man har diabetes eller hørsnue. Det er ikke noen grunn til at det skal være annerledes. Syns jeg da.

Ibra er frisk og aktiv, spiller fotball, men blir kanskje litt fortere sliten enn andre.

– Det blir flere andre og, enten de har pollenallergi eller andre

plager. Man må bare finne en måte å leve med det på.

Tone påpeker at det kommer mange fra Afrika til Norge nå.

– Afrikanerne her er mest redd for at andre afrikanere skal vite om hivsmitte, fordi det er så skambelagt. I hjemlandet fører det jo som oftest til døden, fordi de ikke får medisiner.

KAN BLI VERKEBYLL. – Vi vurderer fortløpende hvor mye vi skal snakke om viruset. Å ha en sønn med hiv er ikke vanskelig medisinsk. Men å leve med hemmeligheten og skammen over lang tid, tar på. Da er det gull verdt for oss å ha Aksept å snakke med.

Før kom hjemmesykepleieren hver dag til ham for å gi medisiner.

– Det er ikke aktuelt nå. Vi får

«At han kom til Norge reddet livet hans.»

Tone, mor

god oppfølging på Ullevål sykehus. Godt for meg som ikke har medisinsk bakgrunn.

De andre i familien vet om viruset.

– Åpenhet burde ikke være vanskelig, for han har ikke smittestoffer

i blodet. Det er ikke viktig at alle vet. Men hvis vi ikke snakker om hemmeligheten, blir det en verkebyll. Man møter på det i ulike sammenhenger. En dag vil det poppe opp.

– Barna må uansett selv håndtere det å være åpen?

– Man trenger ikke stå fram og gjøre noe nummer ut av det. Men det bør ikke være sånn at man ikke skal vite det heller. Jeg tenker at det er farligere å leve med diabetes enn med hiv, sier Tone.

Det lukter mat. Flere med hiv er på besøk her i dag. Nå benker Ibra og Tone seg i spisestuen sammen med dem. Bare Ibra er et barn. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Fraråder å være åpen om hiv

FORDOMMER: Astrid Rojahn behandler barn med hiv. – Fordommene er grunnløse.

– Noe av det vanskeligste med å være hivpositiv, er at smitten holdes hemmelig. Foreldrene ønsker ikke, og jeg anbefaler heller ikke, å være åpen, fordi det kan få negative konsekvenser for barna. Det er fortsatt fordommer der ute. Disse er grunnløse, konstaterer Astrid Rojahn.

Hun er overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling på barneklubben ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

– Jeg anbefaler at barna venter med å informere andre enn nærmeste familie til de er unge voksne og modne nok til å forstå hva det vil innebære å leve åpent med hiv.

Rojahn behandler for tiden 25 barn på Østlandet.

– Barn med hiv er godt kontrollert og under behandling. De er ikke smittsomme. Det går nå mot at alle hivpositive skal ha behandling.

– Og slik var det ikke før?

– Hivpositive med lavt immunforsvar (lave CD4-verdier, se faktaboks) og høyt virustall, fikk behandling. De med høye CD4-verdier ble fulgt tett, så fikk de behandling når verdiene endret seg.

Nå behandles alle voksne med hiv, men ennå ikke alle barn:

– Det blir særlig viktig å behandle når de unge begynner å bli seksuelt aktive, for ikke å spre smitten.

SMITTER SEKSUELT. – Hva går fordommene ut på?

– Mange frykter at disse barna utgjør en smittefare for andre barn. Foreldre vil kunne reagere og ute-stenge barna med hiv.

– Men det er ingen smittefare?

– Bortsett fra smitte fra mor til barn, smitter hiv seksuelt.

Hun anbefaler likevel at fastlege og helsesøster er informert siden de hjelper til med å sette ekstra vaksiner.

– Hvordan forteller du barna at de har et virus de neppe vil bli kvitt?

Frykt: Selv sykepleiere er redde for smitte. – Det sier sitt, mener overlege Astrid Rojahn, som behandler 25 barn med hiv. Foto: Ingar Storfjell/Aftenposten/NTB scanpix



Fakta

Hivinfeksjon

En virusykdom som smitter seksuelt, ved blodsmitte og fra mor til barn. Sykdommen vil over tid medføre redusert immunforsvar slik at opportunistiske infeksjoner opptrer. Hivinfeksjon kan resultere i hivsykdom og aids.

CD4

Hiv-viruset forårsaker immunsvikt ved at viruset ødelegger såkalte CD4-positive T-celler. Denne celletypen koordinerer og forsterker immunologiske reaksjoner av betydning for infeksjonsforsvaret. Ved hivinfeksjon ødelegges milliarder av CD4-celler daglig, mens milliarder av CD4-celler dannes for å erstatte disse. Gradvis vil mekanismen med å erstatte disse cellene svikte og antall CD4-celler vil falle og føre til immunsvikt.

Kilde: Folkehelseinstituttet

– Det avhenger av barnas alder. Fra de er åtte-ni år får de gradvis veldig konkret informasjon, og de får stille spørsmål. De får høre at dersom de samarbeider og tar medisinen daglig, vil de leve helt normale liv.

De fleste hivpositive barn er blitt smittet før de kom til Norge.

– I Norge følges alle hivpositive gravide opp veldig tett. Den gravide får behandling, og barnet behandles etter fødselen. Strengt tatt er det ingen smitte fra mor til barn i Norge.

Men det skjedde i 2013:

– Da hadde vi ikke sett mor-barnsmitte i Norge på 13 år. Dersom den gravide ikke følger opp behandlingen under svangerskapet, øker risikoen for smitte av barnet.

– Kan det være hivpositive innvandrerbarn som ikke er fanget opp?

– Det er ikke pålagt å hiv-teste dem, så det kan ikke utelukkes.

Det er rundt 45 hivpositive

barn i Norge nå.

– Det har ikke vært noen stor økning, heller ikke i fjor da det var stor pågang av flyktninger. Antallet har vært relativt konstant de siste ti

«Tar de medisinen daglig, vil de leve normale liv.» Astrid Rojahn, overlege

årene. Størst risiko er det blant dem som kommer fra afrikanske land.

MÅ TA MEDISINER. – Hvordan går det med barna som har hiv?

– Veldig fint. Så lenge de tar medisiner og går til kontroll. Tar de pillene sine og har vært fullt virus-supprimerte over tid, er det nok

– Slik smitter hiv

USANNSYNLIG: – En hivpositiv person på vellykket behandling, altså uten målbart virus i blodet, kan i praksis ikke overføre hiv til andre, sier infeksjonslege.

– Det virker som mange – også helsearbeidere – har glemt hvordan hiv faktisk smitter, sier Frank O. Pettersen, overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling på Oslo universitetssykehus.

– Bare hvis man er ubehandlet, eller har målbart virus i blodet på tross av behandling, kan man overføre viruset til andre.

Har man målbart virus selv om man er på behandling, sier man at virusnivået ikke er fullt suppressert. Det kan skje hvis viruset er resistent, eller hvis man ikke tar medisinene hver dag.

Pettersen minner om hvordan hiv smitter:

– Ved ubeskyttet analt eller vaginalt samleie, deling av urene sprøyter som inneholder ferskt blod fra en ubehandlet hivpositiv person, eller fra en som ikke er fullt virussupprimert på tross av behandling. Og ved dype stikk og større skader med tilgrising av blod eller blodoverføring fra en

med hiv som er ubehandlet eller ikke fullt virussupprimert.

Dette mener han ikke er reelle scenarioer for helsearbeidere i Norge:



«Og aller viktigst: Håndhysing og klem er helt ufarlig!» Frank O. Pettersen, overlege

– Kanskje med unntak av en uheldig kirurg som skjærer seg på en skalpell eller bensplint i et operasjonssår, samtidig som det oppstår en betydelig blødning fra en ubehandlet hivpositiv person.

Vanlig sosial omgang utgjør ingen smitterisiko, heller ikke vanlig yrkesutøvelse for helsearbeidere, understreker han.

– Tøy eller utstyr som er tilgriset av blod, oppkast, avføring eller kroppsvæsker, skal uansett håndteres som smittsomt, ikke primært på grunn av hiv. Tallerkener, bestikk, kopper og glass brukt av ubehandlet

hivpositiv person utgjør ingen smitterisiko. Og aller viktigst: Håndhysing og klem er helt ufarlig!

Er man likevel utsatt for risiko, uavhengig

av årsak, skal man tilbys post-eksposisjonell profylakse (såkalt PEP) med hivmedisiner i fire uker, snarest mulig. Helst innen få timer og senest innen 72 timer.

– Dette kan for eksempel gjelde kirurgen nevnt ovenfor, eller hvis noen har hatt ubeskyttet sex med en kjent ubehandlet hivpositiv person, eller en med høy risiko for å være hivpositiv. Infeksjonsleger har egne retningslinjer for dette, og alle akuttmottak på sykehus i Norge bør ha dette tilgjengelig, sier Pettersen. ●

marit.fonn@sykepleien.no

med to kontroller i året. Problemer oppstår hvis de ikke tar medisiner. Da kan de utvikle resistens mot medisinen, og behandlingen kan slutte å virke.

De under 40 kilo får tre forskjellige medikamenter i tre miksturer eller piller. Når de blir tyngre, kan de få alle tre medikamentene i én pille.

– Det gjør det mye enklere for dem. Men dette forutsetter at de ikke har slurvet med medisiner. Har barnet utviklet resistens, må det dessverre ofte fortsette med flere tabletter daglig inn i voksen alder.

Det kan være stressende både for barn og foreldre å skulle huske å ta dem daglig. Foreldrene må følge opp barna til de blir voksne.

– Spesielt i puberteten blir det ofte vanskelig for pasientene å huske å ta medisiner daglig.

Ofte lever barna med egne foreldre, mens noen er adopterte. Ofte er de smittet av mor.

– Men vi behandler også barn der mor ikke har hiv. Hvordan disse barna er blitt smittet, vet vi ikke.

Det kommer stadig nye medisiner med bedre bivirkningsprofil.

– Men hiv gir økt risiko for hjertekarlidelser. Hovedproblemet er at man må holde diagnosen hemmelig. Det er heller ikke lett å innlede seksuelle relasjoner.

– Er der noen kjønnsforskjeller?

– Nei, hiv er 50/50 fordelt på jenter og gutter, og de behandles likt.

FRYKTET FOR EGNE BARN. – De færreste sykepleiere som jobber med barn vil støte på barn med hiv. Er det noe de likevel bør vite?

– Sykepleierne har lite erfaring, ja. Derfor er det viktig å skrive om dette. Jeg fikk en telefon fra en sykepleier som fikk vite at et barn med hiv var elev på samme skole som hennes egne barn. Hun fryktet for smitte og lurte på hva hun skulle gjøre. Det sier

sitt når selv helsepersonell kan få seg til å spørre og bekymre seg. Barn smitter ikke andre barn ved vanlig sosial omgang eller lek, sier Rojahn.

På barna som behandles for hiv, er viruset ikke målbart.

– Ville de blitt syke hvis de ikke fikk behandling?

– Mange har klart seg uten behandling til de er ti-tolv år uten symptomer, andre ikke. Spesielt de under fem år kan bli raskt syke og dø uten behandling.

– Kan barn som nå har hiv en gang bli friske?

– Det kan vi håpe på, men det er ikke konkrete utsikter til det. Det utvikles stadig nye medisiner, og det brukes masse ressurser på dette. Det er viktig at det er mye å velge blant slik at man har medikamenter å bytte til dersom bivirkninger skulle oppstå, sier Astrid Rojahn. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Fakta



Smitte fra mor til barn

Hiv kan overføres fra en smittet mor til hennes barn under svangerskap, fødsel og amming. Risikoen for at barnet skal bli smittet, er rundt 30–40 prosent dersom mor og barn ikke får behandling. Smitte fra infisert mor til barn skjer som oftest like før eller under fødselen eller via morsmelk.

Tiltak for å redusere smitterisikoen:

- Medikamenter
- Keisersnitt
- Ingen amming

Ved hjelp av slike tiltak reduseres risikoen til 0–2 prosent for at barnet skal bli hivsmittet.

Kilde: Norsk Helseinformatikk



Magiske møter hos Aksept

FRISTED: Hos Aksept kan barn og unge med hiv møte likesinnete.

I oktober arrangerer Aksept høsttreff for sjette gang.

– Høsttreffet er et fristed for barna med hiv, der de kan være seg selv og ha det gøy. Det er litt leirskoleaktig, de er mye ute, de har karaoke – og de lærer om hiv. For veldig mange er det hemmeligheten deres. Hos oss kan de dele erfaringer, sier Stian Fjerdingen, sosialkonsulent i Aksept, som er et tilbud av Kirkens Bymisjon for alle berørte av hiv.

– Det har blitt noen magiske møter, noen treffer for første gang andre med hiv. De kan etablere nettverk og utvikle egenkompetanse om hvordan de skal håndtere et liv som hivpositiv.

FÅ ET SPRÅK OM HIV. Barna kan tipse hverandre: Hva sier du hvis du skal sove over hos en venninne? Å kalle medisinen for vitaminer kan gjøre det enklere å leve med i hverdagen.

Fjerdingen skjønner at mange vil holde det hemmelig, for det er lite kunnskap om hiv blant folk:

– Men når det er hemmelig, får de ikke muligheten til å sette ord

på dette. Her kan de få hjelp til å få et språk om hvordan de kan snakke om hiv.

Seksuell rådgivning er også et tema.

– Vi er et supplement til oppfølgingen barna får på sykehus, og vi samarbeider med helsepersonell.

Kirkens Bymisjon har lavterskel for rådgivning. Helse- og sosialpersonell kan hospitere hos Aksept i to dager. Der kan de blant annet samtale om egen smittefrykt.

SUNNE RELASJONER. For smittefrykt er utbredt, også for helsepersonell:

– Folk vet ikke nok. De fleste har

«På høsttreffet kan de være seg selv.» Stian Fjerdingen, Aksept

ikke møtt barn – eller voksne – med hiv. Mange blir bekymrete og redde, og de assosierer hiv med rusbrukere og homofile. Men hiv diskriminerer jo ikke – alle kan få det.

Høsttreffet gjelder for dem opp til 18 år. Men Aksept har også en gruppe for dem fra 18 til 28 år. Noen av dem er rollemodeller på høsttreffet for de yngre.

Aksept verken anbefaler eller fraråder anonymitet:

– Det er en reell risiko for å bli utsatt for mobbing når man har hiv, fordi samfunnet frykter hiv eller annerledeshet. Det er synd at de hivpositive må ta konsekvensen av det. Å ha gode relasjoner er bra for helsen. For noen er høsttreffene starten på det. Noen er åpne med familie og venner hjemme, andre ikke, sier Fjerdingen.

Han understreker at Aksept er et ressursenter for alle som er berørt av hiv, også for dem som ikke bor i Oslo. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Tilbud for barn: – Hos oss treffer noen for første gang andre med hiv, sier Stian Fjerdingen i Aksept. Foto: Privat



Fakta

Samler barn med hiv

6. til 9. oktober har Aksept høsttreff for barn og unge med hiv. Påmelding er fortsatt mulig.

Kilde: Aksept



Aktiv: «Ibra» har allerede meldt seg på. (Les om «Ibra» på side 32.)



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 08 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Sykepleierutdanning:
Det blir stadig vanligere
å ta i bruk høyteknolo-
giske simuleringsdukker.
Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Øvelse gjør mester

Simulering. Studentene får trene på situasjoner de kanskje ikke opplever i klinikken. **44**



Demens.

Tilpasset pleie gir mindre uro. **48**



«Samværet bidrar til å hele selvet.» Beate Lie Sverre. **54**



Epilepsi. Utreder og behandler hjemme. **56**



MOTIVERER TIL VIDERE LÆRING

Bachelorutdanning. Fullskalasilulering er ressurskrevende, men gir faglig utbytte og motiverte studenter.

UTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

60% praksis

40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58398



Camilla Olaussen,
høyskolelektor
ved Lovisenberg
diakonale
høgskole



Ina M. Thon Aamodt,
sykepleier og
stipendiat
ved Senter for
Pasientnær
hjerte- og lunge-
forskning, Oslo
universitetssyke-
hus, Utlevål.

I sykepleierutdanningen blir det stadig vanligere å ta i bruk høyteknologiske simuleringsskinner som pedagogisk læringsmetode. Metoden brukes for å gi studentene trening i å observere, kritisk vurdere og ta avgjørelser i realistiske pasientsituasjoner, i trygge omgivelser og uten risiko for pasienten (1). En gevinst kan være at studenter blir bedre forberedt for klinisk praksis (1, 2).

Kunnskapen om det faktiske læringsutbyttet av fullskalasilulering er mangelfull (1, 3, 4). Derimot viser forskning at studenter er positive til fullskalasilulering, og at simuleringen gir studentene større trygghet og høyere selvtillit (1, 3, 4, 5).

UTFYLLER KLINISK PRAKSIS.

En stadig økende studentmasse til bachelorutdanningen skaper større press på å skaffe egne praksisplasser (2, 6). Samtidig er det økt oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet i politiske føringer (7). Hic, Coke og Li (8) beskriver simulering som en læringsmetode som kan utfylle klinisk praksis ved at studentene får trene på prioriterte situasjoner de ikke nødvendigvis opplever ute i klinikken.

Ved å benytte høyteknologiske simuleringsskinner skulle studentene sikres optimal erfaring og

oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet. Dette var argumentet for å utforske bruk av fullskalasilulering i bachelorutdanningen. Derfor ble det iverksatt et fagutviklingsprosjekt for å planlegge, gjennomføre og evaluere fullskalasilulering på førsteårs bachelornivå. Formålet var å få erfaring med fullskalasilulering som læringsmetode samt evaluere hvor tilfredse studentene var med metoden.

PLANLEGGING OG METODE.

Planlegging, gjennomføring og evaluering av fullskalasilulering for bachelorstudentene foregikk etter Jeffries' (2) rammeverk for simulering som læringsmetode. Studentene fikk trene på en akutt pasientsituasjon basert på forventede kunnskaper og ferdigheter etter første studieår. Studenter kan oppleve at det er avgjørende å være aktiv i simuleringen (9). Derfor ble det planlagt at samtlige studenter skulle være både aktive deltakere og observatører.

Gjennomføringen av fullskalasilulering ble lagt til slutten av andre semester. Dermed skulle studentene ha et teoretisk grunnlag og et ferdighetsgrunnlag for å kunne ta faglig baserte avgjørelser. De skulle også kunne iverksette tiltak på bakgrunn av observasjoner. En førveiledningstime inneholdt informasjon om praktisk gjennomføring.

Studentene fikk også en presentasjon av scenarioet, læringsutbyttet og nødvendige forkunnskaper. Scenarioets tema var en akutt forverring av en kronisk tilstand. Totalt var det 24 simuleringssesjoner der scenarioet og debriefing ble kjørt to ganger. Hvert rom hadde skjerm for visning av film, og scenarioene ble filmet med iPad.

UTVALG. Jeffries (2) skriver at studentenes tilfredshet kan evalueres ved å måle studentenes respons på erfaringen. Vi innhentet kvantitative data gjennom et evalueringsskjema. Spørsmålene hadde ulikt antall svaralternativer, alt fra ja- og nei spørsmål til en gradering fra 1 til 6. Analyseverktøyet var SPSS, og vi foretok deskriptive analyser for å

Tabell 1: Utvalget

Variabler	n (166)	Prosent
Menn	16	9,6
Kvinner	150	90,4
< 25 år	121	72,9
> 25 år	45	27,1

beregne frekvens, prosentspredning og middelværdi.

Utvalget besto av førsteårsstudenter fra bachelor i sykepleie. Av 183 studenter gjennomførte og evaluerte 167 studenter. Vi fjernet ett

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Fullskalasilulering er en læringsmetode som gir studenter faglig utbytte og motiverer til videre læring. Betydningen av nok tid og ressurser til planlegging, gjennomføring og evaluering er viktige erfaringer fra prosjektet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Simulering
- Sykepleieutdanning
- Sykepleiestudent



I simuleringen: Samtlige studenter skulle være både aktive deltakere og observatører. Arkivfoto: Erik M. Sundt

evalueringsskjema da det ikke var korrekt utfyllt, noe som ga et totalantall på 166 studenter (se tabell 1). Lærerressursene var ni høyskolelektorer og én sykepleier. Majoriteten var utdannede fasilitatorer. Alle var ansatte ved høyskolen – tre på master- og videreutdanningsnivå, og seks på bachelornivå.

ETIKK OG FAGLIG UTBYTTE. Vi innhentet informert samtykke fra alle studentene før fullskalasiluleringen. Det var frivillig å delta i evalueringen. Spørsmålene var av ikke-sensitiv karakter og med svaralternativer. Studentene fikk også skriftlig informasjon om at dataene

Tabell 2: Faglig utbytte

Fikk du faglig utbytte av:		n (166)	Prosent
Førveiledning	Ja	147	88,6
	Nei	16	9,6
	Blank	3	1,8
Aktiv deltagelse	Ja	164	98,8
	Nei	2	1,2
Observatørrollen	Ja	165	99,4
	Nei	1	0,6
Debriefing	Ja	165	99,4
	Nei	1	0,6
Dobbel gjennomføring av scenarioet	Ja	158	95,2
	Nei	6	3,6
	Blank	2	1,2

kunne benyttes i en fagartikkel.

Omtrent alle studentene hadde faglig utbytte av fullskalasiluleringen (se tabell 2). Mangler i egen kunnskap var gradert fra 1 – ikke i det hele tatt – til 4 – i stor grad, og fikk middelerdi på 2,64. Gradert samlet faglig utbytte, der 1 var dårligst og 6 var best, fikk middelerdi på 5,30.

EVALUERING AV SIMULERING.

28 studenter klarte ikke å leve seg inn i scenarioet. Samtlige svarte likevel at de ønsket mer fullskalasilulering gjennom utdanningen. Majoriteten opplevde sjenanse under





fullskalasiluleringen, men alle oppga at de ble motivert til å lære mer (se tabell 3 og 4).

Evalueringen viste stor studenttilfredshet med fullskalasilulering som læringsmetode. Studentene ønsket mer av fullskalasilulering gjennom utdanningen. De ble også motivert til å lære mer i noen eller i stor grad. Majoriteten oppga dessuten at de hadde fått faglig utbytte av simuleringssesjonen.

LÆRINGSUTBYTTE. Jeffries (2) legger vekt på at læringsutbyttet må være tydelig slik at studentene kan delta effektivt i simuleringen. Læringsutbyttet skal matche kunnskapen og erfaringen til den som skal lære. I tillegg skal det presenteres for studentene i forkant (2). Vi diskuterte med fasilitatorene og kom frem til et ønsket læringsutbytte som møtte rammeverkets kriterier for å gi nok informasjon til deltakerne, og som samtidig skulle sikre at den aktive simuleringen ikke manglet utfordringer.

Vi presenterte læringsutbyttet i forkant av simuleringen på en førveiledning. Imidlertid var tidspunktet ikke heldig da studentene hadde flere eksamener i denne perioden. Dette kan være en årsak

til at førveiledningen fikk det dårligste resultatet i evalueringen. Fullskalasilulering fordrer et tilrettelagt læringsmiljø med tid til forberedelse (2, 9, 10).

GJENKJENNELIG SCENARIO. Vi utviklet scenarioet for å hjelpe studentene med å knytte sammen teoretisk kunnskap og ferdigheter i en pasientcase. Simuleringen skulle gi studentene en opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis. De skulle dermed få motivasjon for videre læring. Et bidrag til å lære sykepleie er å la studentene simulere en gjenkjennelig pasientsituasjon for dermed å føle mestring og faglig utvikling (9). Gjenkjenning gir grunnlag for høyere studenttilfredshet og styrker selvtiliten (2). Derfor utviklet vi scenarioet med utgangspunkt i forventet kunnskap, slik at det ikke skulle bli for komplekst. Kun fire studenter hadde stor grad av mangler i egen kunnskap, noe som kan indikere at scenarioet var gjenkjennelig. Ingen svarte at de hadde alt av kunnskap, noe som kan bety at simuleringen ga en viss utfordring.

TROVERDIG SIMULERING. Troverdighet blir definert som grad av

realisme i simuleringen både med hensyn til teknologi som benyttes, og til omgivelsene simuleringen foregår i (2). Simuleringen i denne studien foregikk i Ferdighetssenteret. Senteret er innredet som på en institusjon, og dette bidro til å skape troverdighet i situasjonen. Simuleringsdukken og teknikkens begrensninger kan derimot være en barriere for troverdighet. Duk-

ken kunne for eksempel ikke snakke, noe som kan ha bidratt til at 28 studenter ikke klarte å leve seg inn i scenarioet. Majoriteten av studentene oppga også en viss grad av sjenanse. Studenter kan grue

seg til fullskalasilulering fordi man blir svært synlig, og det oppleves som skremmende å «bli avkledd» eller å «blottstille seg» (9, 10).

«Studenter kan oppleve at det er avgjørende å være aktiv i simuleringen.»

STØRRELSE VIKTIG. Det var åtte studenter på hver simuleringssesjon. Med denne gruppestørrelsen erfarte vi at alle kunne være aktivt deltakende. Gruppestørrelser er viktig i caselæring som simulerer situasjoner fra virkeligheten. For mange i gruppen kan gjøre en meningsfull deltakelse vanskelig (11).

Omtrent alle studentene oppga at de fikk faglig utbytte av debriefingen. Debriefingsfasen beskrives som fasen hvor den store læringen skjer (10). Oppmerksomheten skal være rettet mot læring, ikke testing (10). Læringsutbyttene gir retning til debriefingen samt gir en struktur for å reflektere over og evaluere simuleringserfaringen (12).

SCENARIO TO GANGER. Læringsutbyttene for simuleringssesjonen ble skrevet på tavler inne på hvert rom av ansvarlig lærer, slik at de til enhver tid skulle være synlige. For studentene som var observatører først, var scenarioet kjent. Etterpå gjennomgikk studentene en debriefing der de kom med forslag til forbedringer. Likevel erfarte vi at det var nye elementer og forbedringspotensial å reflektere over i debriefing nummer to. Av studentene fikk

Tabell 3: Sjenanse

Opplvde du sjenanse?	n (166)	Prosent
Ikke i det hele tatt	30	18,1
I liten grad	55	33,1
I noen grad	72	42,8
I stor grad	10	6
Middelverdi	2,37	

Tabell 4: Motivasjon for læring

Har fullskalasilulering motivert deg til å lære mer?	n (166)	Prosent
Ikke i det hele tatt	0	0
I liten grad	0	0
I noen grad	34	20,5
I stor grad	132	79,5
Middelverdi	3,8	

95,2 prosent faglig utbytte av at vi kjørte scenarioet to ganger.

Wilson og Klein (13) påpeker at fasilitatoren må balansere mellom studentenes ulike behov, slik at studentene kan oppdage sine egne styrker og svakheter uten å ødelegge selvfølelsen. Derfor fokuserte vi på feedback, som la til rette for positiv læring. Vi benyttet sekvenser fra filmopptak for å vise hvor studentene hadde gjort det bra. Ifølge evalueringen ble studentene motivert til videre læring, og de ønsket å se mer av filmen.

TRENING AV FASILITATORER. Vi utviklet en detaljert fasilitatorguide for lærerne som deltok. På den måten fikk vi en felles forståelsesramme og sikret at simuleringen ble likt gjennomført. Jeffries (2) skriver at i en simuleringssesjon er det like viktig å vite hvordan man skal debrife studentene som å vite hvordan man skal bruke utstyret og utvikle scenarioer. Samtidig har Jeffries blitt kritisert for at han ikke er tydelig nok på å guide hvordan man skal forberede debrifing (13). Derfor la vi stor vekt på debrifingsdelen i fasilitatorguiden, med veiledende spørsmål for å belyse debrifingens ulike faser.

Vi leide Ferdighetssenteret for å gjennomgå fasene fra brifing til debrifing med alle deltakende fasilitatorer. Scenarioet ble forhåndsprogrammert i dukkene, og ønskete observasjoner og tiltak etter ab-prinsippet ble lagt inn i dukkenes styringsenhet, slik at det kunne hakes av for disse under gjennomføring av scenarioet. Lokale ble tilrettelagt av oss for trening i bruk av filmutstyr, bruk av teknisk utstyr til dukken og gjennomføring av en fullskalasilulering med det aktuelle scenarioet. Forberedelse og trening av fasilitatorene kan ha bidratt til studentenes positive evaluering.

AVSLUTNING. Formålet med utviklingsprosjektet var å få erfaring med fullskalasilulering som læringsmetode. Vi ønsket også å evaluere studentenes tilfredshet med metoden. Resultatet viste at studentene

var positive til fullskalasilulering som læringsmetode. De fikk faglig utbytte og ble motivert til videre læring. Vi erfarte dessuten at det var betydningsfullt at alle studentene fikk være aktive i simuleringen.

Fullskalasilulering er ressurskrevende. Bachelorkullene er store, og utdanningsprogrammet gir begrensede muligheter til simuleringssesjoner. Viktige erfaringer fra dette prosjektet er betydningen av å sette av tid og ressurser til planlegging, gjennomføring og evaluering. Dessuten er det viktig med forberedte og motiverte lærere. ●

REFERANSER:

1. Mills J, West C, Langtree T, Usher K, Henry R, Chamberlain-Salaun J, Masom M. «Putting it together»: unfolding case studies and high-fidelity simulation in the first-year of an undergraduate nursing curriculum. *Nurse Education in Practice* 2014;14:12–7.
2. Jeffries PR. A framework for designing, implementing and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives* 2005;26(2):96–103.
3. Foronda C, Liu S, Bauman EB. Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: an integrative review. *Clinical Simulation in Nursing* 2013;9:e409–16.
4. Merriman CD, Stayt LC, Ricketts B. Comparing the effectiveness of clinical simulation versus didactic methods to teach undergraduate adult nursing students to recognize and assess the deteriorating patient. *Clinical Simulation in Nursing* 2014;10:e119–27.
5. Skrabble L, Fitzsimons V. Simulation in associate degree nursing education: a literature review. *Teaching and Learning in Nursing* 2014;9:120–25.
6. Walker S. A comparison of perceived self-efficacy and learner satisfaction between human patient and standardized patient simulations. *Texas Woman's University, ProQuest Dissertations Publishing*. 2008. 3347083.
7. Meld. St. II (2014–2015). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-II-20142015/id2345641/?ch=1&q=>. (Nedlastet 25.08.2015).
8. Hicks FD, Coke L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students knowledge and performance: a pilot study. *National Council of State Board of Nursing, Inc. (NCSBN)*. 2009. Tilgjengelig fra https://www.ncsbn.org/09_SimulationStudy_Vol40_web_with_cover.pdf. (Nedlastet 25.08.2015).
9. Lied KB. Simulering som didaktisk metode. En studie av sykepleierstudenters oppfatning av læring ved fullskalasilulering. (Masteroppgave i pedagogikk). Avdeling for humaniora, idrett og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Lillehammer. 2010. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144689>. (Nedlastet 25.08.2015).
10. Karlén T. Trygt, lærerikt og realistisk, både ja og nei: en intervjuundersøkelse av hvordan intensivsykepleiere og studenter i intensivsykepleie oppfatter å delta i full-skala simulering av akutsituasjoner med fokus på teamarbeid. (Masteroppgave). Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Høgskolen i Gjøvik. 2010. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/143689>. (Nedlastet 25.08.2015).
11. Tomey AM. Learning with cases. *Journal of continuing Education in Nursing* 2003;34(1): 34–7.
12. Dreifuerst KT. The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. *Nursing Education Perspectives* 2009;30(2):109–14.
13. Wilson RD, Klein JD. Design, implementation and evaluation of a nursing simulation: a design and development research study. *The Journal of Applied Instructional Design* 2012;2(1):57–68.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Vi kommer til Sykepleierkongressen!

Visste du at du som medlem av Sykepleierforbundet får du:

- 50 ø/l i rabatt på drivstoff hos Esso
- 20% rabatt på bilvask
- 15% på overnatting hos Nordic Choice Hotels

Gratis hånddesinfeksjon til besøkende!

Esso MasterCard er helt uten årsgebyrer og vi står klare til å registrere deg på vår stand. Vi sees!

Finn ut mer og søk på: essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



An ExxonMobil Brand

Drivstoffrabatt forutsetter bruk av et Esso MasterCard. Effektiv rente ved kreditt på kr 15 000 o/12 mnd. er 31,13 %. Total kredittkostnad kr 1 947.

* Gjelder i helger og ferieperioder på Nordic Choice Hotels i Skandinavia og Baltikum.



GIR INDIVIDUELL OMSORG

Demens. Pasientenes livsfortellinger gir innsikt som brukes for å tilpasse pleien.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

50% praksis

50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58391



Guri Rosse-land Rummelhoff, førstelektor i sykepleie ved Høgskolen i Østfold.

Denne studien er et fagutviklingsprosjekt der VIPS-praksismodellen ble introdusert på et sykehjem som en metode for å fremme personsentrert omsorg for beboere og målrettede praksisstudier for sykepleiestudenter.



Kari Lislerud Smebye, høyskolelektor ved Lovisenberg diakonale høyskole

BEVARER PERSONVERDET. Det var Kitwood (1) som først brukte begrepet «personsentrert omsorg» i tilknytning til personer med demens. Hensikten er å bevare «personverd», og Kitwood (1) har definert det som den verdien eller statusen som gis til et menneske av andre i sosiale relasjoner. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillit. Å kunne tilfredsstille grunnleggende behov for trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet er framhevet i personsentrert omsorg og er sentrale trekk ved det å være en person.



Birgitte Tombre, fagutviklings-sykepleier, Utviklingssenter for sykehjem, Østfold

Hjelpere trenger opplysninger om personens bakgrunn for å legge til rette for personsentrert omsorg. Hjelpere som kjenner den demente, kan bidra til å styrke identiteten til personer med demens. De kan holde fast ved personens livshistorie og legge til rette for at vedkommende kan leve mest mulig i samsvar med egne verdier, vaner og preferanser (2, 3, 4). På denne måten kan man også forstå personens behov, reaksjoner og atferd og gi hjelp på

vedkommendes premisser (5, 6). Slik støtter personsentrert omsorg opp under personverdet: Personer med demens er hele mennesker med evne til å vise følelser og samhandle med andre. Personer med demens karakteriseres ikke bare ut fra sin diagnose og kognitive svikt, men ut fra alt det som karakteriserer dem som mennesker.

ULIKE TILNÆRMINGER. Andres holdninger kan støtte eller undergrave personverdet. Buber (7) beskrev en «jeg-du»-tilnærming til andre mennesker der det unike hos det enkelte menneske og menneskets iboende verdi og verdighet anerkjennes. Denne tilnærmingen er grunnleggende i personsentrert omsorg. Ifølge Buber (7) vil en «jeg-det»-tilnærming innebære at personen behandles som en ting, og at oppmerksomheten rettes mot oppgaven. En slik tilnærming er et eksempel på destruktiv samhandling (1) og innebærer at personen med demens blir utsatt for umyndiggjøring og stigmatisering. Personen kan også bli oversett eller latterliggjort.

En personsentret tilnærming skisseres som et ideal i demensomsorgen (8, 9). Sloane og medarbeidere (10) dokumenterte i en studie at personsentrert tilnærming under bading og dusjing ga mindre uro. Fossey og medarbeidere (11) gjennomførte en studie som

viste at personsentrert omsorg var et alternativ til medisinerings ved urolig atferd.

VIPS-PRAKSISMODELLEN. VIPS-praksismodellen har vist seg å være egnet til bruk i norske sykehjem og har ført til lavere forekomst av depresjon og uro hos pasientene (12, 13). Dette prosjektet er basert på VIPS-praksismodellen. Denne modellen ble utformet for å implementere personsentrert omsorg i praksis (8). Modellen er bearbeidet i Norge ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) (14). Det er utarbeidet en VIPS-manual samt en manual for hvordan fagmøtet skal gjennomføres.

Sentralt i modellen står fagmøtet, der deltakerne har faglige diskusjoner om for eksempel utfordrende atferd hos beboere. Under fagmøtet legger primærkontakten fram pasientens situasjon. Alle deltakerne går systematisk gjennom VIPS-indikatorene og velger ett eller to underpunkter det skal fokuseres på. Deretter drøfter personalet hvilke tiltak som skal utformes for å gi en mer personsentrert tilnærming til pasienten. Tiltakene dokumenteres i tiltaksplanen og evalueres på et senere fagmøte.

PROSJEKTGJENNOMFØRING.

Hovedmålene med prosjektet var følgende:

Fakta ●●●

Hovedbudskap

VIPS-praksismodell er et godt verktøy for å sette til å yte personsentrert omsorg til personer med demens. Fagmøtet er egnet til å forstå utfordrende atferd ut fra pasientens perspektiv, foreslå miljøtiltak og fremme tverrfaglig samarbeid. Det er en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn – livsfortelling – for å yte personsentrert omsorg.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Praksismodell
- Sykepleierutdanning
- Demens
- Omsorg

- å styrke beboeres identitet og legge til rette for individuelt tilpassete aktiviteter
- å øke kompetansen hos ansatte på sykehjem gjennom fagmøter i bruk av VIPS-praksismodellen
- å gi sykepleierstudenter erfaring med å nedtegne livsfortellinger som grunnlag for å kunne utøve personsentrert omsorg

Prosjektet foregikk i en virksomhet med tre sykehjem. Vi valgte et sykehjem med to skjermete enheter. Den tredje var en langtidsavdeling der VIPS-praksismodellen skulle innføres på et senere tidspunkt. Sykehjemmet hadde nylig vært gjennom en omorganisering og nedbemanning.

Opplæringen i VIPS-praksismodellen foregikk ved at en sertifisert kursholder gjennomførte et dagskurs for ressurspersoner og avdelingsledere. De brukte undervisningspakken fra Aldring og helse med foredrag og film, og deltakerne var med på rollespill hvor de øvde på å gjennomføre fagmøtet. Aldring og helse anbefalte et todagerskurs (14), men med knappe ressurser og bare tolv deltakere gikk det greit å gjennomføre kurset på én dag. Kursholder inviterte det øvrige personalet til et tretimerskurs.

FORTSETTER MED FAGMØTER.

Målet var at avdelingene skulle fortsette med fagmøter også etter avsluttet prosjekt. Det var derfor viktig å finne en modell som fungerte i hverdagen uten at det ble tilført ekstraressurser. Etter omorganisering og nedbemanning var vaktene forkortet og overlapping mellom vaktene redusert, med mindre felles tid til å gjennomføre fagmøter. I tillegg var det færre pleiere på hver vakt, slik at det var vanskelig å forlate pasientene under fagmøtet.

Løsningen ble at morgenrapporten én gang i uken ble forlenget til å inkludere fagmøtet. Avdelingslederen bidro med å servere kaffe til pasienter. Når det var ekstra ressurser til stede, som elever og lærlinger, «passet» de avdelingen. På vaktrommet lå det en bok der ressurspersonene noterte tid og

agenda for neste fagmøte. Ansatte som ikke kunne delta på fagmøtet, kunne notere ned sine innspill. Hver avdeling gjennomførte to fagmøter før fokusgruppeintervjuene.

SYKEPLEIESTUDENTER I PRAKSIS.

Sykepleiestudenter i første året hadde praksisstudier på sykehjemmet, der de fokuserte på å ivareta grunnleggende behov. I prosjektet var hensikten å gi studenter erfaring med livsfortelling og personsentrert omsorg. Vi ønsket motiverte studenter, og fem meldte seg frivillig. Som en forberedelse gjennomførte prosjektleder et informasjonsmøte med studentene og foreleste om temaet «å se beboeren som person». Studentene var observatører på dagskurset i VIPS-praksismodellen.

Studentenes arbeidskrav var å samle inn data og utarbeide en sykepleieplan for primærpasienten. Studenten tok utgangspunkt i skje-maet med bakgrunnsopplysninger, og samtalte med og oppfordret pasienten til å fortelle om livet sitt. En student skrev ned en fortelling fra denne samtalen og la til rette for en individuell aktivitet for beboeren. Studentene presenterte livsfortellingen på en refleksjonsdag med medstudenter og praksislærere. Studentene i prosjektavdelingene deltok også på fagmøter. For de to studentene som var på avdelingen som ennå ikke hadde innført fagmøte, arrangerte prosjektlederen et eget møte der studentene presenterte sine pasienter for en praksislærer og en intern veileder. VIPS-manualen ble brukt som verktøy for å komme fram til aktuelle tiltak.

FOKUSGRUPPEINTERVJUER.

I denne studien gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer – det første med fem ansatte som hadde deltatt på fagmøter, og det andre med fire sykepleiestudenter. Hensikten med intervjuene var å evaluere hvorvidt målene for prosjektet var nådd. En lærer ledet hvert fokusgruppeintervju og benyttet en intervjuguide for å sikre at sentrale temaer for prosjektet ble

Fakta

VIPS-praksismodellen består av fire hovedindikatorer:

V Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

I En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

P Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

S Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

Til hver indikator er det utarbeidet underpunkter med spørsmål som bidrar til refleksjon (14).

berørt. Vi benyttet en åpen form for intervjuanalyse (15) der alle forfatterne leste intervjuene for å få et helhetsinntrykk.

ØKT FAGLIGHET. Ansatte mente at de hadde vært personsentrerte i sitt arbeid tidligere, men kanskje ikke på en så systematisk måte. Sykepleieutøvelsen var tidligere avhengig av den enkeltes innsats uten

«Personer med demens er hele mennesker.»

at de ansatte hadde blitt enige om felles mål og arbeidsmåter. Med innføringen av VIPS-praksismodellen fikk ansatte et felles fagspråk, og det ble tid til «den gode faglige samtalen» på fagmøtet. De ansatte fikk en mer interessant hverdag. Fagmøtet ga de ansatte anledning til «å gløde og blomstre» og vise engasjement og stolthet over jobben de gjorde.

Gjennomføring av fagmøter bidro til større samstemmighet om tiltak. Ansatte sa at før ble tiltak «direkte mot arbeidet» av enkelte

kollegaer. På fagmøtet var det flere som kom med innspill, noe som førte til grundigere begrunnelser og større enighet om tiltak. Uenighet om hvordan situasjoner skulle løses kunne skape unødige forvirring hos pasienter. En ansatt sa: «Selv om pasientene er forskjellige, er det behov for lik tilnærming til den enkelte hvis en skal jobbe mot samme mål.»

CODE FAGMØTER. Studentene som hadde deltatt på det arrangerte fagmøtet, betegnet fagmøtet som «en åpenbaring». Etterpå fortalte studentene at de tok opp konkrete tiltak med personalet på sin avdeling, og skapte dermed en forventning om å innføre VIPS-praksismodellen også der.

Studentene opplevde fagmøtet som en arena for tverrfaglige drøftinger og refleksjoner. Alle pleierne fikk komme med innspill, og de følte seg sett, hørt og verdsatt. Sykehjemslegen ga uttrykk for at han fikk et bedre beslutningsgrunnlag for medisineringsmed beroligende midler etter kartlegging og felles drøfting av utfordrende atferd.

ULIKE STELLEBEHOV. Sykepleiestudentene ga uttrykk for at VIPS-praksismodellen bidro til at de så individuelle forskjeller hos pasientene. Dette var i motsetning til det de hadde lært på høyskolen, der de hadde fått en generell mal for hvordan for eksempel et stell skulle gjennomføres. I praksis var det ikke realistisk å følge malen. En student sa: «Et stell er ikke et stell. Det er forskjell på å stelle en person med demens og en uten.» I tillegg erfarte de at det varierte hvordan ulike personer med demens ønsket å bli stelt. Etter hvert ble de bedre kjent med sine pasienter og kunne individualisere omsorgen ved å tilpasse samtaler og aktiviteter til den enkelte. De opplevde at pasientene fikk tillit til dem, og studentene uttrykte at de ble tryggere i krevende situasjoner.

På avdelingen fantes det opplysninger om pasientenes bakgrunn, men disse opplysningene ble ikke





brukt på en systematisk måte. De ansatte savnet at tiltak i tiltaksplaner bygget på disse opplysningene, særlig i forbindelse med utfordrende atferd. På fagmøtene oppdaget ansatte at opplysningene om pasienten var utilstrekkelige, med et behov for å oppdatere opplysningene kontinuerlig.

FAGMØTET PÅ DAGSPLANEN. De ansatte mente at avdelingsleder ga legitimitet til endringer på avdelingen ved at hun satte fagmøtet opp på dagsplanen. Avdelingslederen tilrettela slik at fagmøtet ble lagt til morgenrapporten, da dette virket mest hensiktsmessig for å få til en god integrering av møtet i avdelingen.

Videre ga ansatte en rekke anbefalinger for hvordan møtene kunne gjennomføres. Det burde være minimum fire ansatte på hvert fagmøte selv om det var vanskelig med lav bemanning og mangel på overlappende vakter. Ansatte foreslo at lærlinger, elever og studenter kunne dekke opp på avdelingen mens

fagmøtet ble holdt, med mindre deres pasienter ble drøftet den dagen. Avdelingslederen var selv villig til å gå ut i miljøet hvis nødvendig.

REALISTISK BILDE. Gjennom denne praksisperioden fikk studentene en realistisk innføring i arbeidslivet i en turbulent periode med omstruktureringer i kommunen. Studentene ga uttrykk for at de hadde observert uforsvarlige situasjoner på grunn av utilstrekkelig bemanning. For eksempel var det ingen tid til å sette seg ned for å snakke med urolige pasienter. Studentene identifiserte seg med sykepleierne som ikke tok pauser og ikke fikk sove etter kveldsvakt, men som likevel brydde seg om pasientene. Studentene ga tydelig uttrykk for at de ansatte var rollemodeller for dem.

Studentene mente at det gode samholdet mellom ansatte var viktig for å mestre hverdagen, men de stilte også spørsmål ved hvorvidt sykepleierne strakte seg for langt. Studentene lurte blant annet på hva dette gjorde med motivasjonen for

å arbeide på sykehjem, og på lengre sikt faren for sykmeldinger.

Undervisningen på høyskolen forberedte sykepleiestudentene på praksis, og de sa at de var mindre nervøse og mer motiverte for første praksis på sykehjem. Refleksjonsdagen, der de drøftet sin pasient med lærer og medstudenter, var spesielt lærerik.

FAGLIG ENGASJEMENT. Fagmøtet er kjernen i VIPS-praksismodellen. Her legger primærkontakten fram pasientens situasjon sett fra pasientens perspektiv. Alle ansatte på jobb den aktuelle dagen er med på fagmøtet. Her opplever primærkontaktene, som ofte kjenner pasienten best, at de får være med på å ta beslutninger om behandling av pasienten.

Fagmøtet gir deltakere økt faglig oppmerksomhet, felles fagspråk å kommunisere med og mer målrettet dokumentasjon. Tanken bak fagmøtet er at når alle pleiere har en felles forståelse og er med på å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes, er det større sjanse for at tiltaket blir gjennomført. Det er også større sjanse for at pasienten har nytte av tiltaket (14). Derfor bør fagutvikling inkludere alle ansatte i en avdeling for å innføre en personsentrert omsorgskultur (16). Fagmøtet kan også tenkes brukt på tvers av etater, slik som samarbeid med spesialisthelsetjenesten (17).

CODE LIVSFORTELLINGER. Det er gjennom historien til personen med demens at nøkkelen til forståelse ligger (19). For å gi personsentrert omsorg til personer med demens er det en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn (18). Under fagmøter erfarer de ansatte at de har behov for flere opplysninger, og at godt samarbeid med pårørende er til stor hjelp. Pårørende gir uttrykk for at de er glade for å få konkrete oppgaver å utføre. Dermed opplever de besøket på sykehjemmet som mer meningsfullt. Studentene hadde ikke mye kontakt med pårørende. I prosessen

«Ansatte fikk et felles fagspråk.»

Fakta

Case 1. Rapport fra personalet

Hos en mann med langtkommen Alzheimers sykdom var det vanskelig å få gjennomført morgenstell. Han motsatte seg hjelpen og var svært avvisende når personalet forsøkte å stille ham. Situasjon var tilspisset, og de ansatte opplevde at problemet rundt stellet fikk størst oppmerksomhet.

Denne utfordringen ble drøftet på et fagmøte, der de ble enige om at de visste for lite om pasientens bakgrunn og derfor var svært lite personsentrert i tilnærmingen. Ektefellen ble kontaktet, og gjennom henne fikk personalet vite at pasienten hadde vært svært glad i å feriere i et av Europas sørlige land. Avdelingen fikk flere bøker om landet, og fotoalbumer fra utallige reiser de hadde hatt til dette landet ble lagt på pasientens rom. Ektefellen fortalte også at pasienten hadde vært svært glad i dansebandmusikk. Hun tok med en cd-spiller med flere cd-er som han tidligere hadde spilt mye.

Personalgruppen var enige om at de nå hovedsakelig skulle fokusere på å snakke med pasienten om feriereisene og landet han var blitt så glad i. De skulle også spille musikken han likte, for å bygge en allianse. Håpet var at dette skulle gi pasienten en bedre opplevelse av å bli sett og «omfavnet», slik at morgenstellet skulle bli lettere å gjennomføre.

Situasjonen hadde vært fastlåst og medførte også slitasje på personalet. Resultatet av fagmøtet ga nytt håp og tro på at de ville få til en helt annen tilnærming til denne pasienten. En tilnærming som ville være til pasientens beste, men også gi hjelperne større tilfredshet i arbeidssituasjonen.



med å nedtegne livsfortellinger var det en utfordring å få gode fortellinger fordi noen pasienter hadde kommunikasjonsproblemer.

Å kjenne til den enkelte pasients livshistorie er kanskje noe av det viktigste i møtet med personer med demens. Livshistorien er viktig å få inn på pasientens tiltaksplan. Det vil være til stor hjelp for pasienten om pleiere minner dem på deres livshistorie. Å se personen, bekrefte hans eller hennes opplevelse av sykdom, utgå fra individets perspektiv og inkludere personen i alle aspekter av omsorgen er sentralt i personsentrert omsorg (20).

TO CASER. I den ene casen kommer det fram at pasienten har arbeidet i skogen. Det å komme i nærkontakt med naturen styrker identiteten og selvfølelsen hans og

minsker oppmerksomheten på ryggsmertene.

I den andre casen gir samtalen med ektefellen informasjon om ferier i Syden samt hvilken musikksmak pasienten har. På bakgrunn av disse opplysningene kan vi gjennomføre individuelt tilpassete tiltak som også styrker hans identitet og selvfølelse.

PERSONSENTRERT OMSORG.

Gjennom deltakelsen i prosjektet opplevde sykepleiestudentene at de ble stimulert til å tenke over pasientens perspektiv og se helhetlig på pasienten. Gjennom samtale med pasienten kom de psykososiale behovene tydeligere fram, slik at det ble lettere å tilpasse individuelle aktiviteter.

Studentene så at det oppsto uforutsiktlige situasjoner på grunn av utilstrekkelig bemanning. De

reflekterte over hvorvidt sykepleierne strakte seg for langt for å ivareta pasientenes behov. Ifølge Brooker (8) kan pleiere utsettes for umulige situasjoner når de skal forsøke å yte personsentrert omsorg i situasjoner med utilstrekkelig bemanning. Det er en utfordring også for dagens sykepleieutdanning at studentene ikke var forberedt på praksisstudier på et sykehjem preget av store endringer. Dette var krevende for studentene i sin første praksisperiode og bør få økt oppmerksomhet når de på nytt har praksis i kommunehelsetjenesten i sin siste praksisperiode i tredje studieår.

LEDELSEN UTFORDRES. Ifølge de ansatte var avdelingslederen viktig for at fagmøter ble gjennomført. Avdelingslederen anså satsingen på VIPS-praksismodellen som avgjørende for god kvalitet i tjenesten. I tillegg verdsatte hun personalet og forsto deres frustrasjoner i forbindelse med nedbemanning i kommunen. Avdelingslederen var en pådriver, satte opp tilpassete arbeidsplaner og fant praktiske løsninger. Hennes måte å lede på samsvarte med idealer om personsentrert personalbehandling, som Kitwood (1) mente var en forutsetning for utvikling av en ønsket pleiekultur. En personsentrert pleiekultur innebærer at det er klima for læring og utvikling i personalgruppen (20). Imidlertid utfordres personsentrert omsorg av krav om effektiv budsjettbalanse. Med marginal bemanning var det derfor nødvendig med prioriteringer og fleksibilitet i hverdagen for å klare å gjennomføre fagmøtene.

KONKLUSJON. VIPS-praksismodellen er et godt verktøy for ansatte til å yte personsentrert omsorg og fremme brukermedvirkning. Pasientens perspektiv blir trukket fram, likedan deres livsfortellinger. Fagmøtet viser at det kan være behov for oppdaterte bakgrunnsopplysninger, eventuelt gjennom samarbeid med pårørende, for å kunne tilpasse tiltak og aktiviteter til den enkelte pasienten. For de ansatte bidrar fagmøtet til økt kompetanse, refleksjon over egen

atferd, større faglig engasjement og bedret tverrprofesjonelt samarbeid. Sykepleiestudenter opplever en konkret tilnærming til pasientene i praksisstudiene. De blir godt kjent med sin primærpatient og særlig deres psykososiale behov. ●

REFERANSER:

1. Kitwood T. Dementia reconsidered. The person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
2. Bruce E, Schweitzer P. Working with life history. I: Downs M, Bowers BJ (red.). Excellence in dementia care: research into practice. 2008. Maidenhead: Open University Press.
3. Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR. Dementia, Mind, meaning and the person. New York: Oxford University Press, 2006.
4. Matthews E. Dementia and the identity of the person. I: Downs M, Bowers BJ (red.). Excellence in dementia care: research into practice. 2008. Maidenhead: Open University Press.
5. Algate DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, Beattie E. Need-driven dementia-compromised behavior. An alternative view of disruptive behavior. American Journal of Alzheimer's Dis. Other Dement. 1996;11(1):10-19S.
6. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;9:361-81.
7. Buber M. I and Thou. New York: Scribner, 1958.
8. Brooker D, Deschington T. Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Forlaget Aldring og helse, 2013.
9. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurology 2008;7(4):362-67. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
10. Sloane PD, Hoefler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader Jmfl. Effect of Person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society 2004;52(11):1795-1804. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x.
11. Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ: British Medical Journal (International Edition) 2006;332(7544):756-58. doi: 10.1136/bmj.38782.575868.7C.
12. Rokstad AMM, Røsvik J, Kirkevold Ø, Saltbak E, Saltyte Benth J, Engedal K. The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders 2013;36(5/6):340-53. doi: 10.1159/000354366.
13. Rokstad AMM, Vatne S. Dementia care mapping: en mulighet for refleksjon og utvikling (vol. 2011:35). Molde: Høgskolen i Molde – vitenskapelig høgskole i logistikk.
14. Mjørud M. Utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. I: Rokstad, AMM (red.). Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling: demensplan 2015. 2012. Tønsberg: Aldring og helse.
15. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing. 2. utg. Los Angeles, California: Sage, 2009.
16. Jøranson N, Hauge S. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Sykepleien Forskning 2011;6(4):376-82. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0187.
17. Meld. St. nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/-id567201/>.
18. Kitwood T, Hoeg D, Johnsen N. En revurdering af demens: personen kommer i første rekke. Frederikshavn: Dafolo. 1999. Tønsberg: Aldring og helse.
19. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad i teori og praktik. Lund, Sverige: Studentlitteratur. 2010.
20. Rokstad AMM. Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens. Oslo: Universitetsforlaget. 2014.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

Fakta

Case 2. Livsfortelling fra studentene

Jeg merker at primærpatienten min liker å se ut av vinduet. Han snakker ofte om naturen utenfor, om de fine bjørketrærne og alle fuglene. Det var

derfor naturlig å ta ham med ut en tur. Han har hatt store smerter i ryggen den siste tiden og har ikke vært utendørs på lenge. Min plan var å ta ham med ut på verandaen for en kopp kaffe. Det var en fin og varm dag, så han trengte ikke mer yttertøy enn en tynn jakke. Vi gikk ut sammen, og jeg kunne se at han koste seg. Han var overhodet ikke interessert i å sitte stille: «Det er det jo bare gamlinger som gjør,» sa han.

Vi ruslet rundt huset, jeg plukket et par blomster han kunne lukte på, og vi sto lenge stille og så på fuglene som spiste. Han fortalte meg om de ulike tresortene han kunne navnene på fordi han hadde yrkeserfaring med trær. Deretter gikk vi rundt nesten

hele huset og tok en lang pause i sola. Der sang han flere sanger for meg. Da jeg merket at han begynte å bli sliten, foreslo jeg at vi skulle snu og gå tilbake. Da vi kom inn, ville han ikke tilbake på rommet, men ville heller ta en runde og hilse på alle de andre pasientene. Han virket blid og fornøyd resten av dagen og nevnte ikke den vonde ryggen.

Jeg tror det var fint for ham å komme ut i naturen igjen – at han følte mestring etter den lange turen vi hadde, og at den friske luften gjorde ham godt. Han har nok alltid vært interessert i planter og trær, så jeg tror aktiviteten vi valgte, var helt riktig for ham.





Pål Erik Løken

Vaktbikkje på operasjonsstua

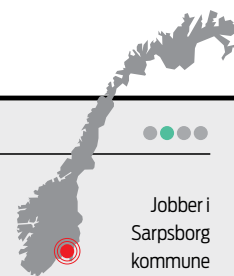
Fortalt til **Nina E.H. Hauge** • Foto **Christine Heim**

Fakta

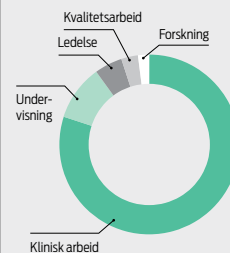
Nyutdannet sykepleier i 2000

CV

2000: Akuttmottaket i Fredrikstad.
2008: Ferdig utdannet operasjonssykepleier.
2008-: Operasjonssykepleier på Sykehuset Østfold.



Når jeg jobber driver jeg med ...



Som operasjonssykepleier er det viktig å planlegge arbeidsdagen grundig. Vi starter med en egen rapport på morgenen hvor vi deles opp i team. Planen for operasjonen legges ofte på operasjonsstuen i samarbeid med anestesisykepleier, anestesilege og kirurger.

Funksjonen vår er todelt. Én koordinerer og én vasker seg steril. Vi er alltid to, og ved lange operasjoner bytter vi på rollene. Som koordinerende operasjonssykepleier tar jeg imot pasienten. Det er viktig å vise trygghet som fagperson for å berolige og støtte pasienten. Jeg må ha kontroll på utstyret som skal brukes og server de som står i det sterile feltet. I den sterile funksjonen assisterer jeg kirurgene. Det er viktig å være forutseende og følge med underveis for raskt å kunne agere om det oppstår akutte situasjoner. Sammen har vi også overoppsynet med sterilitet og hygiene. Vi er på en måte vaktbikkjene som passer på at alle følger de hygieniske prinsippene.

På dagtid er jeg seksjonert på gastrokirurgisk enhet. Her opereres i all hovedsak kreftpasienter i mage-tarmsystemet. Ved laparoskopiske operasjonsteknikker tippes pasienten i ulike retninger for å optimalisere arbeidsforholdene i buken. Ved å passe ekstra godt på nerver og karforsyning unngår vi unødvendig trykkbelastning som kan gi nerveskader og trykksår.

Vi bruker mye høyteknologisk utstyr som krever god opplæring og teknisk forståelse. Flere menn med teknisk interesse bør oppfordres til å søke operasjonsfaget. I tillegg til inngående anatomikunnskaper må man vite en del innenfor gastrokirurgi, urologi, karoperasjoner, gynekologisk kirurgi, øre-nese-hals og ortopedi. Det er alt fra små sårrevisjoner til store aorta-operasjoner. Vi må med andre ord kunne mye om alt!

I perioder kan dagene være uforutsigbare, spesielt vaktene på ø-hjelp. Vi har alltid et akutt-team og traumeberedskap klar.

Det kan være vanskelig for utenforstående å skjønne hvordan vi jobber. Sykepleiere fra andre avdelinger bør oppfordres til å hospitere hos oss for å få innblikk i arbeidsdagen vår. •

nina.hauge@sykepleien.no



Se flere historier
i Sykepleiens
APP



Teamfølelse er viktig: Den står sterk under en operasjon, forteller operasjonssykepleier Pål Erik Løken.



Lindring av seneffekt

• Tekst **Johan Alvik**

KREFT: I takt med omfattende behandling og økt overlevelse, øker de uønskete seneffektene av kreftbehandling. Cytostatika-indusert perifer polyneuropati (CIPP) er en av disse.



CIPP kan blant annet gi smerter fra nerver i leggen, prikking og nummenhet i fotsåle og hender og nedsatt sensibilitet og balanse. Det kan også oppstå øresus, nedsatt hørsel og autonome forstyrrelser. CIPP er definert som skade på perifert nervesystem. Senskaden påvirker pasientens funksjon i dagliglivet og medfører smerter.

I siste utgave av Kreftsykepleie skriver spesialfysioterapeut Gro Sophie Haugen og sykepleier Helene Marie Haugen at sykepleiere kan fange opp plager og symptomer fra CIPP, og jobbe for å lindre disse i samarbeid med fysioterapeut. Begge artikkelforfatterne jobber ved Radiumhospitalet.

I artikkelen omtaler de flere tiltak for lindring. Blant sykepleiertiltakene er god og tilpasset informasjon, samt å kartlegge smerter. Sykepleier kan lindre pasientens smerte ved massasje, elektrisk nervestimulering og varme-/kuldebehandling. Sykepleier kan også bidra til at pasienten blir mindre avhengig av hjelp fra andre ved å informere om aktuelle hjelpemidler, som ganghjelpemiddel og «knappeknep», samt å veilede i bruken av disse.

Fysioterapeut kan blant annet bruke massasje og lett leddmobilisering som fremmer sirkulasjonen og lindrer smerte. Det kan også være aktuelt med styrkeøvelser, balanseøvelser og tøyninger. CIPP kan gi lokale hevelser, noe som igjen synes å øke smerteopplevelsen. Bruk av kompresjon i form av støttestrømper eller hansker kan ha lindrende effekt. Et annet tiltak som kan tenkes å påvirke både en eventuell hevelse og smerter er kinesiotaping. Dette tiltaket prøves ut på enkeltpasienter ved Radiumhospitalet for tiden og viser noe lindrende effekt.

Annet helsepersonell som kan bidra i behandlingen, i tillegg til lege, er ortopediingeniør, ergoterapeut og fotterapeut. •

Noen medaljer oppleves som ekstra fortjent



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

Ta kontakt!



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

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

Mer kunnskap om HIV?

Ta kontakt med oss for

Informasjon, veiledning og undervisning

Hospitering**



www.aksept.org Telefon 23121820



Beate Lie Sverre

Eldre, pakistanske damer ga hverandre trygghet

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Jo mere de er sammen.

Gjennom yoga, kostholds-
tips og gjensidig aner-
kjennelse hjelper eldre
innvandrerkvinner
hverandre til bedre helse.

Det blir fort mye snakk om kroniske smerter, fysisk og psykisk slitasje, isolasjon og depresjon når helsen til eldre innvandrerkvinner skal diskuteres.

– Det er uheldig og trist med det begredelighetsbildet som tegnes, sukker Beate Lie Sverre.

– Ved stadig å vektlegge slikt, bidrar både forskning og media til å forsterke stereotypier.

MANGELFULL KUNNSKAP. I mai disputerte sykepleieren og sosialantropologen for sin doktorgradsavhandling «Migrasjon og helse – En etnografisk studie av eldre pakistanske kvinner i det norske samfunnet».

Her skildrer hun riktignok både smertelige livshistorier, muskels- og skjelettlidelser, psykisk uheld, savn og tap hos denne gruppen. Samtidig er hun opptatt av å se forbi symptomene, gi dypere innsikt og vise hva som kan fremme helse hos en gruppe mennesker helsepersonell ofte sliter med å nå frem til og forstå.

HELSEFREMMENDE SAMVÆR. Under arbeidet med avhandlingen fulgte Sverre rundt tyve eldre, pakistanske kvinner i en frivillig organisasjon for

migrantkvinner i Oslo i halvannet år. Gjennom deltakende observasjon og etnografiske intervjuer så hun hvordan dette samværet virket helsefremmende for kvinnene.

– Noe som imponerte meg spesielt, var i hvor stor grad de anerkjente hverandre. Det var et veldig identitetsbekreftende samvær.

Det å migrere innebærer som regel mye tap, sorg og savn. Det største er gjerne, ifølge Sverre, følelsen av å miste seg selv.

– Jeg så hvordan kvinnene bærer tapene fra fortiden med seg i sine nåtidsfortellinger, men de skaper seg også aktivt nye sosiale identiteter, forteller hun.

– Gjennom å dele erfaringer, anerkjenne og bekrefte hverandre, bidrar samværet til å hele selvet.

TRIM FOR ELDERE. Deltakelse i organisasjonen bidro også til at kvinnene fikk aktivisert seg en del fysisk, gjennom blant annet yoga, turer og lek. Dessuten ba de sammen, noe som for muslimer innebærer en viss fysisk aktivitet. Med fem bønneøkter av rundt ti minutter hver dag, blir det nærmere én time med bevegelse.

– Mange av dem fortalte at det å være en god muslim ga fred og ro i sjelen. De opplever det som helsefremmende, men samtidig er religiøsiteten deres en stor utfordring i møte med det norske samfunnet.

Sverre forteller at den harde tonen mange i dag bruker om muslimer – retorikken og holdningene

«Det er uheldig
og trist med det
begredelighetsbildet
som tegnes.»

kvinnene møtte i det norske samfunnet – var kilde til mye bekymring og ubehag.

– Dette var noe som opptok dem veldig. Ikke minst var de urolige for barna sine.

KULTURELL DATAINNSAMLING. – Flere studier viser at helsepersonell – ikke minst sykepleiere – ofte har mangelfull kunnskap om migrasjonshelse, sier Sverre.

Hun mener dette kan føre til unødige mye friksjon og frustrasjon når innvandrere kommer i kontakt med helsevesenet. Da er det viktig å kunne identifisere ulike gruppers problemer og behov.

– Helsepersonell bør for eksempel kunne foreta en såkalt kulturell datainnsamling, der man kartlegger forhold som språkferdigheter, kosthold, sosiale nettverk, forhold til autoritetspersoner, religionens betydning og hvor i immigrasjonsprosessen vedkommende befinner seg.

Ikke minst det siste er vesentlig, understreker Sverre. For om pasienten befinner seg i en kritisk fase i immigrasjonsprosessen, kan ulike forsvarsmekanismer tre i kraft, og helsepersonell kan bli møtt med mye skepsis og sinne.

– En immigrasjonsprosess er, uansett om det er snakk om arbeidsinnvandrere, flyktninger eller asylsøkere, definert som et kriseforløp som går gjennom visse faser. Dette bør man kjenne til dersom man skal klare å kommunisere og hjelpe best mulig.

Kulturelle særegenheter kan dessuten skape misforståelser og frustrasjon, påpeker Sverre. Som eksempel nevner hun hvordan kvinner fra enkelte land kan ha en langt mer dramatisk måte å uttrykke smerte på enn det vi er vant til fra nordmenn.

– Etniske nordmenn viser gjerne sin smerte



Brobygging: Sykepleiere trenger kunnskap om migrasjonshelse for å identifisere behov og problemer best mulig, mener Beate Lie Sverre.

på en svært dempet måte, og helsepersonell kan bli skremt i møte med mer høylytte uttrykk. Det kan også få en «Ulv! Ulv!»-effekt, der pasientens smerter etter hvert ikke tas på alvor, advarer Sverre.

DET NYE LANDET. Den demografiske sammensetningen av innvandrerbefolkningen endres kontinuerlig og med en annen dynamikk enn hos den øvrige befolkningen.

Det er noe annet å være arbeidsinnvandrere enn å være krigsflyktning, men Sverre påpeker at det likevel er visse vesentlige fellestrekk:

- Alvorlighetsgraden vil selvsagt variere, men de ulike fasene av kriseforløp knyttet til

«Det var et veldig identitetsbekreftende samvær.»

migrasjon er som nevnt de samme, uansett hva man migrerer fra.

Studier har dessuten vist at helsen hos innvandrere i langt større grad preges av hvordan de blir møtt i det nye landet, enn av hvilke erfaringer de bærer med seg fra det gamle.

- Noe jeg påpekte under min prøveforelesning, var viktigheten av at immigranter må kjenne tilhørighet ett sted for å tørre å ta steget ut og møte

de andre. Det er med andre ord vanskelig å få til vellykket integrering av noen som ikke fra før av kjenner seg trygge på sin egen identitet.

Sverre mener derfor at man ikke bør være engstelige for at innvandrere søker sammen i egne fellesskap, slik som organisasjonen hun selv har fulgt.

- Tryggheten de opplever der er nemlig en forutsetning for at de skal våge å møte de andre, sier hun.

- Helsepersonell bør derfor ha kunnskap om hvilke tilbud om deltakelse i sosiale samvær som finnes i nærområdet, da dette kan bidra til å gi pasientene en trygg og helsefremmende base. ● ingvald.bergsagel@sykepleien.no



UTREDER EPILEPSI HJEMME

Sammensatte funksjonsvansker. For noen pasienter blir det for krevende å utredes for epilepsi på sykehus.

FAGUTVIKLINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

80% praksis

20% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58399



Vibeke Snarset,
fagsykepleier,
del av utreise-
team



Iren K. Larsen,
vernepleier, del
av utreise-team.
Leder av
regional kompetanse-
tjeneste for epilepsi og
autisme



Pernille Varre, fag-
og forsknings-
sykepleier



Grete Almås,
avdelingsleder
på Spesial-
sykehuset for
epilepsi (SSE)

I denne artikkelen presenterer vi modellen med tverrfaglig klinisk epilepsiutredning og behandling i pasientens hjemmemiljø, med påfølgende kompetanseoverføring. Hensikten er å se på nytteverdien når det gjelder pasientomsorg, kvalitet på utredning og behandling av spesielt sårbare pasienter.

Vi har erfart at noen pasienter som har behov for tilbud fra spesialisthelsetjenesten, ikke blir henviset fordi man antar at pasienten har for store utfordringer til å klare reisen til sykehuset og/eller utredningen på sykehuset.

BEHANDLING HJEMME. I dette fagutviklingsprosjektet fikk 17 pasienter over 18 år tilbud om utredning og behandling i hjemmemiljøet. Alle pasientene hadde sammensatte utfordringer og spørsmål om epilepsi. Det ambulante teamet omtales heretter som utreise-teamet. Det besto av EEG-tekniker, sykepleier og vernepleier, som alle er en del av det tverrfaglige behandlingsteamet. Behandlingsteamet besto av nevrolog, klinisk nevrofysiolog og utreise-teamet, som har en spesiell kompetanse innenfor epilepsi og utviklingshemning. Ved behov ble ergoterapeut, sosionom og fysioterapeut involvert.

KREVENDE FOR PASIENTENE. Pasientene i prosjektet har sammensatte funksjonsvansker. Flere har tilleggsdiagnoser som autismespekterforstyrrelse (ASF) og psykiske lidelser. En av sengepostene ved SSE er for pasienter over 18 år med utviklingshemning eller ervervet hjerneskade. Vi erfarer at en del pasienter som henvises til denne sengeposten, har mye angst, uro og stress. Omstillingen ved en innleggelse på sykehus med fremmede omgivelser og nye mennesker, er vanskelig. Pasientene er spesielt sårbare, og noen har en betydelig utfordrende atferd. I tillegg kan reisen være belastende, både fysisk og psykisk. For noen pasienter kan en innleggelse bli for krevende.

Det å gjennomføre EEG-undersøkelse, blodprøver og andre undersøkelser som det er behov for ved en optimal epilepsiutredning, kan også by på store utfordringer. Selve EEG-påkoplingen er erfaringsmessig mest krevende for pasientene. Disse vanskelighetene kan føre til at pasienten ikke mottar optimal utredning og behandling, en rettighet som er fastsatt i pasient- og brukerrettighetsloven (1). Samhandlingsreformen vektlegger «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (2). Alle trenger nærpersoner som er til stede under innleggelsen. Med nærpersoner menes foreldre og/eller pasientens eget

boligpersonale. De fleste bor i bolig med døgkontinuerlig bemanning.

EEG-UTREDNING HJEMME. I 2012 mottok SSE en henvisning på en pasient der innleggelsen ville ha medført store utfordringer både for pasienten og sengeposten. Pasientens utfordringer tilsa at det burde være sju nærpersoner til stede under innleggelsen. Det var store vansker med å tilrettelegge EEG-utredningen og manglende skjermingsmulighet. Derfor tilbød SSE å la sykepleier, vernepleier og EEG-tekniker reise til pasientens bolig for observasjon og EEG-utredning. De ulike delene av utredningen ble grundig planlagt sammen med pasientens nærpersoner og de ansvarlige for lokalt tjenestetilbud. Det tverrfaglige behandlingsteamet gjorde svært nyttige erfaringer, som dannet grunnlaget for dette prosjektet.

DIFFERENSIALDIAGNOSER. Epilepsi er en av de vanligste nevrologiske lidelsene. Epilepsi er en samlebetegnelse på en rekke tilstander med forskjellige årsaker, ytringsformer og prognoser. Fellesnevneren er uforutsigbare og tilbakevendende epileptiske anfall. Det finnes flere ulike anfallstyper. Sykdom i hjernen, som er medfødt eller ervervet, gir økt risiko for epilepsi (3). I Norge har cirka én prosent av befolkningen epilepsi (4). Omtrent 20 prosent

Fakta ●●●

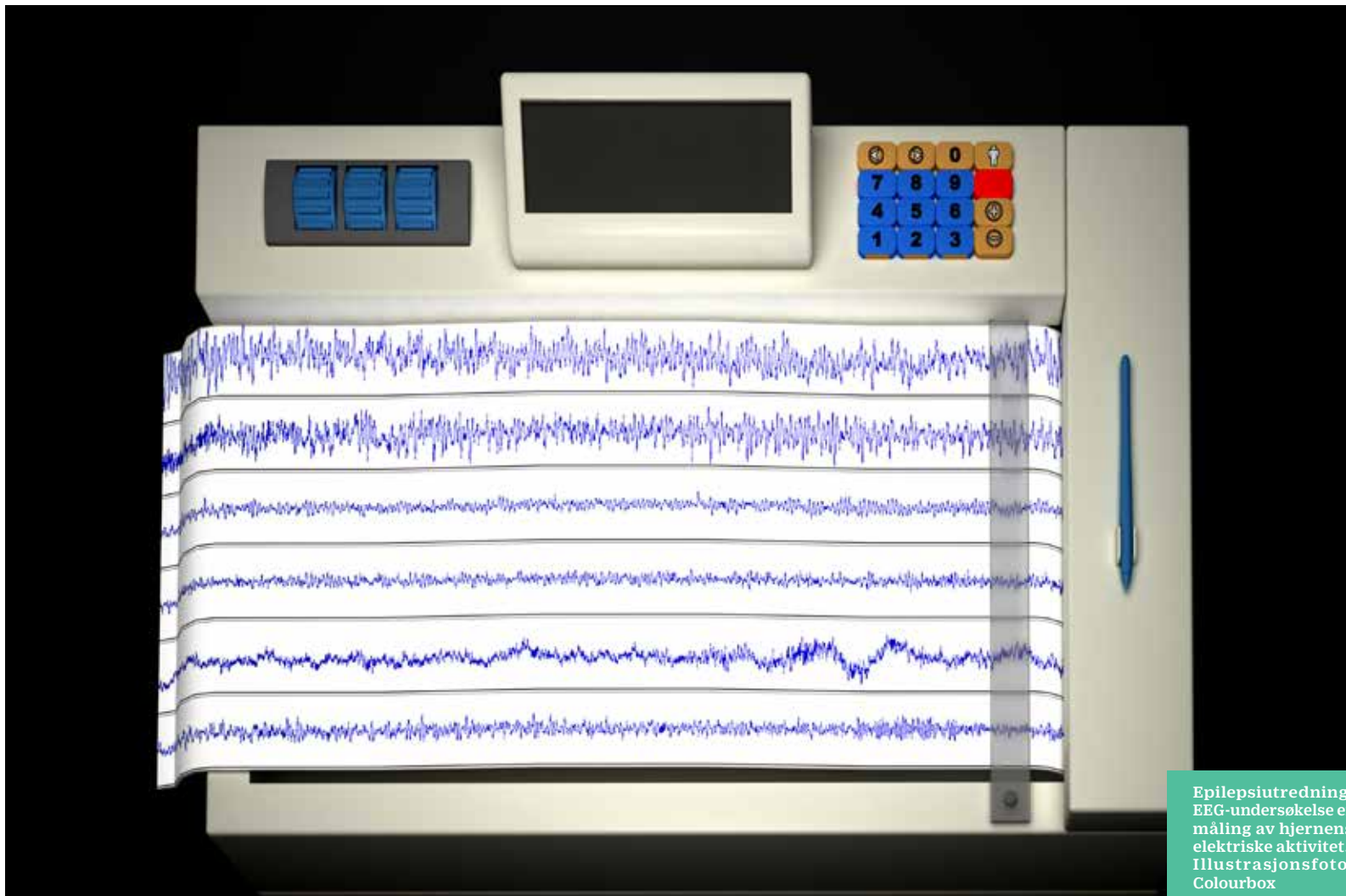
Hovedbudskap

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) har utviklet en ny modell for utredning og behandling av spesielt sårbare pasienter med spørsmål om epilepsi. Det har vært vellykket å utrede pasientene med ambulatorisk EEG (elektroencefalografi) gjennom tverrfaglig samarbeid og ved hjelp av et utreise-team. Dialogundervisning og påfølgende kompetanseoverføring har bidratt til bedre behandling for denne pasientgruppen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Epilepsi
- Tverrfaglig samarbeid
- EEG



Epilepsiutredning:
EEG-undersøkelse er måling av hjernens elektriske aktivitet.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

av voksne personer med utviklingshemning har epilepsi. De er ofte vanskelige å behandle optimalt (3, 5). Hos denne pasientgruppen kan atferd som stirrende blikk, grimaser, affektanfall, repeterende bevegelser og tilstivninger forveksles med epileptiske anfall (4).

Flere av pasientene som er omfattet i dette prosjektet, har en diagnose innenfor ASF. ASF er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som karakteriseres av kommunikasjons- og sosiale vansker samt repetitiv atferd og særinteresser. Komorbiditeten mellom epilepsi,

utviklingshemning og ASF er kjent. Pasienter med ASF har ofte en behandlingskrevende epilepsi og er mer sensitive for bivirkninger (6).

MÅLER HJERNENS AKTIVITET.

EEG-undersøkelse er måling av hjernens elektriske aktivitet og en viktig del av epilepsiutredningen. For noen vil det være nødvendig med EEG over lengre tid, gjerne én til tre dager. Den mest optimale EEG-undersøkelsen er langtidsmonitorering med videoopptak (LTM), som utføres på SSE. Pasienten er da koplet til elektronisk utstyr og må oppholde

«Epilepsi er en av de vanligste neurologiske lidelsene.»

seg på undersøkelsesrommet under hele registreringen.

Noen pasienter mestrer ikke å gjennomføre LTM. De får da tilbud om ambulatorisk EEG, som er bærbart og mobilt EEG-utstyr, og pasienten kan da stort sett utføre sine daglige rutiner. Opptil 26 elektroder festes til hodebunnen, og det er

vanlig å anvende tekstilhjelm for å sikre at elektrodene sitter optimalt. Fra elektrodene går det ledninger til måleenheten, som oppbevares i en liten sekk som pasienten bærer (7). Hensikten med EEG er å avklare om anfallsepisoder er av epileptisk karakter eller har andre årsaker (3, 4). For pasientene i dette prosjektet ble det benyttet ambulatorisk EEG ved utreisene.

OND SIRKEL. Pasientene har ofte store kommunikasjons- og problemer med å formidle opplevde





endringer og kroppslig ubehag, som også er vanlig ved epileptiske anfall. De kan oppleve kontrolltap og uforutsigbarhet, som igjen kan bidra til stress og angst. Økt spenning i kroppen ved angst kan føre til ytterligere anfall, og det kan bli en ond sirkel (3, 8). Mange vegrer seg for å bli tatt på og ha noe på hodet. Flere av pasientene er urolige og kan ha utfordrende atferd, noe som gjør det svært vanskelig å oppholde seg på et undersøkelsesrom over lengre tid. De kan også eksempelvis være sensitive for lyder og nye steder.

ANFALLSKONTROLL. For pasienter med utviklingshemning, epilepsi og eventuelle tilleggsskader kan det være særlig utfordrende å få tilfredsstillende anfallskontroll. Pasienter med utviklingshemning har økt sårbarhet for medikamentelle bivirkninger av antiepileptika (AED) og anfallskuperende medikasjon (3, 4, 9). Sistnevnte medikasjon gis ved langvarige anfall eller anfall i serie. Hyppig bruk av anfallskuperende medikasjon (Stesolid eller Buccolam) kan føre til toleranseutvikling og avhengighet (3). Nærpersoner som mangler kunnskap og er utrygge, kan gi anfallskuperende medikasjon for ofte og på feil grunnlag. Pasientene kan dermed påføres unødige bivirkninger og få hyppigere anfall.

FAGUTVIKLING. Prosjektet har vært et kvalitetsforbedrende fagutviklingsprosjekt. Målet med fagutvikling er en kontinuerlig forbedring av den kliniske virksomheten.

Fagutvikling innebærer å benytte allerede eksisterende viten på en ny og systematisk måte (10). Prosjektet er fremlagt for vurdering hos REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) i Helse Sør-Øst. Prosjektet med samtykkeerklæring er også godkjent av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (OUS).

STUDIENS METODE. SSE utredet 17 pasienter i egen bolig over en periode fra januar 2014 til juni 2015. Av disse hadde ni pasienter også en diagnose innenfor ASF. Vi innhentet

skriftlig informert samtykke fra pårørende eller verge. Skriftlig avtale ble innhentet fra henvisende instans, fastlegen og leder i bolig.

Det ble utarbeidet sjekkliste for praktisk gjennomføring i samarbeid med nevrologene i avdelingene ved SSE. Utreisetteamet startet med å kartlegge, forberede og tilvenne flere måneder før ambulatorisk EEG. Målet var at pasientene skulle oppleve forutsigbarhet, mestring og minst mulig bruk av tvang og makt under utredningen (11). Vi utarbeidet to ulike spørreskjemaer for å evaluere nytteverdien av prosjektet (ett for pårørende eller verge og boligpersonale og ett for henvisende instans eller fastlege). Spørreskjemaene hadde kategoriserte svaralternativer og mulighet for kommentarer. Videre skrev utreisetteamet erfaringslogg etter hver utreise, der det konsentrerte seg om gjennomføring, medikamenter med mer.

UTREDER HJEMME. SSE mottok og vurderte henvisning før utreise ble besluttet (se figur 1). Utreisene gikk over to dager og besto av observasjon, ambulatorisk EEG og planlagt dialogundervisning. Utreisetteamet tilpasset observasjon, kontakt og nærvær etter pasientens toleransegrad. Det var mulighet for inntil tre forsøk med EEG-påkobling. Vi la vekt på dialog og veiledning med nærpersonene for at pasienten ikke skulle oppleve unødig stress og derved selvseponere EEG. Nærpersoner var til stede under hele registreringen, og de hadde mange spørsmål og dilemmaer som ble diskutert. Utreisetteamet var tilgjengelig frem til kl. 22 og sjekket elektrodene underveis.

EPILEPSIUNDERVISNING. Dag to gjennomførte vi tre timers pasientrettet dialogundervisning for nærpersoner og aktuelle hjemmeinstanser. Undervisningen fokuserte på epilepsi, og vi gjennomgikk temaer som blant annet anfallsklassifisering, håndtering av anfall og anfallskuperende behandling. Miljøbetingelser som eksempelvis struktur i form av dagsplan, anfallsutløsende faktorer og skadeforebygging ble

Figur 1. Rutiner



grundig gjennomgått. Andre aktuelle temaer var medikamentrutiner for AED samt anvendelse og nytteverdi av anfallskalender. Anfallskalender er et dokumentasjonsverktøy for registrering av anfallstyper, -hyppighet, dagsform, stress og bruk av medisin (12).

FORESLÅTTE ENDRINGER. Etter utreisen bearbeidet og analyserte det tverrfaglige behandlingsteamet ved SSE funn og observasjoner. På grunnlag av innhentete pasientopplysninger, observasjoner og EEG-svar kom behandlingsteamet frem til forslag om eventuelle endringer av AED eller andre medikamenter, som for eksempel psykofarmaka.

Vi vektla håndtering av anfall, anfallskuperende behandling og miljøtiltak. Ved behov benyttet vi andre fagprofesjoner fra SSEs tverrfaglige behandlingsteam. Det ble gjennomført avtalt videomøte mellom pasientens nærpersoner, aktuelle hjemmeinstanser, utreisetteamet og behandlende nevrolog ved SSE. Deretter sendte vi epikrise med resultater og videre anbefalinger (se figur 1).

EVALUERING FRA NÆRPERSONER. I denne artikkelen er det mest relevant å bruke utvalgte funn fra evalueringsskjemaene fra nærpersonene samt våre oppsummeringer og erfaringer (se tabell 1). Vi sendte ut evalueringsskjemaer til 72 nærpersoner og fikk 63 i retur – det vil si nesten 90 prosent. Vi mottok svar for alle 17 pasientene. Hos 15 av 17 pasienter hadde nærpersonene liten tro på at ambulatorisk EEG ville la seg gjennomføre.

Evalueringene fra nærpersonene viste at det var helt avgjørende at utredningen ble gjort i pasientens bolig, med kjente nærpersoner. Dette gjaldt for samtlige pasienter. De kunne ha en mest mulig normal døgnrytme i kjent miljø. Begrepet «trygghet» gikk igjen i kommentarfeltet i evalueringsskjemaene hos 16 av 17 pasienter: «En dag og natt med mye mestring og trygghet.» og «Klarte å beholde alt på i ett døgn, sannsynligvis pga. tryggheten med å være hjemme i kjente former og med

Tabell 1: Gjennomføring av utredning med EEG og konsekvenser for behandling

	Antall pasienter
Utfordrende atferd	15 av 17
Autismespekterforstyrrelse	9 av 17
Trente systematisk med tilvenning av hjelm	11 av 17
Krevende påkopling av EEG-elektroder	13 av 17
Behov for beroligende medikament (premedikasjon)	13 av 17
Gjennomført EEG-registrering etter planen	14 av 17
Klarte begrenset tid av EEG-registrering	2 av 17
Klarte ikke å gjennomføre EEG-registrering	1 av 17
Involvering av andre faggrupper fra tverrfaglige team ved SSE	6 av 17
Foreslåtte endringer i antiepileptika	14 av 17
Avkrefte epilepsidiagnosen	1 av 17
Oppdatering av anfallskuperende medikasjon	17 av 17
Oppklaring i forhold til medikamentrutiner	17 av 17

Tabell 2: Deltakelse på dialogundervisning dag 2 og påfølgende kompetanseoverføring ved hjelp av videomøte

	Antall		Kommentar
Antall nærpersoner på pasientens hjemsted som mottok dialogundervisning, som fokuserte på epilepsi	Mellom 6–19 per pasient	Totalt 203 mottok dialogundervisningen	Dette tilsvarer gjennomsnitt 12 per pasient.
Antall deltakere fra pasientens nettverk som deltok på kompetanseoverføring	Mellom 3–8 per pasient	Totalt 88 deltok på kompetanseoverføringen (Videomøte)	Dette tilsvarer gjennomsnitt 5,2 per pasient.

kjente folk.» Økt trygghet for nærpersonene bidro til at utredningen lot seg gjennomføre: «Vi personalet var mye tryggere her hjemme, noe som gjorde at også pasienten ble tryggere.» For pasientene utgjorde det stor forskjell å slippe belastningen med reisen: «Mye mindre inngripende i hverdagen hans, og dermed ikke så helsemessig belastende.»

SUKSESSFAKTORER. Vi erfarte at grundige forberedelser og god dialog med nærpersonene gjennom hele

pasientforløpet var en suksessfaktor. Videre opplevde vi at nærpersonene var engasjerte og kreative med å finne de beste løsningene. Systematisk trening med bruk av hjelm i pasientens bolig i forkant av utreise-teamets besøk hadde stor betydning fordi pasienten dermed mestret å ha på EEG-utstyr. Ved å involvere nærpersonene i forberedelsene opplevde vi at de fikk større eierforhold til utredningen. De var deltakende og viste engasjement, slik at utredningen lot seg

gjennomføre. Flere var overrasket over at pasientene fremsto som mer tilpasningsdyktige enn de trodde. Disse erfaringene kan ha overføringsverdi også for andre pasienter, som for eksempel det å se nytten av å trene på vanskelige situasjoner.

NÆRPERSONER VIKTIGE. Det er verdifullt når mange nærpersoner har samme fagkompetanse. Kunnskap om pasientenes særegne utfordringer bidrar til forutsigbarhet og trygghet og kan forebygge anfall. Når nærpersoner får større kunnskap om epilepsi, erfarer vi at det blir mindre bruk av anfallskuperende medikasjon. Under utreisene når vi langt flere nærpersoner enn vi ville gjort ved en innleggelse ved SSE (se tabell 2). Ved en utskrivelsesamtale er det gjennomsnittlig én til tre nærpersoner til stede. I prosjektet deltok fastleger, henvisende instans og representanter fra habiliteringstjenesten, noe som ikke er vanlig ved en utskrivelsesamtale.

Nærpersonene formidlet at de fikk økt felles forståelse, kunnskap og trygghet som de mente ville bidra til å gi pasienten en bedre hverdag: «Vi fikk økt forståelse, både for epilepsi, og hvordan epilepsi påvirker hverdagen til pasienten.»

REGISTRERTE ANFALL. Anfallskalenderen er et godt hjelpemiddel som kan bidra til refleksjon og økt bevissthet om anfallsutløsende faktorer i hverdagen. I tillegg kan den bidra til å identifisere bivirkninger som denne sårbare pasientgruppen har økt risiko for og i liten grad klarer å uttrykke (9).

LITE TVANG OG MAKT. Noen av pasientene måtte få beroligende medikamenter i forbindelse med utredningen, men ellers erfarte vi lite bruk av tvang og makt. Nærpersonene reflekterte sammen med oss over andre aktuelle problemstillinger. Pasientene og nærpersonene kunne dra nytte av sine iboende ressurser på sin egen arena. Vi opplevde å jobbe med en annen form for profesjonell ydmykhet i pasientens bolig, sammenliknet med en travel hverdag på sykehus.

KONKLUSJON. Den nye modellen bidro til at pasientene fikk en omfattende utredning og vurdering av sin epilepsi, med påfølgende kompetanseoverføring. Grundig planlegging, tilrettelegging og samhandling på flere nivåer gjorde det mulig å gi et tilbud om epilepsikutredning og behandling av de sårbare pasientene i hjemmemiljøet. En slik behandling kan bidra til god pasientomsorg og danne grunnlag for videre habilitering i pasientens hjemmemiljø. Utreisene reduserte også belastningen på aktuell sengepost, som blant annet har manglende skjermingsmulighet for denne pasientgruppen.

SSE anbefaler at denne nye modellen implementeres som et fast tilbud for denne sårbare pasientgruppen. Vi arbeider nå med ledelsen ved OUS for å etablere dette behandlingstilbudet som et permanent tilbud. ●

REFERANSER:

1. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2. juli 1999. [Pasient- og brukerrettighetsloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>. (Nedlastet 17.02.2016).
2. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>. (Nedlastet 17.02.2016).
3. Nakken KO. Epilepsi. 2. utg. Cappelen Akademisk, Oslo, 2010.
4. Ruud B. Epilepsi [fagrapport]. I: Oslo universitetssykehus, Kleiven MK, Varre P (red.). Epilepsi og autisme, en utfordrende dobbelt diagnose. Oslo, 2013 (s. 19–21). Tilgjengelig fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kirurgi%20og%20nevrofag/Avdeling%20for%20kompleks%20epilepsi/Årsrapporter/rapport_epilepsi_og_autisme_20132702.pdf. (Nedlastet 17.02.2016).
5. Norsk elektronisk legehåndbok. Epilepsi og utviklingshemming. Tilgjengelig fra: <http://nevro.legehåndboka.no/epilepsi/epilepsi-og-utviklingshemming-35875.html>. (Nedlastet 17.02.2016).
6. El Achkar CM, Spence SJ. Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2015;47:183–90.
7. Oslo universitetssykehus. EEG. Tilgjengelig fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/barn-og-ungdom/pasienthuset/undersøkelser-og-behandling/eeg>. (Nedlastet 17.02.2016).
8. Dahl J, Wilson KG. Anvendelse av atferdsmedisin ved kronisk sykdom. I: Eikeseth S, Svartdal F. Anvendt atferdsanalyse. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2004 (s. 360–66).
9. Depositaro-Cabacar DFT, Zelleke TG. Treatment of epilepsy in children with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews* 2010;16:239–47.
10. Løvsletten M. Fagutvikling i praksis. *Sykepleien* 2013;2:47–49.
11. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24. juni 2011. [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_9#KAPITTEL_9. (Nedlastet 17.02.2016).
12. Oslo universitetssykehus. Anfallskalender. Tilgjengelig fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kirurgi%20og%20nevrofag/Avdeling%20for%20kompleks%20epilepsi/Anfallskalender/>. (Nedlastet 17.02.2016).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no



Vitenskapelige artikler på sykepleien.no



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

Sammendrag:



Kommunikasjonskurs med simulering

Bakgrunn: Pasienter innlagt i akuttavdelinger er sårbare og kan oppleve at de ikke blir bekreftet og anerkjent som den personen de er. Dersom sykepleiere har gode ferdigheter i kommunikasjon, kan det ha stor betydning for pasientene. Kommunikasjonskurs har vist seg å innvirke på helsepersonells kommunikasjonsferdigheter når simuleringsbasert læring har vært benyttet.

Hensikt: Å beskrive hvordan sykepleiere i en postoperativ avdeling evaluerte et simuleringsbasert kommunikasjonskurs.

Metode: Forfatterne utviklet et simuleringsbasert kommunikasjonskurs som besto av en teoretisk innføring i en kommunikasjonsmodell for bekreftende kommunikasjonsferdigheter samt simulering. Seks måneder etter kurset gjennomførte de en undersøkelse.

Resultat: 49 sykepleiere deltok på kurset, og 40 responderte på spørreskjemaet. 53 prosent rapporterte at simulering gjorde dem bedre i stand til å forstå hvordan kommunikasjonsmodellen kunne brukes i praksis. 33 prosent svarte at deres ferdigheter i kommunikasjon hadde blitt bedre etter kurset.

Konklusjon: Studien tyder på at simulering ga økt forståelse for hvordan kommunikasjonsmodellen kunne anvendes.

Forfattere:

Anita Kristin Gabrielsen,
Marte-Marie Wallander
Karlsen, Anne Lise
Falch, Dag-Gunnar
Stubberud



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Registrerer få hjertestanser

Bakgrunn: Studier fra andre land viser stor variasjon i forekomst og overlevelse etter hjertestans (HLR) på intensivavdelinger. Det foreligger få studier på dette området i Norge.

Hensikt: Å kartlegge forekomst og overlevelse etter HLR samt få oversikt over hvordan HLR ble registrert.

Metode: Forfatterne foretok en tverrsnittsstudie av 14 intensivavdelinger på Oslo universitetssykehus gjennom hele 2013. Pasienter med diagnoser og prosedyrekoder for hjertestans, ventrikkelarytmier og HLR ble identifisert i pasientadministrative systemer. De inkluderte alle tilfellene der diagnoser og prosedyrekoder ble bekreftet i pasientjournalen, i studieutvalget. Deretter sammenliknet de med tilfellene som var registrert i det interne kvalitetsregisteret for hjertestans.

Resultat: Blant 15 101 intensivinnleggelser fant forfatterne 117 (0,8 prosent) tilfeller av HLR fordelt på 99 pasienter. Av 91 voksne (> 18 år) var 64 (70 prosent) menn. Gjennomsnittsalderen var 63 år. Antall voksne som overlevde til utskrivning fra sykehuset var 44 (48 prosent). Overlevelsen for kvinner var signifikant lavere enn for menn: 8 (30 prosent) kvinner overlevde mot 36 (56 prosent) menn, ($p = 0,023$). Kun 32 (32 prosent) av alle pasientene var registrert i det interne hjertestansregisteret.

Konklusjon: Knappt én av hundre intensivinnleggelser fikk HLR. Halvparten av pasientene overlevde til utskrivning etter HLR. En tredjedel av disse pasientene var registrert i det interne hjertestansregisteret. Forekomst og registrering av HLR er lav, mens overlevelsen er høy sammenliknet med tilsvarende studier fra andre land.

Forfattere:

Kristin Alm-Kruse,
Jo Kramer Johansen,
Stig Tore Bogstrand



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

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

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

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



Sykepleierutdanning. Etikk er helt avgjørende som et grunnlag for å bli en kompetent og god utøver av sykepleie.

Etikken er sykepleiens grunnlag



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Da sommeren begynte, tonet også debatten om sykepleierutdanningen ned. Diskusjonene om hva som er en god sykepleierutdanning, er imidlertid langt fra slutt. Samtidig som det reises kritikk av at man er for opptatt av omsorgstenkning og etikk, av kommunikasjon og de «myke fagene» i utdanningen, har det ved flere anledninger i sommer vært reist kritikk mot at medisinstudiet fokuserer for lite på humanistiske dannelsesfag som kommunikasjon og etikk (1). En norsk lege skrev i 2014 en doktoravhandling der hun ser betydning av sykepleiens omsorgsetikk også i medisinen (2). Det ser ut som man etterlyser mer av refleksjonsfag og humanistisk orientering i medisinerutdanningen, samtidig som sykepleierutdanningen kritiseres for å være for dominert av disse fagområdene.

HUMANISMEN I MEDISIN OG HELSEFAG. Den norske filosofen Arne Johan Vetlesen skrev for 15 år siden en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening der han etterlyste en større bevissthet i legeyrket og i legestudiet om legens sårbarhet i møte med pasientens sykdom og helsesvikt. Han ønsket også tilsvarende mindre oppmerksomhet rundt legens vellykethet og allmektighet. Han sier: «Oppsummerende er min påstand at egen menneskelighet som sårbarhet, eller sårbarhet som tegn på medmenneskelighet, er legens fremste ressurs i møtet med pasienten. Den felles sårbarheten – 'det er du som

kunnskap og refleksjon omkring sykdomsopplevelse, pasienterfaringer og etikk som viktige i faget, både klinisk og akademisk. Sykepleien, derimot, har alltid hatt sin styrke i å være opptatt av den personlige dimensjonen ved pasientperspektivet, av å forstå pasientens erfaring av sykdom og helsesvikt som grunnlag for å gi omsorg.

SYKEPLEIEFAGETS TRE SØYLER. Veldig enkelt kan man si at utøvelse av klinisk sykepleie står på tre ben.

- Den må bygge på kunnskaper om behandling, helse og sykdom.
- Man må ha ferdigheter i prosedyrer og terapeutiske teknikker for å kunne gjennomføre og/eller assistere behandling.
- Man må ha de personlige egenskaper som er nødvendige for å realisere disse kunnskapene og ferdighetene.

Dette er selvsagt, alle er enige i det. Men så kommer noe som ikke er så selvsagt. Jeg vil hevde at det som er grunnlaget for våre kunnskaper, ferdigheter og utøvelse, er etikk. Og hvordan forstår man da etikk?

DET ETISKE SOM SYKEPLEIENS KJERNE. Den fransk-litauiske filosofen Emmanuel Lévinas hadde en stor tanke som han arbeidet med hele sitt liv, nemlig ideen om at etikk er første filosofi. Med det mente han at det er omtanken og ansvarligheten for andres sårbarhet som grunnlegger all kunnskap. Staten bygger sine tanker om institusjonell rettferdighet på tanker om upartiskhet og likeverd. Men vi bryr oss om rettferdighet, fordi vi bryr oss om hverandre. Barnet bæres inn i verden på mors hender og blikk (og far). Å samtale er å tale ut, utlevere seg i møte med en annen, som også utleverer seg til deg i tillit. Et slikt møte er grunntonen i tilværelsen.

Det samme gjelder for sykepleien som for medisinen og andre helsefag: at fagene er etiske i sin innerste kjerne. Etisk betyr ikke her at man alltid handler godt og rett, men det betyr at etikk er en forutsetning for muligheten til å handle godt og rett. Hva betyr så det?

Jan Helge Solbakk skrev for 20 år siden at medisinen (jeg skriver her sykepleien) som sådan er normative på tre måter (4).

«Det samme gjelder for sykepleien som for medisinen og andre helsefag: at fagene er etiske i sin innerste kjerne.»

har det slik, men det kunne ha vært meg' – gir selve tilgangen til pasientens ståsted». Han konkluderer: «Å være lege er å være profesjonsutøver og menneske i ett, men først og fremst menneske.» (3, s. 1121)

Mens medisinen kan behandle sykdommer man tidligere ikke trodde var mulig, så sliter faget i dag med å anerkjenne

- Sykepleien normsetter grunnleggende menneskelige tilstander som sykdom og død. Slike grunnvilkår ved å være menneske blir i sykepleien et utgangspunkt for å behandle, lindre og trøste.
- Sykepleien har et mandat om å handle og gjøre godt, til klientens/pasientens beste, velgjørenhet. Man er ikke til stede i sykerommet for å gjøre hva som helst, men å gjøre noe godt for et annet menneske, å hjelpe.
- Sykepleien er normativ i sitt vesen, ved at de fenomener som faget befatter seg med, er etisk-normative i sitt vesen. De appellerer til utøverens handlingsgrunnlag. Pasientens smerte forplikter til lindring akkurat som et ubehagelig leie i sengen er en oppfordring om varsom tilrettelegging.

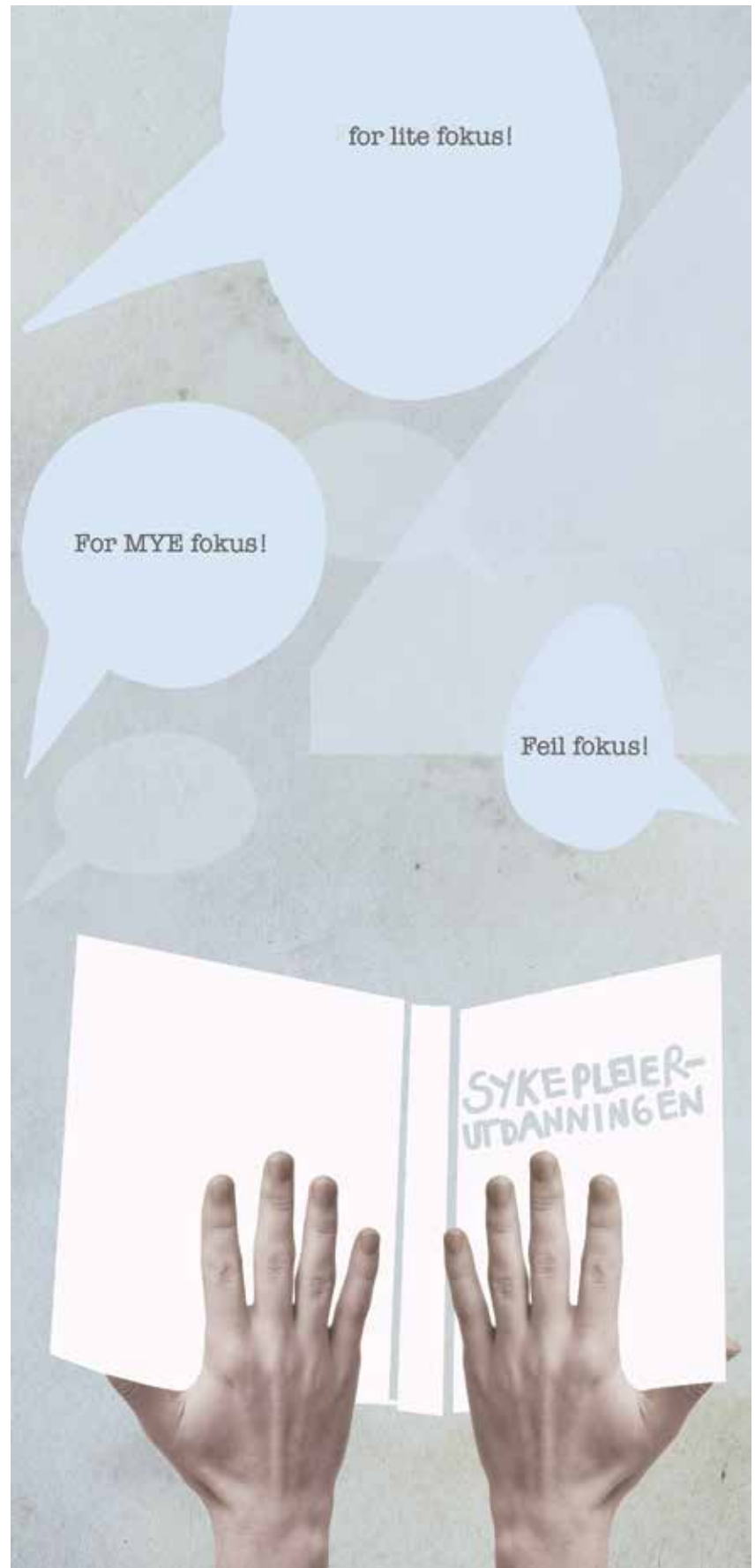
Idéhistoriker Trond Berg Eriksen illustrerer dette siste poenget på en veldig god måte når han sier: «Medfølelse på det mest elementære nivå er den forbindelsen mellom to kropper som fører til at en kjenner smerte når en annen utsettes for lidelser. Man tar seg uvilkarlig til benet når man ser bildet av en dramatisk amputasjon. Den som uforberedt blir vitne til et stikk i øyet eller støt i magen på en annen, rykker til og beskytter sine egne organer med bevegelsesreaksjoner. På et nivå som går forut for språket og begrunnelsene, finnes det åpenbart en sympati mellom kroppene. Kanskje dette er selve tilknytningspunktet mellom etikk, kunnskap og omsorg.» (5, s. 5)

Etikk forstått og formidlet på en god måte er helt avgjørende som et grunnlag for en god sykepleierutdanning og for å bli en kompetent og god utøver av sykepleie. ●

REFERANSER:

1. Erik Valestrand, NRK Ytring 1/8 2016 og Kaveh Rashidi, NRK Ytring 16/4 2016.
2. Martinsen EH. Toward a medical ethics that cares. A theoretical study of ill-being and care in medicine. Oslo: Faculty of medicine, University of Oslo, 2013.
3. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor legeforen 2001; 9 (121): 1118-1121.
4. Solbakk JH. Medisinen som møtested og markeds plass. Oslo: Forum Forlag, 1995.
5. Eriksen TB. Helse i hver dråpe, Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





HVA ER SYKEPLEIE?

Ny fortolkning. I dagens sykepleie ser vi en forskyvning fra det pasientnære arbeidet til mer organisatoriske oppgaver. Derfor trenger vi nye begreper for å beskrive faget.

DEBATTARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.58491



Ragnhild Hellesø, professor ved UIO og NTNU Gjøvik



Lill Sverresdatter Larsen, ph.d.-student ved UiT



Aud Obstfelder, professor ved UiT og senterleder ved NTNU Gjøvik



Nina Olsvold, førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova og NTNU Gjøvik

Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i sykepleieres arbeid. Endringene i arbeidet skjer raskere enn i sykepleierutdanningen. Det kan føre til at viktige deler av arbeidsområdet til sykepleiere ikke blir tematisert i utdanningsprogrammene, og dermed heller ikke i praksisfeltet. Undervisning i teori, metode og ferdighetslæring gjenspeiler rådende forståelser av hva sykepleie er og hva sykepleiere gjør. For å sikre at utdanningene er i tråd med forandringer i praksis, må de som underviser i sykepleierutdanningene, hele tiden stille spørsmål ved egen forståelse. De må også være orientert mot praksisfeltet gjennom forsknings- og utviklingsarbeid. Dette forutsetter et samarbeid mellom praksisfeltet, utdanningsinstitusjonene og forskningsmiljøet.

FORTOLKNING AV SYKEPLEIE. Hensikten med denne debattartikkelen er å argumentere for at sykepleiefaget trenger begreper som kan kaste lys over sykepleieres kompetanse og yrkesfaglige bidrag i dagens helse- og omsorgstjenester. Særlig viktig er det med begreper som kan bidra til å erkjenne at sykepleiere er betydningsfulle for pasientene utover det direkte

pasientnære arbeidet. I den forbindelse presenterer vi den britiske sykepleieren og sosiologen Davina Allens (1) bok: *The invisible work of nurses*. Allen nyfortolker vår måte å forstå sykepleie på ved hjelp av sosiologiske begreper og perspektiver.

DREINING FRA DET PASIENTNÆRE. Sykepleiefaget er dypt forankret i omsorgsetikkens normative beskrivelser av forholdet mellom omsorgsutøver og omsorgsmottaker og i perspektiver hentet fra fenomenologisk filosofi. Det har kommet mye godt ut av det, men denne teoretiske forankringen egnert seg ikke alene til å forstå og beskrive sykepleieres arbeid i dagens helse- og omsorgstjenester. For å forstå bredden i sykepleie, må vi også beskrive sykepleieres organiseringsarbeid, hevder Allen (1).

Behandlingen av syke mennesker har lenge vært fordelt på mange personer og spesialiteter, og sykepleiere har alltid hatt stort ansvar med å koordinere og sikre kontinuitet i pasientenes behandlingsforløp. Imidlertid er arbeidet med å organisere helhetlige og individuelt tilpassede behandlingsforløp blitt mer komplekst. Takten er hurtigere, teknologiene er mer avanserte og antall personer som er involvert, har økt betraktelig. Dermed skjer det en naturlig forskyvning fra det

pasientnære arbeidet til oppgaver av mer organisatorisk karakter. Det krever at sykepleiefaget må utvikle nye og mer realistiske beskrivelser av arbeidet. Ifølge Allen må slike beskrivelser rettes mot sykepleiernes koordinerende og tilretteleggende arbeid i helsetjenesten og likestilles med det pasientnære.

DOBBELTKOMPETANSE. I Norge har Orvik (2) beskrevet betydningen av det organisatoriske arbeidet og den kompetansen slikt arbeid krever. I læreboka *Organisatorisk kompetanse* redegjør han for hvorfor sykepleiere trenger kunnskap om virkemåten til moderne helseorganisasjoner og de styringsstrukturene som legger rammer for arbeidet. Det gjør han for å skape forståelse for at de dilemmaene som oppstår når sykepleiefaglige idealer møter organisatoriske produktivitets- og effektivitetskrav, ikke nødvendigvis handler om at individuelle sykepleiere ikke strekker til, men om at beslutninger og prioriteringer tas på organisasjonens premisser. Ved hjelp av uttrykket «dobbeltkompetanse» argumenterer Orvik for at kombinasjonen av klinisk og organisatorisk kompetanse stadig blir viktigere i helseorganisasjoner.

Det finnes også en rekke relevante norske studier av sykepleie i møte med styringsreformer i

Fakta



Hovedbudskap

Artikkelens hensikt er å skape debatt om forståelsen av sykepleie i et helsevesen i endring med en presentasjon av boka *The invisible work of nursing*. Boka er skrevet av den britiske sykepleieren og sosiologen Davina Allen, som løfter frem og beskriver viktigheten av sykepleieres organiseringsarbeid. Dette arbeidet utgjør et betydelig, men lite anerkjent bidrag til kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenestene.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleieteori
- Praksis
- Helsepolitikk

helse- og omsorgstjenesten som kun i begrenset grad er blitt utnyttet i sykepleielitteraturen. Studiene omfatter blant annet forskning på ny teknologi og sykepleieres fleksible arbeidsmåter både i sengeposter og i kommunene. Studiene ser også på hvordan politiske krav til effektivitet og kvalitet innvirker på sykepleieres arbeid mer generelt (3–13).

BEGRENSET FORSTÅELSE. Allen (1) utfyller den norske forskningen med mer detaljerte beskrivelser av sykepleieres organiseringsarbeid og viser hvilken betydelig kompetanse dette arbeidet forutsetter. Hennes utgangspunkt er at sykepleieres selvforståelse er dårlig tilpasset deres arbeidsvirkelighet. I boka argumenterer hun utover det hun mener er en begrenset forståelse av sykepleiens mandat ved å synliggjøre hva sykepleiere faktisk gjør og bidrar med i helsetjenesten. Sykepleiere er sentrale i alle deler av pasientforløpet, hevder Allen. Dermed tilegner de seg mye kunnskap om arbeidsprosessene både i sykehus, hjemmetjenesten og sykehjem. Denne kunnskapen setter dem i stand til å tilpasse og mobilisere ressurser rundt den enkelte pasient. På den måten skaper de flyt, helhet og sammenheng i individuelle behandlings- og omsorgsforløp. Likevel er dette arbeidet i stor grad usynlig i helseorganisasjonen til tross for betydningen det har for arbeidet til andre helsearbeidere og for kvaliteten på behandling og pleie (1).

ENDRET SYKEPLEIEUTØVELSE. Allens bok bygger på et omfattende feltarbeid i sykehus. Hensikten var å forstå arbeidsoppgaver og aktiviteter som både sykepleiere og andre beskriver som «indirekte pasientarbeid». Studien utføres i sykehus i Storbritannia, men beskrivelsene av organiseringsarbeidet er gjenkjennelig fra norske sykehus og andre sektorer i helsevesenet. Vi får et historisk tilbakeblikk på sykepleierollen i sykehusorganisasjonen og flere eksempler på hvordan helsepolitiske



I utdanningen: Studentene blir ikke presentert for begreper som forbereder dem på praksisvirkeligheten. Arkivfoto: Erik M. Sundt

forandringer har endret utøvelsen av sykepleie. For eksempel har helsemyndighetene gjort pasientsentrerte helse- og omsorgstjenester til ett av sine hovedsatsingsområder. Tjenestene skal være koordinerte, og pasientforløpene helhetlige. Det forutsetter organisatorisk kompetanse og organiseringsarbeid fra sykepleieres side.

Allen beskriver organiseringsarbeidet som en egen dimensjon i praksis. Hun gir detaljerte beskrivelser av hva som særpreger det samt hvilken kunnskap og kompetanse det forutsetter. Sykepleierne står i en særstilling fordi de

«Sykepleiere er sentrale i alle deler av pasientforløpet.»

har en innsikt i pasientenes behov, noe som de kombinerer med å bruke organiseringskompetansen sin. Organiseringsarbeidet gjør sykepleierne uunnværlige og favner om oppgaver som informasjonshåndtering, fordeling av faglige ressurser og overføring av pasientene mellom avdelinger og

tjenestenivåer. Beskrivelsene av arbeidet vil kunne gi sykepleierne ny forståelse for egen praksis, samtidig som det gir leseren mulighet til å forstå de ulike dimensjonene i organiseringsarbeidet.

AKADEMISK BIDRAG. Analysene i boka er etter vårt syn et vesentlig akademisk bidrag som har betydning utover beskrivelsene av sykepleieres arbeid. I dagens helse- og omsorgstjeneste kan ikke den enkelte sykepleier alene møte pasientenes ofte sammensatte behov. Krav til kvalitet, effektivitet og helhetlige behandlingsforløp fordrer at





relevante profesjonsfaglige og organisatoriske ressurser bringes sammen rundt den enkelte pasienten. Allen viser hvordan dette skjer, for eksempel ved å beskrive hvordan sykepleiere vurderer hvor en pasient skal plasseres ut fra graden av tilsyn, utstyr og ekspertise som pasienten har behov for.

Bokas teoretiske tyngde gjør den interessant, innsiktsfull, omstendelig og til tider komplisert. Beskrivelsene er likevel så gjenkjennelige at vi oppfatter boka i sin helhet som aktuell og informativ. Den er ikke bare et nødvendig tilskudd i den pågående debatten om hva sykepleie er, men også i diskusjoner om organisering og forvaltning av helse- og omsorgstjenester. Videre kan den være til hjelp i det kontinuerlige arbeidet med å forbedre kvaliteten på tjenestene. Boka er derfor viktig for sykepleiere og ledere i praksisfeltet, men også for utdanningsfeltet og for forskere som er opptatt av arbeid og styring i komplekse organisasjoner.

MANGLER BEGREPER. Per i dag blir ikke slike aspekter ved sykepleierarbeidet vektlagt i utdanningene. Studentene trenger begreper som hjelper dem til å forstå hvilken plass organiseringsarbeidet har i utøvelsen av sykepleie. For at sykepleieutdanningen skal fremstå som mer relevant, må den trekke inn begreper som gjør studentene mer forberedt på den praksisvirkeligheten de møter. Et begrepsapparat som hjelper studentene til å forstå, beskrive og analysere det arbeidet sykepleierne gjør for å realisere faglige og organisatoriske mål, er en forutsetning for å synliggjøre og videreutvikle sykepleietjenesten.

Vi trenger imidlertid mer forskning som belyser sykepleiernes organiseringsarbeid i den kommunale helsetjenesten. Denne tjenesten er i utvikling og endring, og sykepleierne har en sentral rolle med å balansere mellom pasientenes behov, samhandlingskrav og nye tjenesteformer. Foreløpig vet vi lite om hva dette faktisk innebærer. ●

REFERANSER:

1. Allen D. The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare. London: Routledge; 2014.
2. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og ledelse for helsepersonell. Oslo: Capellen Akademisk; 2015.
3. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2010.
4. Vike H, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R, Bakken R. Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.
5. Haukelien H. Omsorg og styring: kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013.
6. Vabø M. Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. Journal of Health Organization and Management. 2009;23(3):346–58.
7. Vabø M. Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. Health & Social Care in the Community. 2012;20(3):283–91.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

8. Kirchhoff J. De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad: Karlstads universitet; 2010.
9. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. International Journal of Integrated Care. 2010;10(1).
10. Lyngstad M, Melby L, Grimsø A, Hellesø R. Toward increased patient safety? Electronic communication of medication information between nurses in home health care and general practitioners. Home Health Care Management & Practice. 2013;25(5):203–11.
11. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. International Journal of Medical Informatics. 2014;83(5):343–53.
12. Halford S, Lotherington AT, Obstfelder A, Dyb K. Getting the whole picture? New information and communication technologies in healthcare work and organization. Information, Communication & Society. 2010;13(3):442–65.
13. Halford S, Obstfelder A, Lotherington AT. Beyond implementation and resistance: how the delivery of ICT policy is reshaping healthcare. Policy & Politics. 2009;37(1):13–28.



Grunnleggende sykepleie gir studentene den faglige plattformen av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier som utgjør fundamentet i sykepleien



NY KUNNSKAP, HVER DAG!



Påfyll

Del 3 Sykepleien 08 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



Skriver om sorgen: Tom Malmquists samboer døde av akutt myelogen leukemi. Foto: Viktor Gårdsäter/Natur & Kultur

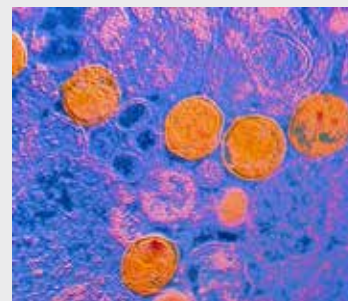
Vondt å skrive om

Sorg. Tom Malmquist mistet sin høygravide samboer. Historien om det smertefulle tapet har blitt bok. **70**



«Jeg er heldig og jobber på en avdeling der faglig forsvarlighet er trumfkortet.»

Liv Bjørnhaug Johansen. **69**



MSIS. Smitte-registeret fyller 41 år. På bildet: Genital klamydiainfeksjon. **74**



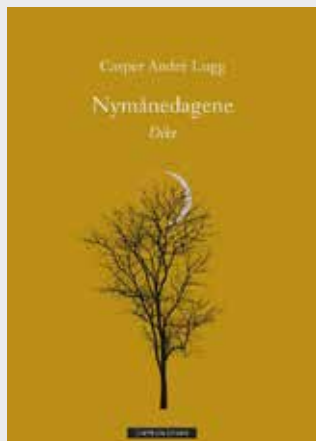
Bok. Reflektert og opplysende om kreft og psyke. **73**



Dikt



bolig



*det finnes
ikke*

*trangere bolig
enn frykten*

*hver berøring slår
som en dør
i trekken*

fra et knust vindu

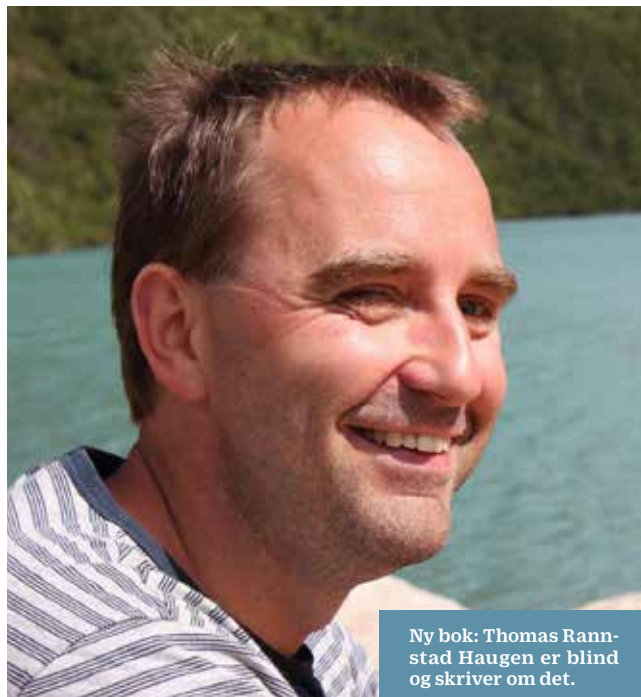
Casper Lugg, fra
Nymånedagene,
Cappelen Damm, 2016

Om forfatteren

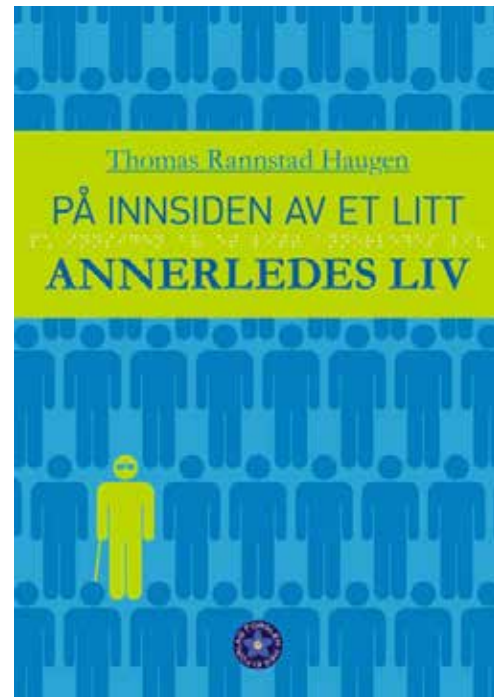


Casper Lugg

Casper Lugg debutert i 2011 med diktsamlingen *Lite rekviem*. Lugg er opptatt av relasjoner, sanser og emosjonelle stemninger, men rommer også store tankesprang og erkjennelser. *Nymånedagene* er hans tredje bok.



Ny bok: Thomas Rannstad Haugen er blind og skriver om det.



Et litt annerledes liv

BERETNING OM BLINDHET: I boken *På innsiden av et litt annerledes liv* deler Thomas Rannstad Haugen personlige og faglige erfaringer med det å være blind.

Han har gradvis mistet synet og beskriver overgangen fra seende til synshemmet til blind. I tillegg har han en faglig vinkel gjennom arbeid i Blindeforbundet og Helsedirektoratet. Han

er i full jobb, far til to og lokalpolitiker. Livet beskriver han som godt, selv om det ikke alltid har vært lett.

Hensikten med boken er å dele kunnskap. Han forteller blant annet om vanlige reaksjoner på synstap og hvordan det kan påvirke kroppsspråket, og prosessen rundt det å begynne med førerhund og hvit stokk. Han ser også humor i situasjoner som

kan være vanskelige. Til *Ås Avis* forteller han om da han skulle krysse Bogstadveien i Oslo: Det var nesten folketomt, og han fikk grønt lys og begynte å gå. Midt ute i veien hørte han noen nærme seg, uten å vike. De gikk rett på hverandre, og det viste seg å være en annen med hvit stokk. «Hva er oddsen for det, liksom», sier han i intervjuet med *Ås Avis*. ●

Turnus og heltid

Turnus som fremmer heltidskultur er en ny bok om nye måter å sette opp turnus på. Ifølge omtalen fungerer dagens turnusordninger som en brems mot målet om flere heltidsstillinger.

Forfatter er Kari Ingstad, og boken kommer ut i midten av september.

Arbeid på legevakt

Legevaktarbeid er ifølge forlaget den første fag- og læreboken på norsk om legevakt. Den er spesielt tilrettelagt for sykepleiere på legevakt og legevaktsentral, turnusleger, andre legevaktleger, utdanningskandidater i legevaktsmedisin og studenter i sykepleie og medisin.

Rus og psykiatri

Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse er en ny bok om forskningsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin.

Boken er ment å gi praktisk kunnskap om behandling av kombinerte ruslidelser og psykiske lidelser.

Bøker.

Tre romaner fra bokhøsten

Ut av isolasjonen

ROMAN: Zahl har latt smertene legge premissene og levde et tilbaketrukket liv på en stille øy etter en ulykke i ungdommen. Han ønsker ingen endring, men når huset han bor i blir solgt og en ny lege stiller spørsmål ved den fysiske skaden hans, blir han nødt til å tenke gjennom livet og hvorfor det ble som det ble. Til bølgene er Ida Løkås (f. 1985) tredje bok.

Vigmostad og Bjørke



En tvangsnevrotikers dilemma

ROMAN: Hovedpersonen i Marius Ektvedts *Fem* har tilsynelatende alt på stell, men han lider av sterke tvangstanker han holder skjult. Han besøkes av hva som kan skje med om han ikke banker fire ganger i bordplaten, eller vrir nøkkelen om førtifire ganger. Han er besatt av tall, og ulykkestallet er 5. Når kona så ønsker et tredje barn får han et stort problem. Han må unngå at familien blir fem.

Aschehoug Forlag



Når alt plutselig forandrer seg

ROMAN: Tom Malmquist er nominert til Nordisk råds litteraturpris for boken *I hvert øyeblikk er vi fortsatt i live*. Tom og Karin venter sitt første barn da Karin plutselig blir akutt syk. Barnet forløses med keisersnitt, og som i et mareritt løper Tom mellom intensivavdelingen og nyfødtposten. Da han drar hjem igjen er han alene med et spedbarn og en sjokkartet sorg. Oversatt av Bodil Engen.

Les intervju med forfatteren på neste side.

Gyldendal Norsk Forlag



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.



Trumf!

Vi står inne på et pasientrom fullt av utstyr, de to fra hjemmesykepleien og jeg. En langligger skal hjem, og jeg har gitt hjemmesykepleierne opplæring i alt nytt av utstyr og prosedyrer.

Vi er i mål, alt er pakket og klart, men de to blir litt stille og flakkende i blikket før den ene kremter og sier, tydelig litt ille berørt: «Dette er jo sykepleieprosedyrer alt sammen, og det er ikke alltid vi har sykepleiere på jobb i helgen... Er det mulig å legge henne inn igjen for en helg iblant?» «Hæ?», sier jeg «Dere må jo ha sykepleier på vakt! Da må dere jo bare leie inn en vikar». «Det er ikke alltid noen å spørre». «Bruk vikarbyrå, da», sier jeg, og de to ser på meg som de sultende pariserne så på Marie Antoinette som ba dem spise kake om de ikke hadde brød, og sier resignert: «Sanne budsjetter har ikke vi».

Da jeg var liten spilte jeg kort hos farfar. Vi spilte amerikaner. Farfar var stø som et fjell. Han meldte dristig og hadde alltid masse trumf. Jeg opplevde det som blodig urettferdig når jeg optimistisk spilte ut hjerter ess og han smalt en kløver fire i bordet så panneluggen min flagret, og jeg måtte se stikket gå tapt, fordi han hadde trumfet. Jeg hadde jo det beste kortet. Et ess!

Alle systemer har en trumf. Et argument hevet over alle andre, en verdi som overstyrer alt annet. Jeg er heldig og jobber på en avdeling der faglig forsvarlighet er trumfkortet. Selv om økonomien er presset hos oss, som hos alle andre, bemanner vi opp når vi trenger det. Vi får det utstyret vi synes vi må ha

for å gjøre en god jobb. Vi bestiller dyre undersøkelser og medisiner uten å nøle. Vi hyrer inn fastvakt til urolige pasienter dag og natt om vi må, og vi sender ingen hjem før det er forsvarlig. Så får heller tallene bli røde iblant.

Men det er ikke sånn overalt. Når en nattevakt i kommunen alene har ansvaret for tre sykehjemsavdelinger, er det ikke faglig forsvarlighet som er trumf. Når pårørende må få opplæring i stell av trakeostomi fordi kommunen ikke tar seg råd

«Jeg er heldig og jobber på en avdeling der faglig forsvarlighet er trumfkortet.»

til å leie inn helgevikar når denne ene hjemmesykepleieren er syk, er det økonomien som er blitt trumfkortet. Når akutt psykisk syk må vente månedsvis på en psykologtime og ikke kan forvente døgnplass før de er direkte til fare for seg selv eller andre, da har maktbalansen blitt forskjøvet.

Det er nemlig ikke økonomene som vet hvem som kan vente og hvem som ikke kan, hvem som må ha tilsyn og hvem som ikke må. Det er det vi helsepersonell som gjør. Derfor er det vi som skal kunne smelle faglig forsvarlighet i bordet og de som skal sitte igjen med blanke øyne og se essene sine tape for våre firere. ●



Tom Malmquist

Det ufattelige tapets historie

● Tekst **Nina Hernæs**

Sorg. Han kjenner fremdeles hat mot sykepleieren som stjal av tiden da den var mest dyrebar.

Overlegen trækker ned hjullåsen på Karins seng. Med høy stemme informerer han intensivsykepleierne som klipper opp trøye og sportsbehå: Gravid kvinne, barnet har det bra, ifølge rapport, uke trettitre, ble syk for cirka fem dager siden med influensaliknende symptomer, feber, hoste, i går lett åndenød som ble forklart med graviditeten, i dag akutt verre, sterk åndenød, kom til føden for en time siden.

ALVORLIG SYK. Slik starter romanen *I hvert øyeblikk er vi fortsatt i live*. Tom Malmquist skriver om tapet av samboeren Karin. Høygravid blir hun syk med akutt myelogen leukemi. Datteren forløses med keisersnitt og klarer seg, mens Karin blir dårligere. Fra respirator til ECMO til overlegens nærmest seremonielle oppramsing av vitale verdier og setningen «utsiktene for fortsatt liv vurderes som ikke-eksisterende».

EN HISTORIE OM KJÆRLIGHET. Med et nesten klinisk språk og nøye utvalgte tilbakeblikk skriver Malmquist frem den smertefulle erfaringen. «Den mest hypnotisk skremmende kjærlighetshistorien jeg har lest», mente litteraturkritikeren Per Svensson i Sydsvenskan. Romanen har fått flere

priser i Sverige og er innstilt til Nordisk råds litteraturpris. Nå er den oversatt til norsk.

LITTERÆRT VERK. – Helt fantastisk, sier Tom Malmquist om at romanen har truffet så mange. Ikke bare i Sverige, men i land som Frankrike.

– Den handler om dypt menneskelige og universelle følelser. Om kjærlighet og savn.

Malmquist, som er på telefon fra Södermalm i Stockholm, presiserer at boken er et litterært verk, selv om historien er sann.

– Jeg har lagt til og løyet for å få en bedre bok. Det er viktig å få frem, ikke minst for min datter, som en gang skal lese den. Jeg har ikke skrevet den hele og fulle sannheten, men slik jeg opplevde det som skjedde. I løgnen kommer jeg nærmere min egen sannhet.

GÅR VIDERE. Malmquist opplever at andre har liknende erfaringer som han selv, men at mange klamrer seg til sin smerte.

– Det sier jeg selvfølgelig ikke til dem, sier han og ler litt.

– Men mange synes synd på seg selv. Og ved å dele sin historie med meg, blir det liksom «synd på oss». Men jeg har vanskelig for å identifisere meg med dem. Jeg synes ikke synd på meg selv. Jeg forsøker å gå videre. Jeg går ikke rundt og smiler, men jeg går.

Da han skrev boken, lagde han fire scener av eksakt samme situasjon. Så valgte han den som gjorde mest vondt. Den scenen som fikk ham til

«Det gjorde så jævla vondt å skrive den.»

å bryte sammen over skrivebordet. Og da tenkte han: «Nå har jeg lyktes.»

– I stedet for å se smerten som noe negativt, brukte jeg den. Jeg søkte meg til det som gjør mest vondt. Jeg tappet minnet for smerte. Det gjorde jævla vondt å skrive den.

FREMME I SPRÅKET. De mest brutale scenene er nesten som hentet ut fra en journal.

– Det er inspirert av Goethes *Unge Werthers lidelse*, sier Malmquist.

– Den boken er skrekkelig romantisk, og det er så mye akk! Men mot slutten endres stilen totalt, begravellesprosjonen blir beskrevet på en helt klinisk måte, og det blir så sterkt.

Med det grepet illustrerer også Malmquist hvordan han på sykehuset følte seg fremmed i språket. Han, som lever av å skrive, forsto ikke hva de sa, og det fikk han til å skjennes.

– Jo mer alvorlig situasjonen ble, jo vagere ble det legene sa, sier han.

– De ville ikke si at dette kommer til å gå til helvete. Jeg måtte selv avgjøre at hun ikke kom til å klare seg. Men jeg måtte kjenne realitetene. Håper var så smertefullt.

Han understreker at han møtte enormt mange fine mennesker på sykehuset. Mennesker som gjorde alt de kunne for å redde Karin. Men han møtte også mennesker han fremdeles hater.

FOR INTIMT. Da Karin først kom til intensivsen, da hun ennå var bevisst, fikk ikke Malmquist være hos henne. I en scene kommer han inn på rommet mens en intensivsykepleier legger inn urinkateter. Han får beskjed om å gå. Intensivsykepleieren glemmer å si ifra når han er ferdig. Malmquist skriver at han iblant våkner med minnet om denne intensivsykepleieren, *han som*



Foto: Viktor Gårdsäter/Natur & Kultur

Tom
Malmquist

Aktuell med:

«I hvert øyeblikk er vi
fortsatt i live»

stengte meg ute fra rom B og stjal tiden fra oss da den var aller viktigst, i drømmene møter jeg ham alene i et rom av kunstis, jeg slipper kjølla og får av meg hockeyhanskene.

– Det betyr at jeg har lyst til å slåss, bemerker han lakonisk. Malmquist var en lovende hockey-spiller frem til han la opp som 16-åring.

– At han ikke slapp meg inn, tror jeg kanskje handlet om hans nervøsitet. Kanskje han var redd jeg ville stille spørsmål, forstyrre. I stedet avviste han meg med at det ville bli for intimt. For hvem da? For Karin? Jeg hadde jo vært hennes kjæreste i ti år. Og hvorfor spurte han ikke Karin? Hva var det Karin ønsket?

IKKE NYSGJERRIGE. – *Har du fått reaksjoner fra helsepersonell på dine erfaringer?*

– Nei. Det folk er nysgjerrige på, er hvordan jeg håndterer Lydia, Karins og mitt barn. De spør ikke hva jeg synes de gjorde bra, eller hva som ikke var så bra. Jeg har tenkt at jeg sitter på kunnskap.

Han tar en liten pause.

– De har rutiner og knappe ressurser. De sa til meg at de ikke kunne håndtere det om jeg svimte av eller ble dårlig av å se blod, eller at de la inn nåler. Jeg forstår det. Men jeg tror det også handler om at de ikke er trent til å ta seg av pårørende. Utdanningen øver de på pasienter. Men pasientene de skal redde, er mennesker. De er Karl, Johan eller Karin, og de har pårørende, de har et liv.

– Hvis man tenker seg at Karin hadde vært hjemme, i vår seng, i vårt hjem, og at legene var hos henne, ville jeg hatt en selvfølgelig plass der sammen med henne. Men i stedet lå Karin på legenes rom. Hun var gjest, og jeg måtte krangle meg inn bare for å være hos henne. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

En som er god

Av Marie Haavik
Pax forlag, 2016
211 sider
ISBN 978-82-530-3735-6

Anmelder: Guri Midtgard,
helsesøster

Mennesker i verden

ANMELDELSE: Boka «En som er god. Å få et barn med Downs syndrom» viser at syndromet gir et mangfold av uttrykk. Marie Haavik beskriver hvordan de første reaksjonene kan være, hun gir et historisk tilbakeblikk, skriver om utvikling og ferdigheter gjennom barneårene, om behov og rettigheter, inkludering og skole, fagfolk og hjelpere, om søsken og om foreldreerfaringer.

Den første meldingen, «Vi tror barnet ditt har Downs syndrom», vil for de fleste foreldre sette i gang vonde følelser og tanker. Alle ønsker seg et barn som er friskt og uten syndromer. Etter hvert kommer foreldrene fram til en aksept.

Deres barn vil bruke lengre tid på å nå milepæler i utviklingen. For de fleste blir det et godt og rikt liv med mye glede, og slett ikke en familie det er synd på.

Barn med Downs syndrom har ulike grader av funksjonsnedsettelse. Felles for dem er at alle vil trenge ekstra støtte og stimulering. Forfatteren er oppatt av at man ikke må se på all aktivitet som trening. Det må ikke bli slik at middagen blir til «spisesituasjonen». Det gode samværet må være nok i seg selv. Også skoletilbudet blir drøftet: Er inkludering i vanlig skole best, eller bør barn med Downs syndrom få opplæring i egne grupper?

Marie Haavik er selv mor til et barn

med Downs syndrom. Hun er psykolog av yrke. Boken har en god menneskelig og faglig tyngde hvor hun uttrykker kjærlighet og respekt, samtidig som hun gir relevant faglig kunnskap. Gjennom hele boka utfordrer forfatteren de allmenne stereotype oppfatningene.

Med denne boka har en stolt mor vist at barn med Downs syndrom er mennesker i verden som har det bra. Deres annerledeshet er en ressurs for samfunnet. Boka fortjener en bred målgruppe: Foreldre, familie og venner til barn med Downs syndrom, helsepersonell i kommunale og spesialisthelsetjeneste, pedagogisk personell i barnehage, SFO og skole. ●



Fakta

Tjue. Dikt

Av Sara Selmer
72 sider
Gyldendal Norsk
Forlag AS
ISBN 978-82-05-9261-5

Anmelder: Elisabeth
Heggernes

Tjue uker i grenseland

ANMELDELSE: I litteraturvitenskapen finner man en fascinasjon for psykiske grensetilstander, og disse kan lede til stor kunst og litteratur. I sin fjerde diktsamling gir Sara Selmer et innblikk i en aktiv psykosetilstand, hvor den indre dialogen med sin blanding av tanker, innfall og refleksjoner viser frem det indre kaoset og intense stresset psykosene fører med seg.

Tittelen *Tjue* henviser på antallet uker dikt-jeget er innlagt på psykiatrisk avdeling. Gjennom tellingen av ukene følger vi dikt-jegets sykdomsforløp, fra fornektelse av sykdommen og manglende kontroll, til eskalerende symptomer med hallusinasjoner

og stemmer. Tilstanden kulminerer med stadig verre symptomer, før en plutselig tvil på det stemmene sier markerer starten på en nyorientering og en søken mot å lære å skjelne mellom symptomer og virkelighet.

Jeget er i stadig diskusjon med seg selv om hva som er virkelig. Kommentarer og forklaringer om sykdommen fra leger, psykologer og sykepleiere blir satt opp mot det stemmene sier, og det er lenge vanskelig for jeget å bestemme seg for hvem som er mest pålitelig. De medisinske termene og beskrivelsene av den syke kommer som brokker av et kjølig og nøkternt språk som skiller seg sterkt fra det indre kaoset i dikt-jeget.

Byggearbeidene utenfor danner en symbolikk gjennom teksten som virker sammen med og kommenterer prosessen jeget går gjennom. Fasaden på et gammelt bygg rives ned da symptomene ikke lar seg skjule lenger. Gravemaskinene skaper kaos ute mens den indre sykdommen eskalerer. Verden rundt er i oppløsning sammen med jeget; når symptomene endelig roer seg, stiger et nytt bygg frem fra ruinene og stillasene på byggeplassen.

Alt i alt gir *Tjue* et godt innblikk i psykosene og hvordan den kan oppleves. Dette gjør den til en viktig bok å lese for alle som ønsker å forstå mer av grenseerfaringen psykosene innebærer. ●

Ingunn Elstad I bokhylla mi

Eg tar fram to av Dag Skogheim sine bøker om tuberkulosen, som har betydd mykje for mange sjukepleiarar. I *Tæring* følgjer vi Skogheim frå han fekk sjukdommen som ungdom, gjennom år med sanatorieopphald, til han gjekk ut av sjukehuset som frisk. *Sanatorieliv* handlar om tuberkulosen i europeisk kultur og korleis han forma livet til dei som vart ramma. Som dokumentarforfattar formidlar Skogheim utruleg mykje kunnskap. Han søker det konkrete, dei menneskelege særtrekka, og har ei biletskapande evne som fører lesaren inn i miljøa. For å få verkeleg innsikt i temaer som langvarig isolasjon eller smittefrykt, må ein lese Skogheim. Bøkene tar for seg sjukepleien på sitt beste og sitt verste.

Skogheim viser korleis sjukepleiefaget utvikla seg gjennom tuberkuloseepidemien. Han beskriver både autoritære smitteregime og helbredande grunnleggjande sjukepleie på høgt nivå. For meg sjølv førte bøkene hans til interesse for historie.

Ingunn Elstad utfordrer **JORUNN MATHISEN** til å dele sine bokfavoritter i neste nummer.



Navn: Ingunn Elstad
Stilling: Professor i sjukepleie ved Universitetet i Tromsø.

Reflektert og opplysende om kreft og psyke

ANMELDELSE: Kreftsykdom rammer omtrent 30 000 nordmenn hvert år, og fordi langtidsoverlevelsen nå overstiger 60 prosent, er gruppen som lever lenge etter diagnosetidspunktet stor. Følgene av kreftsykdom rammer også pårørende. Alv A. Dahl har skrevet en engasjerende og relevant lærebok i psyko-onkologi som tar mål av seg å bøte på mangelen av norskspråklig litteratur om emnet.

Dahl har tidligere jobbet som professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo og har lang erfaring i klinisk forskning innen psykiatri og psyko-onkologi. Han er også forskningsrådgiver på Radiumhospitalet.

Boken er oversiktlig og har en god struktur. Den er delt inn i 17 kapitler som blant annet omhandler søvnproblemer, kognitive problemer, kroppsbilde, sorgreaksjoner og posttraumatisk vekst. Forfatteren trekker veksler på teorier innenfor psykologifaget, som blant annet omhandler personlighet, sårbarhet, og motstandsdyktighet mot belastninger, og han lykkes i å relatere disse til en praktisk kontekst. Hvert kapittel avsluttes med en oppsummering.

Språket flyter godt, og relevante begreper forklares i teksten. Innholdsmessig så er det en blanding av teori, casebeskrivelser og henvisning til forskning. I tilknytning til beskrivelser av undersøkelser har forfatteren ofte

en ledsagende drøfting av det metodiske grunnlaget for funnene. Dette nyanserer teksten og vil særlig være nyttig for lesere på bachelornivå, men også for mange andre. Tiltak som ikke har effekt eller som har liten effekt, diskuteres også. Forfatteren våger å mene noe, som å ta stilling til prioritering av ressurser, men virker allikevel ikke dogmatisk. Han viser også faglig kreativitet ved å bruke sitater fra litteratur for å illustrere hvordan sorg, tap og konflikter mellom mennesker kan oppleves.

Boken kan passe for sykepleiestudenter i grunnutdanningen, kreftsykepleiere, leger, hjelpepleiere og andre som jobber med pasientgruppen. Fordi boken er såpass godt forklart, vil den trolig være av interesse også for pasienter og pårørende som ønsker en oversikt over emnet. Bakerst i teksten finnes en omfattende litteraturliste for dem som ønsker mer fordypning.

Avslutningsvis peker forfatteren på at mens norsk helsevesen trolig har god kvalitet på diagnostikk og somatisk behandling, så får de sosiale og psykologiske forholdene liten oppmerksomhet og få ressurser. Han håper at denne boken kan gjøre noe med det. Jeg gjenkjenner en resonans fra pasientfortellinger hvor behovet for å bli sett ikke har blitt møtt tilfredsstillende av helsepersonell. Jeg håper derfor at mange velger å lese denne boken. ●



Fakta

Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver

Av Alv A. Dahl
Cappelen Damm, 2016
384 sider
ISBN: 978-82-02-47431-7

Anmelder: Line Bolgvåg,
anestesisykepleier

«Når kreftdiagnosen stilles, blir døden for mange pasienter virkelig og konkret, med frykt og angst som resultat.» Alv A. Dahl



Smitteregister. Ved å overvåke smittsomme sykdommer, kan de begrenses. Det er tanken bak MSIS.

41 år med nasjonalt registrert smitte

● Tekst **Nina Hernæs**

Får du for eksempel klamydia, blir det registrert. På den måten kan helsevesenet overvåke utvikling og utbredelse av smittsomme sykdommer og eventuelt sette inn tiltak for å begrense dem.

EGET REGISTER. MSIS, eller meldingssystem for smittsomme sykdommer, ble startet som et prøveprosjekt i to fylker i 1973 og ble landsomfattende i 1975. Før den tid baserte overvåkingen seg på data som var samlet inn fra primærleger og sykehus til kommunens offentlige lege. Dataene ble sendt videre til fylkeslegen, som videresendte dem til helsedirektøren og Statistisk sentralbyrå. De ble offentliggjort etter 2–3 år. Ved å innføre et nasjonalt register, ble tilgangen til dataene gjort raskere tilgjengelig.

BEDRE OVERSIKT. Ved å samle inn data om smitte kan myndighetene beskrive forekomst over tid og etter demografiske forhold, oppklare utbrudd, gi råd til publikum, evaluere smitteverntiltak og finne ut mer om smittsomme sykdommer.

For eksempel har analyser vist at forekomsten av systemisk pneumokokksykdom har gått ned etter at pneumokokk-vaksinene ble tatt inn i barnevaksinasjonsprogrammet. Også blant dem som ikke er vaksinert.

Når det gjelder klamydia, viser MSIS-statistikken at forekomsten har økt fra i underkant av 20 000 tilfeller, da sykdommen ble meldingspliktig i 2005, til nesten 25 000 tilfeller i 2014.

A, B OG C. Alle sykdommer som skal meldes til MSIS, er fordelt i ulike grupper: A, B og C. Klamydia er meldingspliktig, men plassert i gruppe C. Det betyr at det er en sykdom som

helsemyndighetene vil holde oppsyn med, men at det ikke er nødvendig med detaljerte opplysninger om hvert enkelt tilfelle. Meldingen inneholder derfor aidentifiserte opplysninger.

I gruppe B er smitte med gonore, syfilis og hiv. De meldes av laboratoriet til MSIS og uten pasientnavn og fødselsdato. I motsetning til gruppe A, der meldingen inneholder full identitet på pasienten. I denne gruppen er det i dag 60 ulike sykdommer og tilstander. Eksempler er botulisme, kikhoste og meslinger.

Til sammen skal 67 ulike smitter meldes. Siden oppstarten av MSIS har noen kommet til og noen blitt tatt bort. Sars er et eksempel på en sykdom som er kommet til.

RETT TIL INNSYN. MSIS er regulert av en egen forskrift med regler for hvordan helseopplysninger skal samles inn og behandles.

Pasienter skal informeres av lege om at deres sykdom eller tilstand blir meldt til MSIS og hva meldingen inneholder. Pasienter har også rett til å be om innsyn i hva MSIS har registrert om dem.

VARSLINGSPLIKT. Meldinger til MSIS sendes skriftlig, nesten alltid av lege. Men for noen av sykdommene eller tilstandene i gruppe A har leger, sykepleiere, jordmødre og helsesøstre varslingsplikt til kommunelegen. Det innebærer at de må forvisse seg om at mottaker av varselet har fått det. Er ikke kommunelegen tilgjengelig, varsles smittevernvakta på Folkehelseinstituttet.

Per 3. juni 2016 var det 19 sykdommer eller

tilstander med varslingsplikt. Eksempler på smittetilfeller, enten påviste eller mistenkte, som skal varsles, er botulisme, miltbrann, difteri og enterohemoragisk E. coli (EHEC)-infeksjon.

BLE IKKE UTRYDDET. Meslinger er en sykdom i gruppe A som helsepersonell har varslingsplikt for. Ifølge MSIS var det 14 tilfeller i Norge i 2015. Verdens helseorganisasjon hadde som mål å utrydde meslinger i Europa-regionen innen 2015, men det målet er altså ikke nådd.

Viruset er svært smittomt og kan føre til dødelige komplikasjoner. Før vaksine mot meslinger ble innført fra 1967, døde 5–10 barn i Norge av meslinger hvert år. Sist gang det ble registrert dødsfall som følge av meslinger i Norge, var i 1989.

PÅ NETT. Med data fra MSIS kan helsepersonell holde seg oppdatert om utbredelse og forekomst av smittsomme sykdommer. Tidligere ble MSIS-rapporten sendt ut på papir, nå formidles informasjon gjennom Folkehelseinstituttets nettsider og nettstedet msis.no.

RELEVANT FOR SYKEPLEIERE. Selv om det er leger som melder til MSIS, har sykepleiere nytte av meldesystemet. Sykepleier og seniorrådgiver Astrid Løvlie i avdelingen for smittevernregistre hos Folkehelseinstituttet, peker på at det for sykepleiere på blant annet infeksjonsavdelinger er nyttig å kjenne til forekomst og utbredelse av ulike smittsomme sykdommer. Det samme gjelder hygienesykepleiere, helsesøstre og ansatte på klinikker for seksuelt overførbare sykdommer og i rusomsorgen.

– Særlig helsesøstre er jo med på å sette i verk tiltak for å begrense smitte, påpeker hun.

«Til sammen skal 67 ulike smitter meldes.»

Fakta

REGISTER: MSIS, meldesystem for smittsomme sykdommer, er ett av ni lovbestemte helseregistre i Norge. MSIS er regulert av Helseregisterloven.

I ALT 67 sykdommer eller tilstander er meldingspliktige til MSIS. 60 av dem med full pasientidentitet, 7 avidentifisert.

MELDINGER sendes skriftlig. Men for 19 sykdommer eller tilstander har leger, sykepleiere, jordmødre og helsesøstre varslingsplikt. Det innebærer at de umiddelbart skal melde fra og forsikre seg om at mottakeren har fått varselet. Meldingen varsles da over telefon.

STATISTIKK: MSIS-statistikk er et verktøy hvor man kan hente ut data om de ulike meldingspliktige sykdommene i Norge og lage egne tabeller. Data fins på lands- og fylkesnivå, og disse variablene er tilgjengelige: Sykdom, måned for diagnosetidspunkt, bostedsfylke, aldersgruppe, kjønn og om pasienten er smittet i Norge eller utlandet.

ALLE tabellene kan lagres som Excel-filer på egen datamaskin for videre bearbeiding og datagrunnlaget oppdateres hver dag.

MSIS oppfordrer til at dataene brukes aktivt av presse, i undervisning, utredning og forskning. Se msis.no

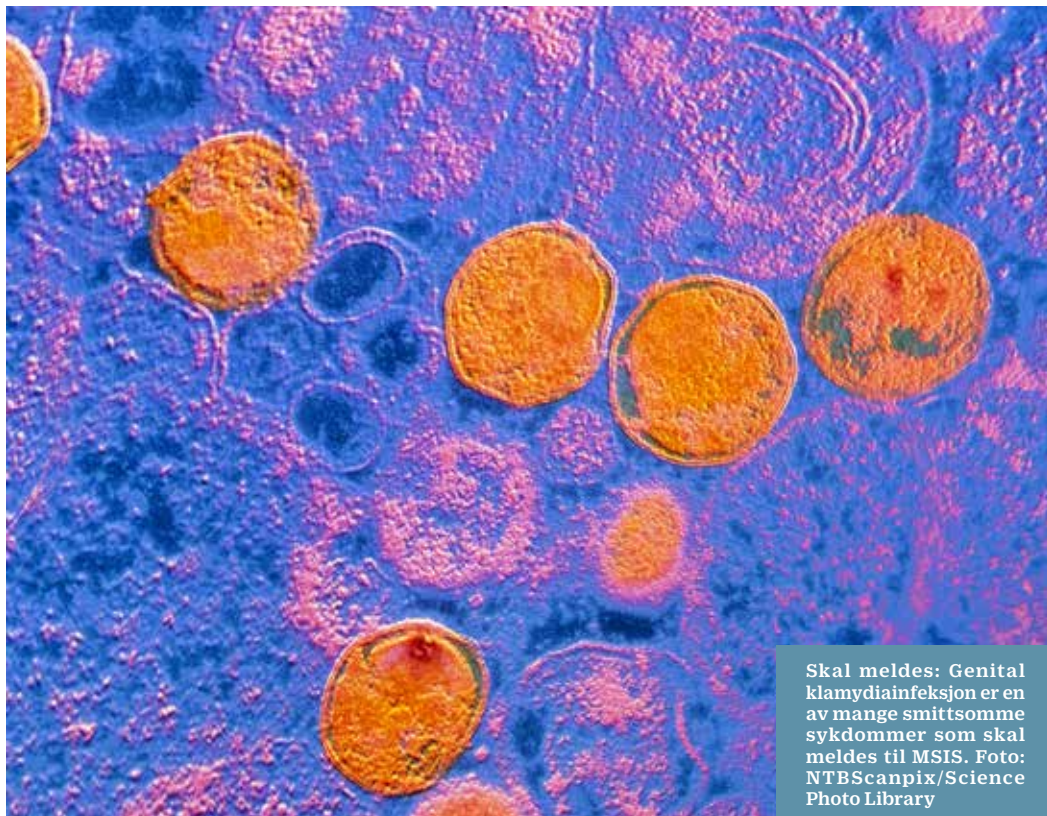
OVERVÅKER UTBRUDD: Hendelser der MSIS har vært viktig for å oppdage, oppklare og håndtere smitten:

1970-tallet: Meningokokk gruppe B epidemien

1980-tallet: Hiv/aids-epidemien

1990-tallet: Hepatitt A- og B-utbruddet blant injiserende stoffmisbrukere

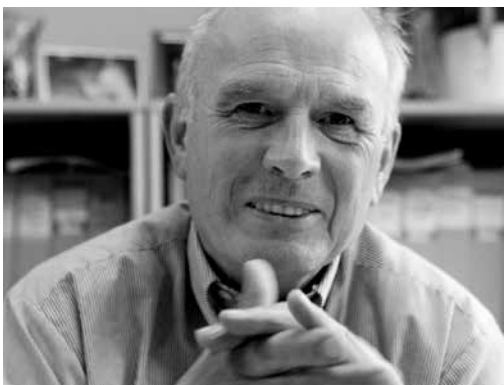
2000-tallet: Legionella-utbrudd i Rogaland og Østfold



Skal meldes: Genital klamydiainfeksjon er en av mange smittsomme sykdommer som skal meldes til MSIS. Foto: NTBScanpix/Science Photo Library



1998: MSIS-rapporten melder om at færre hivpositive utvikler aids og at aids-pasienter lever lenger. Her kommenterer professorene Stig Frøland (til høyre) og Johan N. Bruun. Foto: Erik Johansen/NTBScanpix



Arkitekten: Arve Lystad, tidligere avdelingsoverlege ved Statens institutt for folkehelse og professor i forebyggende infeksjonsmedisin, bygget i 1970-årene opp MSIS. Foto: Olav Olsen/Aftenposten/NTBScanpix

MODERNISERES. Erfaring fra blant annet utbruddet av Giardia i Bergen i 2004, viser at MSIS ikke er et godt nok verktøy for å varsle utbrudd. Å dyrke prøver tar tid, og de fleste meldingene sendes i dag med postgang. Utviklingsprosjekter er i gang for å effektivisere meldingene.

I en verden med mye reising og migrasjon er det fremdeles viktig å holde oversikt over smittestoffer som kan gi alvorlig sykdom.

Folkehelseinstituttet har en egen døgnåpen telefontjeneste for helsepersonell som har spørsmål om smitte som ikke kan vente til vanlig kontortid:

Smittevernvakta: 21 07 63 48.

I vanlig kontortid: 21 07 70 00 ●

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: MSIS, Folkehelseinstituttet, A Løvlie, H Blystad, T Bruun: MSIS fyller 40 år, Tidsskrift for Den norske legeforening, 10. desember 2015



Sprek: Vil yoga hjelpe mot svangerskapsforgiftning?

- 0 poeng** Elendig. Hva med en karriere i shipping i stedet?
- 1 poeng** Dårlig. Sjekk at du virkelig er autorisert.
- 2 poeng** Ikke bra. Hold deg på vaktrommet og lat som du dokumenterer.
- 3 poeng** Greit. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 4 poeng** Ikke så verst. Og du er sikkert god til å stekte vaffer.
- 5 poeng** Bra. Med litt selvdisciplin kan du sikkert bli like god som kommuneoverlegen.
- 6 poeng** Meget godt. Hvis lønna er grei, kan du holde ut litt til.
- 7 poeng** Lovende. Hvis du i tillegg liker folk, kan du bli institusjonens ansikt utad.
- 8 poeng** Flott. Pasientene kan ikke få nok av deg!
- 9 poeng** Imponerende. Har du spurt om lønnsforhøyelse?
- 10 poeng** Suverent. Du er et vandrende medisinsk oppslagsverk! Eller kikket du?

Svar: 1C, 2C, 3A, 4B, 5A, 6B, 7B, 8C, 9C, 10A



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva gir blodet dets røde farge?

- A Trombocytter
- B Leukocytter
- C Erytrocytter

2 Hva lider man av ved amusi?

- A Asymmetriske kjønnslepper
- B Enzymmangel
- C Tonedøvhhet

3 Et annet ord for sårskorpe?

- A Crusta
- B Scrotum
- C Epidermis

4 Anus betyr endetarms-åpning, men også:

- A Skrukkete tekstur
- B Sirkulær form
- C Illeluktende

5 Hva kommer det greske ordet anatomi av?

- A Oppskjæring
- B Oversikt
- C Kroppsdeler

6 Hva savner Norsk Sykepleierforbund ved regjeringens prioritetsmelding?

- A Høyere lønn og mindre helgejobbing
- B Større satsing på forebygging og kronikere
- C Mer omsorg i helsetjenestene

7 Halvparten av sykepleierne i sykehjem og hjemmetjeneste vurderer å slutte. Hva oppgir flest som hovedgrunn?

- A Dårlig lønn og for lange vakter

- B Tidspress og få sykepleiere på jobb
- C Kjedelige pasienter og for mange kaffepauser

8 Hvor mange studier har vist en sammenheng mellom mors inntak av paracetamol under svangerskapet og at barnet får ADHD?

- A Ingen
- B 1
- C 4

9 Hva kan ifølge ny studie forebygge svangerskapsforgiftning?

- A At far og mor unngår kranling mot slutten av svangerskapet
- B Yogaøvelser under hele graviditeten
- C Inntak av probiotiske melkeprodukter under svangerskapet

10 Nordvest-Russland har hatt miltbrannutbrudd i sommer. Når hadde Norge sist et slikt alvorlig utbrudd blant dyr?

- A 1937
- B 1973
- C 2001

Randis hypokonderkryssord

☺	KVIN- NER TEST	▼	KARET	▼	SØTLIG	FUGL KJEM- SYMB.	▼	LIDEL- SE	FUGL DEN GANG	▼	PS	SYKD.	HINNE	SVAR	ORG. SPA- SERER	▼	STØL	TØM- MING	DRIKK	ENE- BOERE
HÅND- VASK	▶			▼			▼			▼					▼					
▶			HELSE- ARBEI- DERE	▶																
SINT FORF.	▶		SVAR UTEN- OM	▶		POL.P. DYR	▶		ORG.	KVES- TET	BANN- ORD		MÅL	▶		RYDDE			SKØY	
AV- LIVER	▶			▼				LUKTET	▶											
LEVER		LUTE	▶					VÆSKE BRUK- KET	▶				SLEKT- NING		BE- HAND- LING	▶				
▶		PÅ FLY LYS- KILDE	▶		PLASS MORO	▶				ORG.	KJEM- SYMB.	▶			VESEN NÆR- ING	▶				ØKE
RED- SKAP	▶			DRIKK		VÆR- ELSE FRED	▶								UKJENT	AMMET	▶			
UTVEKS- TER BUTIK- KER	▶			▼				SKIPS- FORK.	▶				BIB- NAVN	▶			VØRE	▶		
▶																				

Se løsning på kryssord side 98.



Meninger

Del 4 Sykepleien 08 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Synliggjør: Trine Jak-
land Graff ønsker å synlig-
gjøre hvordan det egentlig
står til i eldreomsorgen.
Foto: Erik M. Sundt

Verdighetsvokteren

Blogger. Trine J. Graff trosser psoriasisleddgikten og engasjerer seg for de sykeste eldre. **84**



Tidlig hjelp. Psy-
kisk helsehjelp er
lite tilgjengelig før
det «smeller». **82**



**«Sykepleie-
forskning har
ikke endret
praksis i
betydelig grad.»**

Marit Leegaard,
forskningsredaktør.
81



Media. Et sjokk å
få arbeidsplassen
på trykk. **79**



NOVA-rapporten. Løsningen på bemanningsproblemet er enkel: Høyere lønn, bedre rammevilkår for ledere og faste heltidsstillinger.

Høies valg



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Underbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien er selvforsterkende. Det er hovedkonklusjonen i Velferdsforskningsinstituttet NOVAs rapport «Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem». Rapporten forteller oss at halvparten av 4945 sykepleiere som deltok i en spørreundersøkelse i mars 2016, ga uttrykk for at de vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.

Når vi så ser NAVs tall som viser at sykepleiere er den yrkesgruppen som har flest ubesatte stillinger, og SSB som varsler at det vil mangle 100 000 innen pleie- og omsorgssektoren i 2060, da tegnes det et utfordrende bilde av fremtiden til norsk helse- og omsorgssektor.

PÅ TIDE MED HANDLING. På bakgrunn av dette er det derfor rimelig å anta at sykepleiere lettere og lettere kan få jobb der de ønsker. Og sykehjem og hjemmesykepleien kan i økende grad bli taperne i konkurransen om utdannet arbeidskraft innen helse- og sosialsektoren, viser NOVA-rapporten.

Det er både skremmende og trist, men også betryggende, at rapportens konklusjoner bekrefter det vi allerede vet. Det kommer ikke frem noe nytt. Først og fremst viser rapporten at det nå er på tide med handling, og det må handles raskt!

TRE TILTAK Å SATSE PÅ. Hva skal så til for å løse dette på kort og lang sikt? Svaret er lett, det krever bare vilje og gjennomføringsevne, det kreves et sykepleierløft.

«Det virker som om Bent Høie ikke mener lønn betyr noe for oss.»

NSF har i lang tid pekt på flere områder hvor det er viktig å satse, men først og fremst er det tre tiltak som må til: høyere lønn, bedre rammevilkår for ledere av sykepleietjenesten og faste heltidsstillinger. Viktigst av disse er lønnen. Med de tre på plass er vi på god vei til å løse utfordringene NOVA, NAV og SSB lister opp.

Problemet er bare at helse- og omsorgsminister Bent Høie ikke er så entusiastisk. Under NSF's debatt på Arendalsuka i august erkjente han at funnene i NOVA-rapporten var veldig spennende. Han poengterte at det som ble sagt av dem som vil slutte, må tas som en klar advarsel og et signal om at det er for stor variasjon på tjenestene i helse- og omsorgssektoren. Spørsmålet er om Høie tar signalet han selv erkjenner, og svaret er nei.

GLEMMER DET VIKTIGSTE. Høie peker på at det som skal til for å løse problemet, er kompetanseheving, videreutdanning og lederutdanning. Dette er viktig og bra, men han glemmer det viktigste: lønn. Det virker som om Høie ikke mener lønn betyr noe for oss. Selvfølgelig gjør den det, akkurat slik den gjør for alle andre yrkesgrupper. Vi har en kompetanse som er attraktiv langt utenfor helse- og omsorgssektoren. Da er det bare naturlig at mange av våre kollegaer velger andre jobber der de får bedre betalt, heltidsstillinger og gode arbeidstider.

Statssekretær Lisbeth Normann sier til Dagbladet 22. august at det ikke er Helse- og omsorgsdepartementet som bevilger lønn. Det har hun rett i. Men departementet kan sende signaler. Hun sier at departementet har sendt signaler om kompetanseheving og at det skal bli mer attraktivt for sykepleierne. Hva hun legger i attraktivt, det vil hun ikke si. Det Normann derimot har sendt signaler om, er at halvparten tross alt trives. Dette er for defensivt.

Høie har nå et valg. Skal han, som sine forgjengere, fortsette å styre skuta etter den samme kursen, vel vitende om hva NOVA, NAV og SSB sier om fremtiden? Eller skal han gripe roret, endre kurs og gi sykepleierne den lønnen og arbeidsplassen de fortjener og samfunnet trenger? ●



Fakta

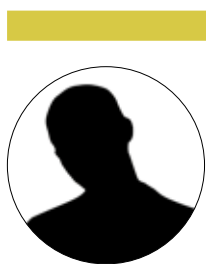
Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Kritikk. Hva gjør man når kollegaer og arbeidsplass blir ribbet for all faglig integritet?

Å få arbeidsplassen på trykk



Fakta

Siw Anita

Anonym sykepleier
(Redaksjonen har navnet)

De siste tre årene har jeg arbeidet som sykepleier i hjemmesykepleien. Ut ifra mine erfaringer gjennom 10 år i jobb, er vi gjennomsnittlig godt bemannet med sykepleiere i det daglige. Jeg har disse tre årene ansett meg som heldig som har kunnet arbeide i lag med faglige sterke kollegaer, både sykepleiere og helsefagarbeidere. Men i 2016 fikk denne oppfatningen av min egen arbeidsplass et kraftig skudd for baugen.

I en artikkel omhandlende etikk og sykepleierens evne til å se pasienten, kunne jeg lese om mine egne kollegaer som ikke har ytet etter sin beste evne eller observasjoner. Tvert imot, her blir de ribbet for all sin faglige og personlige integritet, og det blir satt spørsmålstegn ved om de har sykepleiefaglig, medisinsk, psykologisk og kommunikativ kompetanse.

IMØTEGÅ. Hvordan skal man imøtegå slike anklager om sine kollegaer, var mine tanker etter at jeg hadde lest artikkelen. For det var ingen tvil om at det var min arbeidsplass og mine kollegaer det var skrevet om. På tross av pseudonymet på navnet til pasienten som var hovedpersonen i artikkelen, gjenkjente jeg raskt min egen arbeidsplass ut ifra de opplysningene som gikk gjennom teksten. Hadde mine

kollegaer sviktet så til de grader som det kom frem i artikkelen?

Den negative opplevelsen en pårørende har av vårt arbeid, klarer vi vanskelig å endre i sykepleieryrket. Her har vi intet annet valg enn å ta det til oss, prøve å forstå kritikken vi har fått og slik endre vårt arbeid i det daglige. Vi har ingen muligheter til å forsware eller å dokumentere offentlig det arbeidet vi har gjort, da både de etiske hensynene og lovverket setter en stopper for dette.

Jeg har aldri vært den som har ytret meg stort om sykepleieetikk i mitt daglige virke som sykepleier. For meg er sykepleieetikk noe som jeg har ansett for å være livsnerven i mitt arbeid. Men å lese at vårt «tidspress» gjorde at vi ikke så pasienten og at vi muligens innehar en hverdagskultur som hindrer oss fra en optimal utøvende sykepleie, gjorde at jeg måtte gå noen runder med meg selv. Er dette noe som vi må sette i system og diskutere på arbeidsplassen?

«Det er pårørendes rett å være uenig i det arbeidet vi har utført.»

SELVKRITIKK. Da jeg først leste artikkelen, følte jeg meg overkjørt. Overkjørt av karakteristikken av mine kollegaer og meg, som jeg ikke kjente meg igjen i. Hvordan kunne artikkelforfatteren snu det arbeidet vi gjør så på hodet og påstå at vi egentlig ikke kan noe? Det jeg endte opp med, er at dette er en pårørendes rett, retten til å være uenig i det arbeidet vi har utført. Retten til å være opprørt over at vi ikke har tatt godt nok vare på denne pårørende og imøtegått denne personens behov for informasjon og behov. Å få publisert en slik historie som omhandler oss selv, er en god anledning til å gå gjennom den tjenesten vi utfører. Hva kunne vi ha gjort bedre? Hvordan løser vi de utfordringene vi har? Dette blir særdeles viktig i de kommende årene hvor det blir flere som ønsker å bo hjemme.

Jeg er fortsatt en del av en tjeneste der jeg arbeider med faglige sterke kollegaer, på alle de nevnte planene, og jeg anser fortsatt meg selv som heldig fordi: Jeg har kollegaer som ser nedstemthet og tar tak i det. Jeg har kollegaer som kan fortelle meg hvilken innsats vi skal gjøre til pasienter med demens. Jeg har kollegaer som fokuserer på egenmestring, og jeg har kollegaer som på tross av dårlige hjemmesituasjoner tilrettelegger for den beste medisinske og sykepleiefaglige utøvelsen. ●



Opp eller ned. Gir høg lønn automatisk statusopptrykk?

Statusfall?



Fakta

**Anders
Folkestad**

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Vi må få høgare status! Stadig høyrer vi ropet frå sjukepleiarar, som klagar over at dei ikkje blir lytta til. Ei anna stor yrkesgruppe, lærarane, er også ofte på banen med krav om å få tilbake den tapte statusen. Begge grupper har sine gode grunnar. Problemet er at for kvar gong dei ropar på høgare status, fell den eit hakk til. Status er ikkje noko ein får, men noko ein oppnår.

STATUS KAN VERE SÅ MANGT. Men grovt sagt handlar status om korleis eit yrke eller ein person blir vurdert og rangert i forhold til andre.

For litt sidan møtte eg med ein kjenning som fortalde at han hadde slutta å undervise, og begynt i helse- og omsorg. «Det er inga klassereise», sa han. «Snarare ein overgang frå eitt lågstatus-område til eit anna». Innvendingane mine om viktig og nødvendig arbeid, interessante oppgåver og trygge jobbar, gjekk ikkje inn.

Det seier sitt når Aftenposten i eit intervju (26.8) stiller følgjande spørsmål til byråden for utvikling i Oslo: «Hva er ditt råd til en sykepleier eller en lærer som vil flytte til Oslo?» Spørsmålet signaliserer tydeleg at dette er grupper som ikkje kan ha råd til å bu i Oslo.

Men gir høg lønn automatisk statusopptrykk? Aksjemeklarar har visst superlønn. Har dei superstatus? Neppe. Men aksjemeklarane har ein fordel: Dei er få. Er sjukepleiarane rett og slett for mange til å oppnå høg status? I alle fall blir dette stadig brukt som argument mot å heve lønna: Dei er for mange. Det

heller vere tøffe fagfolk. Dei vil heller bli samanlikna med legar enn med hjelpepleiarar. Og dei vil heller arbeide i sjukehus enn i heimesjukepleie.

I Dagbladet (27.8) skriv sosiologen Julia Orupado mellom anna om mannsjobbar og kvinnejobbar. Ho viser til ambisøse sjukepleiestudentar «som aldri hadde holdt en klut i hånda». Dei vil bli assosierte med teknisk kompetanse «som innbefattet instrumenter, maskiner og standardiserte prosedyrer i en sykehuskontekst fremfor en «ren» omsorgsrelasjon til pasienten». Eit identitetsskifte er på gang: «Å være ambisiøs sykepleier, forbindes med idealer som ikke lenger er koplet til feminitet», seier Orupado.

MEN KVA LIGG BAK? Er det ei offerrolle dei vil vekk frå? Eller handlar det rett og slett om at arbeid med og for folk er statusdrepende og lønnsheemde? Samfunnet er innretta slik at det først og fremst er spesialisert arbeid med teknologi og ting som gir status.

Difor blir sjukehusa meir attraktive enn andre delar av helsevesenet. Karriere blir knytt til teknologi og avansert behandling, aller helst på store sjukehus der ingeniøren er i ferd med å bli like viktig som sjukepleieren.

I dette perspektivet er det ikkje underleg at sjukepleiestudentar vel vekk kommunehelsetenesta og eldreomsorga. Heller ikkje at erfarne sjukepleiarar jaktar på andre oppgåver. Halvparten seier dei vil slutte, ifølgje ein rapport frå NOVA. Kor mange som realiserer flytteplanane, er ei anna sak. Men varselet er i seg sjølv nok til å forsterke inntrykket av statusfall.

Kor lenge kan vi leve med at omsorg og pleie i kommunane har låg status blant sjukepleiarar? Til krisa slår til, eller til teknologien har gjort sitt varsla inntog, og lokka fleire menn til jobbane? ●

«Sjukepleiarar vil heller vere tøffe fagfolk.»

blir for dyrt. Det seier både arbeidsgjevarar og politikarar.

Om den økonomiske statusen er låg, er derimot tilliten til yrkesgruppa høg. Sjukepleiarar er kvardagsheltar, og lever framleis på Florence-ryet: Hjelpearar som er der når du treng dei. Yrkesgruppa blir hylla, men lønna er status quo: for låg.

TØFFE. Kanskje er dette årsaka til at sjukepleiarar, særleg yngre, helst vil kvitte seg med Florence-stempelet? Dei vil



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Går ikke fort nok. Vi trenger mer praksisrelevant forskning og mer forskningsrelevant praksis.

Implementering av forskningsresultater



Fakta

Marit Leegaard

Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og forskningsredaktør i Sykepleien.

Sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert. Det forutsetter at vi også bruker kunnskapen vi har opparbeidet gjennom erfaring når vi implementerer forskningsresultater. Vi må også ta hensyn til pasientenes ønsker og behov.

Hva betyr egentlig implementering? Professor og forskningsdirektør ved Senter for studier av problematferd og innovativ praksis, Terje Ogden, har beskrevet implementering som «aktive strategier for å iverksette intervensjoner og endre praksis i bestemte miljøer». Han sier også at om det ikke følger med strategier for implementering av nye retningslinjer, skal det mye til for at praksis blir endret. Derfor trenger vi mer praksisrelevant forskning og mer forskningsrelevant praksis.

LANGT IGJEN. Det er publisert mye forskning om hvordan vi kan implementere forskningsresultater i praksis. Fortsatt er det langt igjen til å kunne påstå at sykepleieforskning har endret praksis i betydelig grad. Et eksempel er forskning på vurdering av smerteintensitet hos postoperative pasienter. Kunnskapsbaserte retningslinjer som bygger på disse forskningsresultatene, ble introdusert for over 20 år siden. Anbefalingen er at pasientens smerte skal vurderes på en skala fra null til ti, hvor null er ingen smerte, og ti er verst tenkelige smerte. Dette bør gjøres preoperativt, slik at pasienten blir kjent med verktøyet, men også regelmessig postoperativt.

pasienter opplever fortsatt at smertelindringen ikke er god nok.

MODELL FOR SYKEHJEM. Senter for kunnskapsbasert praksis ved Avdeling for helse- og sosialfag på Høgskolen i Bergen har i flere år vært opptatt av hvordan vi kan få til mer implementering av kunnskapsbasert praksis i både utdanning og praksis. Denne satsingen resulterte i en tildeling på rundt 15 millioner kroner fra Norges forskningsråd. Pengene går til et prosjekt som skal finne gode modeller for å implementere kunnskapsbasert praksis ved norske sykehjem. Målet er at modellene kan brukes ved flere sykehjem. Senteret vil også utdanne ledere som kan være pådrivere for implementeringen i praksis.

Uten forankring i ledelse og miljøet i praksis, vil implementeringen være nærmest umulig. Når forskningen blir klinisk orientert, og sykepleierne ser at nye intervensjoner gir effekt, vil nok motivasjonen til å endre praksis øke tilsvarende.

Jeg vil gjerne gratulere miljøet ved Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen og ønsker dem lykke til med forskning som kan øke kvaliteten på sykepleie i sykehjem. ●

«Pasienter opplever fortsatt at smertelindringen ikke er god nok.»

HVORFOR ER DETTE VIKTIG? Jo, fordi smerteintensitet postoperativt er det bare pasienten med smerte som kan vurdere. Dermed er det bare pasienten som kan bidra til riktig og individuelt tilpasset smertebehandling. Flere sykehus har nå implementert smerteskalaen som en del av pasientdokumentasjonen. Likevel preges bruken av tilfeldigheter, og



Fakta

Fast skribent

Marit Leegaard
er fast skribent i Sykepleien.



Psykisk helsehjelp. Det er hjemme i kommunen håpet er, og det er der de praktiske løsningene finnes.

Hvor er hjelperne?



Fakta

Gunn Helen Kristiansen

Adjunkt, bygningsingeniør og bachelorstudent ved UiO-programmet for «Tverrfaglig kjønnsstudie»

Jeg mener at veien til tidlig innsats må gå gjennom kommunens hjelpeapparat, men kontaktinformasjon og opplysning om hjelpetilbudene som finnes virker ofte lite tilgjengelige.

Ved første henvendelse til psykisk helsehjelp er det mange som opplever at det er vanskelig å etablere kontakt. Folk finner ikke frem. De fleste vet at de må gå til fastlegen for å få en henvisning til spesialist. Men kommer de for tidlig, vil fastlegen høyst sannsynlig sende dem hjem igjen, med en resept. Ved stress og uro kan en kombinasjon av sykemelding og jobb ha positiv effekt. Hvis de har en god fastlege, ber han dem komme tilbake innen en uke. Hjemme der de bor fortsetter de å leve så normalt som mulig. Enda vet de ingenting om tilbudene i kommunen. Det er ikke sikkert fastlegen vet det heller. Enten blir folk bedre etter en stund eller så kan de bli verre.

SKREMMENDE MANGE. Med en kombinasjon av store psykiske påkjenninger og en viss arvelig disposisjon, kan tilstanden etter hvert bli svært alvorlig. Det finnes ingen eksakt vitenskap på området, men hvis fastlegen kjenner igjen noen av de tidlige symptomene på alvorlig psykisk sykdom, vil han henvise pasienten sin videre til spesialist som kan ordne med frivillig innleggelse, kartlegging og utredning. Men det er ofte lange ventelister. Hvis tiden går og pasienten i mellomtiden blir så syk at han mister grepet på virkeligheten, vil pårørende eller politiet måtte kjøre ham til legevakta, og derfra går turen gjerne

utagering. Når man nektes hjelp i en tidlig fase, er det ingen som forstår at man blir dårligere fordi man ikke fikk hjelp tidnok. Det burde enhver psykiater vite» sier en pasient.

FØR TVANG BLIR NØDVENDIG. Jeg mener at veien til tidlig innsats må gå gjennom kommunens hjelpeapparat. Det er i kommunen lavterskeltilbudene skal befinne seg. Det er hjemme i kommunen håpet er, og det er der de praktiske løsningene finnes. På kommunalt nivå skal det drives helsearbeid med vekt på forebygging og rehabilitering og da ofte i samarbeid med NAV. De fleste kommuner har et kontor for tjenestetildeling, og etter hvert skal alle kommuner overta mer av de oppgavene spesialisthelsetjenesten gjorde før. Det er viktig at alle landets borgere finner frem til disse tjenestene før de har blitt så syke at de må legges inn med tvang eller tar sitt eget liv.

GODE HJELPERE I KOMMUNEN. I kommunen finnes det gjerne flere frivillige organisasjoner og møteplasser hvor både friske og syke kan omgås hverandre. Venner og pårørende bor kanskje i samme kommune, eller pasienten kan skaffe nye venner og pårørende.

Alt dette er viktige ressurser som kan bidra til tilfriskning på pasientens egne premisser. For å få det til å virke er det en viktig ting som må på plass: Tilgjengelighet. Det må finnes en kontakttelefon som det er mulig for alle å nå frem på. Fastlegene må ha informasjon om dette nummeret slik at veien videre ikke nødvendigvis må gå via en henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Mange tror at en pille kan løse psykiske problemer. En pille fjerner bare symptomene og lindrer smerten. Det er pasienten som er ekspert i sitt eget liv, men noen ganger trenger vi gode hjelpere for å komme oss på beina igjen.

TILBUD OM RECOVERY. Recovery er en behandlings-filosofi som tar utgangspunkt i at hjelperne virkelig har tro på at pasientene kan mestre livet sitt og bli bedre. Utgangspunktet er alltid der hvor pasienten er nå. Målet er det pasienten selv som

«Det må finnes en kontakttelefon som det er mulig for alle å nå frem på.»

rett inn på en akuttavdeling på psykiatrisk sykehus. Dersom pasienten da vurderes til å være så forvirret at han er til fare for seg selv eller andre, eller at han ikke har samtykkekompetanse, blir han innlagt på tvangsparagraf.

«For mange blir det første møtet med psykisk helsevern og tvang så skremmende at de reagerer med motstand og

definerer. En psykolog sa til pasienten sin at hun bare kunne hjelpe til med 5 prosent, resten måtte pasienten gjøre selv. Det kan ta lang tid, og det forutsetter frivillighet og egeninnsats. Jeg mener at denne behandlingsfilosofien må gjennomsyre kommunens hjelpetilbud.

TIDLIG OG TILGJENGELIG HJELP. Det er viktig at brukerne får rask og riktig hjelp før symptomene blir for alvorlige. Det vil si at hun som kutter seg, men ikke dypt nok til å bli innlagt, skal få hjelp uten henvisninger og vedtak. Det er først da det blir et lavterskeltilbud.

De kommunale tjenestene er ikke ferdig utviklet ennå og vil ikke bli det heller med mindre alle forsøker å trekke i samme retning. Akkurat nå er selvsikring et stort problem, og disse pasientene blir fort kasteballer i behandlingssystemet fordi ingen ser helheten og ingenting henger sammen.

INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN. I kommunen skal det finnes en koordinator som kan lage en individuell behandlingsplan sammen med brukeren. Behandling på sykehuset er bare en liten del av denne planen, og da ofte forbundet med akutt krise, kanskje noe brukeren bør sette seg som mål å unngå.

Behandlingsteamet eller ansvarsgruppen kan bestå av fastlege eller psykiater, en sykepleier, en sosionom og en psykolog. Hvis de kommer tidlig i gang og alle bidrar regelmessig en time eller to hver uke, blir dette behandlingsopplegget langt billigere og forhåpentligvis også langt mer effektivt enn om behandlingen utsettes til det foreligger en diagnose.

TILGJENGELIG TELEFONNUMMER. Tenk om det kunne blitt like naturlig å oppsøke kommunens psykiske hjelpearbeidere som å gå til tannlegen? De fleste ville nok synes det var naturlig å ringe først, men hvor lett er det å finne nummeret?

I noen kommuner er hjelperne så utilgjengelige at pasientene først kommer i kontakt med dem etter å ha vært innlagt på psykiatrik. Samtidig vet vi at ved de fleste akutte henvendelser har de psykiske plagene vedvart i noe tid. Så hvorfor fikk ikke pasienten hjelp før det ble krise? ●



Tidlig hjelp: Hjelpen er ikke tilgjengelig før det blir krise, det må endres, mener kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox



På jobb: Trine Jakslan-
d Graff har dagli-
ge arbeidsøkter som
blogger og moderator
av facebook-siden
«Verdig eldreomsorg»
hjemme i sofaen.

De eldres digitale stemme

Blogger. Hva gjør du hvis du blir sykmeldt på ubestemt tid?
Sykepleier Trine Jakslan Graff engasjerer seg på
sosiale medier for en verdig eldreomsorg.

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M Sundt**





Trine Jaksland Graff

Hvorfor: Fordi hun engasjerer seg for en verdig eldreomsorg, til tross for egen sykdom.

Stilling: Sykmeldt sykepleier ved lindrende avdeling ved Bråset bo- og omsorgssenter. Administrator av facebooksidan «Verdig eldreomsorg» og med i «Eldrealliansen».

Utdanning: Hjelpepleier, sykepleier og psykodramaleder

Alder: 51



Det er det verste jeg har vært med på. Jeg har født tre barn, og fødselssmerter var ingenting i forhold!

Trine Jaksland Graff er midt i forklaringen om hvordan det kjentes å få hofta si ut av ledd. Det er bare et lite avsnitt i historien om hvordan livet med psoriasisleddgikt har artet seg.

Hun sitter med begge beina utstrakt i skinnssofaen i barndomshjemmet hun har overtatt i Bødalen ved Slemmestad i Røyken kommune. I fotenden slumrer den døve hunden Leo, en fem og et halvt år gammel cavalier king charles spaniel.

MISTET FAREN. – Det startet med psoriasisutslett i huden da jeg som 18-åring mistet faren min som var kreftsyk, forteller Graff.

Tapet gikk hardt inn på henne, men den mangeårige langrennsutøveren fortsatte å leve et aktivt liv ute i naturen. Hun bodde ni år på Tenerife og jobbet innen både reiseliv og salg før hun i 2005 utdannet seg til hjelpepleier.

«Nå har jeg nesten 70 000 følgere på Facebook, så det har i grunnen bare balla på seg.»

– Det var ingen ledige stillinger for hjelpepleiere der jeg ønsket å jobbe, så jeg utdannet meg til sykepleier i stedet.

Hun ble ferdig i 2010 og fikk jobb akkurat der hun ønsket, ved lindrende avdeling på Bråset bo- og omsorgssenter, hvor hun trivdes godt.

HOFTEPROTESER. Men livet suser ikke alltid av gårde som planlagt. Graff rakk bare å være sykepleier i et års tid før hun ble plaget av stadig økende smerter i høyre hofte. Hun fikk diagnosen psoriasisleddgikt, en type psoriasis som angriper leddene med betennelse, smerter og hevelser.

Det ble operasjon og hofteprotese i 2011. Så kom smertene i venstre hofte. Den ble skiftet i 2014. Da ble det komplikasjoner. Hofta gjorde veldig vondt i nesten ett år.

– Til slutt oppdaget legene denne sementlekkasjen.

Graff holder fram en hvit, skjelettaktig bit på størrelse med en halv fyrstikkeske.

En og en halv måned etter gikk den samme hofta ut av ledd med disse smertene som altså var verre enn fødslene. Det skjedde igjen to ganger til. Hun ble redd for å gå ut, redd for å snu seg for brått.

– Siste gangen nektet jeg å dra hjem fra Drammen sykehus.

Det var i fjor sommer. Da reopererte de henne og skiftet hofteskåla. Siden da har hofta sittet på plass.

STOR SORG. Men det verker i andre ledd også. Når hun våkner hver morgen, er hun stiv. Nå får hun jevnlig sprøyter med

biologiske legemidler som skal forhindre nye betennelser. I taket i stua henger røde bånd, såkalte red cores. En halv medisinalball ligger på gulvet.

– Jeg trener hver dag, men er avhengig av hvile også.

Graff har ikke kommet seg tilbake i jobb igjen, selv om hun mener det er flere ting hun kunne klart å gjøre. NAV og arbeidsgiver er ikke alltid like villige til å se mulighetene, synes hun.

– Min store sorg er at revmatologene råder meg til ikke å jobbe som sykepleier mer. Men jeg kunne jo gjort andre ting innen sykepleie!

Hun nevner blant annet refleksjonsgrupper for ansatte ved sykehjemmet eller pårørende grupper for dem som har en nær person med demens, hvor hun også kunne brukt utdanningen hun har innen psykodrama.

– Pårørende er en ressurs. Men ansatte i eldreomsorgen har ikke tid til å utnytte dem i dag, hevder hun.

AKTIV I SOFAEN. Nå har Graff vært sykmeldt i to og et halvt år. Siden 2014 har skinnssofaen i stua vært arbeidsplassen hennes. Nettbrett, en bærbar datamaskin eller mobiltelefonen er verktøyene hun trenger for å publisere de viktige ordene som viser hvordan det står til med Kommune-Norges eldreomsorg.

Hun tvitrer, publiserer bilder på Instagram og skriver innlegg på bloggen sin, som hun legger lenker til på facebook siden hun har døpt «Verdig eldreomsorg». Hun er også fast blogger på Sykepleiens nettsider, er med i ressursgruppa for eldre hos Norsk Sykepleierforbund (NSF) og i NSF's faggruppe for geriatri og demens.

– Jeg startet facebook siden fordi jeg var nødt til å finne på noe å gjøre. Ingen ville ha meg i yrkeslivet. Nå har jeg nesten 70 000 følgere på Facebook, så det har i grunnen bare balla på seg.

Hun har fått to gode hjelpeadministratorer på siden: Spesialsykepleier Anne Merete Hage og Anne Trine Smidsrød.

«SÅNN ER DET». Først kalte Graff facebook siden for «en verdig død», etter en opplevelse som student i praksis på et sykehus:

– Jeg fulgte en døende dame og skulle gå av vakt. «Da ringer vi vel etter en fastvakt som sitter hos henne i natt?» spurte jeg. «Nei», fikk jeg til svar. «Skal hun dø alene da?» spurte jeg. «Ja, sånn er det», var svaret.

Det gjorde sånn inntrykk på Graff at hun skrev et refleksjonsnotat om episoden.

– Jeg tenkte at jeg skulle aldri bli en sånn sykepleier som rettferdiggjør en faglig uforsvarlig handling med «sånn er det».

Etter at hun kom i jobb, opplevde hun flere episoder som hun reagerte på.

– På den palliative avdelingen jeg jobbet, fungerte det fint, men på andre avdelinger var det ikke alltid sykepleiere. Det var alltid én på huset, men hvis denne ble tilkalt, kunne det gå en halvtime før det kom noen. Dermed måtte døende pasienter med store smerter vente unødvendig lenge.



Sykehjemsplasser: Trine J. Graff med Eldrealliansen og TV2 på besøk i Åsnes kommune hvor de klarte å redde 15 sykehjemsplasser.



Modererer: Trine J. Graff sletter alt av kommentarer på Facebook og blogg som setter svake grupper opp mot hverandre.



Hofteproblem: Her blir Trine J. Graff fraktet hjem etter tredje hoftelukasjon, som skjedde da hun var på ferie i Portugal.

Graff fikk også som pårørende erfare hvordan eldreomsorgen fungerer:

– Svigermor ble sendt rundt som pakkepost i systemet like før sin død.

VIL VISE HVORDAN DET ER. – Hva vil du oppnå med engasjementet ditt?

– Jeg ønsker å synliggjøre hvordan det er i eldreomsorgen, og så vil jeg kjempe mot NPM (New Public Management: et system for organisering og finansiering, red. mrk.). Det har ikke noe i eldreomsorgen å gjøre. Folk er individer, ikke varer. Sverige har gått bort fra NPM, da kan Norge også klare det.

De personlige historiene som kommer til Graff, handler gjerne om slitne pårørende og om syke eldre som ikke får sykehjemsplass eller den hjelpen de trenger. Eller om de som må dele rom til tross for politikernes løfter om enkeltrom til alle. Mange havner mellom to stoler og blir sendt fra institusjon til institusjon, ofte i den mest sårbare tiden før døden inntreffer.

– Mange trodde jeg overdrev, men alle eksemplene som kommer til meg i form av e-poster og innlegg til bloggen fra både pasienter og pårørende, viser at det er mye som ikke er bra.

– Hvilke historier har gjort mest inntrykk på deg?
– Det er så mye at det er vanskelig å trekke fram enkeltsaker. Når jeg ser alle eksemplene, tenker jeg at det jeg holder på med, er på sin plass. Jeg føler at jeg har åpnet noen dører. Nå er det

«Jeg savner lojalitet mellom de ansatte, ikke bare mot ledelsen.»

eldreomsorg hver dag i media.

PLIKT Å SI FRA. Mange av henvendelsene er fra anonyme sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

– De er redde for å stå fram. Lojaliteten er helt utrolig sterk. Men det er noe som ikke stemmer hvis vi ikke skal kunne si ifra når lover og forskrifter brytes. Da har vi jo faktisk en plikt til å si ifra. Men de som gjør det, blir skvis ut eller får ikke jobb andre steder, sier Graff og legger til:

– Jeg savner lojalitet mellom de ansatte, ikke bare mot ledelsen. Jeg skulle ønske ansatte kunne gå sammen om å si ifra.

– Hva opprører deg mest med dagens eldreomsorg?





– At den er så lett å nedprioritere. Småligheten hos kommuneledelsen. Det er nok av byråkrati og folk i ledelsen, men altfor lav bemanning på golvet. På enkelte sykehjem kan det være én sykepleier på 40–50 pasienter.

BÅDE RØD OG BLÅ. – Hva ville du gjort hvis du var Bent Høie? Graff ler før hun blir stille en stund.

– Jeg ville sørget for at kommunene gjorde eldreomsorgen til et attraktivt sted å jobbe. Jeg ville sikret gode ledere som vet hva som foregår og som ser, hører på og får med seg de ansatte. Da blir det færre sykmeldinger også. Sykepleierne har for mange oppgaver utenom sykepleie, som å stryke tøy og lage mat. Ikke det at jeg er så fin på det, altså. Men det er unødvendig bruk av ressurser.

Hun tenker litt til mens hun serverer kaffe og hjemmebakter boller.

– Og så ville jeg skrotet NPM fortest mulig! Ingen dager er like i hjemmesykepleien og på sykehjem, det tar ikke NPM høyde for.

Graff forsøker å være politisk nøytral i engasjementet sitt, men har blitt beskyldt for å være både rød og blå. Som moderator av kommentarene på Facebook og bloggen har hun én regel hun overholder strengt:

– Jeg sletter alt av kommentarer som setter svake grupper opp mot hverandre. Dette handler om eldreomsorg, ikke innvandring, sier hun bestemt.

ELDREALLIANSEN. Den 22. juni i år ble det dratt i gang enda et eldreopprør som Trine Jaksland Graff var med på. Eldrealliansen ble stiftet. Foruten Graffs Verdig eldreomsorg, består den av lege Synne Bernhardt, Pårørendealliansen og Eldrekonvensjonen.

Alliansen er inspirert av pasient Asbjørn Krogsæther som nektet da Åsnes kommune ville sende ham hjem fra sykehjemmet. Kommunen hadde lagt ned 15 sykehjemsplasser, og Krogsæther startet seinere et opprør da en kvinne som ikke fikk sykehjemsplass døde hjemme. Eldrealliansen fikk TV2 med seg

«Min store sorg er at revmatologene råder meg til ikke å jobbe som sykepleier mer.»

og holdt et folkemøte på Sønsterud bofellesskap i Åsnes.

– Vi klarte å få de 15 sykehjemsplassene tilbake, sier Graff fornøyd.

De holdt et liknende folkemøte i forbindelse med nedskjæringene ved Furuset sykehjem i Oslo. Og seinere et i Kragerø etter at sykepleien.no i juli skrev om tidligere sykepleier Elisabeth Pedersen som mest av alt ønsket seg en sykehjemsplass. Resultatet ble at Pedersen fikk sykehjemsplassen sin. Foreløpig bare en midlertidig korttidsplass, men med lovnader om langtidsplass når det blir ledig.



BRUKER PRIVATE MIDLER. Eldrealliansen er ikke en organisasjon ennå, og alt som gjøres er basert på frivillighet.

– Vi bruker våre private midler når vi reiser og holder møter et sted.

Det fjerde møtet hadde Eldrealliansen sammen med Oslo legeförening og Eldre legers forening på Litteraturhuset i Oslo den 22. august. Politikere og fagfolk debatterte både verdigheten i eldreomsorgen og NPM, saker som Graff har vært med og løftet. Det var fullt hus.

– Legene forteller om kommuneadministrasjoner som overkjører det faglige skjønn. De blir ikke lyttet til når de sier at et menneske må på sykehjem. Vi sykepleiere merker det også. I utdanningen lærer vi å ivareta pasientens fysiske, sosiale og åndelige behov. Men i virkeligheten er det kun det fysiske som blir dekket.

– Hva blir det neste på programmet?

– I september skal jeg snakke på Sykepleierkongressen om hvordan man kan bruke sosiale medier. Den 1. november skal Eldrealliansen ha fakkeltog for en verdig eldreomsorg i alle de største byene. Det blir stort, og jeg håper mange blir med så dette blir synlig i hele Norge! ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 08 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger på nett:
sykepleienjobb.no



Oslo
universitetssykehus

Er du sykepleier og har lyst til å arbeide i utlandet en periode?

Seksjon for Behandlingsreiser

Sesongen 2017 har vi ledige engasjementsstillinger ved to behandlingssteder i utlandet: Balcova (Izmir, Tyrkia) og Igalo (Montenegro). Varighet på oppholdet i Balcova er ca. 1. april til 30. oktober, og i Igalo ca. 15. april til 15. oktober.

Behandlingsreisereis team på hvert behandlingssted består av en avdelingssykepleier og 4-6 sykepleiere. Pasientgruppen er voksne med revmatisk diagnose som er på 4 ukers behandlingsopphold. Teamet samarbeider med leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre behandlere på behandlingsstedet.

Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert

Arbeidsoppgaver

- Variert arbeid som omfatter forberedelse og mottak av pasientgrupper, individuell oppfølging av pasientene, undervisning, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselskapende tiltak.

Kvalifikasjoner

- Minimum 3-års erfaring etter endt grunnutdanning. Vi oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen revmatologi å søke.
- Det er ønskelig at søker har erfaring med undervisning.
- Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC.
- Arbeidsspråk: norsk og engelsk.

Vi tilbyr

- Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke.
- Turnusarbeid med bakvakt hjemme.
- Siden jobben er i utlandet følges landets helligdager.
- Lønn etter ansiennitet (Spekter).
- Ubekvem arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg.
- Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP.
- Det holdes to introduksjonsdager i Oslo før avreise og c.a 10 dagers opplæring på behandlingsstedet før første pasientgruppe ankommer.
- Det utbetales ikke kostgodtgjørelse.

Kontaktinfo: Hilde Mogan, seksjonsleder, tlf. 922 41 811 eller Kari Berg, ass.seksjonsleder, tlf. 916 06 980.

Ref.nr. 3155613127

Søknadsfrist: 30.09.2016

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



DU SKAL MERKE AT VI BRYR OSS

... Ikke minst når du mottar lønningen!

SAMMEN FORMER VI DIN DRØMMEJOBB

I Dedicare er vi overbevist om at du jobber best når du trives og selv har innflytelse over arbeidet ditt. Derfor er vi opptatt av smidighet og fleksibilitet. Våre sykepleiere velger selv om de vil jobbe heltid eller deltid, mye eller lite.

Godt betalt er det også! Dedicare innfrir allerede nå forbundets krav til lønn på 500.000 innen 2020.

Vi gir våre sykepleiere en grunnlønn på 500.000* og spesial-sykepleiere får minst 550.000.

SERIØSITET ER EN SELVFØLGE

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge og de fleste av landets kommuner, og er blant de eldste firmaene innenfor helsebemanning. I år feirer vi 20-års jubileum!

Dedicare tilbyr faste ansettelser, pensjonsavtale med KLP, gruppe-livsforsikring, ulykkesforsikring samt en rekke andre fordeler. Alle våre sykepleiere i Norge er ansatt i det norske selskapet – med fulle rettigheter.

Våre bemanningskonsulenter er sykepleiere som alle har erfaring fra helsevesenet. Deretter gjennomgår de en grundig opplæring før de begynner å jobbe med bemanning og rekruttering. Du får din egen faste kontaktperson som følger deg opp.

* I tillegg får du tillegg for ubekvem arbeidstid som følger tariffbestemmelsene og du har selv sagt rett til 5 uker ferie (12 % feriepenger).

HVA PASSER BEST FOR DEG?

Du bestemmer selv hvor og hvordan du vil arbeide, og vi gjør hva vi kan for å tilpasse vårt store tilbud til beste for deg.

Kanskje du vil jobbe ekstra mye en periode? Eller jobbe mer annenhver uke og tilsvarende mindre de andre ukene? Har du barn, er det viktig å tilpasse helgejobbing til barnas aktiviteter – og ikke minst kunne ta ferie når du vil. Gir du beskjed i god tid, vil det garantert ordne seg! Hos oss er det ikke noe som heter feriepuljer eller "vente til" 1. mai 2017..!

Hva med å jobbe i en annen landsdel en periode? Vi kan gi deg jobb nærmest hvor du vil i hele Norge. Vil du oppleve Lofoten, Nord-Norge eller Vestlandet – et skisted om vinteren og svaberg om sommeren? Alt er mulig, og i slike tilfeller dekker vi både pendlerreise og pendlerbolig.

TRYGGHET

Våre ansatte fortjener det aller beste, og vi tar oppgaven alvorlig med å matche din kompetanse med den riktige stillingen. Ønsker du å utvide kompetansen din, hjelper vi til med dette og tilbyr både internopplæring og fagkurs. Og, du blir selvsagt aldri bedt om å ta en stilling på steder du ikke har lyst til å jobbe og bo.

Kort sagt: Er du hos oss, er du i de beste hender!

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse

MODUMBAD

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Sykepleier/vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % svangerskapsvikariat i ett år.
Tiltredelse 1. januar 2017.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum,
tlf. 32 74 97 00.



Søk elektronisk via www.modum-bad.no.
Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 22. september 2016

www.modum-bad.no



AKADEMIKLINIKEN

Vi ekspanderer ytterligere og søker

OPERASJONSSYKEPLEIER

HEL- ELLER DELTID

Akademikliniken er Nordens ledende innen estetisk og rekonstruktiv plastisk kirurgi og estetiske behandlinger. I tillegg til plastikkirurgi utfører vi også ortopedisk kirurgi på sykehuset i Oslo. Vi har spesialister med lang erfaring og benytter velutprøvde metoder basert på det seneste innen forskning. "Skjønnhet gjennom vitenskap" har alltid vært Akademiklinikens motto. Vi er innovative og leder utviklingen gjennom kontinuerlig forskning. Akademikliniken utdanner også plastikkirurger fra hele verden.

Vi er i sterk ekspansjon og søker operasjonssykepleier til vår kirurgiske avdeling / sykehus ved Ullevål Stadion i Oslo. Vi søker etter deg som er faglig sterk, lidenskapelig opptatt av jobben din, fleksibel, serviceinnstilt og evner å se arbeidsoppgaver selv. Høy faglig kompetanse og gode samarbeidsevner vektlegges. Relevant erfaring er ønskelig.

Vi tilbyr konkurransedyktig lønn, hyggelig miljø med fokus på faglig utvikling i nye og moderne lokaler.

Skriftlig søknad sendes pr mail til: marianne.tengs@akademikliniken.no

Søknadsfrist 30. september 2016



Veidekke er en av Skandinavias største entreprenører og eiendomsutviklere. Selskapet utfører alle typer bygg- og anleggsoppdrag, utvikler og selger boliger, vedlikeholder veier og produserer asfalt, pukk og grus. Involvement og lokalkunnskap kjennetegner virksomheten.

Til vår landsdekkende Bedriftshelsetjeneste, søker vi til vår virksomhet på Østlandet

Bedriftssykepleier

SØKNADSFRIST 26. september 2016

For mer informasjon, se veidekke-jobb.no
eller ta kontakt med: Bedriftssykepleier Trond Haugmark, 951 30 795 –
trond.haugmark@veidekke.no
Bedriftslege Kjell Aage Sørensen, 951 43 779 – kjell.sorensen@veidekke.no





Sykepleiefaglig rådgiver

Seksjon for Behandlingsreiser

100 % fast stilling ledig som sykepleiefaglig rådgiver.

Seksjon for Behandlingsreiser har som oppgave å organisere og kvalitetssikre behandlingstilbud til personer med definerte kroniske sykdommer i et varmt og solrikt klima. Tilbudet om behandlingsreiser gjelder for følgende diagnoser: Revmatisk inflammatoriske leddsykdommer hos barn, ungdom og voksne, psoriasis hos barn, ungdom og voksne, postpoliosyndrom og kroniske lungesykdommer og/eller atopisk eksem hos barn og ungdom.

For mer informasjon om behandlingsreiser se vår hjemmeside: www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser

Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingen skjer via epost.

Kun søkere som søker elektronisk via Webcruiter vil bli vurdert.

Arbeidsoppgaver

- Stillingen er tilknyttet Behandlingsreisens kontor i Oslo.
- Jobben innebærer papirhåndtering av søknader, gruppeplassering av søkere, besvare pasienttelefonen, kontakt med behandlingssteder, medansvar for ulike arbeidsoppgaver ved seksjonen.
- Stillingen innebærer noe reisevirksomhet.

Kvalifikasjoner

- Minimum 5-års erfaring etter endt grunnutdanning.

- Vi oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innenfor noen av fagfeltene revmatisme, psoriasis eller kroniske lungesykdommer å søke.

- Det forutsettes grunnleggende PC-kunnskaper.

Personlige egenskaper

- Vi ønsker oss en sykepleier som kan jobbe selvstendig, strukturert og målrettet.
- Søker må ha gode evner til samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid.
- Personlig egnethet vektlegges.

Språk

- Norsk
- Engelsk

Vi tilbyr

- Et godt tverrfaglig arbeidsmiljø i en liten og oversiktlig seksjon.
- Arbeidstid 37,5 timer/uke.
- Lønn etter avtale.
- Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP.

Kontaktinfo:

Ass. seksjonsleder Kari Berg, telefon 916 06 980 eller seksjonsleder Hilde Mogan, telefon 922 41 811.

Ref. nr.: 3184883362

Søknadsfrist: 07.10.2016

Søknader sendes elektronisk: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



SYKEHUSET ØSTFOLD

Vi søker:

Sykepleier med/uten videreutdanning
Psykiatrisk akuttmottak voksne

Refnr. 3171321572

Søknadsfrist: 18. september 2016

Mer info: www.sykehuset-ostfold.no/jobb



Voss sjukehus har ledig 100% fast stilling som:

Operasjonssykepleier

Voss sjukehus, Operasjonsavdelinga har ledig 100% fast stilling og vi søker etter ein stødig person som kan inngå i staben med dyktige medarbeidarar. Vi er for tida 34 tilsette fordelt på operasjonssykepleiarar, anestesisykepleiarar og assistentar/spesialreinhaldarar. Avdelinga har 4 operasjonsstover og sterilforsyning. Vi gjennomfører både elektiv og akutt kirurgi innan ortopedi, gastro/generellkirurgi og gynekologi.

Voss sjukehus er eit lokalsjukehus for om lag 30.000 innbyggjarar i indre Hordaland. I tillegg kjem det pasientar frå Bergen og kommunar i indre Sogn. Vi har full akuttberedskap og det er gode støttetenester innanfor radiologi, fysioterapiavdeling, rehabiliteringsteam og laboratorium med blodbank. Det er i underkant av 400 tilsette på sjukehuset. Voss sjukehus har hatt ein stor aktivitetsvekst og ønsker å fortsette den positive utviklinga.

Voss har om lag 14.000 innbyggjarar og staden har flott natur som gir særst gode høve til naturopplevingar og -aktivitetar både for born og vaksne, samt for ekstremsportutøvarar. Kulturlivet er rikt og variert, og det er eit godt utbygd skuletilbod.

Interessert?

Kontakt: Avdelingssykepleiar Tommy Bøe, telefon (+47) 56 53 37 92

Referansenr.: 3183765442 **Søknadsfrist:** 02.10.2016

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/jobb



SYKEPLEIERSTILLINGER

I HJEMMETJENESTEN OG LILLEHAMMER HELSEHUS

I LILLEHAMMER HELSEHUS har vi ledige sykepleierstillinger i ulike stillingsstørrelser både ved våre korttids- og langtidsavdelinger. Vi har langtidsavdelinger som er spesialisert innen psykogeriatr, innen demens og generell geriatri.

I HJEMMETJENESTEN er det hovedsakelig innen Hjemmesykepleien det er ledige sykepleierstillinger i ulike stillingsstørrelser.

I RESSURSAVDELINGEN er det ledige sykepleierstillinger for deg som liker å variere arbeidshverdagen med arbeid i ulike avdelinger, anbefalt tre ulike avdelinger.

Se fullstendig utlysningstekst på lillehammer.kommune.no/ledige-stillinger

Søknadsfrist: 25.09.2016



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo, i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

**Vi søker en førsteamanuensis/
førstelektor til avdelingen for
master, etter- og videreutdanning**

For å styrke fagmiljøet ved mastergradsprogrammet i avansert klinisk sykepleie og høgskolens videreutdanning, vil høgskolen øke antall ansatte som kombinerer akademisk og klinisk kompetanse.

Noen ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Videreutvikle mastergradsprogrammet i avansert klinisk sykepleie, og spesielt innenfor spesialisering i allmennsykepleie
- Videreutvikle høgskolens kliniske videreutdanninger

Søknadsfrist 22. september 2016.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger



*Bli en del av
teamet vårt!*



Hurum kommune ønsker å bygge en solid
helsetjeneste og søker derfor etter:

SYKEPLEIERE

Vi trenger flere dyktige sykepleiere til
heldøgnsomsorg, hjemmetjeneste og
rehabiliteringsavdeling. Du kan velge selv
hvor du ønsker å jobbe.

Søknadsfrist:
22. september



Mer informasjon om stillingen finner du på:
www.hurum.kommune.no

Vi søker etter deg som:

- Er omsorgsfull, pliktoppfyllende og god på samarbeid
- Har faglig engasjement og interesse for kommunehelsetjenesten
- Ser viktigheten av helhetlig sykepleie
- Møter kollegaer, pasienter og pårørende på en god måte
- Er fleksibel og handlekraftig
- Liker utfordringer og trives med å jobbe i et travelt miljø
- Er selvstendig, tar initiativ og raskt kan være med på å bidra

Kvalifikasjonskrav:

- Relevant utdanning på høyskolenivå
- Norsk autorisasjon
- Gyldig førerkort dersom du velger hjemmetjeneste
- Relevant erfaring som sykepleier
- God muntlig og skriftlig framstillingsevne

Vi tilbyr:

- Arbeidstidsmodell som gjør det mulig å velge stillingsstørrelse og påvirke egen turnus
- Raust arbeidsmiljø med mye humor
- Godt fagmiljø og tverrfaglig samarbeid
- Konkurransedyktig lønn
- Gode treningsavtaler
- Mulighet for leie av hytter i inn- og utland
- Full barnehagedekning



**Hurum
kommune**



Fakultet for helse-og sosialvitenskap

Opptak til studier våren 2017

Søknadsfrist 1.oktober

Videreutdanninger

- Anestesisykepleie, 90 studiepoeng – heltid
- Intensivsykepleie, 90 studiepoeng – heltid
- Operasjonssykepleie, 90 studiepoeng – heltid

Oppdatert informasjon om Fakultetets utdanningstilbud og søknadsprosess
finner du her:

Intensivsykepleie <http://www.ntnu.no/studier/spvis1>

Anestesisykepleie <http://www.ntnu.no/studier/spvas1>

Operasjonssykepleie <http://www.ntnu.no/studier/spvos1>



I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no



STOPP TRYKKSÅR-DAGEN 2016

I anledning den internasjonale trykksårdagen, "Stop Pressure Ulcer Day" tilbyr NIFS, i samarbeid med Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, kurs i forebygging og behandling av trykksår, samt generelle sårbehandlingsprinsipper. Programmet er spennende og variert med anerkjente norske og utenlandske forelesere.

Dato: Torsdag 17.november 2016

Tid: 09:00 - 16:00

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, Oslo

Pris: 800kr (NIFS-medlem) / 1000 kr (ikke medlem)

Målgruppe:

Helsepersonell som behandler sår og arbeider med trykksårforebygging i både primær og spesialisthelsetjenesten. Det er søkt meritterende timer hos Den norske Legerforening, NSF og Fagforbundet

Antall deltagere: 140

Kurs kontakt: [Kristin Solstad kristi@ksci.no](mailto:Kristin.Solstad.kristi@ksci.no)

Påmelding og program: www.ksci.no

Påmeldingsfrist 10.11.2016



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder
rundt i landet. Se hjemmesiden for mer
informasjon [mediayoga.no](http://www.mediayoga.no)
+46 85 40 882 80





Se flere
stillinger på
nett!

Brukervennlig stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no er finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobilen som hjemme foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

Sykepleien jobb.no

HjelpemiddelMessa ØST

Norges Handikapforbund

Besøk HjelpemiddelMessa Øst 2016!

Mandag 17. oktober (12-19)

Tirsdag 18. oktober (11-16)

Vi har med oss leverandører fra hele hjelpemiddelområdet. Enten du i din jobb trenger hjelpemidler for løfting av pasienter, er på jakt etter terrenggående kjøretøy for rullestolbrukere eller trenger hjelpemidler innenfor kommunikasjon og kognisjon har vi noe for deg! Fagprogrammet byr blant annet på forbundsleder i Ergoterapeutene Nils Erik Ness og Lars Rovik Ødegård fra Ekspertutvalget for gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken, og det blir oppvisning fra Norske Servicehunder..

Norges Varemesse i Lillestrøm • Fri entre

Norges
Handikapforbund

oslo.nhf.no

HjelpemiddelMessa Øst 2016



Kull 15 starter opp 25-26. januar 2017

Søknadsfrist: 1. november 2016



Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser.
Helse Sør-Øst RHF

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning. Disse blir fordelt på 11 seminar dager og 6 veiledningsdager. Kursbevis utstedes etter 80 % oppmøte på forelesningene og 100 % oppmøte på veiledning. Veilederne har lang erfaring innen behandling av spiseforstyrrelser og har veilederkompetanse. Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Fullstendig program vil foreligge i løpet av høsten 2016 på våre hjemmesider www.rasp.no, under **undervisningstilbud**. Oppstartseminar på Thon Ullevål Stadion hotell 25. og 26. januar 2017, med en overnatting. Øvrige seminar dager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 3000,00.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltagelsen.

Arbeidsgiver må i sin helhet dekke reisekostnader. Det er ingen eksamen eller vektallsystem. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning. Det vil bli søkt om godkjenning hos de respektive foreninger og forbund.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull, og mer informasjon om selve kurset, henvises det til **undervisningstilbud** på vår nettside www.rasp.no, og utlysningstekst på nettverkskalenderen på www.rasp.no.

Søknad: Det må søkes via et **elektronisk påmeldingsskjema** som det ligger lenke til på RASP sin side i utlysningsteksten. Uttak av deltagere skjer etter at søknadsfrist har gått ut **01. nov 2016**.

Kontaktpersoner:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf 23 01 62 24,
e-post: eliha@ous-hf.no eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post: uxskhe@ous-hf.no

Klar for høsten?

Kjøp utstyret ditt hos
vaktrommet.no!



www.vt-medical.com
AKTROMMET

Møter du mennesker som har det vanskelig?

Da kan din kunnskap om selvhjelp være til stor nytte.

Selvhjelpsgrupper er et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er slike selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Planens visjon er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan vi kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem? Kontakt oss for mer informasjon eller besøk eller bestill materiell på våre nettsider. Vår kunnskap og bistand er kostnadsfri.

Finn selvorganiserte selvhjelpsgrupper i Norge her: selvhjelp.no/grupper





Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon
TERAPI • PEDAGOGISK • INTERMODAL PSYKODRAMA

Ny videreutdanning i Kunst og Uttrykksmetoder i Coaching og Teamarbeid (60 stp.) ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Campus Drammen juni 2017

Forkursene er for deg som er nysgjerrig på bruk av kunst- og uttrykksmetoder i arbeidslivet. Det er obligatorisk med forkurs om du ønsker å søke videreutdanningen.

14 – 16 oktober 2016 er temaet **coaching for indre og yttre bæreevne**. Vi vil jobbe med kunstbaserte verktøy for å uttrykke en visjon. Vi ser på sammenhenger mellom indre og ytre ressurser for dypere motivasjon, inspirasjon og omsorg.

Lærere: Per Espen Stoknes, PhD, psykolog og kunst- og uttrykkspedagog og Anne Solgaard, MSc, kunst og uttrykkspedagog med fokus på dans

18 – 20 november 2016 setter vi søkelyset på **sykefravær og person-orientert teamledelse**. Kurset passer spesielt godt for prosjektledere, personalledere, ledere i helsevesenet, rådgivere og du som ønsker å nytte kreativiteten din som en ressurs på jobb.

Lærere: Anne Solgaard, MSc, kunst og uttrykkspedagog med fokus på dans og Eva Amundsen, Spesialist i klinisk psykologi, kunst- og uttrykks terapeut og lærer i mindfulness

Søknadsfrist 25.9 og 25.10

Påmelding Tlf: 905 71 447 tirsdager kl 9-15

Email: nikut@online.no / For mer info. www.nikut.org

Sted: Høgskolen i Drammen



**Et trygt
og godt
yrkesvalg!**

Ny nettbrettutgave av **yrke:sykepleier**

Vurderer du å bli sykepleier, eller ta mer utdanning?

Da bør du sjekke ut vår oppdaterte app.

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

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

Les mer i Sykepleiens app for nettbrett.

Sykepleien

LIKER DU INDISK MAT?

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrevet «**hit skal vi igjen**».



Klipp ut annonsen for en overraskelse når du spiser hos oss! Vi leverer mat til store og små selskaper.

Welhavens gate 2, 0166 Oslo,
Tlf.: 22 20 96 08
dollybal73@gmail.com



Løsning på kryssord i nummer 08/2016 (se side 76).

Y	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
TEST	D	GART	S	RTU	ALU	ALU	T	LOC	ALU	Ø	PS	SYND	HAINE	SVAR	ØRE	N	ØST	TØR	ØR	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	



Hvor digital er du?

Vi ser på lesertallene at bladet leses av mange, men mange leser det også digitalt. Lesertallene på nett har nesten doblet seg på ett år!

Våre nettsider fungerer bra på både desktop, brett og mobil. Og på Sykepleienjobb er det enkelt å følge med på ledige stillinger. Vi bruker nyhetsbrev og Facebook for å holde sykepleierne oppdaterte om hva som skjer. De som ønsker å lese bladet digitalt kan bruke vår app for nettbrett. Her er det enkelt å finne frem til eldre utgaver og spesialutgavene etikk, yrke og tema.

Har du blitt digital og ikke lenger leser papiirutgaven kan du stanse bladet ved å logge deg inn på min side på NSF.no. Du kan når som helst starte abonnementet igjen.

Vi skal uavhengig av kanal fortsette å lage saker som gir deg god innsikt, faglig påfyll og som engasjerer.

Hilsen redaksjonen

Har du blitt digital? Du kan si opp leveringen av papiirutgaven ved å logge inn på Mine sider på www.nsf.no.

Sykepleien



**...fordi jeg har vært
så flink på jobben i dag**

Det kan være mange grunner til å ta seg et glass eller to, men helsen din er ikke en av dem.

7 av 10 norske kvinner vet ikke at alkohol øker risikoen for kreft. Og det har ingen betydning om du drikker øl, vin eller sprit – det er alkoholen som er skadelig. De siste årene har vinforbruket blant kvinner tredoblet seg. Stadig mer forskning viser at alkohol øker risikoen for flere krefttyper, og selv et lavt forbruk kan øke risikoen for brystkreft.

Nyt livet. Lenge.

Les mer på kreftforeningen.no/alkohol



KREFTFORENINGEN

Vil du vite mer om
sammenhengen mellom
alkohol og kreft?

Kom innom på stand nr.1
på Sykepleierkongressen.