

Brudd- fangerne

Osteoporose. Egne sykepleiere i Oslo og Drammen fanger opp pasienter som brekker lett. **16**

● **Hva skjer**
Overdoseteamet i Trondheim. **34**

● **Sykepleie**
Gi pasienten bedre informasjon. **50**

● **Påfyll**
500 dør av forgiftning. **76**

● **Meninger**
Havnet i brødskeiv debatten. **92**





BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån, rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 2,10 %. Er du mellom 18–33, tilbyr vi deg BLU Start – boliglån til din første bolig, til enda lavere rente; 1,99 %

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

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,17 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.587.438.
BLU – Start (din første bolig): Effektiv rente 2,07 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.556.850
Prisene er per 01.03.2016 for nye lån og kan bli endret.





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

*bio-oil.com

▼ Anoro «GlaxoSmithKline»

C Adrenergikum + antikolinergikum.

ATC-nr.: R03A L03

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

Sist endret: 03.12.2015

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon:

22 70 20 00

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

* I den største av tre studier (n=905). Primært endepunkt: gjennomsnittlig endring fra baseline i trough FEV₁ på dag 169: Spiriva 93 ml, Anoro Ellipta 205 ml, forskjell 112 ml (p<0.001).

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

Dobbel bronkodilatator til symptomlindrende vedlikeholdsbehandling av kols³



ANORO[®] ELLIPTA[®]
umeklidinium/vilanterol

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



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



Større fysisk utholdenhet med muligheter for et mer aktivt liv²



Klar-til-bruk Ellipta inhalator³



1 inhalasjon daglig³

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

ANORO ELLIPTA er utviklet i samarbeid med  Theravance



©2015 GSK group of companies. All Rights Reserved.

For mer informasjon - besøk helse.gsk.no

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

RISSKOV **BIL**FERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



4★★★★ luksus
på Norefjell

Halvpensjon & SPA



🇳🇴 Hallingdal | Noresund

Special offer

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 middagsbuffet
- Entré til Bøeseter Bad & Trening
- Gratis internett

Ank. 01/05 - 29/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Book
NÅ!

SPAR OPP
TIL 850,-

Fra bare

1.449,-



1 x 2-retters meny inkludert

Fantastisk
jacuzzi

🇳🇴 Østlandet med Oslo | Kongsberg

Kultur i Kongsberg

Quality Hotel Grand Kongsberg ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny
- Kaffe etter middagen
- Gratis internett

Ank. 13/03 - 29/04-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 590,-

Fra bare

1.099,-



4 ★★★★★ storbyferie

Sentralt i
København

🇩🇰 København | København

Miniferie i København

Grand Hotel ★★★★★

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

Ank. 11/03 - 17/04-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR OPP
TIL 424,-

Fra bare

1.049,-



Populær
bestselger

Kultur og historie

Ank. 10/03 - 24/04-16 | Sesongtillegg fra 30 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



🇩🇪 Østersjøkysten | Lübeck

Superpris i Lübeck

TRYP Lübeck Aquamarin ★★★

Besøk hansabyen Lübeck, som i dag er en livlig
havneby fylt med hygge og historie

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 3-retters meny
- 1 x glass vin/øl til middagen
- Gratis parkering

Sjekk prisen!

SPAR OPP
TIL 434,-

Fra kun

719,-

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. • Gode bamerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

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



Inkl.
2 x 3-retters
meny/buffé

Tilgang til pool

🇩🇰 Nordjylland | Aabybro

Tilbud til Nord-Jylland

Hotel Søparken ★★★

Miniferie på et herlig moderne hotell i grønne omgivelser, perfekt for hvile og avkopling.

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

Ank. 15/03 - 18/12-16 | Sesongtillegg 80 NOK



FANTASIPRIS

SPAR ^{OPP}_{TIL} 1.091,-

Fra kun

669,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Natur, kultur & shopping

Spa-entré
inkludert

Supertilbud!

🇸🇪 Bohuslän | Uddevalla

SPA-luksus

Bohusgården ★★★★★

Opplev vestkysten av Sverige, skalldyrsmat, skjærgård, natur og rolige utfluktsmål.

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

Ank. 10/03 - 30/05-16 | Sesongtillegg 120 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 463,-

Fra kun

929,-



koselig
krosemester

Inklusive
2 x 2-retters

🇩🇰 Fyn og øyene | Vissenbjerg

Tilbud til Vissenbjerg

Vissenbjerg Storkro ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokost
- 2 x 2-retters meny / buffé
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 10/03 - 28/04-16 | Sesongtillegg 80 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 813,-

Fra kun

719,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn



Miniferie i
Värmland

🇸🇪 Värmland | Arvika

SPA i Arvika

Scandic Hotel Arvika ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 3-retters meny (dag 2)
- Kaffe ved ankomst
- Adgang til SPA og velvære

Ank. 10/03 - 16/12-16

SPAR ^{OPP}_{TIL} 242,-

Fra bare

1.249,-



Nytt deilig
SPA-avdeling

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





Manglende appetitt hos noen som står deg nær trenger ikke å føre til ufrivillig vekttap

Aldring er en del av livet. Men hva er naturlig aldring og hva er ikke? Naturlig aldring er å kunne ha et godt liv, også når man blir eldre. For å kunne oppnå dette kan det hjelpe å optimalisere næringsinntaket hvis man er skrøpelig og har gått ned i vekt.

Når kroppen og hjernen eldes, kan sansene svekkes og overskudd til å utføre daglige aktiviteter kan bli mindre. Selv om det ikke er mulig å stoppe verken tiden eller aldringsprosessen er det viktig å sikre behovet for næringsstoffer.

En aldrende mor eller far som ikke lenger har energi til å leke med barnebarnet, løse kryssord, gjøre hagearbeid eller å kunne nyte livet slik hun eller han pleide å gjøre, kan faktisk være skrøpelig.

Skrøpelighet kjennetegnes blant

annet av tretthet, uønsket vekttap og begrenset fysisk aktivitet. Tegn på skrøpelighet blir ofte feiltolket som normal aldring: "– Det er sannsynligvis slik det er å bli eldre?"

En eldre kropp kan ha vanskeligere for å ta opp enkelte næringsstoffer, og derfor kan det være behov for å optimalisere næringsinntaket.

Nutridrink er en vitenskapelig utviklet medisinsk næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler, som kroppen trenger.

Skrøpelige personer som har gått ned i vekt kan få god hjelp til å få tilbake tapte krefter og energi ved å supplere et måltid med Nutridrink. Tror du at noen som står deg nær er skrøpelig og underernært og kan ha nytte av å optimalisere næringsinntaket? Snakk med helsepersonell for å få mer informasjon.

Les mer om skrøpelighet på www.nutridrink.no



FAKTA
Protein 200 ml
300 kcal
18 g protein
Kjøpes på apotek eller
hos bandasjist

Medisinske næringsdrikker gir tilbake tapte krefter og energi

Innhold



03 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 10. mars

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 16** Forebygger nye brudd i Drammen
- 24** I nyhetene: Kritikerens Cathrine Krøger
- 26** Legemidler med uklar effekt
- 28** Mørketall om selvmord blant eldre
- 34** Forebygger overdoser i Trondheim
- 40** Jakten på skokoden
- 46** Øyeblikket



Historier om skokoder. **40**



Sykepleie

- 50** Brukermedvirkning krever informasjon
- 56** Ny screening gir sikrere diagnose
- 58** Sammendrag fra Sykepleien Forskning
- 60** Forskerintervju: Kjell Tore Hovik om Tourettes
- 62** Tverrfagleg praksis gjev auka innsikt
- 66** Etik: Døende med demens
- 68** Stressa sykepleiere i kommunene



Døende med demens. **66**



Påfyll

- 74** Sykepleiere lagde fest i Grand Prix
- 75** Liv laga: Gi meg en blank dings!
- 76** Forfatterintervju: Erik Andrew med bok om gift
- 78** Bokanmeldelser
- 79** Hva leser du nå, Inger Stulen?
- 80** Fakta: Hunt-undersøkelsene



Skrev bok om gift og forgiftninger. **76**



Meninger

- 84** Eli Gunhild By om medbestemmelsen
- 85** Lesermeninger
- 87** Minneord
- 88** Frå sidelina: Anders Folkestad om sosial dumping
- 89** Innspill: Remi Lønøy om psykisk helse
- 90** Kronikk: Terje Carlsen om omskjæring
- 92** Tett på Iren Luther
- 97** Sillingsannonser og kunngjøringer



Havnet i brødskivekrangelen. **92**

Forsideillustrasjon: Colourbox/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. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum.

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Apart. Folks behov for et skreddersydd helsetilbud vil ikke opphøre når de blir eldre. Men betyr det at vi må lage sykehjem for særgrupper?

Sære sykehjem er ikke svaret



Sist høst erklærte sykehjemmet Slottet i København seg formelt som Danmarks første «regnbuepleiehjem». Det vil gjøre en ekstra innsats for at homoseksuelle eldre skal føle seg hjemme. Både lesber, homser, biseksuelle og transseksuelle (forkortet LHBT) skal kunne bo der og være åpne om sin seksuelle legning.

TRYGGHET. Kim Friele, som i 1960 sto fram som Norges første lesbiske kvinne, fortalte i 2014 til Sykepleien at mange lesbiske og homofile går inn i skapet igjen når de blir eldre og havner på institusjon. De orker ikke flere runder med «Har du vært gift? Nei? Hvorfor ikke?», mente Friele. På et sykehjem der de er blant likesinnete, vil de slippe nettopp det. Bård Nylund, leder i Landslaget for lesbiske og homofile (LLH), er derfor positiv til ideen. Han mener at eldre homofile kan ha litt andre typer behov, og at et pleietilbud rettet mot denne gruppen kan gi homofile større trygghet i hverdagen.

Mens Slottet på Nørrebro også tar inn personer med heteroseksuell legning, har Stockholm et pleietilbud som kun er åpent for eldre LHBT-personer. Det holder til i en lite påfallende boligblokk i forstaden Gärdet og var det første i sitt slag da det ble åpnet i 2013. Tilsvarende finnes nå i en rekke andre land, men Norge mangler et slikt tilbud. I LHBT-miljøet etterlyses nå initiativ i den retningen, ifølge Nylund.

SLIPPER NYE STIGMA. Det finnes argumenter for at det kan være fornuftig å samle mennesker med samme legning eller bakgrunn på ett sted når de blir eldre. Homoseksuelle har vært utsatt for mye stigmatisering. De har måttet kjempe mange slag for å bli akseptert av samfunnet og orker ikke å måtte kjempe mot de samme fordommene igjen på institusjoner der heteroseksualitet er «normalen». Et «eget» sykehjem kan være med på å forebygge ytterligere helseplager. Ikke minst psykiske.

Tanken om å la eldre mennesker slippe og møte en ny mur av fordommer på institusjon, gjør seg også gjeldende for andre segregerte helsetilbud. I Bergen åpnet det forrige byrådet for at eldre rusavhengige skal kunne ta heroin på sykehjem. Da må de skjermes fra de øvrige beboerne og ha rusen sin i

fred. Også på Stokka sykehjem i Stavanger er det en egen enhet for rusomsorg. I tilbudet ligger det en aksept for rusbrukernes annerledeshet.

ENSOM PÅ SYKEHJEM. I 2010 krevde innvandrersamfunnet i Oslo aldershjem basert på etnisitet. Hoa Hong Thai i Buskerud innvandrerråd gjorde det samme i 2014. Forslaget møtte motbør, men begrunnelsen var ikke særlig annerledes enn den er for pleietilbud til henholdsvis homoseksuelle og rusavhengige i Sverige og Danmark: I likhet med lesbiske og homoseksuelle, preges innvandrere av særegne utfordringer. De kan fort føle seg fremmedgjort og ensomme på norske sykehjem.

På det flerkulturelle Grünerløkka sykehjem i Oslo har mange beboere minoritetsbakgrunn – og det samme har mange av de ansatte. Det er en miks som ser ut til å fungere bra. Også et bo- og seniortilbud for eldre jøder i Oslo har vært en suksess, skal vi tro Ervin Kohn, leder i Det Mosaiske Trossamfund. Han hevder at personer fra andre kulturer går tilbake til gamle tradisjoner når de blir eldre. Derfor er det viktig å dyrke tradisjonene for de eldre, mener han: «Det jødiske fellesskapet gjør at beboerne lever lenger. Andre med etnisk minoritetsbakgrunn kunne ha nytte av et liknende tilbud som vi har for jøder» sa Kohn til NRK i 2014.

ELG I SOLNEDGANG. Personlig kan jeg godt leve meg inn i redselen blant enkelte minoriteter for å havne på en institusjon med ensidig vekt på bingo, andakt og lefsebaking. For min del er skrekken plutselig å våkne opp på en demensavdeling og ikke forstå hva pleierne sier til meg. Enda verre – de forstår ikke meg heller! Trygler jeg om vann, triller de meg på do, og når jeg sier at jeg fryser, skrur de på tv-en! Innvandrere som meg vil få uoverstigelige problemer hvis demensforskningen holder stikk. Den sier at morsmålet mitt vil komme seilende opp igjen i bevisstheten og skyve ut norsken til slutt.

Likevel vil jeg sterkt protestere om noen hadde funnet på å bygge sykehjem for hollendere som skal hygge seg med coffeshop, tulipaner og totalfotball. Problemet med segregerte helsetilbud til eldre er at de kan føre oss feil av sted. For hvor går



Illustrasjon Marie Rundereim

egentlig grensen? Skal muslimer og katolikker ha egne sykehjem? Skal vi samle folk som sliter med overvekt på ett sykehjem, mens personer som har fått amputert en lemsdel, skal til et annet? Skal vi ha egne sykehjem for folk som har vokst opp i dannete hjem med Beethoven og Vivaldi, mens danseband-segmentet må være på danseband-hjem?

Den nederlandske demenslandsbyen de Hogeweyk bygger riktignok på en filosofi som vil tilby demente å bo i ulike miljøer som likner mest mulig på det livet de en gang hadde. Poenget er likevel at demenslandsbyen som helhet gjenspeiler et mikrosamfunn i all sin forskjellighet. Det er ikke bygd som en ghetto for de spesielle, men som et forsøk på å romme alle.

SKI PÅ BEINA. Ideen om sykehjem for spesielle grupper i samfunnet bygger egentlig på feil premiss: At et offentlig tilbud ikke vil makte å ta vare på de beboerne som avviker fra normalen. At personer med spesielle behov ikke skal kunne bli tilgjengelig

ivaretatt i en setting der «hetero Ola født med ski på beina og passivt medlem i den norske statskirken» er i flertall.

Jeg forstår godt at utsatte grupper som har opplevd utstøting, søker trygghet på sine gamle dager. Men personalet på kommunale sykehjem bør ha nok kompetanse til å kunne kart-

«De vil gjerne slippe å møte en mur av fordommer igjen.»

legge og imøtekomme individuelle behov hos sine sykehjemsbeboere – uansett legning, problem eller kultur. Åpner vi for at det offentlige må bygge spesialsykehjem for polske snekkere eller spilleavhengige svensker, er veien kort til at noen vil kreve å bli plassert på etnisk norske sykehjem.

Dit vil i hvert fall ikke jeg. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Studiet knytter teori og utøvelse sammen på en måte som gjør det enkelt å ta i bruk kunnskapen. Det bidrar til en trygghet som er relevant i de utfordringer man møter som leder i helsetjenesten

KRISTINE AALBU LJOSLAND

Sykepleier, Oslo universitetssykehus
Student på bachelor i Helseledelse

Lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
Høsten 2016
bi.no/helse

Bachelor i Helseledelse

Denne bachelorgraden er utviklet spesielt for deg som jobber i helsesektoren og ønsker kompetanse innen ledelse. Ved hjelp av teorier og praktiske verktøy vil du bli mer bevisst på å være en god leder.

Løpende opptak til studiestart.

Helseledelse – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Dette masterprogrammet bidrar til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon.

Dekkes av Helsedirektoratet – Søknadsfrist 15. april.



HANDELSHØYSKOLEN



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 03 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema



Ut på gata: Jan Erik Skjølås i helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune kjenner «alle» i byen, blant andre Monika Rolfsen.

Gatekampen

Rusforebygging. Sykepleier Jan Erik Skjølås fanger opp problemer som kan føre til overdose. **34**



Kritikeren. Går i strupen på utdanningen. **24**



«Jeg har til gode å se en politimann i rosa crocs.»
Inga Gullhav. **40**



Drammen. Forebygger nye brudd. **16**



Må spørre. Selvmord blant eldre fanges ikke opp. **28**



Forhandlet boligrenten ned

LÅN: Avdelingssjef i NSF's avdeling for stab og forsikring, **Randi Moan Riiber**, kommer med følgende gladnyhet:

– Fra 1. mars fikk NSF's medlemmer som tar opp nytt boliglån i DNB, en rente på 2,1 prosent. For sykepleiere som allerede har lån, settes renten ned fra 2,4 prosent til 2,1 prosent fra 1. mai, forteller hun.

Per i dag har vel 15 000 NSF-medlemmer lån i DNB.

Den nye avtalen NSF har inngått med DNB betyr at medlemmene får rammelån til 2,1 prosent innenfor 70 prosent av boligens verdi. Vanlig boliglån får rente på 2,1 prosent innenfor 75 prosent av boligens verdi. Boliglån for ungdom (BLU) får 2,1 prosent rente innenfor 85 prosent av boligens verdi.

Randi Moan Riiber sier at forhandlingene har gått knirkefritt.

– Vi har hatt konstruktive møter, og saken ble raskt behandlet på toppnivå i DNB. Selv ikke vinterferie sakk ned prosessen, sier hun.

Informasjon om de nye lånebetingelsene finner du på NSF's nettsider.

sykepleien.no

Billig: Fra første mars gikk renten ned for sykepleiere.



Sykepleier hedres

Pris. Målfrid J. Frahm Jensen fikk i februar ytringsfrihetsprisen innen psykisk helsevern for 2015. Hun er opptatt av helsepersonells plikt til å varsle når pasientsikkerheten trues.

sykepleien.no

Omskjæring uten narkose

Offentlige sykehus som Dagens Medisin har kontaktet sier de utfører rituell omskjæring med narkose. De stiller også krav om at guttene er minst ett år gamle. Privatklinikkene som er kontaktet sier de bruker lokalbedøvelse og opererer gutter som er seks uker til seks måneder gamle.

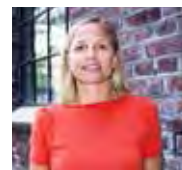
Barneombud Anne Lindboe er kritisk til praksisen.

[DagensMedisin](http://DagensMedisin.no)



Skal forske i USA

Som første norske sykepleier er Birgitte Graverholt tildelt millionstipendet Harkness Fellowship. Hun kan dermed se frem til et helt år med forskning, nettverksbygging og unik tilgang til fagmiljøer i USA.



– Jeg har store forventninger til oppholdet, sier Graverholt.

sykepleien.no

Blodforgifning under lupen

Statens helsetilsyn skal i 2016 og 2017 ha landsomfattende tilsyn med det somatiske akuttilbudet i helseforetak og hvordan de kjenner igjen og følger opp sepsis. Årsaken er at Helsetilsynet har fått mange varslinger etter spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3-3 om nettopp infeksjoner og sepsis.

[Helsetilsynet](http://Helsetilsynet.no)



Fakta og tall. Tap av autorisasjon

53

sykepleiere mistet sin autorisasjon i 2015.

32

Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere mistet autorisasjonen

37

Leger mistet sin autorisasjon

145

personer mistet totalt 160 autorisasjoner i 2015. Det er 23 flere enn året før.

Den vanskeligste årsaken til tap av autorisasjoner er rusmisbruk.

Helsetilsynet



Debatt: Hør Unni Hembre (til v.) og Cathrine Krøger debattere innholdet i sykepleierutdanningen. Foto: Ingvald Bergsagel

Få Sykepleien i øret

PODCAST: Nå kan du få intervjuer, reportasjer og faglige oppdateringer fra Sykepleien rett i øret. I februar lanserte nemlig Sykepleien egen podcast. I én av de første ordinære episodene kan du høre Cathrine Krøger og Unni Hembre debattere innholdet i sykepleierutdanningen.

Sykepleierstudent og litteraturkritiker Cathrine Krøger sier det er sjel-

den hun har møtt en institusjon der misnøyen er så massiv. Unni Hembre svarer på kritikken i vår sist publiserte podcast.

Hvis ikke dette temaet interesserer deg, kan vi by på forskning om stressede svenske sykepleierstudenter, sansehager som terapeutisk miljø og om kunnskapsbasert praksis.

Du finner podcasten på iTunes og via Apples podcast-app. Der kan du

også abonnere, slik at du ikke går glipp av nye episoder.

Bruker du iTunes, så setter vi pris på en liten anmeldelse eller vurdering. Du kan også sende kommentarer og ønsker på epost, til: redaksjonen@sykepleien.no.

Android-brukere og andre kan finne den på <http://sykepleien.podbean.com/feed/> (Fungerer best i Internet explorer).

sykepleien.no

Blir alle høyskoler universitet?

Arbeiderpartiet skal lage seg ny politikk for høyere utdanning. Den skal være klar til landsmøtet neste år.

— Kan hende lander de på at alle høyskoler bør bort og alt bli universiteter med obligatorisk trainee-ordning i arbeidslivet for studentene, skriver Khrono.

— Begrepene som «universitet og høyskole» har mistet mening, sier Marianne Aasen, som skal lede APs arbeid. Khrono

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland



Forebygger nye brudd

Oslo. Ole Kristian Mathisen har hatt to brudd han ikke burde hatt.

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

Jeg fikk beskjed om at du må være benskjør, sier Ole Kristian Mathisen og ler litt.
– Jeg tror jo ikke det selv, men.

Likevel sitter han her på legevakten midt i Oslo. Det er torsdag formiddag, og gatene ute er fulle av is. Han holder opp håndleddene. De er så å si leget. Men ennå ikke friskmeldt.

UNDER UTREDNING. For håndleddene til en slank og sprek mann på 53 år burde ikke ha knekt etter fall fra hans egen høyde. Likevel har han i løpet av de to siste årene brukket begge to, og derfor har han fått tilbud om å utredes for osteoporose.

På legevakten sitter sykepleier Mette Bentsdal Larsen med resultatene.

SPRØ BEFOLKNING. Hun er en viktig brikke i

forskningsprosjektet NoFRACT, den norske avleggeren av Capture the Fracture. Det er en internasjonal kampanje som skal hindre nye brudd hos dem som allerede har brukket noe på grunn av osteoporose.

For Norge innehar en dystre verdensrekord. Det antas at 1 av 2 kvinner og 1 av 5 menn over 50 år vil få et brudd som skyldes osteoporose.

«Og jeg som var så kry over å ha blitt 50 uten å ha brukket noe.» Ole Kristian Mathisen

Hvert år er det mer enn 50 000 såkalte lavenergibrudd i Norge, det vil si brudd som følge av fall fra 1 meter eller lavere høyde. Sagt på en annen måte: Brudd man ikke burde hatt.

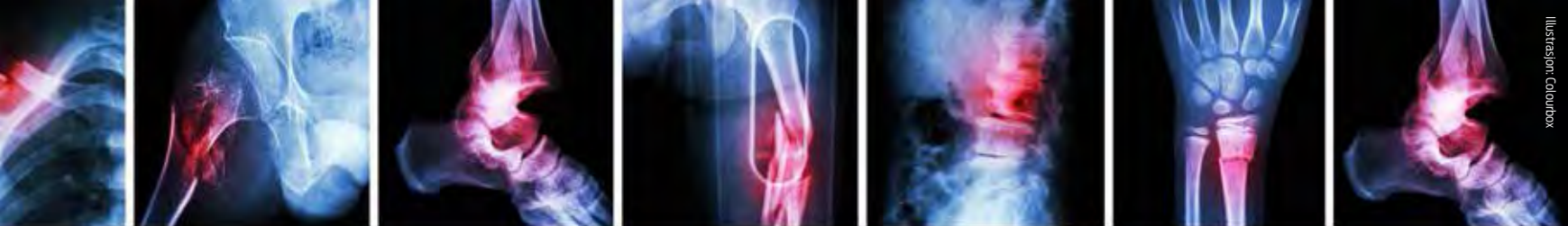
BLIR FANGET OPP. – Tar du kalktilskudd? D-vitamin?

Mette Bentsdal Larsen har en lang liste med standardiserte spørsmål.

– Jeg gjør en risikovurdering, forklarer hun og går videre.

Til alle konsultasjoner følger hun et systematisk program.

Ole Kristian Mathisen har blant annet fått målt bentetthet og nivå av D-vitamin i blodet. Kalsium bygger benstruktur, men trenger hjelp av D-vitamin for å bli tatt opp fra tarmen.



Ung: Ole Kristian Mathisen er ikke så fornøyd med å få vite at han er en smule beinskjør av Mette Bentsdal Larsen.

Fakta



Osteoporose

Endringer i benstrukturen som gjør den mer skjør og utsatt for brudd. Som oftest brudd i ryggvirvler, lårhals og underarm.

Etter fylte 40 år synker bentettheten jevnt.

Behandling finnes, og det er mulig å bygge opp igjen bentetthet og styrke.

Osteoporose kan også skyldes annen underliggende sykdom eller bruk av medisiner.

Kilde: Norsk Helseinformatikk

– De fleste som kommer hit har lave verdier av D-vitamin, forteller Mette Bentsdal Larsen.

MEST REPARASJON. Osteoporose skyldes ubalanse mellom nedbrytning og oppbygging av beinvev og er en del av den normale aldringsprosessen. Etter 40 år svekkes beinvev gradvis.

Osteoporose har ingen symptomer. Som regel må det et brudd til for at diagnosen stilles. Da er skaden allerede skjedd. Men det er likevel ikke for sent å gjøre noe. Med behandling kan risikoen for nye brudd halveres. Problemet er at altfor få får tilbudet. De får reparert bruddet, men ikke hjelp til å unngå nye.

ANBEFALER BEHANDLING. – Dette er ryggen din, sier Mette Bentsdal Larsen, og peker på en

skjematisk fremstilling av Ole Kristian Mathisens skjelett.

– Det er litt i hofta di. Der ligger du litt lavere enn de verdiene vi synes er all right.

– Jeg er litt beinskjør, konstaterer Mathisen og gjør en liten grimase.

– Det var det jeg håpet jeg ikke skulle høre.

Anbefalingen fra sykepleieren er å starte behandling. Hun gjør seg opp en mening om hva slags medisin som kan være aktuell og tar det opp med legen.

– Men det er opp til deg, understreker hun, og informerer om hva medisinene inneholder, når de skal tas og hva slags bivirkninger de kan gi.

Hun unnskylder seg et øyeblikk for å diskutere med legen.



Hva skjer. Osteoporose

H

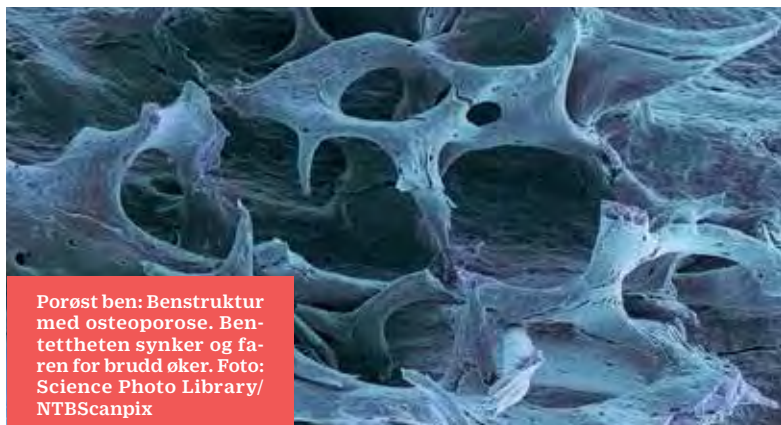
Brakk armen: Thorvald Capjon Løchen synes den fungerer rimelig greit nå.



På vei ut: Thorvald Capjon Løchen er glad han vil bli ringt opp om tre måneder.



Porøst ben: Benstruktur med osteoporose. Ben-tettheten synker og faren for brudd øker. Foto: Science Photo Library/NTBScanpix



→ **SYKEPLEIER TAR ALT.** Denne formiddagen har hun konsultasjoner hver halvtime. Hun gir prøvesvar, gjør risikovurdering og diskuterer behandling med legen.

– Er jeg i tvil, diskuterer jeg med en lege, poengterer hun.

– Og er det noe spesielt, henviser jeg.

For eksempel hvis pasienten har mange andre diagnoser eller bruker medikamenter som kan interagere med osteoporosebehandling.

Tidligere i dag har hun henvist to til endokrinolog.

TILSKUDD ER BASIS. – Røyker du?

– Nei, men jeg banner av og til.

87 år gamle Thorvald Capjon Løchen smiler lurt. Også han har brukket en arm.

Bentetthetsmålingen bekrefter osteoporose.

– Jeg ønsker at du skal starte behandling, sier Mette Bentdal Larsen.

– Da blir sjansen for nye brudd halvert.

Hun forklarer hvordan medisinene skal tas.

– Hva tenker du, blir det mye?

– Det er godt å ha det skriftlig, parerer Løchen.

Basis i all behandling er tilskudd av kalsium og D-vitamin. I tillegg finnes medikamenter som hemmer nedbrytning eller stimulerer

oppbygging av bein. Det fins både tabletter, injeksjoner og infusjon.

Endringer i livsstil, som å kutte røyk og begynne med vektbærende trening, kan også ha effekt.

IMPONERT. – Jeg har nok spørsmål etter hvert, innrømmer Løchen.

– Jeg ringer deg etter tre måneder for å høre hvordan det går, sier Mette Bentdal Larsen.

Det gjør hun til dem som er satt på behandling eller henvist endokrinolog.

Løchen går ut på venterommet til kona. Berømmer henne for å passe veldig godt på ham. Og legevakten for å følge godt opp.

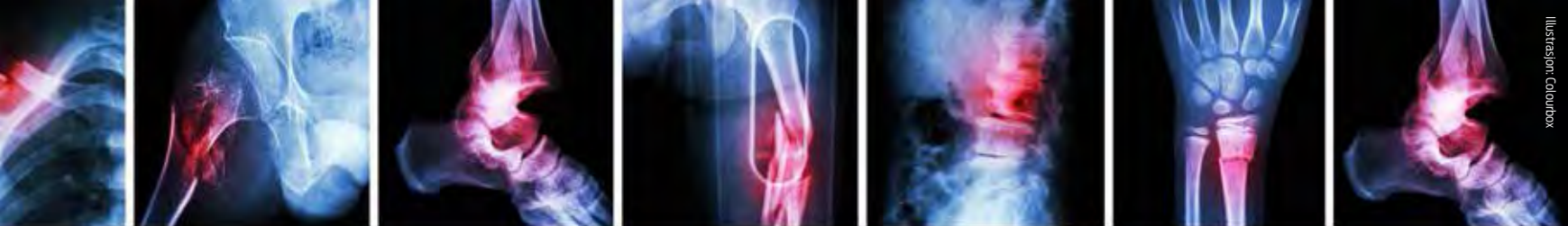
– Jeg er imponert over oppfølgingen i dette systemet, sier han og legger til:

– Skriv at hun er søt og blid! ●

nina.hernes@sykepleien.no

«De fleste som kommer hit har lave verdier av D-vitamin.»

Mette Bentdal Larsen.



– Skal redde 100 liv i året

OSLO: Å forebygge nye brudd forhindrer enormt mye lidelse, sier skadelege Ruth Aga. – Det beste man kan gjøre som lege er å redusere dødelighet, sier Ruth Aga på skadelegevakten.

Hun er en varm tilhenger av å la sykepleiere følge opp bruddpasienter.

– Lykkes vi med å fange opp pasienter med osteoporose, kan vi spare 100 liv i året bare i Oslo.

FÆRRE BRUDD. Hun baserer det tallet på statistikker over hoftebrudd og skjeler til California og Kaiser Permanente sitt benhelseprogram. Der innførte de allerede i 2001 en ordning med dedikerte bruddkoordinatorer som fulgte opp pasienter med lavenergi-brudd etter gitte kriterier. Fem år senere var det forventete antallet hoftebrudd redusert med 37 prosent.

– Vi har 1 000 hoftebrudd i året her i Oslo, forklarer Aga.

– Forebygger vi 37 prosent av dem, er det snakk om 370 brudd. Og når vi vet at 1 av 4 med hoftebrudd dør som følge av bruddet, er det snakk om nesten 100. 100 sparte liv.

– Er det realistisk?

– Klarte de det i California, bør vi klare det her.

IKKE BARE REPARERE. Sammen med Mette Bentsdal Larsen sitter hun på et kontor høyt over skadelegevakten, smekkefullt av papirer, pc-er og en og annen kaffekopp.

– NoFract er et så utrolig spennende prosjekt, sier hun.

– Det viser seg at omtrent halvparten av de med hoftebrudd har vært inne med brudd tidligere, forklarer Aga.

– På legevakst og ortopediske avdelinger er vi tradisjonelt opptatt av å reparere, men her får vi mulighet til å hindre ny skade.

KNAPPE RESSURSER. Siden mai har det vært 2059 brudd innom legevakten. De over 50 med lavenergi-brudd skal tilbys oppfølging. Så

langt har 670 fått det.

– Vi er ikke i mål, sier Aga, selv om de nettopp har utvidet med én konsultasjonsdag i uken.

Hun innrømmer at ressursknapphet er en utfordring.

– På legevakten føles det som om det brenner hele tiden, samtidig er det et privilegium å få lov til å gjøre en forskjell for folk.

Til NoFRACT har de fordelt stillingsmidler mellom tre sykepleiere og en sekretær.

Bentetthetsmålinger får de gjort med velvilje hos Diakonhjemmet og Ullevål sykehus. Konsultasjonene gjøres på et rom på legevakten, uten vindu.

Men Aga og Mette Bentsdal Larsen sier både de selv og kollegene har begynt å se på eldre med brudd på en helt annen måte.

3 AV 4. – Jeg er veldig overrasket over hvor stor andel som har osteoporose, sier Mette Bentsdal Larsen.

– 75 prosent viser seg å ha det. Og mange er menn.

Aga er overrasket over at mange av kvinnene bare er mellom 50 og 60 år.

– Og så er det overraskende mange spreke, både blant dem på 50, 60, 70 og også 80. Det viser med tydelighet at dette er verdt å satse på.

KAN FORHINDRE FLERE. – Hvordan reagerer de på diagnosen?

– Mange er takknemlige, sier Mette Bentsdal Larsen.

– De er glade for å få mulighet til å gjøre noe for å forhindre flere brudd. Andre reagerer med sorg.

– Kan det være noen har det bedre med ikke å vite?

– Det er et viktig poeng, men husk at disse allerede har hatt et brudd, sier Aga.

– De går ikke fra totalt ubekymret til syk. 3 av 4 av dem vi følger opp viser seg også å ha osteoporose. Dette handler om å redusere risiko.

«Kan de klare det i California, kan vi klare det her.» Ruth Aga

Fakta

Capture the Fracture

En kampanje fra det internasjonale osteoporoseforbundet.

Skal øke bevisstheten om osteoporose som årsak til brudd og forebygge nye brudd hos dem som allerede har brukt noe.

VIL HA DET FAST. Så langt har skadelegevakten midler til 2017, men målet er at bruddoppfølging skal bli et permanent tilbud. I tillegg til spart lidelse, er de ikke i tvil om at færre brudd også vil bety sparte penger.

Folkehelseinstituttet rangerer hoftebrudd som en av norsk helsevesens dyreste diagnoser. I snitt koster ett slikt brudd en halv million kroner. Med et enkelt regnestykke: 370 sparte brudd ganget med en halv million kan bety hele 185 millioner sparte kroner. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Livreddere: Mette Bentsdal Larsen og Ruth Aga på Skadelegevakten i Oslo.

– Sykepleier er avgjørende

DRAMMEN: Det er viktig med en som er dedikert til brudd, mener sykepleier May-Britt Stenbro i Drammen.

Hun er nasjonal koordinator for sykepleierne i NoFRACT og har i tolv år hatt ansvar for osteoporoseklinikken ved Drammen sykehus. Hun vet hvilke følger sykdommen kan få. Hvordan brudd kan gi smerter og gjøre mennesker avhengig av hjelp.

– Og så er det så unødvendig, for det fins behandling, sier hun på kontoret sitt.

GÅR GJENNOM LISTER. 4. januar begynte hun og kollega Hanne Louise Hoelstad å følge opp pasienter over 50 år med lavenergi-brudd. Hver dag går de gjennom listene over ortopediske pasienter. 107 ble fanget opp i januar.

– For de inneliggende pasientene gjør vi en individuell vurdering om vi skal snakke med dem der og da eller vente, sier Stenbro.

– Når de har falt og brukket noe, er alt nytt. De kan ha smerter eller postoperativ delir. Da er de kanskje ikke mottakelige for at de også har osteoporose.

1 av 10 har takket nei til oppfølging. Hun er ikke helt sikker på hva det skyldes.

– Kanskje kommer vi til dem for tidlig. Kanskje har det å gjøre med osteoporose, det er ikke en diagnose med status. Noen foretrekker ikke å vite.

Flere er skeptiske til medisiner og spør om bivirkninger.

– Det er litt man skal passe på og de kan få bivirkninger. Men jeg pleier å spørre om de har tenkt på bivirkningene av ikke å ta medisiner. Det kan være flere brudd.

ENDA EN OPPGAVE. Akkurat nå fryder hun seg over den positive responsen, både i akuttinntak og på

ortopedisk avdeling.

– Jeg var litt redd for at de ansatte skulle tenke «enda en oppgave», men vi har vært opptatt av å formidle at de bare skal hjelpe oss med å plukke ut pasientene, så gjør vi jobben.

– Men å tenke osteoporose kunne også vært en naturlig del av oppfølgingen av bruddpasienter?

– Ja. Vi prøver å være til stede under visitten, nettopp for å implementere det vi holder på med.

«Lavenergi-brudd er ikke uhell. Årsaken er osteoporose.»

May-Britt Stenbro

Men erfaring fra andre land fra er at osteoporose ikke blir fulgt opp om det ikke er egne koordinatører.

GODT EKSEMPEL. Osteoporose er en diagnose som faller mellom flere stoler. Det er ikke bestemt om sykdommen ligger under ortopedi, revmatologi, endokrinologi, geriatri eller gynekologi. Noen steder er den endokrinologenes bord. Den har heller ingen egen spesialisering.

I Drammen er revmatolog Tove Borgen en som blitt engasjert. Mange av hennes pasienter er utsatt og hun mener dedikerte bruddkoordinatører er et kjempegodt eksempel på en legedelegert oppgave.

– De gjør selvstendige konsultasjoner og risikovurderinger og serverer problemstillingen på et sølvfat til legen, sier hun.

– Men mange leger, for eksempel i primærhelsetjenesten, mener



Fakta

NoFRACT

Den norske versjonen av Capture the Fracture.

Forskningsprosjekt som ser på effekten av et standardisert intervensjonsprogram der de over 50 år med lavenergi-brudd får tilbud om å utredes og behandles for osteoporose. Unntatt er brudd i fingre, tær, ansikt og hode. Sykepleiere er bruddkoordinatører.

7 sykehus er med:
Drammen sykehus
Oslo universitetssykehus
Universitetssykehuset i Nord-Norge
Haukeland universitetssykehus
St. Olavs Hospital
Sykehuset i Molde
Bærum sykehus

ansvaret pulveriseres ved å slippe sykepleierne til tradisjonelle legeoppgaver?

– Jeg mener det er en gammel-dags tenkemåte. Å ha dedikerte sykepleiere til osteoporose gjør at vi

bruker tiden mer effektivt. Det gjør det lettere å være lege. Sykepleierne får gjort det jeg burde gjort, men ikke har tid til. Jeg kjenner dem godt, de har fått god opplæring og vet jeg kan stole på at deres beslutninger er riktige.

– Men leger kunne fått bedre tid og også fått tid til dette?

– Nei, den tiden vi sparer kan vi heller bruke til å behandle flere pasienter.

FIKK EN VEKKER. Hanne Louise Hoelstad er fagutviklingssykepleier på ortopedien ved siden av rollen som bruddkoordinator. Hun har jobbet mye med lavenergi-brudd.

– Vi har fått en vekker, sier hun.
– Jeg ser det er mye vi kan gjøre i spesialisthelsetjenesten for å forebygge nye brudd.

– Det er ikke det ene bruddet som er problemet, skyter May-Britt Stenbro inn.

– Det er konsekvensene. ●
nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: Lene Bergendal Solberg, Trude Basso og Frede Frihagen: Hvis bare noen hadde tenkt på det ... hva kan vi gjøre for å unngå neste lavenergi-brudd?
Norsk Helseinformatikk

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@miraodden
Trives i grønt



@idaelise89
Litt gøy må man ha det! Denne passer perfekt til meg og min siamesiske sykesøster



@abresil13
#bloodculture



@metteopland
Fargerike kollegaer

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO



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

▼ Incruse «GlaxoSmithKline»

C Langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (antikolinergikum).

ATC-nr.: R03B B07

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

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

mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 436,50. 3 x 30 doser kr 1224,50. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV₁ mindre eller lik 65% av forventet verdi). Refusjonskoder: ICD J43-Emfysem, J44-Annens kronisk obstruktiv lungesykdom, ICPC R95-Kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkar: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 05.01.2016

▼ Relvar Elipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

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

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

Incruse & Relvar forenkler trippelbehandling for dine kolspasienter¹⁻³



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

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

INCRUSE[®] **ELLIPTA[®]**
umeclidinium



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

TRIPPELBEHANDLING VED KOLS DOSERT 1 X DAGLIG

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

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

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

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

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

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



Cathrine Krøger

Kritikeren

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Fakta

Aktuell som

Sykepleierstudent på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), litteraturkritiker i Dagbladet og kronikkforfatter i Aftenposten

Alder: 51 år

Bakgrunn: Cathrine Krøger, som er litteraturkritiker, er også førsteårs sykepleierstudent. På skolebenken har hun latt seg forarge over innholdet i lærebøkene. Hun skrev kronikken «Flere mastere? Skrekk og gru», som sto på trykk i Aftenposten og på sykepleien.no. Der forteller hun om klossete pensumbøker, krøkkete forskningsartikler og misfornøyde studenter. Og om nyutdannede sykepleiere som knapt vet hvordan de skal sette en sprøyte.

Du anmelder bøker. Hvorfor vil du bli sykepleier?

– Både mormor, farmor og mamma var Ullevål-søstre. Jeg kom inn på sykepleierskolen da jeg var 18, men begynte på Blindern i stedet. Jeg var pleie-assistent i ti år. Hele tiden har jeg angret på at jeg ikke var sykepleier i bunn. Jeg ville gjøre noe snilt, veie opp for kjeftingen som kritiker. Men du ser hvordan det går.

Særlig fornøyd med utdanningen er du ikke?

– Nei. Folk som kjenner meg advarte og sa at jeg ville oppleve mye teoretisk svada. Det ble verre enn jeg fryktet.

Hva er du aller mest kritisk til?

– Lærebøkene. Jålete teoretisering, hvor man tålelegger fakta, innsikt og forståelse for faget.

Er det fagforfatterne som jåler det til?

– Nei, det er hele presset på at sykepleien skal bli akademisk. Man kompliserer trivialiteter, lager kunstige fagtermer og tenker at da er det forskning og akademia.

Hvorfor det?

– Sykepleiefaget sliter fortsatt med å finne seg selv. Det er bygd delvis på medisn, psykologi, idéhistorie – alle er avhengige av alle. Dette virker det som om sykepleieteoretikerne er redde for å avsløre. De vil ikke framstå som avhengige av andre fag. Det er akademisk uproft.

Ikke alle førsteårsstudenter tør å kritisere lærebøkene som du?

– Nei, men jeg er jo 51. Og anmelder. Det skulle bare mangle at jeg ikke sier noe. Det ville vært dårlig

gjort overfor 19-årige studenter som tror at det er sånn det skal være og kaster bort tid på å lese pensum som bare er visvas.

Hva sier medstudentene dine?

– De synes det er topp at jeg sier det de selv er frustrerte over.

Hvordan er det å ha sykehjemspraksis?

– Jeg liker det kjempegodt! Det betyr at jeg er på rett hylle. Jeg er på en avdeling helt etter boken – skjermet avdeling på Uranienborg sykehjem.



Liker du å provosere?

– Jeg har alltid provosert folk, så jeg må jo like det. Jeg mangler filter.

Orker du å fortsette i utdanningen du pisker?

– For meg er det ikke vanskelig å skrive refleksjoner. Det er jo jobben min. Jeg har fått høre at andreåret blir verre. Men det blir mye praksis, da.

Og da blir du glad?

– Jajaja. Det også gøy å lære faktafag som farmakologi, legemiddelhåndtering, anatomi og patologi.

Blir kritikken din tatt på alvor?

– Ja, håper det. Har fått masse mailer fra folk som er glade. Særlig sykepleiere, heldigvis, men også samfunnsvitere og lærere. Jeg har skrevet i 25 år og har aldri før fått så stor respons på et tema.

Hvorfor, tror du?

– Fordi de i profesjonsyrker frykter for at praksisen drukner i unødendig teoretisering. Jeg er lei meg for at mamma ikke lever, hun så utviklingen allerede før hun døde. Hun ville ha applaudert meg.

Skal du slutte som anmelder?

– Tenkte å kombinere de to yrkene.

Du er ikke glad i forskning?

– Forskning trengs, men det er ikke min ambisjon å forske. Jeg vil jobbe pasientnært. Det er på golvet livet og døden utspiller seg. •

marit.fonn@sykepleien.no



Innsikt i infeksjoner

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

KONSEKVENST. – Det hjelper ikke med mye og god datainnsamling dersom de som jobber tett med pasientene ikke blir gjort kjent med funnene og kan bruke dem aktivt, sier sykepleier og forsker **Anne Mette Koch**.

28. januar forsvarte hun sin doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen. Her har hun sett på forekomst, risiko og konsekvenser av helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehus og sykehjem.

MYE Å HENTE. Ifølge Koch er det mye å hente når det gjelder å bruke overvåkningsdata målrettet for å redusere smitterisiko.

– Vi ser at infeksjoner på sykehus og sykehjem gir alvorlige konsekvenser, og dette er et område der sykepleiere både kan og vil bidra, men da må det legges til rette for det.

Sykepleiere kan selvsagt selv etterspørre data om sin pasientgruppe for å jobbe mer kunnskapsbasert, men Koch understreker at god informasjonsflyt på dette feltet må være lederforankret for å fungere.

– De som jobber nær pasienten, har ofte et stort arbeidspress og er avhengig av at dette legges til rette av ledelsen.

7,6 PROSENT FOREKOMST. I sitt doktorgradsarbeid har Koch analysert infeksjonsovervåkningsdata for over 60 000 pasienter behandlet på Haukeland universitetssykehus i perioden 1994 til 2011. Forekomsten av infeksjoner var 7,6 prosent, med urinveisinfeksjon som den hyppigst forekommende.

Koch understreker at generelle grep, som håndvask og andre infeksjonsforebyggende tiltak, er viktige, men mener det også er mye å hente ved å tilpasse forebyggingsarbeidet til risikofaktorer hos den enkelte pasient.

– Det er en tankegang vi må få

mye mer inn hos sykepleiere og andre helsearbeidere.

Koch viser også i en av sine studier at selv om sykehuset har jobbet aktivt med forebygging over mange år, har det gitt en forholdsvis liten reduksjon av infeksjonsforekomst og reduksjonen har vært størst ved mindre alvorlige infeksjonstyper som urinveisinfeksjon.

– Jeg så helst at flere jobbet mer målrettet mot de mer alvorlige infeksjonene, som lungebetennelse og blodforgiftning.

TO INFEKSJONER ÅRLIG. Studien fra sykehjem ble gjennomført på seks institusjoner i Bergen og Oslo og inkluderte cirka 800 beboere. I snitt hadde hver beboer to infeksjoner årlig. De mest alvorlige konsekvenser fant man etter lungebetennelse.

«Infeksjoner på sykehus og sykehjem gir alvorlige konsekvenser.»

– Det finnes mye forskning om dette området på sykehus, men det er mangelfullt på sykehjem, understreker Koch.

STERKT ØKENDE BEHOV. Med stadig sykere sykehjemsbeboere, blant annet som en følge av samhandlingsreformen, mener hun behovet for kunnskap og tiltak innen kommunalomsorgen er sterkt økende.

– Arbeidet knyttet til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er et viktig bidrag for å redusere helse-tjenesteassosierte infeksjoner. Det eksisterte ikke da jeg startet med mitt prosjekt, men er blitt et veldig positivt tilskudd der man jobber systematisk og kunnskapsbasert med infeksjonsforebygging, sier Koch. •

ingvald.bergsagel@sykepleien.no

De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium-Magnesium
- for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

«ditt naturlige valg»
NATUR
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no



Effektmål. Hvis pasienter skal gi et informert samtykke til en behandling, er det greit å kunne svare på hvor godt resultatet kan bli.

Hvor mange må ta en pille før én blir frisk?

Tekst **Eivor Hofstad** • Illustrasjon **Colourbox**

Den amerikanske kognitive psykologen, nevrologi-forskeren, forfatteren og musikeren Daniel J. Levine snakker på et TED-foredrag på nettet kalt «Hvordan beholde roen når du vet du vil bli stresset?».

Han sier det er ett viktig spørsmål pasienter bør spørre legen sin om, dersom vedkommende vil skrive ut en ny medisin: «Hvor mange må ta medisinen for at én pasient skal hjelpes?». Med andre ord: Hva er number needed to treat (NNT) for dette legemiddelet?

Ofte mens man først er i gang, anbefaler Levine like godt å spørre om hva number needed to harm (NNH) er, også. Altså: Hvor mange må ta legemiddelet før én får en bivirkning?

YOUTUBE-VIDEOER. – Leger og legemiddelfirmaer vil sjelden snakke om NNT og NNH, sier Levine, men minner om at helsepersonell har plikt til å svare pasientene siden all behandling krever et informert samtykke.

Det vil si at også sykepleiere bør kjenne til begrepene. Et legemiddel virker som kjent ikke for alle, og NNT er et begrep som illustrerer, kanskje tydeligere enn andre begrep, hvor mange det ikke hjelper for.

En enkel måte å bli kjent med begrepene på, kan være å gå inn på YouTube og se to korte videoer

med professoren i pediatri, Aaron E. Carroll, der han forklarer henholdsvis NNT og NNH. Sykepleieren legger ut linker til disse film-snuttene i nettutgaven av denne artikkelen.

FORMELEN. Hvordan finner man så NNT for et legemiddel?

Formelen er enkel: $NNT = 1/\text{forskjell i respons}$.

Men hva betyr det? Lege Ulrik Malt eksemplifiserer i Store Norske Leksikon: «Hvis det er 25 prosent flere tilfriskede ved behandling A fremfor behandling B, vil NNT være $1/0,25 = 4$. Det betyr at minst fire pasienter må behandles for at man skal få en ekstra pasient frisk.»

Du må lese kunnskapsoppsum-

«NNT, NNH eller andre måter å gi konkret informasjon om virkninger og bivirkninger på, er viktig.» Steinar Madsen

meringer for å finne disse prosent-tallene. I tillegg må du vite forskjell på relativ risikoreduksjon og absolutt risikoreduksjon (se faktaboks). Har du dårlig tid, er det lettere å gå inn på ulike nettsider som regner det ut for deg, for

eksempel nettsiden en gruppe leger har laget, www.thennt.com. Den baserer sine utregninger på resultater fra kunnskapsoppsummeringer, i hovedsak fra den anerkjente Cochrane-databasen.

STATINEKSEMPEL. Hos thennt.com taster du enkelt og greit inn en type legemiddel (ikke markedsnavnet), for eksempel statiner (statins på engelsk), som er kolesterolsenkende legemidler.

I 2015 var statiner både på andre- og tredje plass over de mest selgende legemidlene i Norge, definert etter antall døgndoser. De er bare slått av acetylsalisylsyre, men legger man de to statintypene sammen (atorvastatin og simvastatin), troner de suverent på toppen med 111 definerte døgndoser per 1000 innbygger. I tillegg kommer selvfølgelig andre statintyper lenger ned på salgslisten.

Leser du svaret hos NNT-gruppen, kan du lure på hvorfor disse legemidlene er så populære.

Der ser du nemlig hva NNT og NNH er for fem års bruk av statiner, både hos dem som har kjent hjertesykdom og hos dem som ikke har noen kjent hjertesykdom. Hos den første gruppen er det en viss fordel med statinbehandling.

RØDT FOR «INGEN FORDELER». Men hos den sistnevnte gruppen

Fakta ●●●●

Begrepene

NNT: Number needed to treat. Hvor mange pasienter må ta en behandling før én får en definert effekt.

NNH: Number needed to harm. Hvor mange pasienter må ta en behandling før én får en definert bivirkning.

RRR: Relativ risikoreduksjon. Den forholdsvis risikoreduksjonen i en behandlingsgruppe sammenliknet med en annen. Den er definert som 1 minus relativ risiko (risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen).

ARR: Absolutt risikoreduksjon. Differansen på utfallet mellom kontrollgruppen og tiltaksgruppen. Eksempel: Hvis en gruppe har 15 prosent risiko for å få en sykdom og den andre har 10 prosent risiko for å få det samme, er risikoforskjellen (ARR) fem prosentpoeng.

Kilde: Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet

uten kjent hjertesykdom, går vinningsen opp i spinningen. Og det til tross for at gruppen har risikofaktorer som for eksempel høyt blodtrykk, diabetes og/eller andre hjertefaktorer som røyking.

Ingen av dem som tok statiner i denne gruppen unngikk flere dødsfall enn dem som ikke tok pillene, det vil si at ingen reddet livet som følge av tablettene. 104 måtte ta statiner i fem år for at én skulle unngå hjerteinfarkt, 154 måtte ta pillene i fem år for at én skulle unngå slag.

Bivirkninger var faktisk vanligere enn å bli hjulpet av legemiddelet. 1 av 100 utviklet diabetes mens 1 av 10 fikk muskelplager. Konklusjonen fra NNT-gruppen er at statiner som forebyggende behandling får et rødt banner som betyr «ingen fordeler», enkelt og greit.

– **VIKTIG INFORMASJON.** Fagdirektør i Statens Legemiddelverk, Steinar Madsen, kjenner til nettsiden og tilsvarende sider.

– NNT, NNH eller andre måter å gi konkret informasjon om virkninger og bivirkninger på, er viktig. Etter mitt syn burde det komme tydeligere frem i preparatomtaler og pakningsvedlegg som godkjennes av legemiddelmyndighetene.

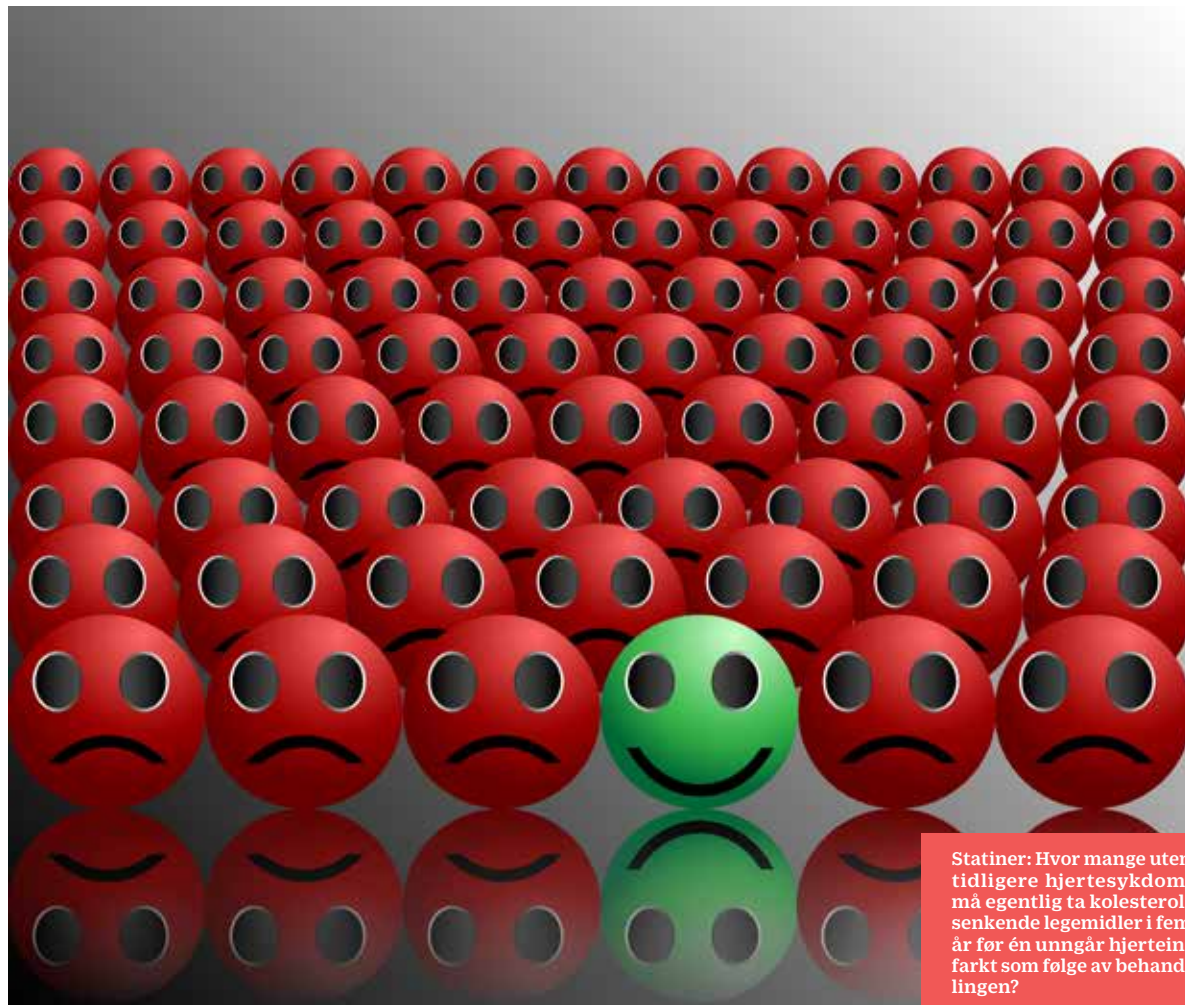
Madsen trekker frem alle de nye blodsukkersenkende legemidlene til bruk ved diabetes type 2.

– Det er bare ett av disse legemidlene som har vist at det reduserer forekomsten av hjerteinfarkt og slag hos diabetespasienter.

– **OVERVURDERER NYTTEN.** Madsen mener det burde vært obligatorisk å informere om legemiddelet har virkning mot slike harde endepunkter eller ikke.

– Når det mangler informasjon om de virkelige effektene av et legemiddel eller en behandling, har både leger og pasienter en tendens til å overvurdere nytten av behandlingen og undervurdere problemer og bivirkninger. Mange blir overrasket når de ser hvor liten effekt mange legemidler har, sier han.

– *Hva må til for å få slik informasjon med i preparatomtalene og pakningsvedleggene?*



Statiner: Hvor mange uten tidligere hjertesykdom, må egentlig ta kolesterol-senkende legemidler i fem år for én unngår hjerteinfarkt som følge av behandlingen?

– En endring må skje på europeisk nivå, siden de fleste legemidler har felles europeisk godkjenning.

Madsen viser til at det europeiske legemiddelkontoret (EMA) har startet et prosjekt for å se på hvordan nytte- og risikoforholdet kan uttrykkes på en bedre måte (The Benefit-risk methodology project).

RRR OG ARR. Når studier presenteres, og effekten av et legemiddel eller tiltak skal kvantifiseres i tall, blir det ofte presentert som relativ risikoreduksjon (RRR). Det er gresk for den jevne pasient, og kanskje for en del sykepleiere også.

Men ikke fortvil. Det du trenger å huske er at RRR ikke er å foretrekke hvis du skal gi pasienten et lett forståelig bilde av hvor mye

legemiddelet eller tiltaket kan tenkes å hjelpe.

RRR oppfattes nemlig oftest som å gi større effekt enn dersom man

«Dette er nok et felt med sterke meninger, men litt mangelfull empiri.»

Claire Glenton

oppgir resultatene i ARR (absolutt risikoreduksjon), ifølge en Cochrane-oppsummering fra 2011.

Men også ARR kan være vanskelig å forstå (se faktaboks).

FORSKJELL PÅ RRR, ARR OG NNT. Slik forklarer Cochrane-oppsummeringen forskjellen mellom de tre måtene å formidle resultater på:

Hvis en studie hevder at et legemiddel mot osteoporose «reduserer risikoen for å få et hoftebrudd de neste tre årene med 50 prosent», representerer det RRR-måten å si det på.

10 prosent av dem som ikke fikk behandling hadde et hoftebrudd innen tre år, sammenliknet med 5 prosent i behandlingsgruppen. Ti minus fem er fem. «Fem prosent færre vil få et brudd» representerer ARR-måten å si det på.

Med formelen til NNT vet vi at vi da må ta $1/0,05=20$. Dermed blir «20 pasienter må ta osteoporose-legemid-





→ delet over tre år for at én pasient skal unngå et hoftebrudd», NNT-måten å si det på.

COCHRANE OG NNT. I den samme Cochrane-oppsommeringen konkluderer forfatterne med at «natural frequencies» er lettere å forstå enn prosenter. Altså: I stedet for å si at risikoen for å få en hoftefraktur i løpet av tre år er 10 prosent blant dem som ikke tar osteoporosemedisin, bør man heller si at 10 av 100 pasienter som ikke tar osteoporosemedisin vil få en hoftefraktur i løpet av tre år.

– *Hvorfor bruker ikke Cochrane NNT og NNH-begrepene i sine oppsummeringer?*

– Dette er nok et felt med sterke meninger, men litt mangelfull empiri. Inntil det kommer mer empiri som overbeviser oss om at NNT er veien å gå, kommer vi nok til å satse videre på «natural frequencies», sier Claire Glenton hos Cochrane Norge ved Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

NNT ER OMSTRIDT. Torbjørn Wisløff ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo mener

NNT-begrepet bør brukes med varsomhet, ifølge en artikkel fra Legeforeningens tidsskrift fra 2004.

NNT og andre tverrsnittsmål fanger ikke opp tidsdimensjonen. Det mener han og medforfatterne er en vesentlig begrensning, blant annet for kronikere.

«Særlige problemer ved NNT er at begrepet kan forlede oss til å tro at sykdomshendelser blir helt unngått selv om de i realiteten bare utsettes. (...) Mange mennesker har problemer med å tolke tall og statistikk korrekt. Man må derfor regne med at ethvert effektmål, det være seg NNT, ARR eller RRR, kan misforstås og bli misbrukt», skriver Wisløff.

Han legger til at NNT antakelig egner seg best til å beskrive effekter av intervensjoner mot akutte tilstander, der «utsetelsesdimensjonen» er mindre relevant.

Wisløff hadde ikke tid til å snakke med Sykepleien, men skriver i en e-post at «forskere som har jobbet med problemstillinger rundt kommunikasjon av risikotall har for lengst konkludert med at NNT er uegnet». • eivor.hofstad@sykepleien.no



– Mørketall om selvmord blant eldre

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

De siste årene har antall selvmord blant eldre over 65 år ligget på mellom 75 og 100 i året. Selv om det ikke finnes gode registreringer av selvmordsforsøk blant eldre, viser internasjonale studier at det gjennomføres rundt fire selvmordsforsøk for hvert gjennomførte selvmord.

– Det tilsier at det er rundt 400–500 selvmordsforsøk blant eldre i året, sier Ildri Kjølseth.

Hun er spesialist i geriatri og har gitt ut boka «Eldre og selvmord» som bygger på hennes doktorgrad.

– *Hvorfor valgte du å ta doktorgraden på selvmord blant eldre?*

– Jeg begynte med en liten studie der jeg intervjuet eldre som ble innlagt etter alvorlige selvmordsforsøk om deres livshistorier. Det var mange likhetstrekk i disse historiene, og det gjorde at jeg ble interessert i å gå dypere inn i problematikken, sier hun.

Kjølseth håper boka kan sette søkelys på selvmord blant eldre og spre den kunnskapen som finnes.

– Selvmord blant eldre er et underkommunisert problem i Norge. Det er lite kunnskap om problemet også blant helsepersonell, og det gjør at mange eldre ikke får den hjelpen de trenger, sier hun.

Kjølseth mener det er god grunn til å mistenke mørketall i selvmordsstatistikken.

TRETT AV LIVET. I undervisning for helsepersonell pleier Kjølseth å fortelle en historie om et selvmordsforsøk som hun hørte for mange år siden og som hun har tatt med i boka:

– En eldre kvinne i midten av 80-årene bodde i en generasjonsbolig sammen med datteren og hennes familie. Hun hadde alltid

vært en bestemt dame. Etter hvert trengte hun mer hjelp fra familien. Hun hadde flere kroniske og plagsomme sykdommer som var smertefulle, men hun var fremdeles nokså selvhjelpen.

Familien hadde ikke merket tegn til depresjon. Hun pleide å spise søndagsfrokost med familien, men en søndag dukket hun ikke opp.

– Datteren finner henne i sengen. Hun er bevisstløs, men puster fortsatt svakt. På nattbordet står et tomt pillerglass, og det ligger et brev.

Der skriver hun at hun er trett av livet. Livet er nå mest en plage. Hun ønsker å dø. Hun ber om at de ikke tilkaller hjelp før det er over.

– Jeg pleier å spørre auditoriet hva de ville gjort. Ikke som helsepersonell, da er man bundet av

«Ikke vær redd for å spørre.»

Ildri Kjølseth, geriater

plikter, men som sønn eller datter. Svarene pleier å fordele seg rimelig jevnt mellom de som umiddelbart ville tilkalt hjelp, og de som ville respektert den gamles ønsker. Problemstillingen har ingen riktige svar. Derimot leder den til noen viktige spørsmål, sier Kjølseth.

Hva var gjort for å hjelpe damen i historien i den situasjonen hun var i? Var hun grundig nok utredet? Var det vurdert om hun likevel trengte behandling for depresjon? Hadde hun hatt behov for mer hjelp for ikke å være avhengig av familien?

MISTRO TIL HJELPERE. Resultatene fra den norske selvmordsstudien viser at de eldre ser på

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende



Wima produkter

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

Tlf. 71 51 42 84 Mob: 46 91 66 93 Kvernesveien 404 6530 Averøy

hjelper i helsevesenet med stor mistro. Det er krevende å hjelpe mennesker som er mistroiske og avvisende, sier Kjølseth.

Det store spørsmålet er om selvmord hos eldre kan forebygges, mener hun.

– Forebygging handler om å fjerne eller redusere risikofaktorer og å styrke beskyttende faktorer.

GLEMT FOREBYGGING. – På et vis bekrefter selvmord hos eldre at det er grunn til å frykte alderdommen. Det er et faktum at forebygging av selvmord hos eldre ikke har vært noe tema i Norge. Verken i den faglige eller offentlige debatten, sier Kjølseth.

I de siste retningslinjene fra 2008 om forebygging av selvmord i psykisk helsevern, nevnes ikke de eldre i det hele tatt.

– En årsak er at obduksjoner gjøres sjeldnere når eldre dør. Det er også grunn til å tro at dødsfall noen ganger ikke blir oppført som selvmord selv om det foreligger mistanke, sier hun.

Eldre har ofte mange sykdommer, og det kan være nærliggende å gi en annen dødsårsak selv om man for eksempel skulle finne et tomt pillerglass på nattbordet.

– Kanskje for å skåne de pårørende, sier hun.

FORSTÅELSE GIR INNSIKT. «Dine holdninger avgjør om du kan hjelpe», er et utsagn Kjølseth mener har mye sant i seg.

– Leger og sykepleiere er tilbøyelige til å se selvmordstanke hos syke eldre som normalt. Det gjenspeiles blant annet i en undersøkelse om eldres selvmord i Norge, sier hun.

Kjølseth har skrevet ned noen eksempler i sin nye bok.

«Han hadde så mye smerter og så mye plager. Jeg tenker at om han døde fordi han ikke fikk i seg næring, eller om han valgte å ta livet sitt – for å være ærlig, jeg har ikke følelsen av at det var veldig tragisk. Han gav så sterkt

uttrykk for at han ikke greide å leve», kommenterte en fastlege.

En sykepleier sa det slik: «Jeg forstår ham. Han hadde ikke noe liv lenger. Faktisk har jeg respekt for valget han tok.»

– Å ha forståelse for eldre som er i en situasjon hvor selvmord ses som eneste utvei, kan gi ulike reaksjoner. Det gir mulighet til å hjelpe, fordi man ser hva som ligger bak beslutningen. Det åpner for kommunikasjon om hva som er viktigst for den eldre. Da er det også mulig å sette inn tiltak. Men en forståelse kan også føre til en form for aksept av situasjonen. Da kan den eldre fratas all mulighet for hjelp. Det er derfor viktig å skille mellom aksept og forståelse. Forståelse kan bringe aktivitet, mens aksept kan virke passiviserende.

SIGNALENE KAN VARIERE. – Hva er viktige signaler på selvmordsfare?

– Signalene kan variere, men man skal være oppmerksom på eldre som er i en problematisk livssituasjon og som gir direkte uttrykk for dødsønsker, sier hun.

– Hva bør helsepersonell gjøre?

– Hvis man får mistanke, er det viktig å ta opp problemene direkte med pasienten. Ikke være redd for å spørre, oppfordrer Kjølseth.

– Hva om personen ikke ønsker hjelp?

– Hvis personen i utgangspunktet avviser hjelp som er nødvendig, er det viktig å få et tillitsforhold med vedkommende. Finn ut hvorfor pasienten vegrer seg, og om hjelp kan gis på en måte som han eller hun aksepterer, sier hun.

Kjølseth tror ikke det er mulig å hindre alle selvmord blant eldre.

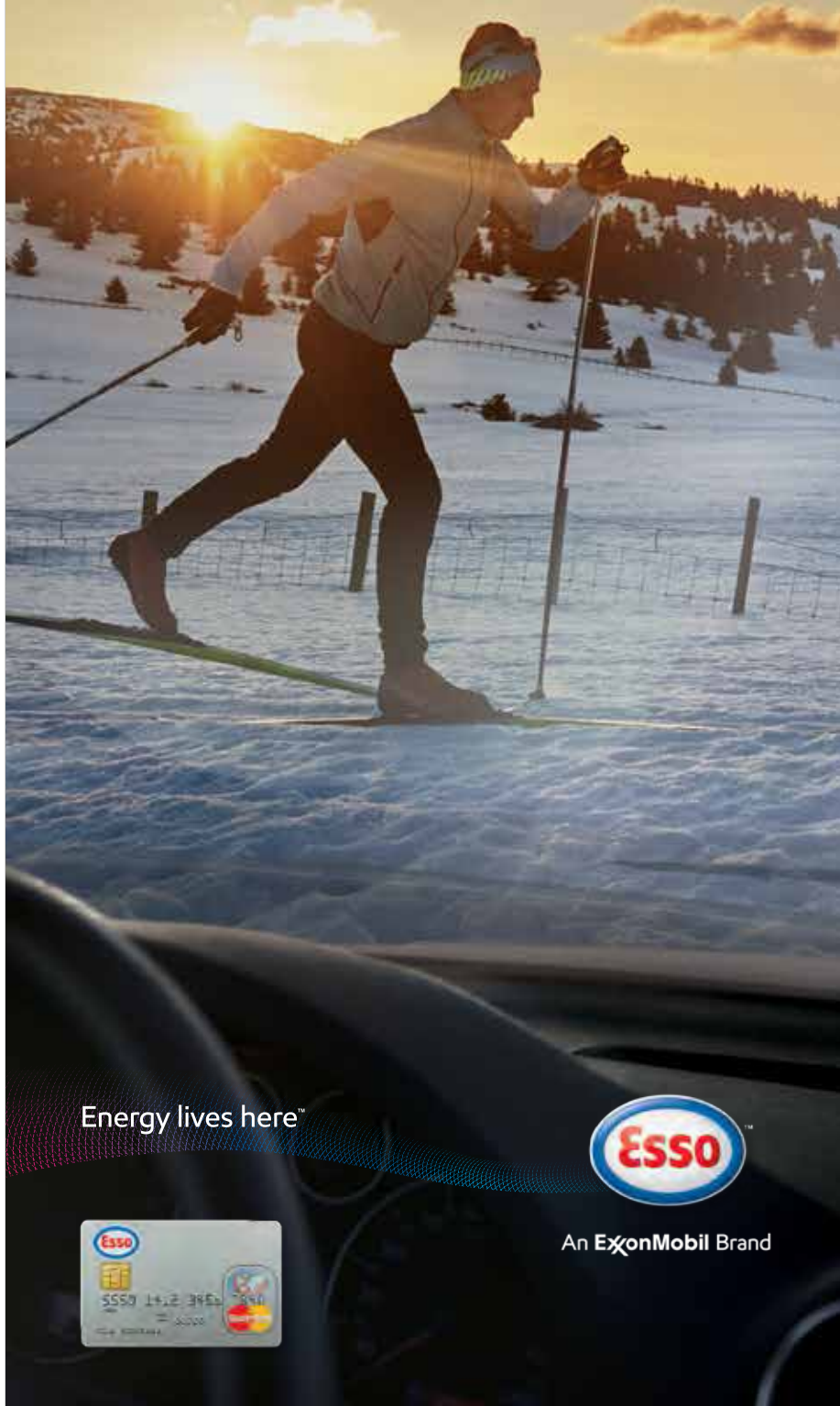
– Men med mer kunnskap hos helsepersonell og blant folk generelt tror jeg mange kan få hjelp slik at færre må dø på en slik måte, sier hun. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Kom nærmere opplevelsen

15 % rabatt på overnatting* og 50 øre/l i rabatt på drivstoffet som tar deg dit.

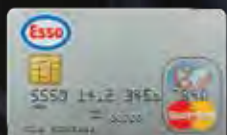
Finn ut mer og søk på:
essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



Energy lives here™



An ExxonMobil Brand



C Fragmin Pfizer

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

INJEKSJONS/VÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinnatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzyalkohol, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk 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 dogn 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 dogn 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 kroppsvekt 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 tromboesykdsm 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 plasmanivå 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 dogn, 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 kroppsvekt 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 kroppsvekt, 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 kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået må ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk: 120 IU/kg kroppsvekt 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 brystmerter 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 av 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 kroppsvekt 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 blodplattetall <50 000/μl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattetallet er >50 000/μl. Ved blodplattetall 50 000-100 000/μl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattetall ≥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 nedsatt 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. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for Fragmin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombocytopeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet 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 blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæsken som inneholder benzyalkohol 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 hematom. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralyse. 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. ryggmerter, 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 hematom vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargsdempresjon. 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 kalium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingslengden, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombocyter 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 sykelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller rettbarn. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombocytopeni er tilstede. Slik trombocytopeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombocyter 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 hemmingen 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 retningslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk 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 benzyalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gasping syndrom». Benzyalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske 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, sulfapyrazon, probenecid, etakrynsyre, cytostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrazykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematom skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdanning eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzyalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. *Amming:* 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 amming 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 hematom og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekroser, 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. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematom. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoaldosteronisme som kan føre til økt kalium 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 nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Fragmin injeksjonsvæske oppbevares i romtemperatur. Etter fortynning høyst 12 timer. **Pakninger og priser: 12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 241,40, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 546,90. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 376,80, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 880,00, (0,3 ml = 7500 IE) 10 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 577,70, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 372,20, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 450,60, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 522,60, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 613,70. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk 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:** ICP/ICD –20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), ICP/ICD –90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), ICP –51 Organtransplantasjon (vilkår 136), ICD 294 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), ICP B83 Koagulasjonsdefekt INA (vilkår 136), ICD D68.9 Spesifisert koagulasjonsdefekt (vilkår 136), ICP B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, ICD D68.8 Andre spesifiserte koagulasjonsdefekter, ICP B74 Angina pectoris ustabil, ICD 120.0 Ustabil angina, ICP K75 Akutt hjerteinfarkt, ICD I21 Akutt hjerteinfarkt, ICD I22 Påfølgende hjerteinfarkt, ICP K93 Lungeemboli, ICD I26 Lungeemboli, ICP K94 Dyp venetrombose, ICD I82 Annen emboli og trombose i vener, ICP U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse, ICD I80 Flebitt og tromboflebitt, ICD Z99.2 Avhengighet av nyredialyse.

Vilkår: 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder

Sist endret: 07.05.2015



Nå kan du klikke deg til den rette doseringen
på Fragmin ved å laste ned

Fragmin doseringsveileder



Send **Fragmin**

til **2242**

QR-kode:



App Store



Google Play



Vil du ha et meningsfullt fulltidsoppdrag i eget hjem?

Det er nå ledige oppdrag som beredskapshjem i en rekke fylker i Sør-Norge: Hordaland, Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Akershus, Østfold, Hedmark og Oppland.

Beredskapshjem er fosterhjem som på kort varsel kan ta imot et barn og ungdom i akutte situasjoner. Relevant utdanning og/eller erfaring med barn eller ungdom er en fordel.

Les mer om oppdragene på fosterhjem.no.

fosterhjem.no

C VAQTA Sanofi Pasteur MSD

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert).

ATC-kode: J 07 B C 02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 25 E/dose: Hver dose (0,5 ml) inneh.: Hepatitt A-virus (inaktivert) 25 E, natriumborat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 50 E/dose:** Hver dose (1 ml) inneh.: Hepatitt A-virus (inaktivert) 50 E, natriumborat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot hepatitt A hos spedbarn >12 måneder, barn og ungdom ≤17 år. Profylakse mot hepatitt A hos voksne ≥18 år. Bør brukes på bakgrunn av offisielle anbefalinger. **Dosering:** For optimal antistoffrespons bør primærvaksinasjon foretas minst 2 uker, fortrinnsvis 4 uker, før eksponering for hepatitt A-virus. **Primærvaksinasjon:** Voksne: 1 ml (50 E). Barn: 0,5 ml (25 E). **Booster-dose:** Voksne: 1 ml (50 E) 6-18 måneder etter primærdose. Barn: 0,5 ml (25 E) 6-18 måneder etter primærdose. **Spesielle pasientgrupper:** Voksne med hiv: 1 ml (50 E), etterfulgt av en boosterdose på 1 ml (50 E) 6 måneder senere. **Tilberedning/Håndtering:** Ristes før bruk. Lett hvitaktig og opaliserende suspensjon. Bør undersøkes visuelt for partikler og misfarging før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler. Må ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte, og separate injeksjonssteder må benyttes. **Administrering:** Injiseres i.m., fortrinnsvis i deltarmuskelen eller i lårets anterolaterale del hos små barn. Må ikke gis s.c. eller intradermalt pga. suboptimal respons. Ved blødningsforstyrrelser (f.eks. blødere) kan s.c. administrering vurderes. Må ikke injiseres i.v. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Vaksinasjon skal utsettes ved alvorlig infeksjon med feber. **Forsiktighetsregler:** Ved symptomer på overfølsomhet, bør ytterligere injeksjoner ikke gis. Forsiktighet bør utvises ved latekssensitivitet da sprøytestempelet og nålkorken inneholder naturlig tørket lateksgummi. Kvalitativ testing for antistoffer mot hepatitt A bør overveies før ev. vaksinasjon av personer født i høyendemiske områder, og/eller med tidligere gulsott. Utstyr og medisinsk behandling skal være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk i tilfelle anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon. Vaksinen kan inneholde rester av neomycin og formaldehyd fra fremstillingsprosessen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B C02 Ved bruk ved malign sykdom, hos personer som får immunsuppressiv behandling eller har nedsatt immunforsvar, er det mulig at forventet immunrespons ikke oppnås. Kan gis sammen med immunglobulin ved behov for profylakse etter hepatitt A-eksponering og hos voksne sammen med vaksine mot gulfeber og tyfoidefeber (polysakkarid). Kan gis samtidig med vaksiner mot meslinger, kusma, røde hunder, vannkopper, 7-valent pneumokokkonjugat, inaktiverte poliovaksiner. Kan gis hos barn sammen med vaksiner mot difteritokkoid, tetanustokkoid, kikhoste (acellulær) og Haemophilus influenzae b. Må ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte, og det må benyttes separate injeksjonssteder. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Potensiell risiko for fosterskader eller innvirkning på reproduksjonsevnen er ukjent. Anbefales ikke til gravide med mindre det foreligger høy risiko for hepatitt A-infeksjon, og mulig fordel ved vaksinasjon oppveier risiko for foster. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Bør gis med forsiktighet til ammende. **Bivirkninger:** Voksne: Svært vanlige (≥1/10): Øvre: Øresmerter. Øvrige: Pruritus, stivhet/stramhet på injeksjonsstedet, smerter, hematom på injeksjonsstedet, frysninger, magesmerter, sykdomsfølelse, indurasjon og nummenhet på injeksjonsstedet, kuldefølelse, influensalignende sykdom. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Munnørterhet, munnsår. Hud: Natlig svette, utslett, hudforstyrrelser. Infeksiøse: Bronkitt, smittsom gastroenteritt. Kjønnsganer/bryst: Menstruasjonsforstyrrelser. Luftveier: Faryngealt ødem, sinusforstyrrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelrampe, albuesmerter, hoftesmerter, kjevesmerter, spasmer. Nevrologiske: Søvnighet, migræne, skjelving. Psykiske: Apati, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Vertigo. Øye: Kløe i øyet, fotofobi, tåredannelse. Øvrige: Svie på injeksjonsstedet, indurasjon (≤2,5 cm), muskelrykninger, utslett, oppblåst mage, brystmerter, smerter i siden, irritabilitet. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Trombocytopeni. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom. Barn 12-23 måneder: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerter/ømhet/sårhet, erytem på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré. Øvrige: Hevelse, irritasjon, varme og blåmerker på injeksjonsstedet. Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppkast. Hud: Utslett, bleieutslett. Luftveier: Rhinoré, hoste, tett nese. Nevrologiske: Søvnighet, gråt, letargi, hypersomni, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Søvnløshet, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, anoreksi. Øvrige: Hematom, nodul og utslett på injeksjonsstedet, Sykdomsfølelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Flatulens, oppblåst buk, smerter i øvre del av buken, misfarget avføring, hyppig avføring, kvalme, mageubehag, forstoppelse, oppstøt, spedbarnsgulping. Hud: Urticaria, kaldsvetting, eksem, generalisert erytem, papuløst utslett, blødder, erytem, generalisert utslett, varmeutslett, hyperhidrose, varm hud. Immunsystemet: Multiple allergier. Luftveier: Tetthet i luftveiene, nysing, astma, allergisk rhinitt, smerter i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Synovitt. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Asteni/tretthet, kløe og smerte/sårhet på injeksjonsstedet, fobi, hyling, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øye: Skorpedannelse på øyelokkskanten. Øvrige: Smerter, blødning, kløe, misfarging, papel og urticaria på injeksjonsstedet, ubehag, tretthet, unormalt ganglag, varmekfølelse. Barn og ungdom 2-17 år: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Smerter og ømhet på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Varme, erytem, hevelse og ekkytose på injeksjonsstedet, feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Buksmerter, oppkast, diaré, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i injisert arm, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Asteni/tretthet, kløe og smerte/sårhet på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerne/kar: Rødme. Hud: Urticaria, svetting. Luftveier: Tett nese, hoste, rhinoré. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet. Nevrologiske: Søvnighet, paresestesi. Psykiske: Nervøsitet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter. Øvrige: Indurasjon, influensalignende sykdom, brystmerter, smerter, varmekfølelse, skorpe, stivhet/hardhet og svie på injeksjonsstedet. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Trombocytopeni. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom. Overdosering/Forgiftning: Ingen data vedrørende overdosering. Egenskaper: Virkningsmekanisme: Viruset er inaktivert med formalin og deretter adsorbert til aluminium. Voksne: Responsen for hepatitt A-antistoffet varer i minst 6 år. Minst 99% vil forbli seropositiv (≥10 mIE anti-HAV/ml) i minst 25 år etter vaksinerings. Barn: Responsen for hepatitt A-antistoffet varer i minst 10 år. Minst 99% vil forbli seropositiv (≥10 mIE anti HAV/ml) i minst 25 år etter vaksinasjon. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Sist endret: 13.08.2015 Basert på SPC godkjent av SLV: 22.04.2015 Pris per mars 2016: 1 stk. 25 E/dose: 264,60. 1 stk. 50 E/dose: 330,80. 10 stk 50 E/dose: 2925,10.



Nå er Vaqta® tilgjengelig!

Vaqta® er en vaksine til forebyggelse av hepatitt A-infeksjon.¹

Hepatitt A vaksine anbefales til:²

- Reisende til områder hvor hepatitt A er en vanlig sykdom (eks. Afrika, Asia).
- Stoffmisbrukere.
- Personer med visse sykdommer eller tilstander som medfører økt risiko for hepatitt A eller komplikasjoner ved sykdommen.
- Særlig smitteutsatte personer ved større utbrudd i Norge.

De tre siste gruppene ovenfor kan få hepatitt A vaksine dekket av folketrygden på blå resept §4 nr.3.³


sanofi pasteur MSD
 vaksiner for livet

1. Godkjent preparatomtale www.legemiddelverket.no (24.08.2015) Basert på godkjent SPC ac SLV: 22.04.2015
 2. Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/artikler/?id=83019 (5.2.2016)
 3. Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/artikler/?id=74879 (5.2.2016)

– Vi er alltid på pasientens side

Forebygger. Helsesjekk, rene sprøyter, et «vær forsiktig» – og en klem. Psykiatrisk sykepleier Jan Erik Skjølås vet at det er mange måter å forebygge overdoser på.

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





Gamle kjente: Monika Rolfsen har kjent Jan Erik Skjølås siden helse- og overdoseteamet ble startet i 2001. Her møtes de utenfor Gryta i Trondheim, et aktivitetssenter hvor også LAR-preparater deles ut.



Forebygger narkotikadødsfall

«2015 var et forferdelig overdoseår i Trondheim»

Jan Erik Skjølås, psykiatrisk sykepleier og fagleder av helse- og overdoseteamet i Trondheim.

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



É

n prosent av Norges befolkningen går på nåla, sier Jan Erik Skjølås fra baksetet i bilen.

Han er psykiatrisk sykepleier og fagleder av helse- og overdoseteamet i Trondheim. Jobben deres er å passe på helsen til byens sprøytenarkomane. Han skal akkurat til å si noe om sprøytekulturen i Norge, da det piper høyt i AMK-mottakeren.

Kollega og hjelpepleier Inge Løvstad kjører bilen. I dag er det han som har mottakeren, som han hiver bakover til Jan Erik Skjølås.

Varselet fra AMK går til flere: Ambulanse, sykehus, lege – og teamet Skjølås og Løvstad. Det er akutt-tur til Vår Frues kirke.

– Overdoseteamet på vei! kvitterer Skjølås.

VARM JULI. Hva som venter inne i Vår Frues kirke, vet de ikke.

– 2015 var et forferdelig overdoseår, sier Jan Erik Skjølås.

Det ble registrert 88 overdoser, og 9 endte med døden. Det er en økning i overdoser på 90 prosent, og dobbelt så mange dødsfall som året før. (Se faktaboks)

Bare i løpet av to sommeruker i juli registrerte de 19 overdoser.

– Folk falt som fluer. Jeg sto og ga motgift til en person som hadde tatt overdose på torget her. Femti meter lenger bort segnet kameraten hans om, sier han.

Da var det kommet et parti med sterk heroin til byen. Også i desember var det mange overdoser. Til sammen ble året det verste siden teamet ble opprettet i 2001.

MER OPIATER. Skjølås sier de høye tallene kan leses på flere måter. Trondheim kommune har færrest overdoser i forhold til antall innbyggere, sier Skjølås.

– Vi har nok de laveste tallene i forhold til innbyggertall. Men likevel – økningen har vært ekstrem.

Helse- og overdoseteamet registrerer at det den siste tiden har blitt større tilgang på heroin, og at heroinet svinger mer i styrke og renhet.

– Tidligere var det stort sett jevnt over av dårligere kvalitet, sier Skjølås.

Denne trenden bekreftes av Folkehelseinstituttet: Etter at den gjennomsnittlige styrkegraden i heroinbeslagene sank gjennom hele 2000-tallet, økte renheten igjen i 2013 og 2014.

– Vi vet at det har vært en kraftig økning av opiat- og benzodiazepiner på det illegale

«Uten dem er det mange av oss som ikke hadde stått på fotan i dag.» Monica Rolfsen, rusmisbruker

Fakta

Hvilke stoffer

Stoffene som ble rapportert brukt ved overdoser – overdoseteamets statistikk:

Benzodiazepin 41	Metadon 2
Dolcontin 33	Buprenorfin 2
Heroin 30	Ecstasy 1
Opiater 16	Amfetamin 1
Alkohol 12	PMMA 1
GHB 5	Ukjent 1

(Det kan være flere stoffer ved en og samme overdose) Det blir registrert overdose når pasienten har respirasjonsstans. Overdosen kommer med i overdoseteamets statistikk når den skjer i Trondheim.

markedet. Det ser vi på rusatferden, og vi hører det fra våre brukere.

Men det er også endringer i rusmiljøene de ikke helt klarer å få tak på eller registrere. Det kan ha noe å gjøre med samfunnsutvikling, teknologi og kommunikasjon på sosiale medier.

– Dette klarer vi ikke umiddelbart å dokumentere eller måle at har en sikker sammenheng med overdoseproblematikken. Men vi aner at det er noe der.

MEDISIN. Monica Rolfsen er i LAR og har i mange år vært en del av Trondheims rusmiljø.



Kaotisk: Det er ofte uoversiktlige situasjoner teamet kommer inn i. Her er det en akuttutrykning til Vår frues kirke.

Hun har sett altfor mange overdoser, og har også opplevd det selv. Hun er helt klar på hva som må til dersom overdosetallene skal ned:

- Vi må få den medisinen som virker. For noen er det metadon, for noen er det Dolcontin. Det kan også være Subutex eller subuxone. Men det må skje med ordentlige rammer, folk må være motiverte og levere rene urinprøver. Det er ikke noe man bare skal få opp i hendene, sier Rolfsen.

- Uten medisin blir folk syke, og da kjøper de det som er å få tak i på gata. Da er det flaks eller uflaks som avgjør. Stoffet kan være sterkere enn man tror.

Om helseteamet har hun bare gode ord:

- De passer på oss hele tiden. Hvis noen er borte fra gata et par dager, begynner de å spørre rundt. Hvis de ikke finner ut av det, drar de hjem til den som er borte og ser om det er liv. Og hvis

vi ringer, kommer de på flekken. Uten dem er det mange av oss som ikke hadde stått på foten i dag, sier hun på trøndersk.

RELASJON OG KUNNSKAP. – Vi er alltid på pasientens side. Og fordi vi er så tett på, ser vi med en gang på rusbildet i byen at det er tilgang på dop, sier Skjølås.

Han forteller at brukerne stoler på dem og forteller hva slags dop som er ute på gata.

- Det gjør at vi kan iverksette forebyggende tiltak så fort som mulig.

Å gi rusavhengige faktakunnskap om hva som skjer når man blander og injiserer de rusmidlene det er tilgang på, mener de er det mest forebyggende de kan gjøre.

- Vi ser heldigvis at mange i alle fall ikke dør av overdosene, sier Skjølås.

- Men rusavhengige fordeler ikke dopet utover i tid. De tar det de får tak i der og da, og det skal skytes så fort som mulig for å få best mulig rus.

HØY DØDELIGHET. Det er flere kjente risikofaktorer for overdoser. Overdosefaren er stor rett etter døgntilrettelagt behandling uten substitusjon, rett etter soning, etter avsluttet LAR og ved livskriser og opplevelse av total håpløshet.

I tillegg er det velkjent at injisering alene og injisering av opioid av ukjent styrke gir økt fare for overdose. Det er en pågående diskusjon om det burde være lov å røyke heroin på sprøyterom for å hindre overdoser.

Det er ikke bare dødsfallene som skal unngås, for selv om en bruker overlever overdosen, kan den gi store skader på kroppens funksjoner.





Falsk alarm: Det var ingen overdose, men mulig epilepsianfall i Vår Frues kirke. Skjølås finner ut at mannen ikke har blå resept på epilepsimedisiner, og lover å følge opp.



Helsesjekk: Mannen med epilepsianfallet kjøres i ambulanse til legevakta.



Sykepleiere i front: Rolf Henrik avtaler å ta en helsesjekk senere på dagen. Sykepleierne Tone Gunleiksrud Wold og Jannicke Eidem administrerer LAR-behandling. Jan Erik Skjølås (til høyre) er helt tydelig på at han ønsker sykepleiere ute i felten.

➔ I disse dager behandles opptrappingsplanen for rus i Stortinget. Ifølge helseminister Bent Høie vil 2,4 milliarder kroner bli brukt på rustiltak de neste fire årene. Kritikerne har etterlyst øremerking av midlene for å sikre at pengene faktisk når de rusavhengige, deres pårørende eller dem som står i fare for å bli rusavhengige. Hvor mye som skal gå til tidlig innsats i helsestasjoner og hvor mye som skal gå til for eksempel overdoseforebygging eller å skaffe stabile boliger til rusavhengige, er også en diskusjon.

MOTGIFT PÅ INNERLOMMA. Tilbake til Trondheim: Bare noen få minutter fra oppkallet fra AMK er de på stedet, før ambulansen denne gangen.

Det skjer av og til at de kommer til stedet før ambulansen, og derfor har de alltid med naloxon som motgift. Den setter de intramuskulært eller intravenøst. Naloxon opphever effekten av opioider og kan få i gang respirasjonen etter en overdose.

– Vi bruker ikke naloxon før vi vet at det er helt nødvendig, sier Skjølås.

Bilen nærmest skrenser inn foran kirken. Skjølås løper inn de doble kirkedørene. Vel inne tar han et raskt overblikk. Vår Frues kirke har åpne dører, og det er mange av byens husløse som samles for å få en kopp kaffe og litt varme. Bakerst i kirkerommet ligger en mann nede, nå i ferd med å sette seg opp. Ambulansepersonellet kommer, hakk i hæl.

Rundt 20 personer er samlet rundt mannen. Beskjeder går på kryss og tvers. Den kaotiske stemningen roer seg noe da mannen våkner til så pass at hjelperne sikkert kan slå fast at dette var et epilepsianfall, og at motgift eller andre tiltak ikke er nødvendig. Det viser seg at etter at mannen ble løslatt i høst, har han ikke hatt tilgang på epilepsimedisin.

Det bør være en enkel sak å ordne, konkluderer Skjølås og Løvstad. Ambulansepersonalet tar hånd om ham.

Da ambulansen kjører fra Vår Frues kirke, kunne helse- og overdoseteamet latt andre overta oppfølgingen. Men mannen ønsker at de blir med. Og Inge Løvstad slipper ham ikke. Det er en de kjenner godt, det er viktig at han får medisinene

han trenger. Løvstad blir med mannen til legevakta. Der blir de enige om hvem som følger opp videre når det gjelder epilepsimedisinen.

RISIKO. Helse- og overdoseteamet jobber med mer enn akuttutrykninger.

– Vi jobber oppsøkende, og mye av det vi gjør er å redusere skadene ruslivet på gata gir, sier Skjølås.

– Når dere kommer fra overdoseteamet og «avbryter» en rus, blir dere upopulære da?

– Det der er en myte. I alle de årene siden vi startet overdoseteamet i 2001 så har vi kanskje 5–6 ganger fått litt kjeft til å begynne med, forteller Løvstad.

– Hvordan oppleves det å være så tett på?

– Brukerne står i fare for å dø til enhver tid, det er jo livsfarlig å bruke dop, sier Skjølås.

– Det gjør noe med oss hver gang noen dør i overdose. Vi har en god ordning oss imellom med debrifing, slik at personalet kan få det ut av kroppen og jobbe videre. Men vi er tross alt sykepleiere, så døden er ikke noe ukjent begrep for oss, sier han.

– Vi jobber med dette for å bedre helsen og

hjelpe folk. Det er trist hver gang noen dør, men det er en risiko du må vurdere for å jobbe her. De du får en god relasjon til, kan faktisk dø veldig fort.

SKAL VÆRE SYKEPLEIERDREVET. I temaet er de både sykepleiere, jordmor og hjelpepleier. De har også en lege som er tilgjengelig på helsestasjonen noen timer hver uke.

De fleste har lang erfaring med denne typen arbeid, og det er liten utskifting blant de ansatte. Skjølås er tydelig på at han ønsker at dette skal være et sykepleierdrevet helsetilbud.

– Vi samarbeider gjerne med både sosionomer, leger og andre, men jobben vi gjør på gata er essensen i sykepleie. På den annen side: Her kan du ikke stå og vente på sterilt skiftesett. Du må kunne ta ting på sparket.

Sårstell, blodprøver, vaksinerer og oppfølging av pårørende etter overdosedødsfall er en viktig del av jobben. Det er også råd, veiledning og samtaler.

Ved å gå på gata observerer de daglig helsetilstanden til en gruppe mennesker som er mye mer utsatt for somatisk og psykisk sykdom enn gjennomsnittet. Levealderen er også betydelig lavere.

I fjor hadde helse- og overdoseteamet nærmere 4500 konsultasjoner. De fleste med gamle kjente, men det blir stadig yngre brukere.

RENT UTSTYR. Mens Inge Løvstad var på legevakta, har makker Jan Erik Skjølås rukket å åpne helsestasjonen. Her kan sprøytenarkomane komme og få rene sprøyter og annet utstyr.

I dag var det kø før de åpnet dørene til kontorlokalene som ligger ved bryggerekken ved Nidelven. På helsestasjonen er det ikke noe dop å få, og ingen resepter skrives ut. Det vet alle.

– Vi slipper den diskusjonen med brukerne, sier Skjølås.

Det er en jevn strøm inn dørene på helsestasjonen. Flere av sykepleierne er i sving med utdeling av utstyr.

HVILEHJEM. Inne på et av rommene sitter Rolf Henrik. Han er inne til en helsesjekk som ble avtalt tidligere på dagen, da han i forbifarten nevnte at han var veldig sliten etter en sprekk på amfetamin. «Kom ned klokka ett!» sa Skjølås da.

«Jobben vi gjør på gata er essensen i sykepleie.»

Jan Erik Skjølås,
psykiatrisk sykepleier

Nå er klokka litt over ett, og Rolf Henrik har siden møtet noen timer tidligere også fått en plass på Utsikten, et krisetilbud og «hvilehjem» for dem som trenger et avbrekk fra rushverdagen. For noen er det også starten på en mer langvarig rusbehandling.

Dit skal han så snart Skjølås er ferdig med helsesjekken. Rolf Henrik er våt i håret av svette, blek og gjentar at han er «jævlig sliten».

STABILITET. – Hvilke vaksiner har du tatt, spør Skjølås mens han leter ham opp i journalsystemet.

– Ingen, svarer Rolf Henrik.

Dermed blir han vaksinert for både hepatitt og influensa og sjekket fra topp til tå før han sendes videre. På spørsmål om hva som skal til for å unngå overdoser, er Rolf Henrik helt klar:

– Stabilitet. Og bolig.

Før jul ble han løslatt fra fengsel. Uten penger, uten bolig.

Han må sitte noen minutter til observasjon før han kan bli med sykepleieren som venter utenfor. Neste stopp er Utsikten. Han ser fram til å komme dit.

Jan Erik Skjølås ser til at klær og bærepose er med før han gir Rolf Henrik en klem.

Fakta

Opioider og opiater

- Både heroin og morfin er stoffer som tilhører gruppen opioider.
- Opioider er en fellesbetegnelse på stoffer som binder seg til bestemte seter – opioid-reseptorer – på celleoverflatene i kroppen.
- Opioider inkluderer stoffer som er direkte utvunnet fra opiumsvalmuen – opiater, varianter av disse stoffene, eller kunstig fremstilte stoffer med tilsvarende virkning.
- I tillegg til heroin og morfin, er vanlige opioider kodein, metadon, buprenorfin, oksykodon og tramadol.
- I medisinsk behandling benyttes også en rekke andre opioider, for eksempel ketobemidon, fentanyl og petidin.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Fakta

Tegn på opioid-overdoser:

- Våkner ikke av tilrop eller smerte
- Blå i huden
- Puster langsomt eller ikke i det hele tatt
- Gisper eller gurgler
- Oppkast

Kilde: Helsedirektoratets overdosestrategi

– God tur. Vær forsiktig. Husk at jeg er glad i deg.

– Jeg er glad i deg også, svarer Rolf Henrik, før han forsvinner ut dørene.

Det er mange måter å forebygge overdoser på. ● aknbh@sykepleien.no



Målet er null

DØDSFALL: De siste ti årene har rundt 260 mennesker mistet livet i Norge som følge av overdose etter inntak av narkotika – hvert år.

I gjennomsnitt dør 5 mennesker hver uke.

Fire av fem dødsfall skyldes inntak av opioider med sprøyte, ofte

sammen med benzodiazepin og eller alkohol.

Den nasjonale overdosestrategien fra Helsedirektoratet har på bakgrunn av disse tallene satt seg et hårete mål: Målet er en årlig nedgang i overdosedødsfall, med en langsiktig visjon om å ende på null.

Nullvisjonen ved overdosedøds-

fall er sammenliknet med nullvisjonen for trafikkdødsfalli. På trafikkkfeltet blir nullvisjonen beskrevet som en etisk veiviser og en retningslinje for det videre arbeidet.

Som et prøveprosjekt for å få ned overdosedødsfallene har Bergen og Oslo hatt mulighet til å dele ut

nalokson nesepresspray. Det knyttes derfor spenning til de nasjonale overdosetallene for 2015, som kommer i løpet av året.

I begynnelsen av mars kom det to nye nasjonale retningslinjer på rusfeltet. Les mer på www.sykepleien.no. ●

aknbh@sykepleien.no



Skouniverset. På sykehusgulv tråkkes tusenvis av skritt hver dag.

Jakten på skokoden

• Tekst og foto Monica Hilsen

Skomølje: På Diakonhjemmet Høgskole er de stilt ut litt sykepleiehistorie.



På det grønne linoleumsgulvet står et par sorte joggesko av kjent merke. Den mannlige studenten dumper ned fra senga og knytter skoene raskt på. Lissene kikker fram under den hvite uniformsbuksa. Fottøyet lukter nytt.

I øvingsrommet på Diakonhjemmet Høgskole i Oslo trener førsteårsstudenter på sprøytestikk. Lysstoffrøret i taket gir er en skarp kontrast til takken på utsiden av vinduet. Tjueen studenter og to lærere stimler rundt sengene i rommet. Alle i hvite uniformer. Og sko av ymse slag.

OPPTATT AV KLESKODEN. Hun strekker fram en varm velkomsthånd. Inga Gullhav er høyskolelektor ved Diakonhjemmet Høgskole. Hun underviser førsteårsstudenter i injeksjoner, men også i hygiene og arbeidsantrekk. Gullhav bryr seg om hvordan en profesjonell sykepleier skal kle seg.

– Jeg har til gode å se en politimann i rosa crocs, sier hun og siterer Florence Nightingale:

«Sykepleiere skal se ut som vakre, ville blomster på markene og ikke som moteriktige ungpiker.»

« Jeg har til gode å se en politimann i rosa crocs.» Inga Gullhav

Reglementet til studentene krever nøytrale strømper og sko som gir støtte. Det er påbudt med strømper hvis skoen ikke dekker hæl og tå.

SKOUNIVERSET. «Hvorfor er hospitalsko så populære? Fordi den har riktig passform, god gelenkstøtte og den riktige lave hæl som er så viktig i Deres yrke.»

Dette sto på trykk i en annonse i Sykepleien i 1970. «Hospitalsko» ble også kalt «søstersko».

Gullhav forteller: – Det var et krav, den gang, at skoene skulle ha hælkappe. I skoene brukte sykepleiere tynne nylonstrømpebukser i hvitt eller ubleket hvitt. Om sommeren var det lov med knestrømper. På vinteren var det tillatt med brune eller sorte sko og tykkere strømper og strømpebukser.

Hvilke skovalg en sykepleier gjør i dag, er mer personlig både av hensyn til smak og sosial tilhørighet. Men enkelte arbeidsplasser krever bestemte sko.

KJÆRT BARN. Tresko var et populært skotøy for sykepleiere. På 1990-tallet kom skoen i produksjon med gummisåle.

På midten av 1990-tallet ble helseomakasinen introdusert. I en annonse fra 1997 står det følgende: «Sitter som en





«Hvorfor er Hospitalsko så populære?»

Fra annonse i Sykepleien, 1970



hanske» på foten, og gir kroppen fri bevegelse. Det er nesten som å gå barføtt.

Ulike helsesko og sandaler med ergonomisk riktig såle er mye brukt. Kjære sko har mange navn: fotformsko, husmorsandalen, eller helsesandalen, om du vil. Modellene kommer både med og uten rem og hælkappe.

Når masaiene vandrer over afrikanske savanner, ruller de føttene barbeint fra hæl til tå. Dette ganglaget var det noen som interesserte seg for, så i 1996 ble MBT-sko (Masai Barefoot Technology) lansert. «Som å gå barbeint på mose». Den runde sålen sies å utfordre balansen og krever en spesiell gåteknikk.

Så kom crocs på markedet i 2005. En lett og luftig sko i plastmateriale. Gnistrende å bruke på jobb, bokstavelig talt. For å motvirke dette har noen kommet på å montere en kobbertråd som lynavleder for å påvirke den statiske elektrisiteten.

Joggesko brukes ikke lenger bare til trening. De blir like mye brukt som en fritidssko og arbeidssko.

SKOKJØPSRÅD. Charlotte R. Strand fra NFFs (Norges Fysioterapi forbund) faggruppe for ergonomi anbefaler ikke noen spesielle sko. – Det er ikke mulig at alle liker samme type sko.

Derimot kommer hun med følgende råd om skoens egenskaper:

- Bør ha stabil hælkappe.
- Gi så god støtte til fotbuen som mulig.
- Mest mulig vridningsstabil.
- Støtdemping er viktig.
- Skoen bør ikke presse over tærne.
- Hælen bør ikke være høyere enn 1,5 cm i tillegg til sålen.
- God lufting til føttene.
- Må tåle slitasje ved daglig bruk.

SKOBYTTE. Hvor ofte sko bør byttes er avhengig av hvor hyppig skoene blir brukt. Merker man plager i føtter, knær, hofte og rygg, kan det være en ide å bytte. En mulig årsak kan være for liten demping. Skoene trenger ikke å se slitte ut for at støtdempingen skal bli redusert. Strand anbefaler at man har to par sko å veksle mellom. Da får skoene også muligheten til å lufte seg skikkelig mellom hver gang de brukes.

BLOMSTER OG PRIKKER. En annonsør i Sykepleien som selger arbeidssko på nett, hevder at kundene har gått bort fra crocs og nå kjøper mer ergonomisk riktige sko med såle av polyuretan. Dette er et materiale som gir en støtdempende effekt og som puster. Mønstre som blomster og prikker er også blitt veldig populært, ifølge annonsøren. Skoen som selger best er en type tresko med rem bak, og blank spenne. Sålen er laget i polyuretan. Skoen har en hard tå som beskytter mot lette støt. Den fås i en rekke mønstre, i alle regnbuens farger, i matt- eller blankt skinn.

TYVE ÅRS ERFARING. Diakonhjemmet sykehus ligger et steinkast fra høyskolen. På sengepost i tredje etasje tar enhetslederen imot.

– Midt i dagvakt, sier hun inne fra sitt kontor, men sykepleier Græsvold kan ta en prat.

Sengeklokken på veggen piper ustanselig og lyser rødt. Fra tv-stua ruller nyhetene over skjermen, men rommet er tomt.

Jofrid Græsvold fører an ut i gangen foran sengeposten. Hun har tyve års erfaring som sykepleier og mange utgåtte sko bak seg.

Bortsett fra noen avdelinger med spesielle krav til hygiene, er sko det eneste ved antrekket sykepleiere selv kan bestemme på Diakonhjemmet sykehus.

Græsvold setter seg ned i den røde skai-

sofaen. Hun strekker fram foten og studerer skoene sine.

– Sokken er på vranga i dag, sier hun og smiler.

– Som sykepleier går vi mye på hardt gulv, så det er viktig med god demping.

– Jeg har brukt tresko, men de gir ingen støtte for hælen, og helseskoene har ofte for tynne såler. Joggesko gir god demping, men de blir for varme for meg.

«Jeg tryna foran akuttmottaket.»

Jofrid Græsvold

FAVORITTEN. – Min favoritt er denne sandalen. Dette er det andre paret. Forrige par hadde jeg i fire år.

Hun viser fram en MBT-sko type som er produsert av en kvinnelig norsk løper, og forteller at det tok litt tid å venne seg til å gå med dem.

– Sandalen har borrelås, så den er lett å ta av og på. Et minus er at de ikke beskytter hælen.

– Jeg er for tiden i den lilla perioden. Hun peker på navneskiltet som matcher skoene.

– Jeg husker en uheldig skoepisode: I jakten på en pasient mistet jeg balansen og tryna foran akuttmottaket. Løpesko er det definitivt ikke!



Det andre paret: Jofrid Græsvold er fornøyd med sine sandaler.

6 om sko

10 000 SKRITT OM DAGEN. Græs vold må tilbake på post, men tar tak i fire unge damer som er på vei ned til lunsj. Heidi, Julie, Kjersti og Stine er sykepleiere med et halvt til ett og et halvt års fartstid i faget. Heidi og Kjersti bruker joggesko. Julie og Stine har sandaler.

De går mye. De bruker ikke skritteller i dag, men alle er enige om at det dreier seg om cirka 10 000 skritt per dag. Derfor er det viktig med gode sko.

– Høyskolen syntes det var avskyelig med farger på skoene, sier Kjersti.

Likevel har hun fått mye positiv tilbakemelding på sine fargeglade joggesko i rødt og blått. Flere pasienter har kommentert dem.

– Det er gøy med farger, sier hun.

Julie har sorte sandaler på i dag, men hun har også joggesko hun bytter med. Før brukte hun også MBT-sko, men hun ble sliten av å gå med dem.

– Man bør skifte ut skoene hver 6. måned sier, Stine

Hun er fornøyd med sandalene sine i svart. Stine har også brukt MBT-sko. Hennes erfaring er at dempingen blir borte, så de må byttes ofte. Skoene krever tilvenning, så de er vanskelig å variere med andre typer sko.

Sko er dyrt, enes de om, så det hadde vært fint om de kunne få støtte til sko på jobb, sier de før heisen tar dem med ned til lunsj.

LITE SKOFLASHING. Ansatte-kantina på Diakonhjemmet er full av leger og sykepleiere. Hva de har på føttene varierer, men joggesko ser ut til å gå seirende ut. Konklusjonen etter 50 minutters besøk viser at mange ansatte holder en lav profil når det gjelder å fronte egen identitet. Det er langt mellom sko med farger. Ei heller mønstre med blomster og prikker er å se på fottøyet på Diakonhjemmet sykehus.

STUDENTVINNEREN. På høyskolen tikker praksistimen inn i sine sluttminutter.

Av de 21 førsteårsstudentene har 18 stykker foretrukket joggesko. De fleste joggeskoene er hvite eller sorte. Innimellom dukker det opp et par i sjokkrosa. Et annet par er lyseblått. Midt i rommet lyser to rosa crocs opp blant sengebeina, og et par skritt unna står en student i hvite helsesandaler. Et par blå flip-flops ligger under senga ved vinduet.

Lærerne går i hvite helsesko med hælkappe.

– Inga, kan du komme hit, roper en student.

Klapp og stor jubel høres fra senga innerst i rommet. Studinen har gjort et vellykket «stikk». Hun flytter seg lettet til side i sine kritthvite joggesko med god lufting for tærne. ●

monica.hilsen@sykepleien.no

1. Hvorfor har du valgt disse skoene?
2. Har du et bevisst fargevalg?
3. Hvor er de kjøpt?

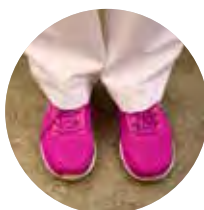


**Preben:
Sorte
joggesko**

– Jeg ville ha noen anonyme sko.

– Passer til grønn uniform når jeg jobber på Ullevål. Der får vi utdelt grønne tresko som vaskes hver dag hvis jeg ikke vil bruke egne.

– I sportsbutikk.



**Aina:
Rosa
joggesko**

– Skoene er myke å gå i, med tempursåle. Jeg bruker innlegg i venstre sko.

– De fantes bare i den fargen.

– I skobutikk.



**Kamilla:
Hvite
joggesko**

– Skoene er behagelige å gå i.

– Hvitt er hygienisk, jeg ser skitten. Disse skoene tilpasser seg foten min.

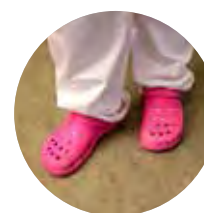
– På nettet.



**Maren:
Mintblå
joggesko**

– De er gode å gå i, og jeg tenker på ryggen. Skoene er luftige.

– I sportsbutikk.



**Mariam:
Rosa crocs**

– Jeg har så lang skolevei, så jeg må ha noen lette sko å ta med. Men på jobben (sykehjem) må jeg ha sko som er mer behagelig på, da bruker jeg joggesko.

– Jeg liker rosa.

– I skobutikk.



**Marlene:
Hvite helse-
sandaler**

– Jeg har lånt dem av søsteren min. Men jeg ønsker meg egne sko. Vil da ha joggesko. Det er bedre. De henger bedre på. Men det er også fint med sandaler, særlig om sommeren.

– Jeg har lånt dem.

▼ Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenergikum + kortikosteroid.

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifrenatol) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov. **Kols:** 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ <70% av forventet normalverdi (post-bronkodilator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorbehandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene, bør en dose korttidsvirkende beta₂-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. **Astma: Voksne og unge >12 år:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. **Kols:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Barn <12 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylling med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astma-relaterte bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradosal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert bentetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/har hatt diabetes mellitus. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, siden de kliniske symptomene på en slik infeksjon kan ligne symptomer på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for å utvikle pneumoni hos pasienter med kols inkluderer nåværende røyking, tidligere pneumoni, kroppsmasseindeks <25 kg/m² og FEV₁ (forsert ekspirasjonsvolum) <50% av forventet verdi. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Dyrestudier har vist reproduksjonstoksicitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** Luftveier: Nasofaryngitt. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksjoner: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelpasmer, ryggsmarter, frakturer. **Øvrige:** Feber. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerne/kar: Ekstrasystoler. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hjerne/kar: Hjerterebank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. Nevrologiske: Tremor. Psykiske: Angst. **Overdosering/ Forgiftning:** **Symptomer:** En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta₂-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. **Behandling:** Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta₂-agonister R03C C side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylylase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaksasjon av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. **Proteinbinding:** Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vdss: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t_{1/2} 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. **Metabolisme:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 gjennom hydrolyse av S-fluormetylkarbotoat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert β₁- og β₂-agonistaktivitet. **Utskillelse:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser:** 92 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 390,00. 3 × 30 doser kr 1084,90. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 442,90. 3 × 30 doser kr 1243,60. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 22.01.2016.

Referanser:

1. Relvar preparatomtale (17.12.2015). 2. Bleeker ER, Lötval J, O'Byrne PM et al. Fluticasone furoate-vilanterol 100-25 mcg compared with fluticasone furoate 100 mcg in asthma: a randomized trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014 2(5): 553-61. 3. Svedater H, Dale P, Garrill K et al. Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. *BMC Pulm Med* 2013; 13: 72. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 4. Svedater H, Jacques L, Goldfrad C et al. Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014 26; 24: 14019. doi: 10.1186/1471-2466-13-72.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00.

NOR/FFT/0045/15a(3) Januar 2016



GSK, Postboks 180 Vinderen,
0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00.
Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

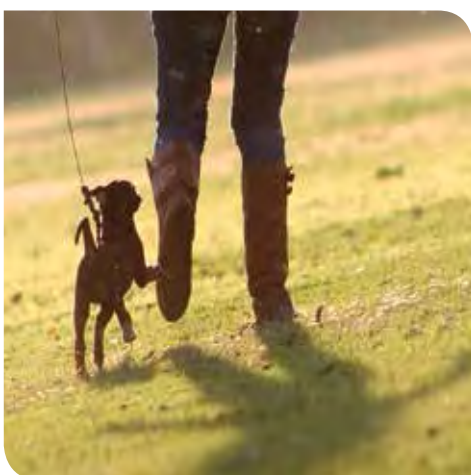
Relvar® Ellipta® er utviklet i samarbeid med **Theravance**



©2016 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved



24-TIMERS EFFEKT¹



Relvar® Ellipta® er indisert for regelmessig behandling av astma hos voksne og unge over 12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet: Pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov.¹

Relvar® Ellipta®

- ❑ ... gir vedvarende 24-timers effekt^{1,2}
- ❑ ... med dosering én gang daglig^{1,2}
- ❑ ... i en enkel og klar-til-bruk inhalator^{1,3,4}



Relvar Ellipta bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom.¹

RELVAR® ▼ **ELLIPTA®**
(flutikasonfuroat/vilanterol)







FORBRENT: På et sykehus i Maiduguri bøyer en sykepleier seg over treårige Falmata Ali. Gutten fikk i februar kritiske brannskår etter et nytt angrep fra den islamistiske terrororganisasjonen Boko Haram i den nordøstlige delen av Nigeria. Siden 2009 har anslagsvis 17 000 personer mistet livet som følge av Boko Harams herjinger. Minst like mange er blitt skadet. 2,3 millioner har måttet flykte fra sine bosteder. I 2014 ble 276 skolejenter bortført, en aksjon som vakte internasjonal fordømmelse. Nigeria har 180 millioner innbyggere og kalles gjerne Afrikas kjenne. Det har en relativt effektiv helsetjeneste. Landet var det første som fikk Ebola-epidemien under kontroll, og forekomsten av HIV/AIDS er mye lavere enn i Kenya og Sør-Afrika.



Hver dag
rammes **90**
pasienter på norske
sykehus av en
infeksjon¹

1. Sykehusinfeksjoner - Rapport av omfang og kostnader, Computas 2015

Et smittefritt miljø har aldri vært viktigere

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

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

Deconx DX1 – for et moderne og effektivt smittevern



artell.no

SPØR OSS OM DOKUMENTASJON

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

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

 **Deconx**
BEST PÅ DESINFISERING





Sykepleie

Del 2 Sykepleien 03 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Holdningendring: Å samarbeide med pasienten innebærer å se henne som likeverdig. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Trenger informasjon

Samarbeid. Brukermedvirkning ved utforming av skriftlig pasientinformasjon er viktig. **50**



Oversatt. Bedre screening med nytt instrument. **56**



«Veier det vi oppnår i levedøgn opp for ubehaget?» Håkon Johansen. **66**



Krysspress. Økt stress i kommunehelsetjenesten. **68**



Overses. Angst og depresjon hos barn med Tourettes. **60**



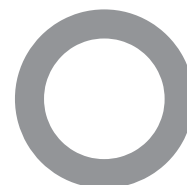
BRUKERMEDVIRKNING KREVER INFORMASJON

Informasjonsbehov. Hvis pasienter skal kunne delta i beslutninger om egen sykdom og behandlingsalternativer, må de ha kunnskap.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56690



Berit Seljelid,
Fagutviklings-
sykepleier,
Kreftklinikken
OUS, Ullevål

Helse og omsorgsdepartementet skriver på sine hjemmesider: «Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helse-tjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratas sitt faglige ansvar» (1). Brukermedvirkning handler altså om at brukerne skal få økt innflytelse, men hva betyr egentlig det, og hvordan skal det foregå?

INFORMASJON. En viktig forutsetning for medvirkning er informasjon. For at pasienter skal kunne ta viktige beslutninger om sykdom, behandlingsalternativer og prognose, må de få informasjon. En god del av informasjonen til pasienter på sykehus blir gitt muntlig, og noe skriftlig. Muntlig informasjon avhenger av om pasienten er i stand til å huske hva som ble sagt. Studier blant eldre pasienter viser at 40–80 prosent av informasjonen som blir gitt verbalt er glemt umiddelbart (2). Desto mer informasjon som er gitt, desto mindre korrekt husker den eldre pasienten (2).

De fleste sykehus gir ut forskjellige typer skriftlig informasjon beregnet på pasienter. Denne

informasjonen er i stor grad identifisert fra helsepersonells synsvinkel, og ikke fra pasientenes ståsted. Helsetjenesten har ikke kunnskap om pasientenes tanker, erfaringer og informasjonsbehov. Det kan bety at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til hvordan pasientene opplever sine helseproblemer, noe som kan medføre unødig bekymring og engstelse hos pasientene.

HENSIKT. Hensikten med artikkelen er å undersøke hva litteraturen sier om hvilken effekt brukermedvirkning har i utformingen av skriftlig informasjonsmaterieell og hvilke metoder for brukermedvirkning som kan være aktuelle å benytte i utformingen av skriftlig pasientinformasjon.

Pasientenes rett til medvirkning er nedfelt i lovverket (3–5), og det er et satsingsområde å styrke brukerne, både nasjonalt (6,7) og lokalt (8,9). Brukermedvirkning er anerkjent som nødvendig og viktig på alle nivåer i helsetjenesten.

ØKER TILFREDSHET. Brukermedvirkning blir gjerne løftet frem som noe positivt (10) og noe som kan øke pasienters tilfredshet (11), samt redusere stress og engstelse (12). Begrunnelsen for brukermedvirkning er todelt, det vil si at pasientene har rett til innflytelse i forhold som angår dem selv og at

pasientene besitter en kunnskap om seg selv som helsepersonell i helsetjenesten trenger (13). Hensikten er at beslutningene i størst mulig grad skal kunne tas av brukeren i samarbeid med helsepersonell (14). For å ha mulighet til å medvirke, må pasientene få den informasjonen de trenger og mulighet til innflytelse over eget tjenestetilbud (15).

PRINSIPPER. Helse Sør-Øst har utarbeidet noen prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå (16). Ett av dem viser til at det skal være en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres. Dette avhenger av at organisasjonene det gjelder tilrettelegger for at brukerne kan delta aktivt, noe som vil kreve en endring av strukturelle rammebetingelser og ledelsespraksis (14).

SKRIFTLIG. Pasientens rett til informasjon er, på samme måte som medvirkning, nedfelt i lovverket (3). Det er ikke meningen at skriftlig informasjonsmateriale skal erstatte verbal informasjon, men bidra til å forsterke det verbale budskapet (17). Skriftlig informasjon gir folk muligheten til å gå gjennom detaljer i fred og ro, samt selv å vurdere hva de trenger kunnskap om (17).

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Det er viktig å integrere brukermedvirkning i utforming av skriftlig pasientinformasjon. Det bidrar til at pasientinformasjonen blir mer relevant, leselig og forståelig for målgruppen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Brukermedvirkning
- Informasjon
- Pasienter



Lovpålagt: I likhet med brukermedvirkning, er pasientens rett til informasjon nedfelt i lovverket. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Det er lettere å dele innholdet med familie og venner (17), og det kan være at det reduserer tiden hos helsepersonell som er under tidspress.

Til tross for ulike initiativ for å forbedre kvaliteten og tilgjengeligheten av informasjon til pasienter, er det flere ting som tyder på at pasientenes informasjonsbehov ikke blir tilstrekkelig møtt (18,19). Det kan se ut til at helsepersonell overestimerer mengden informasjon som faktisk er gitt til pasienten (20), og i tillegg kan man stille spørsmål ved hvor god kvalitet og brukervennlighet pasientinformasjonen som deles ut har (21). Frem

til i dag så har mye av den skriftlige pasientinformasjonen vært utformet av helsepersonell med utgangspunkt i helsepersonells perspektiv.

LITTERATURSØK. Det ble søkt etter oppsummert og kvalitetsvurdert litteratur i Up to Date, Best Practice, Joanna Briggs, NHS Evidence og The Cochrane Library. I The Cochrane Library var det en systematisk oversiktsartikkel (22) som hadde sett på hvilken effekt brukermedvirkning har i utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon. Den presenteres i det følgende. Søk i de øvrige basene ga ingen treff på relevant litteratur.

«En viktig forutsetning for medvirkning er informasjon.»

Den systematiske oversiktsartikkelen (22) har sett på brukermedvirkning på systemnivå, hvor et av aspektene var brukermedvirkning i utformingen av skriftlig informasjonsmateriell til pasienter. To randomiserte kontrollerte studier var inkludert (23, 24) hvor informasjonsmateriell utformet med

brukermedvirkning ble sammenliknet med informasjonsmateriell utviklet uten brukermedvirkning.

SMERTEBEHANDLING. Den ene studien (23) testet en informasjonsbrosjyre om pasientkontrollert smertebehandling. Deltakerne var pasienter som skulle gå gjennom et kirurgisk inngrep neste dag. Intervensjonsgruppen fikk en brosjyre utviklet ved bruk av fokusgruppeintervju av pasienter og helsepersonell, mens kontrollgruppen fikk en brosjyre utviklet av kun helsepersonell. Resultatet ble vurdert ut ifra pasienters bekymringer, kunnskap og tilfredshet





med brosjyren. Intervensjonsgruppen vurderte at brosjyren var veldig tydelig sammenliknet med kontrollgruppen. Videre hadde intervensjonsgruppen signifikant høyere kunnskapsnivå enn kontrollgruppen, og det samme gjaldt for tilfredshet. Mens i forhold til bekymringer var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Dette er jo interessant fordi det nettopp ofte henvises til at brukermedvirkning har denne effekten. Men dette kan også handle om konteksten i undersøkelsen. At det ikke var noen reduksjon av bekymringer og engstelse i den undersøkte sammenhengen trenger ikke å bety at brukermedvirkning ikke har den effekten i andre sammenhenger.

PROSEDYRE. Den andre studien (24) testet informasjonsmateriale om en prosedyre (endoskopi). Deltakerne ble rekruttert til studien den dagen de skulle undersøkes med prosedyren. Intervensjonsgruppen fikk en brosjyre utformet av helsepersonell basert på individuelle intervjuer med pasienter. Kontrollgruppen fikk informasjonsmaterieell utviklet av helsepersonell alene. Resultatet her ble målt etter tilfredshet med brosjyren og engstelse for å gjennomføre prosedyren beskrevet i brosjyren. Intervensjonsgruppen var signifikant mer tilfreds med brosjyren utviklet ved medvirkning enn den uten medvirkning. I forhold til engstelse var det en liten statistisk signifikant forskjell i favør av brosjyren utformet gjennom medvirkning.

RETNINGSLINJE. En retningslinje «Writing health information for patient and families» utgitt av Hamilton Health Sciences (17) peker på at det bør være en overgripende strategi i organisasjonen for å utvikle skriftlig pasientinformasjon. Det kan føre til bedre informasjonsmaterieell og være et hjelpemiddel til å initiere dialog med brukere. Det vises til at evnen til å tilegne seg helsekunnskap er avhengig av brukernes kunnskapsnivå, motivasjon, tilgjengelighet til riktig tid, samt språk og kulturforskjeller.

Retningslinjen anbefaler at for å motvirke slike forhold, bør alle som vurderer å utarbeide informasjonsbrosjyrer til pasienter forsøke å involvere sluttbrukerne på et tidlig tidspunkt og få tilbakemeldinger fra dem om hva de vil ha og hva de har behov for. I tillegg bør informasjonsbrosjyren testes av mulige sluttbrukere og justeres i tråd med tilbakemeldinger før den tas i bruk (17).

KVALITETSPROSJEKT. Et kvalitetsprosjekt gjennomført ved en avdeling på Radiumhospitalet (25) bekrefter i stor grad konklusjonene fra den systematiske oversiktsartikkelen (22) og retningslinjen (17). Bakgrunnen for prosjektet var at mange pasienter som hadde fått utført prostatakirurgi tok kontakt med avdelingen etter utskrivelse til hjemmet. En kartlegging viste at hele 64 prosent tok kontakt med avdelingen etter utskrivelse. Dette medførte at man satte spørsmålstegn ved om det eksisterende informasjonsmaterialet var bra nok. Det ble tatt kontakt med aktuell brukerorganisasjon (PROFO) som bidro til kontakt med en tidligere pasient. Pasienten deltok i det videre arbeidet. Med utgangspunkt i fem dybdeintervju og brukerrepresentanten ble det utarbeidet en mal for telefonintervju, og telefonintervju med 20 pasienter ble gjennomført.

INFORMASJONSBROSJYRE. Ny kunnskap om pasientenes erfaringer og informasjonsbehov ble brukt til å utforme en informasjonsbrosjyre. Pasienttilfredsheten økte, og antall pasienter som tok kontakt med posten etter utskrivelse ble redusert til 13 prosent etter at den nye informasjonsbrosjyren ble tatt i bruk. Det handler ikke bare om at folk får informasjon, men også om at de kan forstå og huske den informasjonen de har fått. Retningslinjen peker på ulike faktorer som kan påvirke pasienters evne til å tilegne seg helsekunnskaper. Språk og kulturforskjeller kan gjøre noe med forutsetningene for forståelsen. Dette kan forklares med bakgrunn i at språket understreker sosiale forskjeller og danner

et grunnlag for kommunikasjon og sosialt fellesskap (26).

KUNNSKAP. Det kan være viktig for helsepersonell å tilegne seg kunnskap om målgruppen før skriftlig pasientinformasjon utarbeides, slik at nødvendige hensyn blir tatt. Helsepersonell forvalter den faglige kunnskapen, og de kan i stor grad legge premissene for interaksjonen med pasientene. Dette gjør at brukermedvirkning er avhengig av at helsepersonell forstår verdien av og legger til

rette for det i sin praksis. Pasienters og brukeres mulighet til å medvirke ligger i de praksisformene som er utviklet i helsevesenet (14). Pasientrettighetene er styrket gjennom lovverket og strategier nasjonalt og lokalt, men det er lite konkretisert

hvilke metoder som skal bidra til at brukermedvirkningen integreres.

METODER. I utviklingen av og evalueringen av kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer benyttes verktøyet AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) (27). Det beskriver flere metoder for inkludering av brukerperspektivet som også har overføringsverdi ved utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon. De inkluderte studiene i oversiktsartikkelen (22) benytter seg av fokusgruppeintervju og dybdeintervju av pasienter. Gjennomføring av pasientintervjuer er en av de metodene som beskrives i AGREE for å inkludere brukerperspektivet, i tillegg til å ta med brukerrepresentanter i arbeidet, gjøre litteratursøk etter pasienterfaringer og høre med brukere (27). En annen mulighet er en kombinasjon av flere av metodene. Et eksempel på det er det tidligere nevnte kvalitetsprosjektet hvor en brukerrepresentant var involvert og det ble gjennomført ulike intervjuer med aktuelle pasienter.

VEILEDER. Det finnes også en veileder i brukermedvirkning (28) som beskriver hvordan man kan gå frem

«Skriftlig informasjon gir folk muligheten til å gå gjennom detaljer i fred og ro.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

for å involvere brukerne i større grad. Likevel, brukermedvirkning er ikke bare en metodisk tilnærming i praktisk arbeid. Holdningsendringen denne tenkningen forutsetter er like viktig. Dette innebærer at man går fra et paternalistisk syn på pasienten til å se på pasienten som en likeverdig deltaker (25). Brukermedvirkning har en verdi i seg selv.

OPPSUMMERING. Det var lite forskning som vurderte effekten av brukermedvirkning i utformingen av skriftlig informasjonsmaterieell. Det er overraskende siden det synes å være stor interesse og omtale av brukermedvirkning og en tilsynelatende stor produksjon av skriftlig pasientinformasjon. Til tross for at det var lite forskning som vurderte effekten av brukermedvirkning i utforming av pasientinformasjon, så kan funnene likevel gi verdifull innsikt.

Brukermedvirkning i utforming av skriftlig informasjon resulterer i at materialet blir mer relevant, leselig og forståelig samt fører til økt tilfredshet og kunnskapsnivå hos pasienter som leser det. Det er flere faktorer som kan påvirke pasienters evne til å tilegne seg helsekunnskap som det er nødvendig å ta hensyn til. Det er også viktig med en overgripende strategi i organisasjonen om utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon for å øke kvaliteten på det som produseres.

Kunnskap om metoder for brukermedvirkning i utarbeidelsen av skriftlig informasjonsmateriale er nødvendig. Brukerperspektivet skal kunne integreres på et tidlig tidspunkt og være testet av mulige sluttbrukere før det tas i bruk. Dette er viktig kunnskap for organisasjoner og helsepersonell som ønsker å bidra til en kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Hvordan virkeligheten ser ut når det kommer til brukermedvirkning i utforming av pasientinformasjon, er det vanskelig å si noe konkret om. Men en kartlegging av den nåværende praksis, tydelig målsetting for hva man ønsker å oppnå samt klarere råd om hvilke metoder som skal benyttes kan være tiltak på veien videre. ●

REFERANSER:

1. Helse og omsorgsdepartementets hjemmeside. Brukermedvirkning. fra www.regjeringen.no (Lästet ned: 05.03.15).
2. Kessel RPC. Patients memory for medical information. *JR Soc Med* 2003; 96:219–22.
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014.
4. Lov om helsepersonell. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
5. Lov om spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014.
6. Nasjonal helse- og omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–2015.
7. "...Og bedre skal det bli!" 2005–2015. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.
8. Strategi for brukermedvirkning 2013–2018. Oslo universitetssykehus.
9. Handlingsplan for brukermedvirkning 2014–2016. Oslo universitetssykehus.
10. Tutton E. Patient participation on ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing* 2005;50: 143–52.
11. Williams G, Freedman Z, Deci E. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 1998; 21: 1644–51.
12. Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;41(3):250–60.
13. Alm Andreassen T. Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet skriftserie, 2004;3.
14. Høybråten Sigstad HM. Brukermedvirkning: alibi eller realitet? *Tidsskriftet Nor Lægefor* 2004; 112(4): 63–64.
15. Askheim OP. Fra normalisering til empowerment- Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.
16. 13 prinsipper for brukermedvirkning. Helse Sør Øst.
17. Witowski L, Harper T, Hutchings T. Writing health information for patients and families. Fourth Edition. 2014. Hamilton Health Sciences.
18. Bunge, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of the discussed criteria. *Patient Education and Counseling*, 2010; 78, 316–28.
19. Bjerkkan AM, Holmboe O, Skudal KE. Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013. PasOpp-rapport – Brukererfaringsundersøkelse nr. 2–2014.
20. Coulter A. & Ellins, J. Patient-focused interventions: a review of the evidence. Oxford 2006; The Health Foundation.
21. Eysenbach G., Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *J Amer Med Assoc*, 2002; 287: 2691–700.
22. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
23. Chumbley GM, Hall GM, Salmon P. Patient-controlled analgesia: what information does the patient want? *Journal of Advanced Nursing*, 2002;39(5): 459–71.
24. Aabakken L, Eyles J, McLeod CB, Collins P, McMullan C, Forrest PG. Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. *Endoscopy* 1997;29(1): 23–6.
25. Konsmo, T., Bakke, T., deVibe, M. Rapport fra kvalitetsprosjektet ... med pasientens øyne ... Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 9. Kirurgisk klinikk, A5, Radiumhospitalet. 2008–2009.
26. Branstad A. Fra monolog til dialog. Fra en maktform til en annen? I: Hauge Ha, Mittermark MB (Red). Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Bergen: Fagbokforlaget, 2003; s. 162–173.
27. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010.
28. Konsmo T, de Vibe M. "...og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse". Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Noen medaljer oppleves som ekstra fortjent



Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette 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



Sviktende samhandling

● Tekst **Barth Tholens**

FORSKET: Sykehuset og hjemmesykepleien har store utfordringer når de skal samhandle, viser en ny studie, publisert i Sykepleien Forskning nr. 1/2016.

Artikkelforfatterne Siri Tønnesen, Bente Lilljan, Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll har intervjuet sju hjemmesykepleiere, fordelt på en landkommune og en bykommune innenfor samme helseforetaksområde. Informantene fortalte at samarbeidet med sykehuset fungerte godt når det handlet om kreftpasienter. Men

det var problematisk når det handlet om andre pasienter.

Informantene mente at sykehuset hadde et sterkt team rundt kreftpasienter som var lett å kontakte. Utskrivningsprosessene var preget av god informasjonsflyt mellom aktørene. Når det gjaldt andre

«Det åpnes et rom for ansvarsforskyvning.»

pasientgrupper derimot, hadde sykehuset andre perspektiver på pasientenes behov og situasjon. Studien viser at sykehuset lovet mer omfattende tjenester enn hjemmesykepleien kunne innfri og at de bryter samhandlingsavtaler. Informantene mente at helsetjenesten preges av en «alles kamp mot alle». Dette innebærer, ifølge forfatterne av studien, at aktørene i liten grad løser oppgaver sammen. «Den formelle maktstrukturen ser i liten grad ut til å fremme samhandling som forplikter aktørene, og det åpnes et rom for

ansvarsforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien», skriver forfatterne.

Selve arbeidsorganiseringen i helse- og omsorgstjenesten med turnusordninger bidrar også til at det er utfordrende å få kontakt med aktører som besitter relevant pasientinformasjon. Studien tyder slik på at det fremdeles er en utfordring å etablere en felles forståelse av samhandlingens betydning og innhold på tvers av profesjonstilhørighet og organisasjonsnivå. ● barth.tholens@sykepleien.no



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse for forskning

- Forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil med dette meddele at personer/faggrupper innen hjerte-, blinde- og kreftforskning kan søke forskningsstipend fra stiftelsen.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no – innen 01.05.2016

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

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



Taushet rundt seksuell legning

● Tekst **Ellen Morland**

IDENTITET: Helsepersonell har lite kunnskap om seksualitet som bryter med normene for «det normale».

Når helsepersonell møter pasienter som har utfordringer knyttet til egen kjønnsidentitet, vil dette for mange være vanskelig å håndtere. Det kommer av at sex og kjønn er regnet for å tilhøre den private sfære, og dermed også angår eget privatliv.

Ofte slipper helsepersonell denne utfordringen, da pasienter som sliter med denne typen spørsmål ofte

vegner seg for å ta det opp i møte med helsepersonell.

En fagartikkel i bladet Psykisk helse og rus beskriver disse utfordringene. Den er basert på en systematisk litteraturgjennomgang og kliniske erfaringer fra psykiatri og akuttmedisin.

Personer med utfordringer hva gjelder kjønn, sex og legning har det felles at de står på sidelinjen i forhold til de rådende normene i samfunnet. De opplever ofte hatkriminalitet, mobbing og hets. Dette fører til angst

og redsel. Artikkelforfatteren spør som vi som helsepersonell i fremtiden vil klare å fange opp og hjelpe pasienter som sliter med dette på en bedre måte. Et første skritt er at helsepersonell i større grad tør å ta opp spørsmål om seksualitet med pasientene. ●



Må forstå migranter bedre

Psykiske helsearbeidere bør lære mer om migranter og minoritetspasienters livssituasjon, ifølge en fagartikkel i Psykisk helse og rus nr. 1.

Selvhjelp på godt og vondt

Ensomhet er en av våre helseutfordringer i fremtiden, skriver Anne Grete Tandberg i Psykisk helse og rus nr. 1.

«Se meg lærer!»

«Det er viktig for meg å vite at du som lærer vet. Det hadde vært fint om de andre elevene i klassen min også visste. Akkurat nå føler jeg meg tryggest sammen med mennesker som vet at mamma er syk, som vet at ting er vanskelig.»

(Fra appellen «Ser du meg lærer» av Kine Smith Larsen, 2005)

«Se meg lærer!» er Kreftforeningens materiell til bruk for lærere, helsesøstre og andre når elever opplever alvorlig sykdom eller dødsfall i nær familie.

«Se meg lærer!» består av:

- lærerveiledning om barn og ungdom i krise og sorg
- filmene «Se meg», «Skal klassen få vite?» og «Hva er kreft?»



KREFTFORENINGEN



«Se meg lærer!»-materialet er gratis og kan bestilles og lastes ned fra kreftforeningen.no/barnogkreft



NY SCREENING GIR SIKRERE DIAGNOSE

Oversatt til norsk. Bruk av screeninginstrumentet 4AT kan forbedre diagnostiseringen av akutt delirium.

DEL AV VALIDERINGSSTUDIE:

Artikkelen bygger på
30 % praksis
70 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56686



Geir V. Berg,
RN, MNsc,
doktor i folke-
helsevitenskap,
Sykehuset
Innlandet,
Lillehammer og
førsteamanuensis
ved NTNU i
Gjøvik.



**Leiv Otto
Watne,**
lege/postdoc
OUS/UIO



**Edith Roth
Gjevjon,**
MNsc, Ph.d.
førsteamanuensis
ved Høgskolen
Diakonova

Et instrument for rask screening av akutt forvirring eller delirium og kognitiv svikt kan forbedre diagnostikken gjennom sikrere identifikasjon av symptomer. Sykepleierens tilstedeværelse i pasientforløpet er av stor betydning, når uklare og varierende symptomer gjør det vanskelig å avdekke den alvorlige tilstanden (1). Delirium er. Rapid assessment test for Delirium (4AT) er et screening-instrument for å identifisere symptomer på delirium og kognitiv svikt og er i utstrakt bruk internasjonalt (2).

DELIRIUM. Delirium kjennetegnes ved akutt endring i bevissthetsnivå, oppmerksomhet og kognisjon. Man ser også ofte persepsjonsforstyrrelser og endret søvn- eller våkenhetsrytme. Akutt forvirring har ofte et svingende forløp og skal ikke kunne forklares av en allerede kjent kognitiv sykdom, som for eksempel demens. Tilstanden er vanlig ved akutt somatisk sykdom (3,4). Dette gjelder særlig hos eldre pasienter, og vi ser det ofte hos pasienter med hoftebrudd (4).

STRESSENDE. Delirium kan være veldig stressende for pasienten som for eksempel har mange skremmende hallusinasjoner, og er en belastning også for pårørende. I

tillegg er tilstanden forbundet med dårlig prognose, varig funksjonsnedsettelse og institusjonalisering (5). Delirium er underdiagnostisert, og man kan anta at behandlingskostnadene for relativt «enkle» akutte tilstander, som hoftebrudd, øker.

IKKE AVDEKKET. Ofte blir ikke delirium avdekket og diagnostisert. Dette skyldes subjektiv diagnostikk uten bruk av relevante screening-instrumenter, ved bruk av klinisk skjønn alene, samt legers og sykepleieres tiltro til egen individuelle erfaring. Det er særlig den hypokative varianten av delirium med nedsatt psykomotorisk tempo, initiativløshet og somnolens som er vanskelig å avdekke, da dette ofte blir forvekslet med depresjon eller demens.

LETT Å BRUKE. Systematisk screening og tidlig identifikasjon av symptomer kan redusere tilfellene av delirium (6). Internasjonalt er CAM (Confusion Assessment Method) det mest brukte diagnostiske instrumentet for delirium (7). Det har kommet flere instrumenter for diagnostikk og vurdering av pasienter med delirium de siste årene. Vi fant at 4AT var verdt å oversette, evaluere og teste i klinisk praksis fordi instrumentet er kortfattet og lett å bruke. Screeningen

kan gjennomføres på mindre enn to minutter og kan gjennomføres av ulike grupper helsepersonell i en travel hverdag.

BESKRIVELSE. 4AT er en test for rask vurdering av akutt forvirring og kognitiv svikt. Instrumentet er utviklet av en gruppe skotske leger i Edinburgh Delirium Research Group (8) og er validert (2,9). Instrumentet består av fire vurderingsområder som skåres fra 0–2 eller 0–4 poeng: 1) Pasientens årvåkenhet, 2) mental vurdering, 3) pasientens oppmerksomhet og 4) akutt endring eller fluktuasjon i pasientens tilstand.

Instrumentet gir en rask førsteangsvurdering av delirium eller kognitiv svikt, men er i seg selv ikke et diagnostisk verktøy. 4AT fungerer som en beslutningsstøtte for sykepleier ved at de kommuniserer symptomene som avdekkes til lege dersom de antyder delirium eller kognitiv svikt. Legen avgjør om videre diagnostisering skal igangsettes. 4AT kan brukes av sykepleiere eller annet helsepersonell ved kontakt med pasienten eller når man mistenker akutt forvirring.

OVERSATT. 4AT er nå oversatt til norsk og vil i første omgang bli testet og validert og deretter tatt i bruk i klinisk praksis og forskning. En tverrfaglig gruppe med to

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Delirium (akutt forvirring) er en vanlig og alvorlig tilstand, men blir ofte oversett 4AT er et screeningverktøy som er i økende bruk i flere land, og vi har nå oversatt dette til norsk En gruppe forskere planlegger å gjøre validering av verktøyet både i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Delir
- Forvirring
- Kognitiv svikt
- Undersøkelse

sykepleiere, to leger og en fysioterapeut oversatte instrumentet uavhengig av hverandre. De fem forslagene ble deretter sendt ut til en utvidet gruppe, som i tillegg besto av fire leger, for vurdering og revidering. Den omforente versjonen av instrumentet ble så sendt til en tospråklig person som oversatte vår norske 4AT tilbake til engelsk. Deretter ble den engelske oversettelsen sendt inn til professor MacLulich som leder gruppen som er ansvarlig for den originale engelske versjonen. MacLulich hadde noen små kommentarer på vår oversettelse som vi i siste runde har justert i vår norske oversettelse av 4AT.

Endelig versjon er tilgjengelig på Norsk geriatrisk forenings nettsider: <http://legeforeningen.no/Fag-med/Norsk-geriatrisk-forening/Geriatrisk-test-og-undervisningsmaterieell/tester-og-registrerings-skjemaer/>. ●

REFERANSER:

- Kirkevold M, Kartlegging. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, -Ranhoff AH. (2014). Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo, Gyldendal akademisk:122-145.
- Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, MacLulich AM. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age Ageing 2014;44:496-502.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. utg. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 1596 - 600.
- Krogseth, M, Wyller TB, Engedal K, Juliebø V. Delirium is a risk factor for institutionalization and functional decline in older hip fracture patients. Journal of psychosomatic research 2014; 76(1): 68-74.
- Björkelund KB, Hommel A, Thorngren KG, Gustafson L, Larsson S, Lundberg D. Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2010; 54(6): 678-688.
- Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. Journal of the American Geriatrics Society 2008; 56(5): 823-830.
- 4AT - Rapid assessment test for Delirium. URL: <http://www.the4at.com/> [28.11.15]
- Lees R, Corbet S, Johnston C, Moffitt E, Shaw G, Quinn TJ. Test accuracy of short screening tests for diagnosis of delirium or cognitive impairment in an acute stroke unit setting. Stroke 2013; Nov;44(11):3078-83.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Screening for delirium og kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember" Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt
1-3: mulig kognitiv svikt
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR



VEILEDNING

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangsvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuierende tilstand:** Fluktuierende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuierende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?"

2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

Norsk versjon: Skjema ved screening for delirium og kognitiv svikt.



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:



Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn: Samhandling mellom aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten om pasienter som skrives ut fra sykehus har vært en utfordring. Ett av målene med tiltakene i samhandlingsreformen er at denne samhandlingen skal bedres.

Hensikt: I denne studien har vi sett på samhandlingen mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Hensikten var å få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innføringen av samhandlingsreformen.

Metode: En kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju av sju sykepleiere i hjemmesykepleien ble gjennomført sommeren 2014. Datamateriale ble analysert og fortolket etter fenomenologisk-hermeneutisk metode.

Resultat: Sykepleierne beskriver at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt. Samhandlingen om andre pasienter er imidlertid utfordrende. Samhandlingen er preget av ulike perspektiver på hva som skal tillegges vekt. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever også å ha begrenset makt og innflytelse samt at informasjon flyten er begrenset.

Konklusjon: Samhandlingen mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie om pasienter som skrives ut fra sykehus fungerer ikke etter hensikten. Dette ser ut til å ha sammenheng med skjev maktfordeling mellom aktørene og at det ikke er etablert en felles forståelse av hva de skal samhandle om, og hvordan. Bedring krever organisatoriske endringer slik at maktrelasjonen mellom aktørene balanseres. I tillegg må aktørene utvikle kunnskap, vilje og evne til å samarbeide på tvers av organisatoriske enheter.

Forfattere:

Siri Tønnessen,
Lilljan Lind Kassah
og Wivi-Ann Tingvoll



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune

Bakgrunn: Utskriving fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste er en sårbar situasjon for pasienter. Bruk av PLO-meldinger skal sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon overføres ved pasientovergang mellom sykehus og hjemmetjeneste. Sykepleiernes erfaringer med PLO-meldinger i utskrivningsprosessen er per i dag et lite utforsket område.

Hensikt: Å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste.

Metode: Kvalitativ studie med intervjuer av 41 helsearbeidere ved ett universitetssykehus og i tre kommuner.

Resultat: Bruk av PLO-meldinger bidro til raskere avklaring og tilgang til informasjon ved utskrivningsplanlegging og selve utskrivelsen av pasienter. Sykepleierne benyttet likevel supplerende informasjonskilder for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon mellom sykehus og hjemmetjeneste. Årsaken til dette var uforutsigbarhet knyttet til pasientens utreisedato, inkonsistens mellom pasientens legemiddelliste i kommuner og i sykehus, manglende informasjon i meldinger og forskjeller i faglig tilnærming mellom nivåene.

Konklusjon: PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy. Det må likevel kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivningsplanlegging og utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste. Videre tiltak bør rettes mot hvordan informasjonsinnholdet i meldingenes fritekstfelter bør fremstå.

Forfattere:

Berit J. Brattheim,
Ragnhild Hellesø
og Line Melby



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



LEGENE I DIPS:

(fra venstre):

Anca Heyd, Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp

Arne Sæter, Lege i spesialisering i øyesykdommer

Tomas Alme, Lege/ Medisinsk direktør

Hege Tho Stokstad, Lege i spesialisering i nyresykdommer

Magne Rekdal, Lege

Hilde Hollås, Spesialist i indremedisin og blodsykdommer

Realf Ording Helgesen, Allmennlege



Sammen om framtidens pasientjournal

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

Sammen jobber vi for en smartere pasientjournal.





Kjell Tore Hovik

– Symptomer på angst og depresjon går under radaren

● Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Tourettes. – Barn med Tourettes og ADHD har ofte angst og depresjon i tillegg.

Psykolog Kjell Tore Hovik har i over to år fulgt en gruppe barn og ungdom med Tourettes. I forrige uke forsvarte han sin doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.

HALVPARTEN HAR ADHD. Selv om symptomer på angst og depresjon ikke er med i diagnostisering av barn og ungdom med Tourettes, kan disse vanskene skape større problemer for barna enn selve Tourettes-lidelsen, mener han.

– Dette kan dessverre gå «under radaren». Alle som jobber med barn og helse bør være klar over hva barna med Tourettes sliter med av tilleggssymptomer, sier han.

Rundt halvparten av dem som har Tourettes, har ifølge statistikken også ADHD. Rundt 30 prosent har tvangstanker og tvangshandlinger. Andre tilleggsvansker kan være aggressivitet, angst, depresjon, selvskadende atferd og lærevansker.

Hovik bestemte seg for å se nærmere på to av disse tilleggsvanskene: Angst og depresjon.

I forskningen hans – som har resultert i tre fagfellevurderte artikler – har han sammenliknet utviklingen hos barna med Tourettes (19 barn) med utviklingen av en gruppe friske barn (50 barn), barn med ADHD (76 barn) og barn med høytfungerende autisme (33 barn).

KAN VÆRE STIGMATISERENDE. I løpet av toårsperioden han fulgte barna, fant han ut at de som hadde Tourettes og ADHD rapporterte at de hadde like høyt nivå av angst og depresjon i starten og slutten av perioden han fulgte dem. Dette til tross for at de gikk til behandling for «hovedlidelsen», altså Tourettes eller ADHD.

Han sier at både Tourettes og ADHD kan være stigmatiserende diagnoser.

– Symptomene kan være synlige og skape reaksjoner hos omgivelsene. Manglende kontroll på kroppen eller sin egen stemme kan være vanskelig for medelever, søsken og andre jevnaldrende å akseptere, sier han.

De aller fleste som har Tourettes og ADHD er gutter.

HØYT INDRE TRYKK. Om angsten og de depressive tankene kommer av reaksjoner fra omgivelsene gjennom mobbing eller utestengelse eller om barna er mer sårbare, sier han er åpent. Det kan også være en vekselvirkning av begge faktorer.

Hovik har snakket med både foreldrene og barna. Mens barna forteller om et vedvarende

«Det er ikke så lett for barna å sette egne ord på vanskene de har.»

høyt indre trykk, og beskriver symptomer på angst og depresjon, rapporterte foreldrene at barna hadde fått bedre kontroll over sine følelsesutbrudd i løpet av toårsperioden.

FORELDRE SER PÅ ATFERDEN. Barna og

Fakta

Hva er Tourettes

Tourettes syndrom er en arvelig, nevrobiologisk tilstand som består av gjentatte, ufrivillige bevegelser og ukontrollerbare lyder som kalles tics. Av og til kan de vokale lydene bestå av upassende ord eller setninger.

Det antas at forekomsten ligger på cirka 0,5-1,5 prosent. Fire ganger så mange gutter som jenter får Tourettes.

Kilde: Norsk Touretteforening

foreldrene opplevde altså barnets situasjon og bedring forskjellig.

– Dette kan skyldes at det ikke er så lett for barna å sette egne ord på vanskene de har. Selvrapportering hvor de skal krysse av på spørreskjemaer kan være enklere å svare på, sier Hovik.

Han mener at foreldre ofte danner seg en mening om hvordan barna har det basert på barnas atferd.

– Dette understreker hvor viktig det er å innhente informasjon både om foreldres observasjon i hverdagen og barnas subjektive opplevelse av emosjonelle vansker.

– Informasjonen er viktig for å få et best mulig utgangspunkt for å hjelpe barnet. Slike symptomer vet vi kan ha store konsekvenser for sosial fungering og identitetsutvikling.

TOK TRYGGE VALG. Hovik har brukt psykologiske tester og skjemaer for å kartlegge problemene disse barna sliter med, og det har gitt innblikk i



Doktorgrad: Det er viktig at barn med Tourettes og ADHD som sliter med angst og depresjon, blir behandlet, sier Kjell Tore Hovik. Foto: Sykehuset Innlandet.

hvordan barna med tics tok valg og møtte forskjellige utfordringer i hverdagen.

Barna med Tourettes tok oftere trygge valg enn kontrollgruppene. Barna løste blant annet en oppgave som er kalt The Hungry Donkey Task. Her skal et sultent esel velge mellom ulike dører. Hver av dørene gir ulik mengde gevinst og straff for eselet.

I oppfølgingsundersøkelsen etter to år valgte barna med Tourettes konsekvent den døren av de to «gode» dørene som ga liten gevinst og liten straff, istedenfor den døren som ga stor gevinst og stor straff.

– De utviklet et mer forsiktig og rigid beslutningsmønster sammenliknet med friske barn og barn med ADHD, selv om det kunne være mer fristende å være mer «vågal», sier han.

Denne atferden kan være en ubevisst reaksjon på de underliggende vanskene, mener han.

Ticsene består ofte av sammentrekning av muskler eller ytringer av plutselig, ufrivillig karakter.

– Dette er symptomer som kan være veldig synlige, og noe barnet får negative tilbakemeldinger på, og derfor bruker mye energi på å holde tilbake.

PROBLEMENE MÅ FANGES OPP. At de oftere gikk for trygge valg kan være fordi de opplever å ha et mindre handlingsrom enn andre barn.

– De har utviklet en måte å holde symptomene mest mulig i sjakk på. En hypotese vi har er at barna overfører de rigide reglene de følger for å få til det, på andre områder hvor de egentlig kunne gjort friere valg. Ved å finne ut av hvordan disse

mønstrene overtar på andre livsområder, kan vi hjelpe barna her og nå, sier han.

Men like viktig mener Hovik det er at barna kan hjelpes på sikt.

– Det å ta frie valg og tørre å ta noen sjanser dersom man ved det kan oppnå en høyere gevinst, er strategier som kan komme godt med. Selvpålagte restriksjoner som er forårsaket av angst hos barnet er ikke nødvendig å ha der.

Selv om angst- og depresjonsnivået lå under nivået for å kunne stille en diagnose, var symptomene betydelig høyere enn hos kontrollgruppa av friske barn.

– Det er absolutt avgjørende for barnets utvikling og fremtid at dette blir fanget opp og behandlet tidlig, sier han. ●

aknbh@sykepleien.no



TVERRRFAGLEG PRAKSIS GJEV AUKA INNSIKT

Læring. Samarbeid i praksisstudiene mellom studentar i ergoterapi og sykepleie ga innsikt i kvarandre sin kompetanse.

STUDENTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56707



Møyfrid Kalvenes,
ergoterapiavdelinga, Haukeland universitets-sjukehus



Hege Storlid,
spinaleininga, Haukeland universitets-sjukehus



Kari Margrete Hjelte,
førstelektor, Høgskolen i Bergen, bachelorutdanning i ergoterapi



Kristin Tuven,
Høgskolelektor, Haraldsplass Diakonale Høgskole, bachelorutdanning i sykepleie

Tverrprofesjonelt samarbeid er ei viktig føring for rehabilitering, og ulike profesjonsperspektiv er naudsynt for at pasientar skal kunna oppleve mestring (1). Helsetenestene har i større grad vorte spesialiserte, og dermed òg fragmenterte, noko som skapar utfordringar i samarbeid mellom profesjonelle tenesteytarar og mellom tenesteytarar og pasientar (2).

Målet med denne artikkelen er å drøfta studentar si læring av tverrprofesjonelt samarbeid ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudie.

AUKT SATSING. Tverrprofesjonelt samarbeid er eit aukande satsingsområde blant helsepersonell og for utdanningsinstitusjonar (2). Studentar som får erfaring i å samarbeida med studentar og profesjonsutøvarar frå ulike helsefagutdanningar er venta å få auka forståing for andre yrkesgrupper sin kompetanse (3). Slik samarbeidslæring bidreg til å styrka profesjonsidentitet og tryggleik på eiga rolle sett i forhold til andre yrkesgrupper. Det er difor tilrådt at studentar frå ulike helsefag har felles læringssituasjonar i praksisstudie og høve til tverrprofesjonelt samarbeid gjennom felles prosjektoppgåver. For å sikra gode og heilskaplege helsetenester i framtida må difor

tverrprofesjonalitet, tidleg innsats og brukarmedverknad speilast i utdanninga (3). Nyare forskning på læringsmodellar syner at samarbeidslæring og trygg profesjonsidentitet kan utviklast i ein tverrprofesjonell læringssituasjon (4).

KBP. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er ei anna viktig føring for rehabiliteringsarbeidet. KBP inneber at helsearbeidaren baserer faglege val på tidlegare forskning, erfaring og pasientens behov (5). Systematisk innsamling av kunnskap frå ulike kjelder forventast å betra kvaliteten på helsetenesta og er ein del av studentens opplæring (5). KBP brukt i tverrprofesjonelt samarbeid bidreg til fleire synsvinklar på aktuelt problem og kan betra praksis (6). Ei viktig føresetnad for å lukkast er ei felles forståing av KBP blant helseprofesjonar som nyttar metoden (6).

LÆRINGSARENA. Haukeland universitetssjukehus (HUS) er ein viktig læringsarena for sykepleiar- og andre helsefagstudentar. Frå 2011 til 2013 vart det gjennomført eit studentprosjekt ved sjukehuset med vekt på tverrprofesjonelt samarbeid og KBP. Prosjektet var eit samarbeid mellom ergoterapiavdelinga og spinaleininga ved HUS, Bachelor i sykepleie ved Haraldsplass Diakonale Høgskole (HDH) og

bachelor i ergoterapi ved Høgskolen i Bergen (HiB). Studentar frå begge utdanningsinstitusjonane var i praksisstudie ved Spinaleininga, ei rehabiliteringseining for personar med ryggmargsskade. Prosjektet vart finansiert av utviklingsmiddel, spesielt knytt til læring i praksisstudie for høgskulestudentar (7).

SAMARBEID. Studentprosjektet skulle medverka til tettare samarbeid mellom ergoterapeut- og sykepleiarstudentar i praksisstudiet og tettare samarbeid mellom praksisfelt og utdanningsinstitusjonane. I tillegg skulle det fremja brukarmedverknad i aktivitetar i dagleglivet (ADL), samt styrka det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom ergoterapeutar og sykepleiarar ved Spinaleininga. Prosjektet vektla korleis ein kunne implementera KBP i påkledings- og trening for pasientar med ryggmargsskade, og var slik ein del av fagutviklingsarbeidet ved eininga. Målet med denne artikkelen er å drøfta studentar si læring av tverrprofesjonelt samarbeid ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudiet.

PROSJEKTET. Studentprosjektet hadde leiingsforankring i Ergoterapiavdelinga og Spinaleininga ved HUS. Prosjektet var tredelt og

Fakta

Hovedbudskap

Studentar som delte i tverrprofesjonelt samarbeid (TPS) i praksisstudiet erventa å få auka forståing for andre sin kompetanse, i tillegg til å styrka eigen profesjonsidentitet. Denne artikkelen drøftar studentar si læring av TPS ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudie etter modell for kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider

- Samarbeid
- Sykepleierutdanning
- Praksis
- Ergoterapiutdanning
- Rehabilitering



Tverrfaglig påkledning. Implementering av kunnskapsbasert praksis i påkledings trening for pasientar med nyleg erverva ryggmargsskade var vektlagt i prosjektet. Foto: Espen Halleby

gjennomført i perioden september 2011 til mars 2013.

Overordna prosjektgruppe bestod av prosjektleiar (ergoterapeut) og delprosjektleiar (sjukepleiar), ved spineleininga, og prosjektmedarbeidarar (høgskulelektorar) frå HiB og HDH. Prosjektgruppa utarbeidde prosjektplan og søkte om prosjektmiddel. Prosjektleiarane hadde ansvar for informasjonsflyt

mellom partane og rettleiing av studentane. Høgskulelektorane informerte studentane om prosjektet og deltok i prosjektgruppemøte og på avsluttande møte for kvart delprosjekt der studentane presenterte arbeidet dei hadde gjort.

PRAKSISPERIODE. Prosjektet inngjekk som ein del av studentane sitt ordinære praksisstudie på ein

arena der tverrprofesjonelt samarbeid allereie var godt etablert. Nokre studentar hadde eit ynskje om praksisstudie ved spineleininga, andre fekk tildelt praksisstudieplassen av høgskulen. I prosjektperioden var åtte grupper med andre års sjukepleiarstudentar (n=15), og fire grupper med andre eller tredje års ergoterapeutstudentar (n=8) i praksisstudiet ved eininga.

Praksisperiodane ved dei ulike utdanningane var overlappande og sjukepleiarstudentane hadde noko kortare praksisstudie enn ergoterapeutstudentane (fire eller seks veker, versus elleve veker). Det vart dermed eit byte av sjukepleiarstudentar midtvegs i ergoterapeutstudentane sin praksisperiode. Ergoterapeutstudentane fekk





ansvar for å vidareformidla prosjektstatus til nye sjukepleiarstudentar. Det var eit ynskje òg å inkludera fysioterapeutstudentar, men dette var ikkje mogleg då praksisperiodane fall på ulik tid.

Pasientar (n=6) med nyleg erverva ryggmargsskade deltok i prosjektet. Pasientane hadde ulikt funksjonsnivå med lammelser i både over- og underekstremitetane, eller berre i underekstremitetane.

GJENNOMFØRING. I praksisstudia arbeidde studentane to dagar i veka å tre timar med prosjektet og deltok elles i dagleg pasientretta arbeid ved spinaleininga. Studentane disponerte eit kontor som dei nytta til prosjektarbeidet. Problemstillinga som studentane skulle arbeida med var: *Korleis kan pasientar med skade i ryggmargen meistra påkleding tidleg i rehabiliteringsprosessen?* Studentane avslutta kvart delprosjekt med å utarbeida ein rapport der dei summerte opp resultatane frå dei enkelte delprosjekta og erfaringar knytt til samarbeidsprosesser. Rapporten var utgangspunkt for neste delprosjekt.

Delprosjekt 1 (sju veker) – inn-samling av kunnskap: Studentane utførte, i samarbeid med bibliotekar, systematiske litteratursøk etter modell for KBP (5,8). Dei fann fire vitenskaplege artiklar (9–12) og to retningslinjer (13,14). Faglitteratur om ryggmargsskade og ADL-trening vart nytta i tillegg. Erfaringsbasert kunnskap fekk dei ved å delta i pasientane sitt morgonstell, undervising om pasientgruppa, vegleiing og diskusjon med sjukepleiarar og ergoterapeutar som var tilsett i eininga. Gjennom samtale med pasientar og deltaking i morgonstell fekk dei innsikt i brukarane sin kunnskap om utfordringar knytt til påkleding.

Delprosjekt 1 munna ut i ein strukturert og omfattande plan som fekk namnet ADL-plan. Planen skulle nyttast som eit tverrprofesjonelt verktøy i påkledingstrening i tidleg rehabiliteringsfase. Delprosjekt 1 vart avslutta med at studentane presenterte arbeidet

og drøfta resultatane med prosjektleiinga og andre tilsette ved spinaleininga og ergoterapiavdelinga. Dei utarbeidde òg ein skriftleg rapport til nye studentar som deltok i delprosjekt 2.

Delprosjekt 2 (15 veker) – implementering av kunnskap: Studentane i delprosjekt 2 implementerte ADL-planen i spinaleininga. Dei deltok i morgonstell med pasientar og fekk erfaring med pasientgruppa og utfordringane deira. ADL-planen vart fylt ut i samarbeid mellom studentane og kvar pasient kort tid etter pasientane vart innlagd i eininga. Dette innebar formulering av mål for påkledingstrening, kartlegging av pasientens sine ressurser og utfordringar og skildring av framgangsmåte for å nå målet. Studentane erfarte etter kort tid at planen var omfattande og lite hensiktsmessig i bruk. På bakgrunn av desse erfaringane og under vegleiing, vart planen revidert. Ein forenkla plan, redusert frå åtte til to A4-sider, vart presentert for dei tilsette ved Spinaleininga og etter kvart òg teke vidare i bruk ved eininga.

Delprosjekt 3 (sju veker) – samanfating og formidling av kunnskap: Studentane i delprosjekt 3 samanfatta prosjektet på bakgrunn av rapportar frå delprosjekt 1 og 2. Ein sluttrapport vart presentert for prosjektgruppa og tilsette ved Spinaleininga og Ergoterapiavdelinga. Studentane skreiv òg ein fagartikkel som vart trykt i Patetra, medlemsbladet for Landsforeningen for Ryggmargsskade (15).

DISKUSJON. Studentane uttrykte at arbeidet med prosjektet gav dei innsikt i betydinga av felles målretta og likeverdig samarbeid mellom profesjonane. Slik fekk pasienten eit betre grunnlag for å nå sine mål om tidleg meistring i påkleding. Frukktbart tverrprofesjonelt samarbeid inneber ansvar, koordinering, kommunikasjon, tryggleik på eigen rolle, autonomi, gjensidig tillit og respekt (16). Studentane opplevde ei felles forplikting til å bidra i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og resultatet av prosjektet var knytt til

det dei klarte å skapa i fellesskap.

Vår erfaring er at praksisstudie er ein læringsarena som kan fremjar tverrprofesjonelt samarbeid gjennom fagutviklingsprosjekt. Dette samsvarar med forskning som syner at tverrprofesjonell læring skjer med godt resultat der studentar frå ulike profesjonar møtest og arbeider saman i klinisk retta praksis (17–19).

ULIKE FOKUS. Gjennom tverrprofesjonell samarbeidslæring erfarte studentane at profesjonane hadde

ulike fokus og vekt på ulike aspekt ved påkledingstrening. I direkte pasientretta arbeid og i diskusjonar kring ADL-planen delte studentane fagleg kunnskap og perspektiv med kvarandre. Ved å arbeida med pasientane i påkledingstreninga, og observera kvarandre i handling, vart den andre profesjonen sin ekspertise og fokus i rehabiliteringsarbeidet tydelegare for dei.

Sjukepleiestudentane lærte mellom anna at ergoterapeutstudentane hadde eit nyansert blikk for pasientane sine ressurser og motoriske mestringsstrategiar. Dei hadde òg kunnskap om korleis praktisk tilrettelegging og pasientens kroppsstilling kunne bidra til å auka sjølvstende for pasienten i påkleding. Ergoterapeutstudentane oppdaga at sjukepleiarstudentane hadde eit utvida fokus på pasient-situasjonen gjennom å ivareta pasientens integritet, hygiene, velvære og sjølvbiletet under påkleding.

Studentane erfarte at dei lærte av å samarbeide med kvarandre. Ved å dela kunnskap vart dei betre rusta i møte med pasientar og såg korleis dei kunne bidra til å auka meistring for pasientane. Dette samsvarar med litteratur og forskning som seier at studentar utviklar positive haldningar til andre profesjonar og tverrprofesjonelt samarbeid gjennom felles praksisstudie (16,19,20). Slik kan kvaliteten

«Studentprosjektet skulle medverka til tettare samarbeid mellom ergoterapeut- og sjukepleiarstudentar i praksisstudie.»

på arbeidet i helsesektoren auka, og pasientane få eit betre og meir heilskapleg helsetilbod (16).

PROFESJON OG ROLLE. Prosesen med litteratursøk, utarbeiding av ADL-planen og samarbeid med pasientane gav studentane høve til å verta meir merksame på felles-trekk med andre profesjonar og særtrekk ved eigen profesjon. I diskusjonar knytt til utforming av ADL-planen og målet med denne, lærte studentane å setta ord på kunnskap og klargjera for kvarandre kva dei meinte var viktig og kvifor. Slik kan profesjonsidentiteten både utfordrast og utviklast i møte mellom studentar frå ulike profesjonsutdanningar (20). Tett samarbeid og møte mellom ulike perspektiv førte til at implisitt forståing og perspektiv innanfor dei ulike profesjonane vart gjort eksplisitt. Gjennom dialog kunne studentane drøfta si eiga forståing og arbeida mot eit felles mål. Kristensen et al. (20) seier dette kan styrka fagidentiteten til studentane og auka deira medvit kring ulike profesjonar sin kompetanse og rolle i pasientbehandlninga.

ENDRA PRAKSIS. Implementering av KBP i påkledningstrening for pasientar med nyleg erverva ryggmargsskade var vektlagt i prosjektet. Prosjektet var slik ein del av fagutviklingsarbeidet ved Spinalleininga. Moyers et al. (6) seier implementering av nye metodar og endring av praksis på bakgrunn av studentrelaterte KBP-prosjekt ofte syner seg vanskeleg. Studentane sit difor igjen med lita tru på høve til å endre og betra praksis gjennom KBP som metode. Derimot er vår erfaring at ADL-planen vart implementert og bidrog til endra praksis. Den er i bruk og fungerer som eit viktig arbeidsreiskap i samarbeidet mellom sjukepleiar, ergoterapeut og pasient. ADL-planen er presentert på ein nasjonal og ein nordisk kongress, og har vakt interesse hjå tilsette ved fleire behandlings- og rehabiliteringseiningar.

STYRKE. Vi erfarte at modell for

KBP eigna seg på tvers av profesjonsutdanningane og var profesjonsnøytral. Studentane fekk erfara at ulikskap ikkje er eit hinder for felles avgjersler, men heller ein styrke. Gjennom samarbeidslæring erfarte dei at kommunikasjon, utveksling av fagleg kunnskap og synspunkt gav grunnlag for endra praksis. Dette er i tråd med Bridges et al. (16) som seier at tverrprofesjonelt praksisstudie rustar studentar til å arbeida tverrprofesjonelt etter avslutta utdanning, noko som sikrar høg kvalitet i pasientbehandlninga.

FAGLEG STØTTE. Studentprosjektet var godt forankra i leiinga og hadde brei støtte blant dei ulike profesjonane i eininga. Fleire peiker på dette som viktige faktorar

«Studentane opplevde ei felles forplikting til å bidra i det tverrprofesjonelle samarbeidet.»

for å lukkast med tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudiet (4,16,21) og tverrprofesjonelt fagutviklingsarbeid etter KBP-modellen (6). Vi opplevde tett samarbeid i prosjektgruppa som viktig for å støtta studentane sitt arbeid. Prosjektleiarane bidrog til å skapa eit trygt samarbeidsklima mellom studentane, gav dei fagleg støtte og rettleiing, og var rollemodellar. Dei la òg til rette for felles møtepunkt slik at studentane arbeidde tett saman i konkrete pasientsituasjonar, i vegleiing og elles i fagutviklingsarbeidet. Studentane deltok ikkje i dei to fyrste trinna av KBP, men vart involverte i litteratursøka.

EIGARSKAP. Berg et al. (22) påpeiker at det er avgjerande at både studentar og vegleiarar har

eigarskap til problemstillinga som ligg til grunn for prosjektet (22). I vårt prosjekt fekk studentane tidleg ansvar for framdrifta. Vi erfarte at grundig informasjon om bakgrunnen for prosjektet, samt å arbeida i prosjektet, gav studentane motivasjon, eigarskap og ei kjensle av kontroll. Dette til tross for at nokre av studentane tykte det var vanskeleg å ha ansvar for eit prosjekt som andre hadde initiert. Å gjennomføre eit prosjekt fordrar god struktur allereie frå starten. Utover prosjektperioden var det naudsynt å nytta prosjektplanen aktivt som eit styringsdokument for framdrift og fokus. Dei gongane vi opplevde mest utfordringar var då vi ikkje følgde dei føringane som låg der. Prosjektets varigheit over to år og prosjektleiinga sitt engasjement bidrog til at Spinalleininga fekk eigarskap til ADL-planen.

KONKLUSJON. Praksisstudiet eignar seg godt som læringsarena for tverrprofesjonelt samarbeid. Gjennom felles praksisstudie fekk studentane innsikt i kvarandre sin kompetanse, utvikla positive haldningar til tverrprofesjonelt samarbeid og styrka eigen fagidentitet. Studentprosjektet medverka til at studentar vart ein ressurs for fagutvikling i praksisfeltet. God planlegging, tett samarbeid mellom involverte partar og leiingsforankring var vesentleg. Våre erfaringar gjev grunn for å satse vidare på denne forma for tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudie. ●

Takk til pasientar, studentar og tilsette som deltok i prosjektet. Takk òg til bibliotekar.

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
2. Straumshelm J. Forskningsgruppen Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Høgskolen i Molde. Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2013. <http://www.himolde.no/forskning/forskningsgrupper-hs/Sider/Forskningsgruppen-Tverrprofesjonelt-samarbeid-i-praksis-og-utdanning.aspx> (04.05.2013).
3. Kunnskapsdepartementet. Stortingsmelding 13 Utanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2012.
4. Kristensen D, Staib K, Norenberg D, Brekke L, Bruun L, Cas-

persen S, et al. Rapporter fra Høgskolen i Buskerud Nr 91. Studenter i tverrprofesjonell klinisk praksis: Et samarbeidsprosjekt mellom Seksjon for Geriatri, Slag og Rehabilitering (GSR) ved Bærum sykehus, Vestre Viken Helseforetak, Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Høgskolen i Buskerud (HiBu). Høgskolen i Buskerud og Vestfold, 2012.

5. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim L, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Akrib, 2012.
6. Moyers P, Guthrie P, Swan A, Sathe L. Interprofessional evidence-based clinical scholar program: learning to work together. *Am J Occup Ther* 2014;68:23–31.
7. Høgskolen i Bergen. Utviklingsmidlar til samarbeidsprosjekt mellom høgskulane og Bergen kommune: Høgskolen i Bergen, 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.hib.no/samarbeid/utviklingsmidlar> (19.06.14).
8. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
9. Pillastrini P, Mugnai R, Bonfiglioli R, Curti S, Mattioli S, Maioli M, et al. Evaluation of an occupational therapy program for patients with spinal cord injury. *Spinal cord* 2008;46(1):78–81.
10. Hamilton B, Deutsch A, Russell C, Fiedler R, Granger C. Relation of disability costs to function: Spinal cord injury Arch Phys Med Rehabil 1999;80(4):385–91.
11. Catz A, Itzkovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. SCIM - spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. *Spinal cord* 1997;35(12):850–6.
12. Burns A, Ditunno J. Establishing prognosis and maximizing functional outcomes after spinal cord injury: a review of current and future directions in rehabilitation management. *Spine* 2001;26:137–45.
13. Consortium for Spinal Cord Medicine Member Organizations. Outcomes following traumatic spinal cord injury: clinical practice guidelines for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2000;23(4):289–316.
14. McKinley W. Functional Outcomes per Level of Spinal Cord Injury. Tilgjengelig fra: <http://emedicine.medscape.com/article/322604-overview> (02.02.2015).
15. Espeland I, Stang M, Halleby E, Johannessen J. Mestrering i påkledning etter ryggmargsskade - Et tverrfaglig studentprosjekt ved spinalenheten på Haukeland universitetssykehus. *Patetria* 2013;30(1):8–11.
16. Bridges D, Davidson R, Odegaard P, Maki I, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online [Internet]*. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21519399> (09.02.2015).
17. Cragg B, Hirsch M, Jelley W, Barnes P. An interprofessional rural clinical placement pilot project. *J Interprof Care* 2010;24(2):207–9.
18. Jacobsen F, Fink A, Marcussen V, Larsen K, Hansen T. Interprofessional undergraduate clinical learning: results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *J Interprof Care* 2009;23(1):30–40.
19. Pelling S, Kalen A, Hammar N, Wahlström O. Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *J Interprof Care* 2011;25(5):328–32.
20. Kristensen D, Flo J, Fagerstrøm L. Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som er en del av den ordinære praksisperioden. En casestudie fra en akutt geriatrisk, slag- og rehabiliteringsavdeling. *Nord Tidsskr Helseforsk* 2014;10(1):83–95.
21. Konsmo T, Nordheim G, de Vibe M. Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes. Rapport fra Kunnskapsenteret. Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsestjenesten, 2013.
22. Berg M, Brusset E, Dahl M, Sveen U, Andersson L, Michelet M, Stubbings J.G. Utvikling av ferdigheter i kunnskapsbasert praksis: samarbeidsprosjekt for studenter og klinikere *Ergoterapeuten* 2012;55(2):30–5.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Livsforlengende behandling. Pasienter med demens deltar ikke selv i siste kapittel av sin livshistorie.

Følger ikke opp døende med demens



Fakta

Håkon Johansen

Medlem av Rådet for sykepleieetikk

Jeg arbeider natt på en palliativ avdeling på et sykehjem. En natt blir jeg tilkalt til en annen avdeling for å bistå med en ernæringspumpe som er vrien å stille inn. Pasienten i sengen er gammel. Hun er våken, men blikket er tomt, og hun gir ingen respons da jeg hilser på henne. Langtkommet demens, tenker jeg og hjelper til med å stille inn pumpen.

DØENDE FØRST NÅR DE ER BEVISSTLØSE? Vel oppe på min egen avdeling kommer tankene: «Var nå dette riktig? Burde jeg stilt noen spørsmål? Om pasientens livskvalitet og hensikten med behandlingen? I travelheten hjalp jeg til og var heldig og så; vi fikk stilt inn pumpen, og behandlingen kunne fortsette. Jeg bidro i situasjonen til å opprettholde livsforlengende behandling for en gammel kvinne med alvorlig grad av demens.

Forskning viser at livsforlengende behandling blir opprettholdt svært lenge for pasienter med demens. Det er grunn til å spørre: Veier det vi oppnår i flere levedøgn opp for ubehaget knyttet til behandlingen for mange pasienter? Eller om påkjenningen ved å bli flyttet fra sykehjemmet med kjente ansikter til sykehuset med bare fremmede er verdt litt forlenget levetid.

Forskning viser også at pasienter med demens har de samme behov for palliasjon som kreftpasienter, men at de ofte blir erkjent som døende først når de er bevisstløse. Når helsepersonell vegrer seg for å erkjenne at pasienten er døende, er det rimelig å tenke at behovet for palliasjon ikke blir godt nok dekket og at pasientens lidelse øker. Det er på et vis mer avklart

når en person har plagsomme symptomer, ser ut til å lide og ikke får gitt uttrykk for sin opplevelse av tilværelsen? Forsvarer det begrensning av livsforlengende behandling og større vektlegging av palliasjon med symptomlindring og fredfull død som mål? Eller er livet selv ukrenkelig og må forsvares uansett hvor dårlig livskvaliteten er?

VI MÅ SE HELE BILDET. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier blant annet at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død. Retningslinjene understreker viktige verdier for sykepleieprofesjonen, men kan ikke alene gi retning for handling i en konkret situasjon.

Den natten jeg hjalp til med ernæringspumpen så jeg en gammel kvinne, antakelig med alvorlig grad av demens, som fikk livsforlengende behandling, men så jeg alt? For å kunne handle til beste for pasienten må vi som sykepleiere ofte forstå et større bilde og ikke bare det vi observerer i den konkrete situasjonen. For å låne perspektivet til Beate Indrebø Hovland fra boka «Narrativ etikk og profesjonelt hjelpearbeid», er det jeg observerer denne natten bare et glimt fra en livsfortelling. Glimtet må settes inn i en større sammenheng for at jeg skal forstå. Min observasjon, oppfatning og vurdering av situasjonen påvirkes av andre fortellinger; kulturens, profesjonenes, institusjonens og min egen personlige fortelling. De andre fortellingene vikler seg også inn i kvinnens fortelling når hun er avhengig av og overgitt til institusjon og helsepersonell. Dessuten er det siste avsnittet i hennes livsfortelling i ferd med å bli skrevet uten at hun selv medvirker.

«Hva uttrykte den gamle kvinnen da hun sluttet å spise? Ville hun fortelle at hun var «mett av dage»?»

når vi erkjenner at pasienten er døende og det i større grad er gitt hva vi bør gjøre eller la være å gjøre.

Men hva om pasienten ennå vil leve uker eller måneder med dårlig livskvalitet? Er det riktig å si at livet ikke er «leveverdig»

FORTELLINGER PÅVIRKER OSS. I samfunnets fortelling finnes det verdier som står i motsetning til hverandre. Døden kan både betraktes som en «venn som befri fra lidelse» og som noe unaturlig som skal bekjempes. Helseprofesjonenes verdier gjenspeiler verdiene i samfunnet og rommer begge holdningene.

Sykehjemmets organisering, arbeidsmåter og verdier utgjør også en fortelling som påvirker kvinnens livsfortelling. I mangel av å vite, er det fristende å dikte, og pasienten kan ha hatt en

niese hun var svært glad i. Jeg fikk ingen respons da jeg hilste på kvinnen, men kanskje hun ville gi et glimt av gjenkjennelse og glede hvis niesen synger en salme eller leser et dikt med en god rytme? Tenkt at kvinnen ikke hadde nære pårørende, hvor gode er vi på sykehjemmet til å skape eller legge til rette for «gyldne øyeblikk» der vi ser at livet fortsatt er godt å leve? Og hvor gode er vi på å formidle til hverandre at pasienten i glimt kan glede seg over livet? Hvilken betydning har tidspress og mange ansatte i små stillingsbrøker for muligheten til å skape gode relasjoner mellom personale og pasienter?

Selv om jeg er sykepleier, spiller min personlige fortelling også en rolle. Hva får mine følelser og tanker om skrøpelighet, avhengighet og tap av kognitive ferdigheter å si for hvordan jeg bedømmer den andres livskvalitet?

FORTELLINGENS AVSLUTTNING. Når det siste avsnittet i livsfortellingen skrives uten at hovedpersonen selv bidrar, er det nødvendig med en god forståelse både av den forutgående historien og det som skjer nå. Pasienten kan ha uttrykt tanker om den siste levetiden som bør tas hensyn til, men det er tanker tenkt en gang hun var sprekere enn nå. En endret livssituasjon kan føre til at verdier og ønsker også endrer seg. Selv om språket blir borte, som ved alvorlig grad av demens, kan personen fortsatt gi respons som blir til mening i samspillet med en annen. Det er rimelig å tenke at det vil kreve en god relasjon, kontinuitet og sensitivitet for personens uttrykk.

Hva uttrykte den gamle kvinnen da hun sluttet å spise? Ville hun fortelle at hun var «mett av dage»? Forstod hun konsekvensene? Var det nære pårørende der eller en sykepleier som kjente pasienten godt og som kunne skape en meningsfull utforsking av situasjonen? Nå som kvinnen får næring gjennom en sonde, er også kontrollen over det å spise fratatt henne og overlatt helsepersonellet. Pasienten har beveget seg fra å være aktiv deltaker i eget liv til passiv mottaker av medisinsk hjelp. Hvordan påvirker det kvinnens opplevelse av livet nå, og av følelse av egenverd og integritet? Kvinnen får livsforlengende behandling, men hviler beslutningen om å opprettholde behandlingen på et forsvarlig grunnlag? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



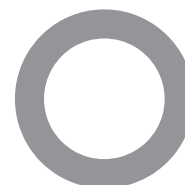
STRESSA SYKEPLEIERE I KOMMUNENE

Krysspress. Krav om effektivitet og ressursutnyttelse i kommunehelsetjenesten gjør at sykepleiere opplever stor avstand mellom ideal og realitet.

BACHELOROPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56777



Ingeborg Nydal,
Sykepleier ved
Volda sjukehus

I denne artikkelen setter vi søkelys på hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten påvirkes av stress og hvilke konsekvenser dette kan få for deres yrkesutøvelse.



Kristina Åsmo,
Sykepleier ved
Ullevål sykehus

LITTERATURSTUDIE. Funn fra en litteraturstudie basert på ni forskningsartikler: fem kvantitative, tre kvalitative og en reviewartikkel, viser at sykepleiere ofte står i et spenn mellom ideal og realitet. Litteraturstudien fremhever temaer som krysspress, stress i arbeidsmiljøet, bruk av ulike mestringsstrategier, sykepleierens helse og konsekvenser for sykepleieutøvelsen (1–9). Sykepleiere får stadig flere og nye arbeidsoppgaver, det stilles krav til omorganiseringer og effektivisering samtidig som en skal hjelpe flere pasienter. Dette fører til at en kan oppleve et sprik mellom pasientens behov og ressursene en har til rådighet for å møte disse behovene på en forsvarlig måte (5).

Henny Torheim,
Intensivsykepleier og
universitetslektor ved NTNU
i Ålesund

Helseorganisasjoner kan ha motstridende mål. Primæroppgaven er å gi pasientene behandling og omsorg i tillegg til at profesjonsutøvere har rett til faglig og personlig utvikling. Men i enhver organisasjon hvor knapphet om ressursene er et problem, står også kostnadseffektiv produksjon av pasientrettede

tjenester som et legitimt mål. Slike konkurrerende hensyn skaper dilemmaer i en krevende arbeidsdag og påvirker sykepleieres rolleatferd (10).

TRAVELHET. Forskning viser at sykepleiere stadig tildeles nye og flere arbeidsoppgaver. De nye oppgavene skaper en følelse av motivasjon, verdsettelse av kompetanse og gir større utfordringer. Til tross for at dette oppfattes som positivt, tildeles det ikke mer tid eller ressurser til å utføre disse nye arbeidsoppgavene. Det skal med andre ord gjøres mer på samme tid og til samme kostnad (5). Dette har ført til at sykepleiere opplever et gap mellom pasientens behov og de ressursene en har til rådighet for å møte disse (5). Når sykepleiere må vektlegge ressursutnyttelse, kostnadskutt og opprettholdelse av økonomiske rammer, kan det føre til at kvaliteten på pleien kommer i andre rekke. Sykepleiere beskriver et konstant tidspress som ofte fører til en prioritering av hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres. Dette fører i neste omgang til engstelse og skyldfølelse (2–5,10).

KRYSSPRESS. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen kaller dette for en vond travelhet (11). Ifølge Martinsen blir sykepleiere utsatt for et krysspress: de må være effektive,

kunne standardisere og ha overblikk i krevende situasjoner, og samtidig være lydhøre overfor hver enkelt pasient (11). Studier viser at ønsket om å tilby pasientene «idealsykepleie» står sentralt hos sykepleiere. Dersom dette ikke er gjennomførbart, beskriver de følelsen av å ikke følge sitt ansvar som profesjonelle sykepleiere, dårlig samvittighet og skuffelse over egen yrkesutøvelse (3–6). Kirchhoff (6) konkluderer med at dette er en utløsende årsak til yrkesrelatert stress hos helsepersonell. På sykepleierutdanningen lærer studentene holistisk og individuell sykepleie basert på faglig skjønn når en skal vurdere og iverksette de tiltakene pasientene har behov for.

OMSORG. I Martinsens omsorgsteori er sykepleierens verdigrunnlag basert på begrepet omsorg (12). Omsorg er noe vi er og gjør, og det inngår i menneskelige relasjoner. Den etiske appellen om å handle til den andres beste handler om å ivareta grunnleggende verdier når livet blir sårbart (12). Spørsmålet er om sykepleiere fjerner seg fra dette verdigrunnlaget når de i økende grad møter krav om resultatmål, økonomibesparelser og effektivisering. Travelheten kan krenke pasienten da den medfører at sykepleiere forsøker å stenge både egen og andres sårbarhet ute. Sykepleiere

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

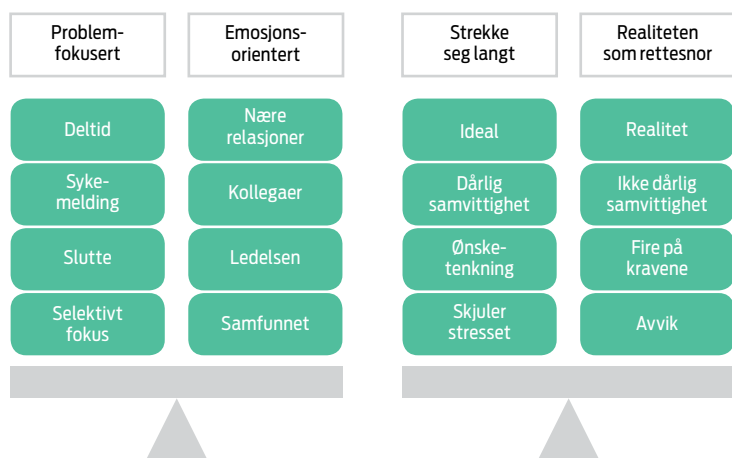
Helsevesenet gjennomgår stadig nye omorganiseringer som fører til at sykepleiere stilles ovenfor krav om økt effektivisering, resultatmål og budsjett disiplin. Artikkelen handler om hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten blir utsatt for og påvirkes av yrkesrelatert stress, og hvilke konsekvenser dette har for yrkesutøvelsen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Stress
- Kommunehelsetjeneste
- Sykepleieryrket

Figur: Fire ulike mestringsstrategier som sykepleiere bruker for å takle stress.



løper fra sitt ansvar og unnlater å hjelpe mennesker de har mulighet til å hjelpe. Travelheten ligger i kulturen, for eksempel knyttet til prioriteringene i systemet og de mange gjøremål som sykepleiere pålegges (13). Travelheten kan bli en livsform og føre til at man ikke er til stede i det man gjør (13). Travelhet på grunn av gjøremål og foretaksomhet kan ta sykepleierens oppmerksomhet bort fra pasienten. Fra en annen side kan man si at det er systemet og ledelsen som har sluttet å fokusere på omsorg.

OGSÅ POSITIVT. Man må likevel se effektivisering som en positiv utvikling i dagens helsevesen. Dess flere pasienter vi kan behandle, dess kortere blir ventelistene. Dermed får flere som trenger det, tilbud om helsehjelp. Dette blir imidlertid en annen form for travelhet: travelhet for å ta vare på pasientene på best mulig måte. Ifølge Martinsen er dette en god travelhet. Den er ontologisk og oppstår der kulturen gir oss rom til å møte den andre (11).

ARBEIDSMILJØET. Ifølge Arbeidsmiljøloven § 4–3 skal arbeidet legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas (14). Forskning viser at det å gå på akkord med egne verdier er dagligdags blant sykepleiere (15). Når

sykepleiere beskriver en arbeidsdag preget av mangel på arbeidskraft kan konsekvensen være at sykepleierens utviklingsmuligheter i yrket begrenses (2). Ifølge Marck J. Shabraq opplever man seg selv som et helt menneske når man har en innflytelse over arbeidet som blir utført. Samtidig er det viktig for sykepleierens integritet at de opplever virkeligheten som overkommelig (15).

Sykepleiere opplever en rekke fysiske og psykiske plager knyttet til yrkesrelatert stress (4,9). Mark og Smith (7) rapporterte i en studie at 44,8 % av deltakerne hadde hatt sykdommer forårsaket eller forsterket av yrkesrelatert stress det siste året.

TILKNYTNING. Det å føle tilknytning til arbeidsplassen og bli verdsett som menneske bidrar til et bedre arbeidsmiljø. Om arbeidsmiljøet er godt eller dårlig påvirker om sykepleiere velger å bli værende i yrket. Et dårlig arbeidsmiljø kan være en hovedårsak til at sykepleiere slutter i yrket. Motsatt ønsker sykepleiere som føler tilknytning og verdsettelse å fortsette som sykepleiere i lang tid fremover (2,3,8). New Public Management-reformen (NPM) har ført til at ledelsen er lite tilstedeværende. Konsekvensen er at sykepleiere føler seg lite sett og verdsatt sammenliknet med tidligere (5). Arbeidstilsynet

viser til at i arbeidsmiljøer preget av stress og tidspress kan hensyn knyttet til helse, miljø og sikkerhet bli nedprioritert (16).

MESTRING. Litteraturstudien viste fire ulike mestringsstrategier som blir brukt blant sykepleierne for å mestre en stressende hverdag.

Den problemfokuserte mestringsstrategien blir av Lazarus og Folkman beskrevet som en strategi for å løse et problem, eller hanskkes med en vanskelig situasjon (17). Studien til Grønkjær (4) viser at noen sykepleiere velger å være selektive for å mestre stresset. De unngår helst situasjoner som krever psykososial omsorg. Ifølge Helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner (18). Dersom det er slik at sykepleiere ikke lenger har tid til å spørre pasientene sine om hvordan de har det, har det

«Forskning viser at sykepleiere stadig tildeles nye og flere arbeidsoppgaver.»

gått for langt. Når sykepleiere forteller at de velger å jobbe deltid eller er sykmeldt fordi det er så psykisk krevende på jobb (5), kan man spørre seg om sykepleieryrket er så belastende at man ikke kan holde på en fulltidsstilling. Det kom også frem at noen sykepleiere bestemte seg for å slutte i yrket fordi de opplevde det som for krevende å være sykepleier (4,7).

Den emosjonsorienterte mestringsstrategien tar ifølge Lazarus og Folkman sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, mer enn å endre selve situasjonen (17). Det å

søke støtte blant kollegaer og personer i nære relasjoner står sentralt i denne strategien (6,7). For sykepleiere kan det være utfordrende å søke støtte hos sine nærmeste på grunn av taushetsplikten. Vi tror at kollegaveiledning og refleksjonsgrupper er viktige for å sette ord på emosjoner. En sykepleier så at muligheten til å søke støtte hos sine nærmeste var begrenset på grunn av taushetsplikten, samtidig beskrev hun at hun kunne fortelle det meste til sine kollegaer, som bekreftet om hun gjorde en god eller dårlig jobb (6). Studier viser også at sykepleiere opplever manglende støtte fra ledere, andre fagfolk og samfunnet når de opplever stress og utbrenthet (4,5). En konsekvens av å aldri få snakket ut om stresset, kan være at sykepleierne utvikler et «motstandsforsvar» der de skjuler stresset og blir selektive (4).

En tredje mestringsstrategi er å strekke seg langt for å leve opp til yrkets idealer. Sykepleiere som velger en slik strategi har dårlig samvittighet fordi de ikke makter å utøve den kvaliteten de ønsker på pleien. De møter tidligere på jobb, forlenger vaktene sine og dropper matpausen (4,5,7). Ifølge Arbeidstilsynet kan påkjenningen det yrkesrelaterte stresset medfører bli stor dersom man har et yrke med store krav til tempo og konsentrasjon, og med liten kontroll over egen arbeidstid og jobben som skal gjøres (16). Å strekke seg langt kan derfor føre til økt stress for sykepleiere. Det å møte tidligere på arbeid og å droppe matpausen vil ikke gi synlige resultater i den store sammenheng, men medføre at stresset blir «skjult» istedenfor at problemet synliggjøres. Sykepleiere er med på å dekke over problemene i helsesektoren istedenfor å melde fra om dem (4,8,7).

Den siste mestringsstrategien finner man hos sykepleiere som forholder seg til realitetene. De fjerner seg fra idealene, og fokuserer på å yte best mulig pleie ut fra tilgjengelige



ressurser. De utøver ikke lenger den idealsykepleien de lærte gjennom studiet, men firer på kravene. En sykepleier sier at hun ikke lenger får dårlig samvittighet dersom det er noe hun ikke rekker i løpet av en arbeidsdag (5).

BALANSE. Det må finnes en balanse mellom disse mestringsstrategiene fordi ingen av dem fungerer alene. Alle strategiene har sine styrker og svakheter. Sykepleierne må beholde sin samvittighet. Samtidig må en se realiteten i øynene og ikke strekke seg så langt at det går utover egen helse. Avvikene i helsesektoren må bli synlige for at andre skal oppdage problemet, og nettopp dette er en av sykepleieres kjerneoppgave for å få en bedre arbeidshverdag.

FORSVARLIG SYKEPLEIE. Opplevelsen av tidspress og stadige krav om effektivisering medfører at sykepleiere utsetter arbeidsoppgaver og at kvaliteten i helsehjelpen blir redusert (1,3,4,6). Sykepleiere kan fortelle at de bare får utøvd den aller mest nødvendige pleien til pasientene (1–5). Dette medfører at «idealsykepleien», der det holistiske synet er i sentrum, går tapt. Dokumentasjon og utarbeidelse av pleieplaner blir ikke utført, samtidig som pasienter og pårørende ikke får den veiledningen og informasjonen de trenger. En sykepleier forteller at hun aldri har tid til å sette seg ned for å prate med pasientene. Dette skyldes at alt hun gjør må gå fort, slik at hun rekker over alle arbeidsoppgavene (3). En annen sier hun ser på sykehjemmet mer som en oppbevaringsplass enn et hjem, fordi det er så lite tid til å dekke pasientenes psykososiale behov (5). Med utgangspunkt i slike utsagn spør vi: Har sykepleie blitt mer mekanikk enn omsorg?

LOVPÅLAGT ANSVAR. Ifølge Kommunehelsetjenesteloven (19) er kommunene pålagt å sørge for at innbyggernes behov for nødvendige helsetjenester dekkes på en ansvarlig måte – uavhengig av kommuneøkonomi. Sykepleiere

beskriver at de kan miste kontrollen og kjefte på pasientene sine fordi de er så slitne. Andre overser pasientene og unngår å prate med dem fordi det er energikrevende (4).

Faren er at sykepleiere bare ser diagnosen og sykepleieprosedyrene som skal gjøres, ikke selve mennesket som trenger hjelp. Bak den som trenger hjelp til en dusj eller elastiske strømper, kan det også skjule seg et ensomt menneske med flere behov. Travelheten gjør at sykepleiere forsøker å stenge både egen og andres sårbarhet ute og fører til at pasienten blir krenket. Sykepleiere løper fra sitt ansvar og unnlater å hjelpe mennesker de har muligheten til å hjelpe. Denne travelheten er kulturelt bestemt og skyldes for eksempel prioriteringene i systemet og de mange gjøremål som sykepleiere pålegges (20).

FOUCAULT. Martinsen viser til filosofen Michel Foucault, som sier at vi som mennesker står i samfunnsskapte betingelser som vi lever i og under (12). Foucault er opptatt av hvordan kunnskap og makt spiller sammen i moderniteten og hvordan dette griper inn i våre rom og praksiser (12). Sett i lys av dette kan vi si at NPM-reformen er et samfunnsskapt fenomen, som et resultat av kulturen. I dagens sykepleiepraksis står økonomi og effektivitet sentralt. Alt skal gjøres raskt samtidig som det skal koste lite. Effektivitet og økonomi som styringspråk kan fortrenge språket som skal fokusere på etikk, fag og omsorg. Er språket som skal beskrive dilemmaer og problemer blitt fraværende og irrelevant? Eller kan det være mangel på kunnskap som gjør at sykepleiere ikke alltid makter å sørge for en forsvarlig helsetjeneste?

KONKLUSJON. Yrkesrelatert stress har flere konsekvenser for sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Kravet om effektivitet og ressursutnyttelse kan føre til at sykepleiere opplever stor avstand mellom ideal og realitet. En balanse mellom de ulike mestringsstrategiene gjør det lettere for sykepleiere å håndtere arbeidsdagen.

«Sykepleiere beskriver et konstant tidspress.»

Sykepleiere står i et krysspress mellom pasientens, organisasjonens og egne krav til yrkesutøvelsen. De er avhengige av et godt arbeidsmiljø for å kunne håndtere travelheten. Eksponering av yrkesrelatert stress kan føre til sykdom. Stresset kan også medføre dårligere kvalitet på sykepleien.

Det er nødvendig og i større grad vektlegge konsekvensene av yrkesrelatert stress i kommunehelsetjenesten. Sykepleiere har krav på et arbeidsmiljø der de blir ivarettatt, med tid og rom for faglig utvikling. Den faglige diskursen og kunnskapen i sykepleiefaget er vesentlig for å ivareta en ansvarlig sykepleiepraksis. ●

REFERANSER:

1. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *British Medical Journal* 2014; 23(2): 116–125.
2. Estryn-Behar M, van der Heijden BJM, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal Analysis of Personal and Work-Related Factors Associated With Turnover Among Nurses. *Nursing Research* 2010; 59(3): 166–177.
3. Fagerström L. The dialectic tension between being and not being a good nurse. *Nursing Ethics* 2006; 13(6): 622–632.
4. Grønkjær LL. Nurses experience of stress and burnout: a literature review. *Klinisk Sykepleie* 2013; 27(1): 15–26.
5. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden* 2010; 30 (96):14–17.
6. Kirchhoff JW. Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien Forskning* 2011; 31(6/2): 144–150.
7. Mark G, Smith AP. Occupational stress, job characteristics, coping and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology* 2011; 17(3): 505–521.
8. Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gillin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management* 2009; 17(3): 302–311.
9. Ruggiero JS. Health, Work Variables, and Job Satisfaction Among Nurses. *The Journal of Nursing Administration* 2005; 35(5): 254–263.
10. Orvik A. *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Forlag, 2011.
11. Martinsen K. (2014). "Vil du meg noe?" Om sårbarheten og travelhet i helsevesenets rom. I: Alsvåg H, Førland O, Jacobsen FF, red. *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget, 2014: 226–245.
12. Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
13. Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS, 2012.
14. Lovdata. Lov om arbeidsmiljø. 17.06. 2005 (arbeidsmiljøloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8loven> (21.04.2014).
15. Grimsø A, Sørensen BA. *Arbeidsmiljø og integritet*. Oslo: AFI notat. Arbeidsforskningsinstituttet, 2004.
16. Arbeidstilsynet. *Stress på arbeidsplassen*. <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247> (23.04.2014).
17. Reitan AM. Mestring. I: Knutstad U, red. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe, 2010: 74–107.
18. Lovdata. Lov om helsepersonell. 02. 06. 1999 (helsepersonelloven). nr. 64 om helsepersonell. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (21.04.2014).
19. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Gjeldende rett – Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet, NOU 2004: 18. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18/4.html?tid=150722> (29.04.2014).
20. Kjær TA, Martinsen K. *Vil du meg noe?* Herlev: Herlev Hospital, 2012.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

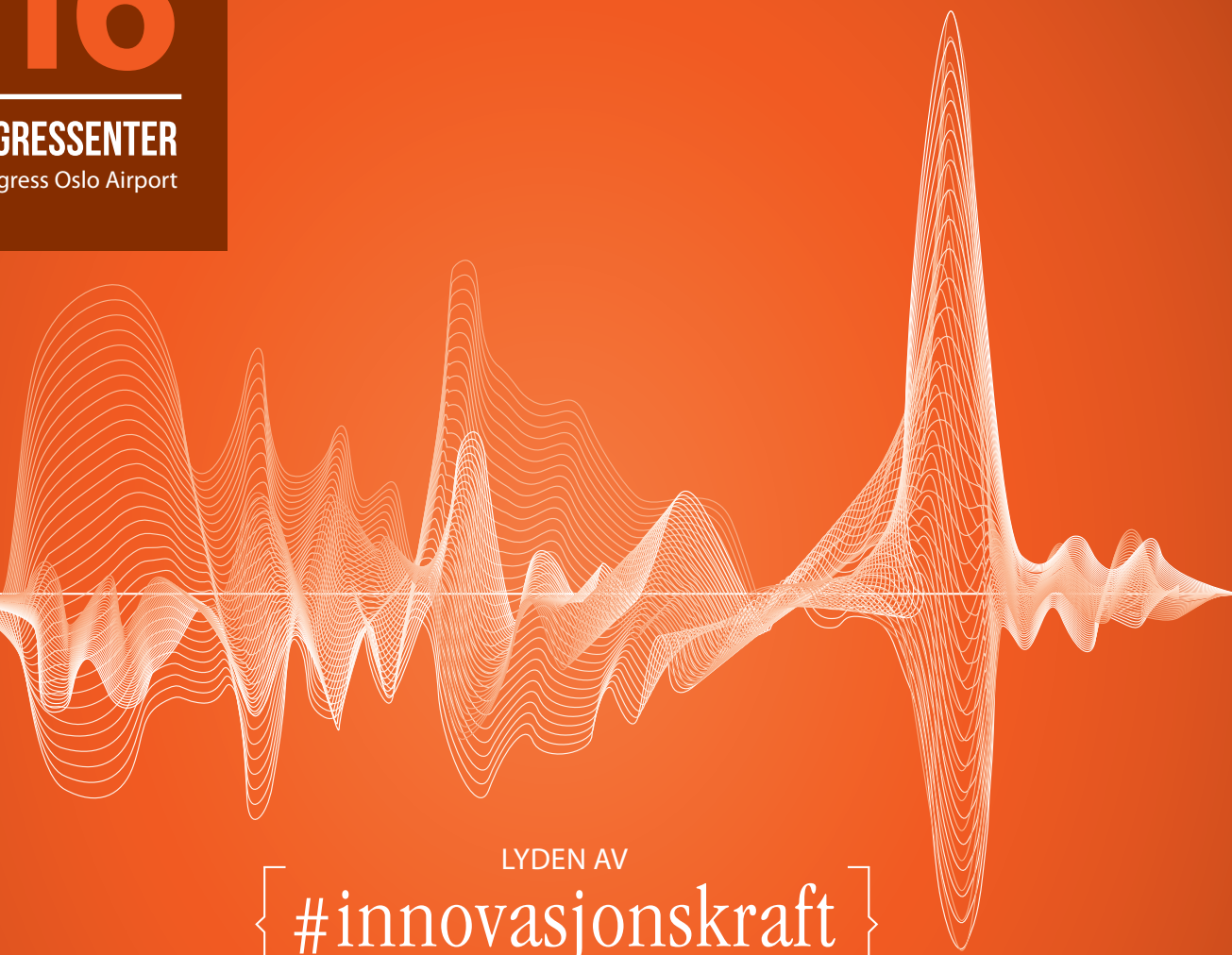
SYKEPLEIER- KONGRESSEN

27. - 28. SEPTEMBER

2016

THE QUBE KONGRESSENTER

Clarion Hotel og Congress Oslo Airport



LYDEN AV

{ #innovasjonskraft }

Årets store faglige inspirasjonstreff

Bli inspirert av: Bent Høie • Judith Shamian • Bjørnar Allgot • Inger Cathrine Bryne
• Adrian Lorentsson • Marit Kirkevold • Ragnhild Hellesø • Camilla Stoltenberg
• Guro Marie Eiken • Anders Ekholm • Kathrine Myhre • Solveig Ose • Nick Hardiker
• Elizabeth Hoff og mange flere.

Vi har utvidet fristen for innsending av abstrakter til 1. april.

MELD DEG PÅ I DAG!

SYKEPLEIERKONGRESSEN.NO



NY TID. NYE ROLLER



Les Sykepleien i vår brukervennlige app!

Les også våre tre spesialutgaver her. Én handler om yrke og videreutdanning, noe som er aktuelt både for unge som vurderer yrket, og for deg som vil ta videreutdanning. Én inneholder interessante artikler om etikk, noe som alltid er aktuelt. Én inneholder alle tema fra 2015.

Det er enkelt å komme i gang!

Appen laster du enkelt ned fra App Store eller Google Play ved å søke på Sykepleien. Her finner du også mange tidligere blader som du kan lese uten å være online.

God lesning!

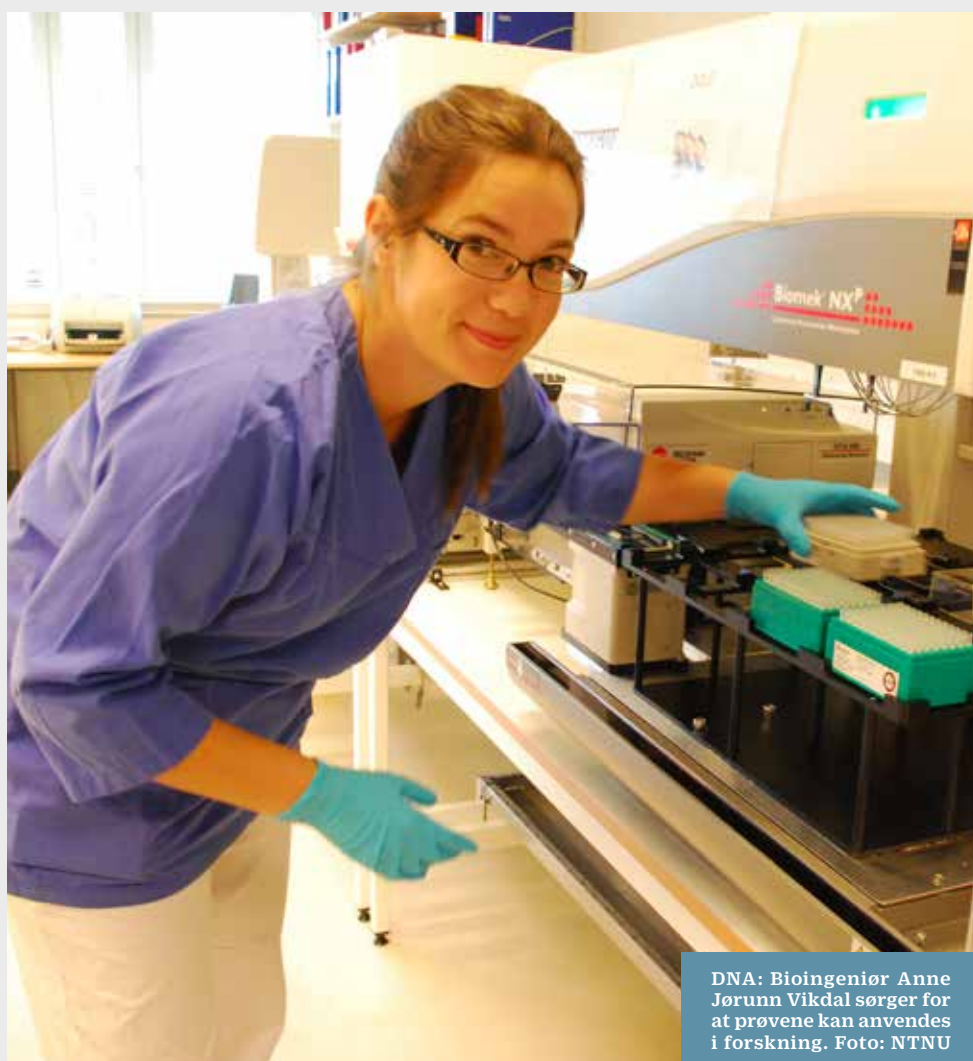
Sykepleien



Påfyll

Del 3 Sykepleien 03 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



DNA: Bioingeniør Anne Jørunn Vikdal sørger for at prøvene kan anvendes i forskning. Foto: NTNU

Samler brede data

Stor undersøkelse. I Nord-Trøndelag kartlegges folkehelsen blant folk fra 13–100 år. **80**



Bok om traumer.

Setter ord på det vanskelige, usagte og kroppslige symptomet. **79**



«Mye av de historiske faktaene og mytene overrasket meg.»

Erik Andrew i kulturintervjuet. **76**



Quiz. Hva er tunica intima? **82**



Dikt



Slektskap

*Gråten har omsider vendt tilbake.
Jeg er i dens hånd.
Den vasker mitt ansikt
og forbinder meg med
saltes ord.*

*Den knytter meg til denne
stim
av levende fisk, ikke det
døde fiskeblikk,
det av trykket sprengte.
Jeg svømmer i gråten.*

*Gråten er nu endelig
sluppet fri,
den stiger opp fra hulrom
under sten.
I grunnen bor gråten,
den sluttete ring.*

Fra Den ukjente, dikt gjengitt av Hanne Bramness

Om forfatteren



Hanne Bramness

Hanne Bramness (1959) debuterte i 1983 med diktsamlingen Korrespondanse. Hun har siden utgitt en rekke diktsamlinger, også for barn og unge, og formidlet poesi gjennom gjendiktninger og sitt virke som forlagsredaktør i Nord-sjøforlaget. I boken «Den ukjente» lar hun det poetiske jeget være en kvinne innlagt på sinns-sykeasylet Valen på 1920-tallet. Se anmeldelse side 72.



The Hungry Hearts: Edith Roth Gjevjon er nummer tre fra høyre. Foto: Kim Erlandsen/NRK

Sykepleier lagde fest i Grand Prix

PERFORMANCE: Edith Roth Gjevjon har doktorgrad i hjemmesykepleie og sto på scenen under Grand Prix.

Med performancebandet The Hungry Hearts feat. Lisa Dillan fremførte Gjevjon-låten *Laika*. Tidligere MGP-general Jostein Pedersen utropte den til årets mest hypnotiske 3-minutters, men den holdt ikke til topps i Oslo Spektrum. Det

var Agnete Johnsen som vant, med låten *Icebreaker*.

The Hungry Hearts handler like mye om performance som musikk og beveger seg mellom ulike kunstformer. Blant annet har de opptrådt på Høstutstillingen og i operaen. Grand Prix har vært en drøm.

I tillegg til Edith Roth Gjevjon, er to andre medlemmer også fra helsevesenet. En sykepleier til og en lege.

I media er det trukket frem at de er en lesbisk performancegruppe.

– Vi synger om kvinner og kjærlighet mellom kvinner og ønsker å utfordre stereotypene, sa kunstnerisk leder Tonje Gjevjon før den norske finalen.

Mens det har vært en yndet aktivitet å utfordre mannsrollen i Grand Prix, er det så vidt hun vet første gang en gruppe tok for seg lesbisk kjærlighet.

Gyldendal med skriveskole

Forlaget vil ha nye litterære stemmer og starter skriveskole fra høsten 2016. Skolen går over to semestre, og flere av Gyldendals forfattere vil være med å undervise.

Inntil ti søkere vil bli tatt opp. Interesserte kan kontakte forlaget.

Bok om psykisk helse i skolen

Psykisk helse i skolen er den praktiske tittelen på en ny bok fra Universitetsforlaget. Den tar for seg hvordan psykiske helseplager kan avdekkes i skolen og hvordan elevene kan få hjelp.

Den er blant annet skrevet for lærere og pedagoger, men også ansatte i PPT og BUP.

Slutt på gratis felleskatalog

I mars er siste gang Felleskatalogen på papir sendes ut gratis til alle som vil ha. Nå skal leger og sykepleiere penses over på den digitale versjonen, som stadig oppdateres.

Det er gjort unntak for sykehuse- ne, som foreløpig vil få Felleskatalogen gratis, men i færre eksemplarer.

Bøker. 3 om tenåringer

Hjerne i utvikling

NEUROLOGI: Da nevrologen Frances E. Jensens barn kom i tenårene, opplevde hun dem som vanskelige å forstå og forutsi. Hun tydde til nevrologiske studier og presenterer i denne boka funnene sine. I et lett tilgjengelig språk beskriver hun hva som skiller tenåringshjerne fra voksnes, hva slags prosesser som foregår og hvordan vi kan bruke denne kunnskapen til å hjelpe dem gjennom tenårene.



Tilpasset terapi

PSYKOLOGI: Ti år etter førsteutgaven kommer nå tobindsverket *Barn og unge i psykoterapi* i ny utgave. Professor i psykologi Hanne Haavind og psykologispesialist Haldor Øvreide har sammen redigert verket, som presenterer teoretiske så vel som metodiske tilnærminger til feltet. Alle bidragene er revidert og oppdatert, og sammen dekker de en rekke sentrale temaer i barne- og ungdomspsykiatrien.



Å være forelder

FAMILIEN: Utfordringer i småbarnslivet snakkes og skrives om til det kjedsommelige, men når fjortenåringen ligger full på en benk i parken eller guttungen roper «Jævla hore» til deg, har du ikke så mange å dele det med, ingen rollemodeller å gløtte til. Guro Hoftun Gjestad har skrevet boka *Storebarnsliv* der hun deler egne erfaringer og kunnskap samlet gjennom samtaler med fagfolk og foreldre.



Påfyll. Petit



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.



Gårsdagens teknologi, i morgen også ...

Det er 2016. Vi går alle rundt med bitte små duppeditter i lommene som overgår enhver datamaskin vi drømte om for tyve år siden.

Vi bruker dem til å kontakte hverandre, sende filmer og bilder, bygge nettverk, slå av strømmen på hytta, finne veien gjennom ukjente smågater på ferie, lese av stjernehimmelen, og så videre, og så videre i det uendelige. De er små, forholdsvis billige og har flere funksjoner enn noen av oss noen sinne kommer til å få bruk for. På sykehuset, derimot, er teknologien stor, tung og veldig, veldig dyr.

Duodopapumpene som en del parkinsonpasienter skal drasse på resten av livet, er så store at det følger med en vest til å bære dem i. De skal visstnok koste 10 000 kroner. Pasienter som skal hjerteovervåkes, får en telemetriboks stor som en smørpakke rundt halsen. Den festes med seks ledninger med elektroder som faller av for et godt ord, og batteri som må skiftes to ganger daglig. Laderen står på en annen avdeling, for den er selvfølgelig altfor dyr til at alle kan få hver sin. Når jeg skal ha fatt i en lege, setter jeg meg ned ved en stasjonær telefon (sånn med ledning, vet du) og ringer opp personsoakeren hennes. Så sitter jeg pent på stolen og venter til hun har tid til å ringe meg opp igjen. Om en lege skal ha tak i en sykepleier, må hun gjøre det på gamle måten; let, spør og rop om du må. Om en pasient trenger hjelp, trykker hun på alarmen sin og det piper i callingsystemet i hele avdelingen, natt som dag. Har vi urolige

pasienter vi er redd skal vandre, setter vi en plastkopp på dørhåndtaket og håper at vi hører det om den faller ned.

Og mens iPhoneen i lomma teller skrittene mine der jeg løper desperat rundt i avdelingen og leter etter permen til hodepinedamen og nøklene til narkoskapet og noen som kan dobbeltsignere i narkoboka, tenker jeg; Hvor

«Hvor er dere alle blanke, små dingser som kan spare meg for alle disse løpeturene?»

er dere alle blanke, små dingser som kan spare meg for alle disse løpeturene? Finnes dere bare i reklamene i Sykepleien og i sykehusserier på Netflix? Hvor blir det av den annonserte teknologiske revolusjonen?

Ungene mine bruker nettbrett og smartboard på skolen. De har prioritert disse innkjøpene, forteller rektor, for at alle barna skal være rustet til å møte den teknologien de kommer til å bruke i arbeidslivet. Sorry, rektor; men om de skal ut i helsevesenet, noe en tredjedel av dem bør om samfunnskalen skal gå opp, hadde det vært bedre å gi dem opplæring i å bytte toner på telefaks og kommunikasjonsflyt via post-it-lapper. Det er der vi er, skjønner du. ●



Erik Andrew

Giftig litteratur

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Stig M. Weston**

Forgiftninger. Erik Andrew avviser blankt at det var et «usunt» forhold til gift som har resultert i bok.

Erik Andrew er farmasøyt og toksikolog. Han har blitt pensjonist, men har tidligere jobbet som både professor ved Farmasøytisk institutt og leder av Giftinformasjonen.

Nå har han skrevet boken «Gift og forgiftninger i Norge».

BOKLANSERING. Anne Grosvold ledet lanseringen av boka som foregikk hos Cappelen Damm i Akersgata i Oslo. Lokalet var for anledningen fylt til trengsel.

– Jeg vet ikke helt om det er et godt tegn eller om det er bekymringsfullt at så mange har møtt opp for å få med seg en bok om gift, innledet hun.

Hovedpersonen selv avviste blankt at det var et «usunt» forhold til gift som nå har resultert i bok.

– Jeg var flink i naturfag og realfag. Det var ikke min interesse for gift som førte meg inn på veien mot å bli farmasøyt. Det skjedde ganske naturlig, sa Erik Andrew.

FORGIFTNINGER ER UNDERKOMMUNISERT. Etter seansen forteller han til Sykepleien hvorfor han har skrevet boken:

– Jeg mener at forgiftninger er et underkommunisert område. Formidling sammen med

undervisning og forskning har vært mitt ansvar som universitetsansatt. Jeg ønsker med boken å gi emnet oppmerksomhet.

I Norge dør det hvert år 4–500 personer av forgiftninger.

– Det er tre ganger så mange som i trafikken, men temaet får på langt nær like mye oppmerksomhet, sier Andrew.

Dessuten er det ikke gitt ut en bok som ser på forgiftninger i en historisk, sosial og kulturell norsk sammenheng. De fleste andre bøker om emnet har en ren medisinsk tilnærming.

FLEST OVERDOSER. Halvparten av dagens forgiftningsdødsfall skyldes overdosedødsfall med narkotika, en tredjedel legemiddelforgiftninger og 10–15 prosent kjemikalieforgiftninger. Rundt 25 prosent av forgiftningsdødsfallene er selvmord.

– For noen år siden var det heroin som rådet på dødss statistikken for narkotika, men bildet endrer seg noe etter hvert som det kommer nye narkotiske stoffer på markedet, sier han.

Andrew synes det er fascinerende at giftstoffer og forgiftninger til enhver tid avspeiler det samfunnet vi lever i.

– I tidlig norsk historie var det forgiftninger fra planter, dyr og naturkjemikalier som naturlig nok utgjorde størstedelen av forgiftningene. I dag er planteforgiftninger et minimalt medisinsk

problem. I tråd med den kjemiske revolusjonen på midten av 1800-tallet har de syntetiske kjemikalier, misbruksstoffene og legemidlene vært med på å prege forgiftningsmønsteret.

MYTER OG FAKTA. – I arbeidet med boka, lærte du selv noe nytt?

– Ja, veldig mye av de historiske faktaene og mytene overrasket meg.

Selv om boka ikke primært er en lærebok, tror han både leger og sykepleiere vil finne den interessant. Det er imidlertid ikke en lærebok om toksikologi og behandling av forgiftninger. De bøkene finnes allerede.

– Jeg har skrevet en bok om forgiftninger i Norge i historisk, kulturell og samfunnsmessig sammenheng, sier Andrew.

MORD SOM MEDISIN. For dem av oss som er nysgjerrige på giftmord fra virkeligheten, gir Andrew oss flere historier. Her er en av dem:

Sophie Johannesdatter (1839–1876) er den siste kvinnen som ble henrettet i Norge i fredstid.

– Hun var tjenestepike hos grosserer Niels Anker Stang i Halden. Hun kom på kant med en av sine kolleger som skulle gifte seg med en mann hun selv var interessert i. Det førte til at Sophie forgiftet sin kollega på bryllupsdagen ved å putte arsenikk i teen.

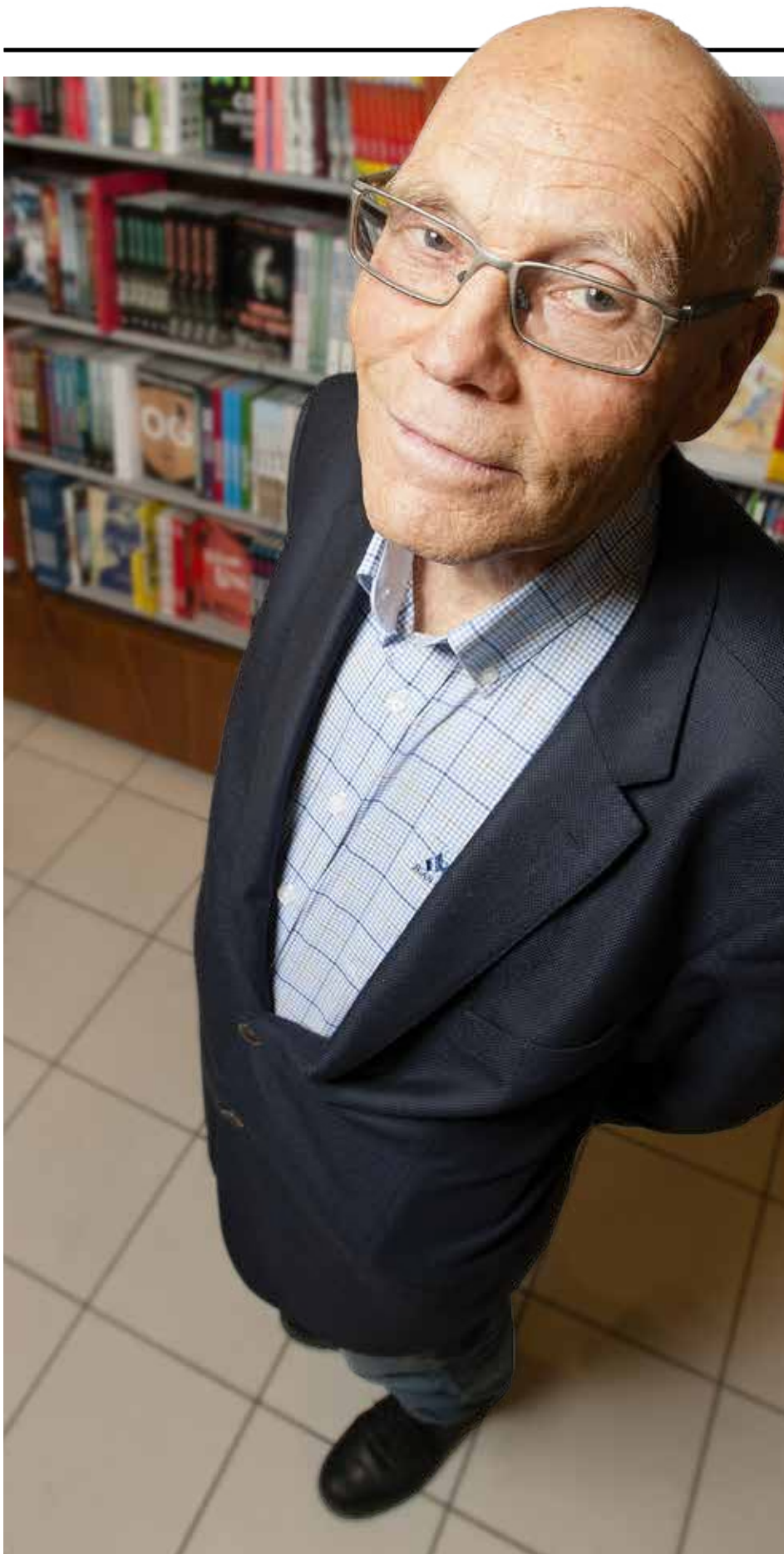
Det var drap nummer én.

FARLIG DAME. – Tre år senere kom hun på kant med fru i huset. Så fikk fru Stang servert en kopp kaffe med arsenikk.

Det var drap nummer to.

– Grosserer Stang oppdaget at Sophie stjal ting fra huset, så da tok Sophie livet av ham også. Denne gang med arsenikk i byggsuppe.

«Jeg mener at forgiftninger er et underkommunisert område.»



Fakta

Erik Andrew

Aktuell med:
Gift og forgiftninger i Norge

Det var drap nummer tre.

– Sophie forsøkte også å ta livet av sønnen, men det lyktes hun ikke med. Da tente hun like godt på hele huset. Andre tjenestefolk så henne med brennende lys i hånden på loftet, og mistanken var et faktum.

Etter dette begynte flere å spørre seg om hva som egentlig hadde skjedd rundt alle dødsfallene på gården. Likene ble gravd opp og viste seg å være fulle av arsenikk. Den offentlige henrettelsen av Sophie skjedde 18. februar 1876 med øks. 3000 mennesker møtte opp for å se henrettelsen.

– Dette var å regne som underholdning på den tiden. Det var før Skavlan, sier Andrew.

AFFEKT. – Hva er det som gjør at vi er så fascinert av giftmord?

– Det handler nok om den strategiske planleggingen og etterforskningen som følger etter et giftmord. Du kan ikke drepe noen med gift i affekt. Du må få tak i giften, planlegge tidspunkt og hvordan du skal få offeret til å inn ta giften. Folk som begår giftmord er skrudd sammen på en litt annen måte enn de fleste av oss. Heldigvis.

– Du skal ikke skrive en krimbok da?

– Nei, det er ikke selve skrivingen jeg først og fremst liker, jeg er mer en dokumentarist.

Men selv om Andrew ikke kommer til å skrive krimbøker, har han lest mye Agatha Christie.

– Liker du bøkene?

– Ja. Hun er jo utdannet en lavere grad av farmasøyt, jobbet jo på sykehusapotek i sine yngre dager og lærte mye om gift og giftstoffer. Hun har fått velfortjent mye skryt for sine giftmord, sier han. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Fakta

Haikerens guide til salutogenese

Av Bengt Lindstrøm og Monica Eriksson
Gyldendal Norsk Forlag AS, 2015
ISBN: 978-82-05-48028-5

Anmelder: Gro Lillebø, kreftsykepleier

Svaret er salutogenese

ANMELDELSE: Aaron Antonovsky lanserte i 1979 teorien om salutogenesen, der han avviste dikotomien god helse – sykdom. I stedet mente han at god helse er en kontinuerlig prosess bygget opp av en rekke faktorer, som mestring og innstilling til livet. Det gir blant annet «opplevelse av sammenheng». Etter Antonovskys for tidlige død har flere forskere fortsatt å arbeide med salutogenesebegrepet. Bengt Lindstrøm og Monica Eriksson er to av dem, med Lindstrøm som verdens første professor i salutogenese.

Gjennom boken «Haikerens guide til salutogenese» forsøker forfatterne

å gi oss svaret på helsens opprinnelse, inspirert av Douglas Adams' «The hitchhiker's guide to the galaxy». Forfatterne gis rett i at inspirasjonskilden er langt morsommere enn deres bok. Men som en kortfattet innføring i salutogenesebegrepet fungerer den godt.

Forfatterne forsøker å vise at salutogenesen kan brukes som teoretisk grunnlag til støtte for WHO's Ottawa-charter – det sentrale dokumentet om helsefremmende arbeid fra 1986. Det er interessant. At salutogenese i boken knyttes til arbeidet med global folkehelse og helsearbeid blant barn og unge kan også ses på som et innlegg i samfunnsdebatten: Hvor retter vi fokus i forebyggende arbeid? Det

samfunnsøkonomiske perspektivet er også relevant, og ved å inkludere det aktualiserer forfatterne temaet ytterligere. Ikke bare har helsesvikt store konsekvenser for hvert enkelt individ, men det har også økonomiske følger for storsamfunnet.

Kapitlet med diskusjon av kritikk mot salutogenesen styrker forfatterens troverdighet.

Gode og enkle illustrasjoner bidrar til forståelse av begrepet. Generelt er kapitlene korte. Det gjør boken lett å lese, også på farten og når tiden er knapp. I teksten hadde boken riktignok vært tjent med kildehenvisninger i tallform. Det hadde vært et enkelt og ryddig grep fra forlagets side. ●



Fakta

Den ukjente

Dikt gjengitt av Hanne Bramness
Cappelen Damm, 2015
ISBN: 978 82 02 49044-7

Anmelder: Liv Bjørnhaug Johansen, sykepleier og MA i kulturhistorie

Stemme fra asylet

ANMELDELSE: Under en opprydning på vestlandets gamle asyl Valen kommer en svart notisbok opp i dagen. Den har tilhørt en pasient og er datert til 1926. Den kommer dikteren Hanne Bramness i hende. I den finner hun notater, overstrykninger, ufullstendige ord og setninger, som sammen danner konturene av en diktsamling hun blir grepet av et ønske om å fullføre.

Dette er en liten bok. På knappe 80 sider presenteres diktene, slik de gjengis av Bramness, og et velskrevet etterord der hun forteller historien om funnet, sitt arbeid med tekstene og gir oss noe historisk kontekst. Diktene holder absolutt kvalitet til å stå på

egne ben, men etterordene gjør boken til noe mer enn en diktsamling. De binder det hele sammen til en fortelling vi bare kjenner bruddstykker av og som gjør meg som leser nysgjerrig og sulten.

Diktene er ført i et modernistisk formspråk, i korte strofer, uten rim. Språket holder seg tett til 1920-tallets former, men tekstene og temaene oppleves som tidløse samtidig som den historiske rammen alltid er nær. Noen temaer bearbeides på stadig nye måter; som tapet av identitet og en fraværende morskjærighet. Isolasjonen på asylet gir dikteren en reflekterende stemning, som om hun er løftet ut av sitt eget liv og kropp.

Bokens midttdel består av korte strofer som alle kretser rundt temaet engler. Englene er milde, mørke, lyse, tålmodige, sorgdruke og blide. Kanskje representerer de veier ut av asylet og sykdommen? Du søker ingen engel/når du tror du ikke/fortjener bedre, skriver hun. Overgangene mellom delene er gode, og boken står som en velkomponert helhet.

Ved min første gjennomlesning tok jeg rammefortellingen for god fisk. Jeg ble fascinert av det poetisk-arkeologiske og grepet av autenticiteten. Da jeg leste om igjen, nå etter å ha lest at rammefortellingen er fiksjon, står boka fortsatt trygt på egne ben og er ikke mindre fengslende. ●

Hva
leser du
nå?

Inger Stulen Værhard historie

LITTERATUR: – Akkurat nå leser jeg *Hvitt hav* av Roy Jacobsen. Den er oppfølger til hans tidligere bok *De usynlige* som handler om lille Ingrids oppvekst på en fattig og værhard øy på Helgelandskysten tidlig på 1900-tallet. I *Hvitt hav* følger vi henne videre i livet til 2. verdenskrigs slutt i 1945. En gripende bok med poetisk og vakkert språk.

Inger Stulen leser mye, aller mest i ferier. – Jeg liker å lese ulike typer bøker, men skal jeg velge en sjanger, blir det nok krim med forfattere som Jørn Lier Horst og Jørgen Jæger.

Som sykepleier er *Idas dans – en mors beretning* av Gunhild Corwin en som har gjort sterkt inntrykk. – Her følger vi Ida, familie og venner fra hun får diagnosen akutt lymfatisk leukemi 18 år gammel, til hun dør 14 måneder senere. En gripende bok om håp, glede, fortvilelse og sorg. ●
LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Yrke: Rådgiver ved NSFs fylkeskontor i Vestfold.
Alder: 61

Hjelp til selvhjelp for traumerammete

ANMELDELSE: **Hva er traume? Hvordan overleverer man traumatiske hendelser? Hvordan håndterer man livet når man har blitt utsatt for traumer? Hva skjer med kroppen og syken etter traumeopplevelser? Hvordan kan man håndtere alle påkjenninger som følger med etter et alvorlig traume? Finnes det mulighet og håp om å finne en mening i livet etter den traumatiske hendelsen? Kan man lære seg å mestre traumeutfordringer ved hjelp av oppmerksomhetsnærvær?**

Psykologspesialist Salvesen og fysioterapeut Wästlund kommer med en oppskrift til hvordan trening i oppmerksomhetsnærvær og utvikling av medfølelse bidrar til vekst etter traumeopplevelser. De introduserer en metode som ikke erstatter tradisjonell traumebehandling, men benyttes som et tillegg enten man øver selv eller i organiserte grupper.

Boken består av to deler. Den første delen er basert på traumeteori. Det gis en grundig innføring i traumedefinisjon, traumeteori, traumefysiologi, traumepsykologi og mindfulness. Forfatterne bruker korte og enkle setninger når de beskriver disse komplekse prosessene som foregår i en traumatisert kropp og sjel. Det lykkes med en tydelig psykoedukativ profil å sette ord på det vanskelige, usagte og kroppslige symptomet. Å få forståelse for sitt traume kan være en døråpner for å bli en støttevenn for seg selv

og for å sette endringer i hverdagen. Den teoretiske kunnskapen som formidles bidrar med å bevisstgjøre hvilke triggere som utløser traumatiske reaksjoner i en nøytral situasjon. Man får anerkjennelse for at disse traumereaksjoner er helt normale reaksjoner på en unormal hendelse. Etter min mening lykkes forfatterne i å gi et teoretisk forståelig bilde av traumer støttet med de nyeste resultater fra forskning.

Den andre delen er en treningsmanual som består av 15 sesjoner. Hver sesjon har et mindfulness-tema som følges av øvelser. Treningsmanualen er styrket med lydfiler som lyttes til på nettet, enten med mannsstemme eller kvinnestemme. Forfatterne formidler en holdning av aksept når man møter hindringer.

Summa, summarium er det en etterlengtet selvhjelpsbok til å mestre traumer ved hjelp av oppmerksomhetstrening. Det gir ingen håp om at traumer forsvinner, men den gir mulighet til å lære et verktøy som kan hjelpe med å håndtere de daglige utfordringer. Den gir mulighet til å trene og få kontroll over livet sitt. Noen ganger blir jeg usikker på om det er en selvhjelpsbok eller en lærebok. Som en selvhjelpsbok kunne den ha vært komprimert i færre antall sider for å oppnå mer oversikt og struktur. Enkelte øvelser repeteres flere ganger. Etter min mening ville en tynnere bok lettere oppnå formålet om selvhjelp. ●



Fakta

Mindfulness og medfølelse – en vei til vekst etter traumer

Av Katinka Thorne Salvesen og Malin Wästlund
Pax forlag A/S, Oslo
2015.
ISBN 978-82530-3819-3
273 sider

Anmelder: Sabina Hokic,
klinisk spesialist i
psykiatrisk sykepleie

«Når vi aktiverer medfølelse, aktiverer vi intensjonen om å ønske oss selv og andre godt.» Salvesen og Wästlund



Helsedata. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er Norges største samling av helseopplysninger.

Nordmenns helse under lupen

Teskt **Susanne Dietrichson** • Foto **NTNU/HUNT forskningssenter**

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag startet opp i 1984 som én helseundersøkelse. Målet var å kartlegge omfattende kostbare lidelser i befolkningen som diabetes og høyt blodtrykk. I dag består HUNT av tre store helseundersøkelser: HUNT 1, HUNT 2 og HUNT 3. HUNT 4 er allerede planlagt og sikret økonomiske midler. Helseundersøkelsen er Norges største, og blant de største også i internasjonal sammenheng.

HUNT 1-3. I HUNT 1 ble alle innbyggerne i Nord-Trøndelag over 20 år invitert til å delta. Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge blodtrykk og diabetes i befolkningen. I tillegg ønsket man å kartlegge kvaliteten av behandlingen gitt til disse pasientene, samt til personer med tuberkulose. Deltakerne fylte ut to spørreskjemaer i tillegg til at det ble tatt røntgenbilde av brystkassen og mål av blodtrykk, høyde og vekt.

HUNT 2 ble inndelt i Voksen-HUNT og UNG-HUNT, og var en oppfølgingsstudie av HUNT 1 med vekt på de samme emnene. UNG-HUNT omfattet alle deltakerne mellom 13 og 20 år, mens Voksen-HUNT omfattet dem fra 20 år og oppover. Man tok blodprøver av alle deltakerne over 20 år. Det ble i tillegg utført andre kliniske målinger. Alle deltakerne fylte også ut spørreskjemaer.

HUNT3 samlet inn opplysninger blant deltakere som var 13 år og eldre da undersøkelsen pågikk ved hjelp av intervjuer og kliniske målinger. I HUNT3 inngikk også en enkel helsesjekk av hver deltaker.

HISTORIEN BAK. Ideen til den første helseundersøkelsen (HUNT 1) fikk allmennpraktiker Jostein Holmen da han var hjemme med sin nyfødte sønn. Kona jobbet og han kjedet seg. Holmen var en del av Gruppe for helsetjenesteforskning, etablert i Levanger i 1976, som fokuserte på de store og

kostbare folkesykdommene. Holmen fikk stipendmidler for å evaluere kvaliteten på blodtryksbehandling i allmennpraksis i 1980. Han inngikk da et samarbeid med samfunnsmedisiner Peter F. Hjort i Folkehelsa. Hjort skulle likevel i gang med å screene befolkningen i Nord-Trøndelag for tuberkulose, for å sikre at behandlingen av tuberkulose var under kontroll i Norge. Undersøkelsene ble dermed slått sammen til HUNT 1, hvor røntgenbilde av brystkassen ble tatt og blodtrykk, høyde og vekt målt hos samtlige deltakere.

– Det var egentlig ikke planlagt noen videre undersøkelse etter HUNT 1, forteller Steinar Krokstad. Han er professor, overlege i psykiatri og daglig leder av HUNT Forskningssenter.

Krokstad understreker at forholdene ligger spesielt godt til rette i Norge for å drive denne typen registerbasert forskning.

– Alle norske statsborgere er registrert med et unikt fødselsnummer som går igjen i alle typer re-

«Folk anså invitasjonen om å delta i undersøkelsen nærmest som lovpålagt.»

gistre. Dette representerer i seg selv en fantastisk infrastruktur og gjør det mulig å drive folkehelseforskning i stor skala.

Deltakerprosenten i HUNT 1 var på 90 prosent, noe som ga et svært representativt datagrunnlag.

– Folk anså invitasjonen om å delta i undersøkelsen nærmest som lovpålagt. Den gang hadde man større autoritetstro og ikke samme skepsis

til forskning som mange har i dag.

REPRESENTATIV. Grunnen til at Nord-Trøndelag egner seg for store folkehelseundersøkelser av HUNTs format, er at fylket er representativt for størstedelen av Norges befolkning. Dette kan man se på statistikken, for eksempel over trender i årsaksspesifikk dødelighet, sykefravær og uføretrygging som avviker lite fra statistikken over den samlede befolkningen. I tillegg gjenspeiler befolkningssammensetningen, med kystbefolkning, innlandsbefolkning og småbybefolkning, i stor grad resten av landet. I Nord-Trøndelag bor noen i blokk og andre i villa, slik man bor i landet for øvrig. Også næringsgrunnlaget i Nord-Trøndelag er variert og representativt.

MÅLSETTING. Krokstad forteller at målsettingen for HUNT har endret seg underveis.

– Allerede i HUNT 2 var det flere forskningsmiljøer som heftet seg på. HUNT har satset på å svare på spørsmål omkring de store folkesykdommene.

Generelt er HUNT-forskningen mer opptatt av bredde enn av dybde. Det samles inn data fra brede aldersgrupper (13–100 år). Man ser på hovedårsaker til folkehelseproblemer og trender i befolkningen og dekker alle store sykdomsgrupper: Kreft, hjerte- og karsykdommer, demens, psykiske plager, diabetes, muskel- og skjelettplager, og lunge- og luftveissykdommer.

TENDENSER. – HUNT kartlegger folkehelse-trender, ser på geografiske variasjoner og forskjeller mellom befolkningsgrupper. Vi kan dessuten se hvordan helsen utvikler seg i den norske befolkningen, endringer i sosial ulikhet og følge mønsteret i folks bruk av helsetjenester. På den måten kan vi også si noe om folks behov for helse-

Kaldt: Labingeniør Lise Norøy i Nitrogenlageret for langtidslagring av biologisk materiale ved -196 °C. Foto: NTNU



HUNT 3: Måling av maksimum oksygenopptak blant innbyggerne i Verdal. Foto: NTNU



Ny kunnskap: Leder av HUNT Forskningscenter Steinar Krokstad, er stolt av funnene HUNT har resultert i. Foto: NTNU

Fakta

HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT) består av helseinformasjon om 120 00 personer samlet inn gjennom tre befolkningsundersøkelser: HUNT 1 (1984–86), HUNT 2 (1995–97) og HUNT 3 (2006–08). HUNT Forskningscenter hører inn under NTNU og ligger i Levanger.

INFORMASJONEN er basert på spørreskjemaundersøkelser, intervjustudier, blodprøver, urinprøver og røntgenbilder.

DATAENE er samlet inn fra innbyggere i Nord-Trøndelag på 13 år og oppover, og blir brukt til en rekke forskningsprosjekter på helse og sykdom.

FORSKERE kan søke om å benytte dataene og all forskning og alle publikasjoner som er gjort på bakgrunn av HUNT er tilgjengelige og søkbare.

Kilde: www.ntnu.no/hunt

tjenester lengre frem i tid, forteller Krokstad.

HUNT-forskningen har vist hvilken vei helsetilstanden i befolkningen beveger seg.

– Vi har sett en stor nedgang i hjerte- og karsykdommer, i antall røykere og i gjennomsnittlig blodtrykk. Men til gjengjeld ser vi økning i overvekt og fedme blant folk flest. Noe som er en naturlig konsekvens av at folk har fått bedre råd og har gode levekår i dagens Norge.

FORSKNING. En viktig funksjon ved HUNT er at dataene genererer ny forskning og styrker norske forskningsmiljøer. Forskningscenteret består av en databank og en biobank, som forvalter og oppbevarer forskningsdata og biologisk materiale, og de-

ler ut dette til godkjente forskningsprosjekter.

– HUNT-dataene gjør det mulig å se på årsaker til sykdom og endring av folks helse over tid og forske på dette, sier Krokstad.

Det er hittil skrevet 135 doktorgrader og publisert cirka 1300 vitenskapelige publikasjoner på bakgrunn av HUNT-materialet.

NY KUNNSKAP. HUNT har gitt ny kunnskap som har ført til endringer i hvordan vi ser på folkehelsen.

– Av HUNT 1 lærte vi for eksempel at det ikke var noe uoppdaget tuberkulose blant befolkningen, slik at tuberkulosescreeningen ble avsluttet, sier Krokstad.

Andre viktige funn basert på datamateriale fra HUNT er forskning på blodtrykk som har vist at blodtrykksscreening er unødvendig da fastlegenes kartlegging av dette er godt nok. HUNT har også bidratt til at man har fått en høyere grense for når det er nødvendig å gi medisiner mot høyt blodtrykk, noe som har ført til mindre overbehandling og bruk av ressurser. HUNT har også gitt oss viktig kunnskap om overvekt og årsakene til dette. Det samme gjelder kunnskap om diabetes og -behandling. HUNT-studier har påvist at overforbruk av medisiner mot hodepine kan gi mer hodepine og at riktig bruk av astmamedisiner som inneholder kortison ikke gir økt risiko for benskjørhet. ●



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- 1 Hva er en infeksjon?**
 A Angrep fra mikroorganismer
 B Gult puss
 C Blodets forsvar ved åpne sår

- 2 Hva er en inflammasjon?**
 A Hevelse
 B Angrep fra virus og bakterier
 C En reaksjon på en immunologisk reaksjon

- 3 Hvilken av disse blodårene har tykkeste vegg?**
 A Arterier
 B Arterioler
 C Kapillærer

- 4 Hva er tunica intima?**
 A En tunika til bruk om natten
 B Det innerste laget i blodårene
 C Hjerneinnen

- 5 Hva er det riktige ordet for det misvisende begrepet «jomfruhinne»?**
 A Skjedekrans
 B Vulvateppe
 C Vaginaring

- 6 Hva kan du få av myggene aedes aegypti og aedes albopictus?**
 A Dengue- og zikavirus

- B Plasmodium-parasitten som gir malaria
 C Borreliose og encefalitt

- 7 Hva er det folkelige navnet på aedes albopictus?**
 A Sebramygg
 B Asiatisk tigermygg
 C Afrikansk edderkoppmygg

- 8 Hvor forekommer aedes albopictus?**
 A Blant annet i Alaska
 B Blant annet i Øst-Europa
 C Blant annet i Sør-Europa

- 9 Hvilken minstelønn krever Norsk Sykepleierforbund for sykepleiere med ti års ansiennitet?**
 A 400 000
 B 500 000
 C 600 000

- 10 Hva forsker en entomolog på?**
 A Nesepolypper
 B Tarmsykdommer
 C Insekter



Natt-tunika: En typisk tunica intima, eller bare et vågalt stunt til valentinsdagen?

- 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1A, 2C, 3A, 4B, 5A, 6A, 7B, 8C, 9B, 10C

Randis hypokonderkryssord

😊	UTEBL. ELSE SKIPSF	MYNT	SNILT GUD	SINTE ORG.	LID- ELSE	SPISER MO- DERNE	DYR	PLAG- GET LOV	MØBEL	DRAP	ANE	KLARE	ART.	LIDEL- SEN
LEGE														
MANN												VEEN		
BAK- VERK	GREIT	TITTE TONE		PLATE		DRYPP		DIKT	FRED DYR		GLO			
			TALL HØYE		INN- VOL- LER	SVINN UKOKT					ORGAN ODDE			
MØBEL							TANK- ENE FÅ					RU- ELSE	PÆL	
GÅ PÅ TRYGD	STRES- SE	KOLLE KUL		SLITEN	BØR STOFF		POLIT. PRON.			SYKD. MORO		VOM- ERE		
			KRAN- SET			EIE		PS	LEDER NESTE		BOLIG ETC			
SPE- SIELL			SKUE- SP.				ØKER				BEISE			
TIRRET				LIDEL- SEN										

Se løsning på kryssord side 85.



Meninger

Del 4 Sykepleien 03 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett

Brødsriver: Iren Luther mener sykepleiere kan gjøre oppgaver som å servere mat. Foto: Marit Fonn.

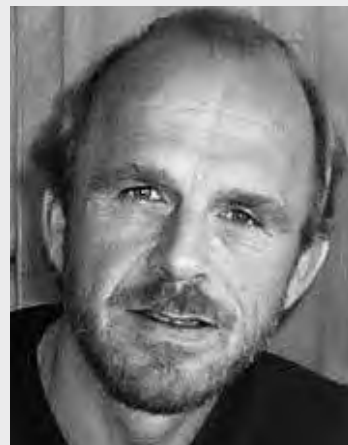


Slåss på tvers av fag

ILO. Seksjonsleder Iren Luther mener NSF er for navlebeskuende. **92**



Arbeidstid. Viktig at medbestemmelsen består. **84**



«Omskjæring er ikke rasjonelt begrunnet.»

Terje Carlsen. **90**



Kritisk. Pakkeforløp for psykisk helse vil ikke fungere. **89**

Medbestemmelse. Sur nedbør kan endre et helt økosystem.
Også når det kommer fra et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg.

Sur nedbør



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Hvis jeg ikke får den, vil jeg ikke leke med deg! Og jeg vil leke med deg, så da må jeg få den!» Treåringen har skjønnet at det finnes noe som heter forhandlinger, og at det er et gunstig virkemiddel for å oppnå noe. Om kort tid har han skjønnet at det er et hav av forskjell mellom forhandlinger og utpressing også.

I vår verden heter dette havet «Trepertssamarbeid», og der lever samarbeid, medbestemmelse og involvering, men også forpliktelse, i et fint avstemt samspill. Forekomsten av konflikt og streik er derfor langt mindre i våre strøk av verden enn i mange andre farvann. Det er fordi medbestemmelse og forpliktelse spiser sånt til frokost.

TREPART. De siste 50 årene eller så har det vært bred enighet om at dette trepartssamarbeidet er verdt anstrengelsene og kompromissene. Men det er et komplisert maskineri der verken myndigheter, arbeidsgivere eller arbeidstakere får det akkurat som de vil. Ved å sørge for økonomiske og sosiale sikkerhetsnett får myndighetene et omstillingsdyktig arbeidsliv. I bytte mot reell medbestemmelse får arbeidsgiverne de ansattes forpliktelse, og vice versa. I et forpliktende og seriøst sam-

livssituasjon der de har behov for profesjonell hjelp eller tilsyn. De skal behandles og observeres med skarpsindighet og verdighet hvert minutt i disse arbeidstimene. Da synes vi det er en god idé at de ansatte fortsatt er med på å bestemme når og hvor lenge man skal jobbe utover arbeidsmiljølovens grenser for alminnelig arbeidstid. Ikke fordi vi har dårlige ledere, men fordi man som leder må ta så mange hensyn at det lett kommer i konflikt med det som alltid må være det viktigste: Hensynet til pasienten, og hensynet til de som behandler og pleier dem.

Det handler om å sørge for at risikoen forbundet med skiftarbeid, nattarbeid og lange arbeidsdager over tid ikke blir større enn det vi kanskje må tåle på samfunnets vegne. For at det er økt risiko, er godt dokumentert. Og det handler om de ansattes velferd og deres mulighet til å kombinere arbeidslivet med resten av livet. Vi jobber som kjent i en sektor som trenger arbeidskraft; i dag, og ikke minst i morgen.

MANGLER FORSTÅELSE. Fravær av konflikt forutsetter nærvær av likeverd, medbestemmelse og forpliktelse. At et ekspertutvalg på arbeidstid mangler grunnleggende forståelse for det skjøre samspillet i trepartssamarbeidet, er ille nok. Men at store arbeidsgiverorganisasjoner gjør det samme, er dypt bekymringsfullt. Deres lovprising av det organiserte arbeidslivet faller på stengrunn, for ikke å si i fisk, når de samtidig har et inderlig ønske om å fjerne forhandlingsretten på arbeidstid. Da går omfavnelsen av den norske arbeidslivsmodellen fra varm til klam, og for en sykepleier er det et tegn på at det står dårlig til. ●

«I et forpliktende og seriøst samliv må man gi og ta.»

liv må man gi og ta: Derfor kan man ikke både være for et organisert arbeidsliv og mot at tillitsvalgte skal ha forhandlingsrett på grunnleggende områder. Hvorfor skal man velge å organisere seg hvis organisasjonene ikke har makt? Enkeltansatte og arbeidsgivere kan aldri bli likeverdige parter. Medbestemmelsen er således organisasjonenes eksistensgrunnlag.

SURT FORSLAG. Forslagene fra arbeidstidsutvalget om å fjerne deler av medbestemmelsen på turnusplaner er derfor sur nedbør for trepartssamarbeidet. Og jeg må minne om at vi snakker om ansatte som jobber med mennesker i en



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Hva er integrativ terapi?

VIDEREUTDANNING: Nysgjerrige spørsmål fra kolleger på sykehuset ga meg ideen til å skrive et lite innlegg i Sykepleien om videreutdanningen i integrativ terapi som jeg er i gang med på Høgskolen i Sørøst-Norge. Det var nettopp tidsskriftet Sykepleien som gjorde meg oppmerksom på at videreutdanning fantes.

I 1995 fullførte jeg sykepleierutdanning med spesialisering innen psykiatri i Tyskland. Jeg flyttet til Norge i 1997 og har siden da jobbet med flere forskjellige fagområder på sykehuset, men har alltid interessert meg spesielt for psykologi og nevrologi. Etter hvert fant jeg også interesse for akuttmedisin og tok videreutdanning i anestesi.

Mine venner kommer fra alle verdenshjørner, og mitt engasjement om urettferdighet og fordommer har blitt enda sterker etter at jeg kom til Norge som utlending. Jeg husker at jeg allerede tidlig i sykepleierkarrieren ønsket å se helheten i et menneske. Jeg reagerte ofte på fordommer i sykehusvesenet. Min opplevelse er at dersom det ikke kan påvises fysisk sykdom, men pasienten likevel lider, dømmes pasienten lett av helsevesenet og samfunnet som et individ med funksjonelle forstyrrelser. Fortsatt er det knyttet sterkere skam til det som diagnostiseres som psykisk sykdom enn fysisk sykdom.

Som anestesisykepleier kommer jeg i kontakt med mennesker i forskjellige sosiale situasjoner, roller og omgivelser, det kan være ute på ambulansekjøring, på preisitt, i smertepoliklinikken, akuttmottaket og operasjonsstuen. Jeg ser ofte folk som sliter med sosial angst, stressymptomer og depresjoner og psykiske problemer som

ofte bunner i våre egne og samfunnets krav og forventninger. Sammenhengen mellom den psykiske og fysiske helsen hos en pasient er tydelig for meg. For eksempel kan smerteproblematikk være et resultat av psykisk «smerte» gjennom et levd liv, og omvendt kan psykisk smerte være et resultat av langvarige fysiske smerter. Jeg har vært på leting etter noe som skaper helhet i det kliniske bildet og som gir redskaper til å takle denne kompleksiteten, enten det gjelder akuttmedisin, operasjonssalen, psykiatri eller palliativ avdeling. Nå har jeg funnet det.

Integrativ terapi er en nevrobiologisk, sosialpsykologisk og filosofisk fundert integrerende metode som tar opp i seg både psykoterapi, kroppsterapi, sosioterapi, neuroterapi og økoterapi. Integrativ terapi ser kroppen som en helhet med kropp, psyke, tanke og ånd i økologisk og sosial kontekst.

Metoden integrativ terapi oppsto i Paris på slutten av 1960-tallet og har sitt grunnlag fra psykologi, medisin, filosofi og pedagogikk. Kunnskapsutviklingen innen nevrobiologi og evolusjonsteori har i senere år fått større innflytelse. I det siste er også grønn terapi og forskningen rundt dette implementert i den integrative tilnærmingen. Hilarion Petzold, Johanna Sieper og Hildegund Heintz var pionerer som brakte terapiretningen videre i Europa; først i Tyskland, Østerrike og Sveits. I alle tre landene er det etablert akademisk anerkjente utdanningsinstitusjoner innenfor fagfeltet.

I august 2015 kom det for første gang i norsk høyskole (HSN) et tilbud om videreutdanning i integrativ terapi. Jeg var en av de heldige som fikk tilbud om studieplass. Jeg opplever derfor

meg selv som en pioner. Nå er videreutdanning i integrativ terapi et deltidsstudium over to år, med 60 studiepoeng på masternivå. Etter endt studie har jeg også anledning til å delta i studiebygning arrangert av Norsk Forening for Integrativ Terapi (NFIT) i samarbeid med Europeisk Akademi for psykososial helse (EAG).

For godkjenning som integrativterapeut kreves blant annet 80 timer individuell terapi, samt bevegelsestrening, eksempelvis Qigong, Thai Chi eller annen Martial Art, sammenhengende over to år.

Etter utdanningen kan jeg jobbe på ulike arenaer: psykisk helsearbeid, ledelse, som privatpraktiserende terapeut, organisasjonsrådgivning, HR-arbeid, undervisning, rusforebygging og -behandling, migrasjonshelse, samt filosofisk og åndelig rådgivning.

Undervisningen gjennomføres som månedlige samlinger over flere dager. Utdanningen er veldig givende. Jeg har blitt bedre kjent med meg selv og har allerede etter første semester fått økt forståelse for hvor sammensatt mennesker er – preget av omverden allerede som nyfødt og vi må tilpasse oss i sosiale samfunn et helt liv.

Integrativ terapi er en veldig aktuell utdanning, og jeg tror det nå skjer en stor omveltning i vårt samfunn hvor det bli satt søkelyset på kropp og sjel samtidig.

Jeg håper at også helsemyndighetene i Norge etter hvert vil anerkjenne hvor viktig dette faget er, at det får mer oppmerksomhet og at staten tar integrativ terapi inn som en del av det offentlige behandlingstilbudet. Da tenker jeg ikke bare på bruk av integrativ terapi i forhold til klient/pasient, men også eksempelvis som hjelpemiddel for stressmestring på arbeidsplassen – et veldig dagsaktuelt tema for oss sykepleiere. Omflytting, nye retningslinjer, flere digitale verktøy i behandlingen, flere og nye oppgaver med mer, fører til et stort etisk problem for mange av oss. Vi har mye mindre tid til pleie av syke mennesker. Det gjør hverdagen vår veldig slitsom i perioder. Mobbing på arbeidsplassen er dessverre ennå ikke utryddet. Det kan resultere i psykisk og etter hvert fysisk sykdom. Integrativ terapi kan være en støtte i satsing på teamarbeid på arbeidsplassen. Jeg kan se mange momenter hvor en integrativ terapeut kan være helsebringende i helseforetak i Norge.

Heidi Teschke Hansen, anestesisykepleier,
Sykehuset i Vestfold HF

Løsning på kryssord i nr. 03/2016 (se side 82)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



500 000

Sykepleierløftet: Ein halv million!

Har det rabla for deg?,- seier du.

Ikkje i det hele tatt,- seier eg.

Det er for mye,

du tar ikkje ansvar,

det er ei vanskelig tid,

vis moderasjon,- seier du.

Florence hadde ikkje sagt dette,- seier du.

Nei, ho er død,- seier eg.

Eg mumlar at eg er

Tydelig,

Modig,

Stolt..

Eg skjønne ikkje ka du meiner, seier du.

Eg gjør..

ka skal eg si då?,- seier eg.

Argumenta mine er brukt før,- seier eg.

Likelønn,

verdsetting,

arbeidskraftsbehov,

ansvar,

vi er mange,

flest kvinner,

frontfagsmodellen,

kompetansebehov,

rekruttera,

beholda,

reallønnsvekst,

ei lønn å leva av.

Ka meir kan eg si?,- seier eg.

Dåkke er for mange,-seier du.

Ja, 106 000,- seier eg.

Det går ikkje,- seier du.

Det er egoistisk,

du tenker ikkje på andre,- seier du.

Eg tenker på 106 000 andre faktisk,

det er ikkje egoistisk,- seier eg.

Ein halv million,

500 000,

til alle,

med 10 år,

i 2019?,- seier du.

Det er mulig,

hvis du vil.

Eg har håp,- meiner eg.

Karin Bell Trældal, HTV Stord sjukehus

Å utvise godt skjønn?

DØENDE: Professor Per Nortvedt og forsker Lillian Lillemoen drøfter i innlegget «Når helsepersonell blir pårørende» i Sykepleien nr. 2–2016, helsepersonells etiske dilemma som pårørende når pasienten har samtykkekompetanse, men ikke vil ta imot hva som vurderes som beste behandling.

For meg framstår innlegget om pasientens autonomi når pårørende er helsepersonell, som forvirrende.

Hvem er pasienten? Det framkommer i en innskutt bisetning i første setning under avsnittet «Verdier» at de har en eldre pasient i tankene. I avsnittet «Gode grunner» et stykke ut i artikkelen framkommer det at pasienten er godt oppe i alder og kanskje kan tenke at «nok er nok». Likevel er det vanskelig å se for seg pasienten her, og kanskje er ikke det hovedspørsmålet heller. Jeg tenker da på om det er en eldre døende, mett av dage, eller om det er en mor eller far i voksen alder med dødelig sykdom som kan la seg behandle eller lindre, og dermed få et lengre liv og/eller bedre livskvalitet i den tiden som gjenstår. Forfatterne opplyser at pasienten er beslutningskompetent, det vil si at pasienten er samtykkekompetent, og jeg tenker da at pasienten også er i en kognitiv og emosjonell konstitusjon som gjør at vedkommende er i stand til å forstå sin situasjon og ta til seg den informasjonen som blir gitt. Og at pasienten forstår omfanget og konsekvensen av denne. Samtidig må pasienten forstå konsekvensen av det valg vedkommende gjør i forhold til dette. Jeg har hørt noen si at informasjon ikke er gitt før informasjonen er forstått. Å ikke respektere pasientens valg når disse vilkårene er oppfylt handler om en helt annen problemstilling. Det må

ikke bli pasientens problem.

Helsepersonell som pårørende, eller pårørende som helsepersonell?

Forfatterne veksler mellom å trekke fram etiske og helserettslige aspekter ved helsepersonell/pårørenderollen, uten at de gjør det lettere eller spesielt tydelig for meg å se hvor skillelinjene går. Med litt mer kompetanse på helserett enn etikk vil jeg hevde at en tydeligere gjengivelse av de aktuelle helselover, spesielt pasient- og brukerrettighetsloven om rett til informasjon og medvirkning, langt på vei ville gitt en god ledetråd til rett forståelse og rett handling. Dette gjelder både for helsepersonell som pårørende og den pårørende som helsepersonell.

Godt skjønn, er svaret forfatterne anbefaler i sin drøfting. Men til hva og for hvem? Avslutningsvis appelleres det til å forsøke å forstå hva som er grunnlaget for pasientens aversjon mot å la seg behandle. Det kan jeg stille meg bak. Som helsepersonell. Som pårørende er jeg likestilt med de øvrige pårørende. Godt skjønn i min verden tilsier at man skal unne seg selv å være pårørende. Det kan godt hende pasienten også vil sette pris på det.

Jeg er åpen for en bredere utgreiing fra forfatterne på dette viktige temaet, da jeg gjerne vil bli klokere i å utvise godt skjønn. Som helsepersonell og som pårørende. Og ikke minst for det syke familiemedlemmets skyld.

Tillater meg samtidig å vise til kronikken «Den døendes ønsker og behov er retningsgivende», hvor jeg er medforfatter. Den handler om pasienten i livets slutfase, og jeg tror den kan være med på å belyse hva dette kanskje handler om.

Lars Bjørn Mehus,

helse- og sosialombudet

Minneord Inger Talette Heng



1939–2015: Inger Talette Heng ble født 17.06 1939 på sykehus i Eshowe i Zululand i Sør-Afrika.

Far var misjonsprest Martinus Haldorsen fra Rubbestadneset, mor var Gudrun Heng, misjonær og sykepleier fra Heng i Rogaland. Inger vokste opp i Sør-Afrika og gikk på skole der fra hun var seks år, en kostskole. Hun bodde på hjem for misjonærbarn. Hun kom til Norge på besøk første gang som tiåring, og ble her i to år. Da hun var 16 år fikk hennes tante, dr. Inger Haldorsen, henne hjem og på realskole i Norge.

Inger utdannet seg som barnepleier ved Chr. Michelsens barnehjem på Os ved Bergen fra februar 1958–1959, åtte måneder på barnehjemmet, fire måneder på fødeavdeling ved Voss Sykehus etterfulgt av fire måneders plikt-tjeneste samme sted.

Da Stalheim Hotell brant i 1959 hadde hun 30 netters vakt på sykehuset for å ta seg av engelsktalende pasienter etter brannen.

Hun sydde sin egen elevuniform før hun begynte på Haukeland Sykehus Sykepleierskole 19.08 1959. I pliktåret etter utdanningen var hun ansatt på spedbarnsavdelingen på barneklubben, Haukeland Sykehus.

Høsten 1963 giftet hun seg med Jørgen Heng, bonde og fisker på øyen Heng der hennes mor kom fra. Inger og Jørgen fikk fire barn,

tre jenter og én gutt. Inger var energisk, arbeidet på gården, kjørte traktor, grov grøfter, ja allslags arbeid.

Da barna vokste til, begynte hun som nattevakt på Jonsokberget sykehjem på Jørpeland. Først i deltidsstilling, senere i full stilling. For å komme seg på arbeid måtte Inger ta båt, først i bil ned til kaien der båten lå som hun brukte over til fastlandet, der hun hadde en bil parkert som hun kjørte til sykehjemmet med. Hun arbeidet også i hjemmesykepleien fra sykehjemmet. Inger arbeidet i full nattevaktstilling til hun var 72 år, og frem til hun var 75 var hun på tilkalling når sykehjemmet trengte henne.

Jørgen var 17 år eldre enn Inger, og da hun ble enke i 1998, ble hun boende alene på Heng.

I mai–juni i 2014 var mange av kullingene fra Bergen på besøk hos Inger på Heng. Da hadde Inger fått diagnosen myelomatose. I april 2015 var kullet samlet i Balestrand på Kvikne Hotel. Inger var med, opplagt og livlig, med en god replikk.

I august forverret sykdommen seg, og Inger døde 26. august 2015 og ble gravlagt ved siden av sin kjære Jørgen 4. september.

Inger var sosial, glad i mennesker og lett å samarbeide med. «Kullingene» vil huske henne som en dyktig og samvittighetsfull sykepleier og en god venn som vi vil savne på våre sammenkomster. Kull 136 (Haukeland Sykepleierskole 1959–62) vil gjemme alle de gode minnene vi har om tiden vi fikk være sammen med Inger.

Alfhid Byberg Paulsen,

på vegne av Kull 136

Sykepleien

Sykepleien er et redaksjonelt uavhengig tidsskrift som henvender seg til landets sykepleiere gjennom kvalitetsjournalistikk og formidling av fag- og forskningsstoff. Tidsskriftet eies av Norsk Sykepleierforbund. Sykepleien publiserer både på papir (opplag 104 000 eks) og på alle digitale flater. Vi har 21 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.

Vi søker:

Manusredaktør/ redigerer i Sykepleien, 100 % stilling

Sykepleien publiserer vitenskapelige, fagfelleverderte artikler og fagutviklingsartikler, skrevet av sykepleiere og annet helsepersonell. I tillegg publiserer vi nyheter og debatt-/kommentarstoff. Vi skal være et attraktivt medium som skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med i utviklingen av profesjonen og nyere forskning.

En av våre medarbeidere slutter, og vi søker nå en person som skal få ansvar for å håndtere manus fra de kommer inn til redaksjonen og fram til publisering, på nett og papir. Vedkommende skal jobbe med språklig kvalitetssikring av manus, kontakt med artikkelforfattere og oversettere, redigering/desking av tekster, korrektur og webpublisering.

Vedkommende skal jobbe tett sammen med forskningsredaktør og fagredaktør, som har det faglige ansvaret for godkjenning av innkomne manus.

Manusredaktør/redigerer vil bli en del av Sykepleiens desk.

Sykepleien har en ambisiøs strategi for utvikling av våre digitale plattformer. Vi søker derfor en språksikker person som kan være med på å løfte kvaliteten på vår digitale formidling. En av oppgavene vil være å jobbe med Sykepleiens Facebook-sider som kanal for forskningsformidling inn til leserne.

Kvalifikasjonskrav:

- › Utdanning fra universitet eller høyskole. Helsefaglig utdanning er en fordel
- › Tilleggsutdanning innen språk og/eller journalistikk
- › Erfaring fra forskningsformidling og/eller annen relevant innholdsproduksjon

Personlige egenskaper:

Du må være etterrettelig, nøyaktig og strukturert, og må kunne jobbe med mange prosjekter/manus samtidig. Du må ha gode samarbeidsevner og må kunne forholde deg til leveringsfrister.

Vi kan tilby:

- › Et ambisiøst arbeidsmiljø
- › Lønn etter avtale
- › Pensjonsordninger i KLP
- › Reise- og ulykkesforsikring
- › Fleksibel arbeidstid

For stillingen må det søkes elektronisk. Fullstendig stillingsutlysning under ledig stillinger på nsf.no eller på finn.no med finnkode: 72250134.

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 40852179.

Søknadsfrist: 29. mars 2016.



Sosial dumping. Teikninga er tydeleg: Også offentleg finansierte verksemder har gløymt Fadervåret.

Ei skam for landet



Fakta

**Anders
Folkestad**

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Du hugsar det sikkert: «Adecco-skandalen» i 2011. Det blei avslørt at ein Adecco-driven sjukeheim i Oslo både hadde dumpa løna og brote arbeidstidreglane. For å gjere dette mest mogeleg effektivt hadde tilsette hatt «hybel» i kjellaren. Og visst nok var denne sjukeheimen lenge eit utstillingsvindauge for vellukka konkurranseutsetting.

Slik var det heilt til ein modig tillitsvald varsla om falskneriet. Det blei rabalder. Media var på hogget, og det blei uråd for Adecco å vri seg unna. Dei skjønte at omdømmet stod på spel. Og rett skal vere rett: Etter ei tid blei det inngått eit forlik, visst nok hennemeleg. Men tilsette fekk etterbetaling. Det blei lovd bot og betring.

Likevel, teikninga er tydeleg: Også offentleg finansierte verksemder har gløymt Fadervåret, og fell ut i freisting. Liknande driftsformer har kome til synes også andre stader i landet.

RISIKOSPORT. Helsesektoren er ikkje så uskuldig som ein skulle tru. Konkurranseutsetting er ein av drivarane nedover. Det blir «lønnsamt» først og fremst fordi pensjonsvilkåra blir svekka. Sjukepleiarane er gjennom lov langt på veg verna mot dette. Likevel finst det døme på at innleigebyrå vrir seg unna lovfesta pensjonskrav når dei hyrer inn utanlandske sjukepleiarar.

Arbeidsinnvandringa har gjenoppliva ein risikosport vi skulle tru var avvikla her til lands: Å utnytte arbeidsfolk. Lover og reglar, og folkeskikk, blir sett til sides for å vinne anbod eller betre innveninga. Risikoen for å bli avslørt har vore liten – alt for liten. For mange som jaktar på arbeid er litt lønn betre enn null lønn. Lan-

trass i politiske handlingsplanar og trass i innsats frå fagrørsla, ser misbruk av arbeidsfolk ut til å ha fått fotfeste. Allmenngjeringsordninga, der minste tarifflønn blir lovfesta, har hatt ein viss effekt. Men ikkje nok til å sette stoppar for undergravinga av norske lønns- og arbeidsvilkår. Og slett ikkje i uorganiserte område.

SKAMPLETT. Det som skjer er ein skamplett på det norske samfunnet. Somme prøver å bortforklare: Dette er vanleg i mange andre land. Der er svart arbeid og korrupsjon ein del av kulturen, er argumentet. Javel, men det held ikkje. Dette skal ikkje skje i Noreg.

Andre vil ha det til at sosial dumping eigentleg er bra. Dårleg løn og dårlege arbeidsforhold i Noreg er trass alt relativt bra samanlikna med mange andre land. Snakk om å relativisere seg vekk frå heimlege realitetar!

Det kan verke som om opne grenser og fri flyt av folk og kapital gjer nasjonalstaten makteslaus. Men politikken kan sette grenser når mange nok politikarar vil. Det kan vi som borgarar og forbrukarar også gjere. Eg og du har ansvar viss vi tener på at andre taper. Moralisering? Javel, i så fall trengst det.

Kanskje må fagrørsla revurdere motstanden mot lovfesta minstelønningar? Dette treng ikkje, når alt kjem til alt, bli ei trussel mot forhandlingar og tariffavtalar.

Enn om partane i arbeidslivet – saman med regjeringa – fekk fullmakt frå Stortinget til forhandle fram minstelønningar som skal gjelde også for uorganiserte? «Det går ikkje. Slik har vi ikkje pleidd å gjere det». Eg høyrer innvendingane frå alle sider av bordet. Men skal ikkje trepartssamarbeidet vere dynamisk? Dessutan er ei liknande ordning allereie innført. I det statlege tariffområdet blir forhandlingsresultatet partane kjem fram til formelt godkjent av Stortinget. Og gjeld for alle – organiserte som uorganiserte. ●

«Gong på gong kjem stygge enkelt-saker for dagen.»

ge arbeidsdagar er betre enn arbeidsløyse. Særleg når nauda er stor. Dermed blir utanlandske arbeidsfolk brikker i eit skammelig spel. Flyktningssituasjonen forsterkar dette.

Gong på gong kjem stygge enkeltsaker for dagen. Ofte med koplingar til arbeidslivskriminalitet og økonomisk kriminalitet. Bransjar der krava til formell kompetanse er svake eller fråverande er særleg utsette.



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Pakkeforløp. Skal vi ha et helsevesen hvor mennesker behandles halvveis, for så å måtte overlates til seg selv?

Med Erna som psykiater

Jeg må si at jeg rynket godt på nesen da jeg første gang hørte om Ernas pakkeforløp for psykisk helse. Denne standardiseringen av tjenester som en i lys av politisk tørre øyne har valgt å overføre fra andre helsetjenester, vil ikke bli annet enn den største fadeseen innen norsk helsevesen på mange, mange tiår. Og det burde selv for en politiker, og ikke minst et godt medmenneske, være ganske lett å forstå.

INGEN ER LIKE. Hele tankegangen bak pakkeforløp er at man kjører mennesker med samme diagnoser gjennom samme forløpet og med lik ressursbruk per menneske. Det fungerer jo så bra i somatikken, så hvorfor ikke i psykiatrien? Forklaringen er ganske enkel: Mennesker er ikke en diagnose.

Alle og enhver har forskjellige opplevelser og kjenner ulikt på følelser og problemer i livet. Det er forskjellig hvor godt vi mestrer livet når det er vanskelig, og hvordan vi klarer å bruke disse erfaringene til å fortsette å leve. Og ja, til og med problemstillingene man søker hjelp for er sjelden nøyaktig de samme som hos den etter deg i venterommet.

KREVER SKJØNN. «Ikke lik, men like god behandling» forteller Erna Solberg oss. Med dette ønsker hun å få til et mer effektivt og kostnads-

besparende psykisk helsevern, slik som en har fått til for eksempel innenfor kreftbehandling.

En som skal hjelpe mennesker som sliter med psykiske lidelser, må vise forståelse, tålmodighet, tilrettelegge, følge opp individuelt og ha en god porsjon skjønn. Et pakkeforløp vil begrense behandlerens mulighet til å innvirke på ens eget arbeid. Fordi Erna har sagt hvor mange timer Ola Normanns depresjon skal behandles med, så er det for pasienten bare å ta hatten og gå når time-ene er brukt opp. Og skulle man ikke ha kommet seg til steg 3 i behandlingen før timene er brukt opp, hva skal en gjøre da?

Ikke bare vil dette medføre et svært dårlig tilbud for en stor pasientgruppe. Det er også et stort hån mot dem som har det som virke å hjelpe disse menneskene. Godt utdannete fagpersoner med absolutt god viten om hvordan de skal møte den enkelte pasienten, nedverdiges til å måtte gi et tilbud som de ikke selv vil kunne stå inne for. Om ikke psykologer og psykiatere allerede

har latt seg skremme ut av den offentlige tjeneste, så blir de i hvert fall det nå. For med så rigide behandlingsnormer vil en heller ikke få den muligheten til faglig vekst som de fleste helsepersonell hungrer etter.

BAKLENGS. Ved å innføre et pakkeforløp for psykisk helse, går vi baklengs inn i fremtiden med dårlige sko. Snart vil vi ha et helsevesen hvor mennesker behandles halvveis, for så å måtte overlates til seg selv. Det er heller ikke samfunnsøkonomisk etter mitt skjønn. Får håpe de fleste vil takle dette bra, men det blir nok mange som egentlig kaster bort tiden sin ved å gå i behandling.

Selv er jeg utdannet sykepleier, men har sjelden noe problem med å fortelle at jeg også har vært pasient. For det er ikke noe å skamme seg over at livet kan være vanskelig. Det har vært en kamp å komme seg til adekvat behandling hos en dyktig behandler, og jeg har nok for lengst brukt opp Erna sin normerte tid for behandling av min lidelse.

ERNA SOM PSYKIATER. Hadde det ikke vært for min beholders faglige skjønn, så hadde det nok vært like greit å la være å søke hjelp. Og det kommer jeg nok til å gjøre hvis jeg skulle trenge hjelp igjen. For det har ikke noe for seg å søke behandling med Erna som psykiater. ●



Fakta

Remi Lønøy

Sykepleier

«Det er et stort hån mot dem som har det som virke å hjelpe disse menneskene.»



Omskjæring. Vi fordømmer omskjæring av jentebarn.

Men hva med omskjæring av guttebarn?

En nødvendig omkamp



Fakta

Terje Carlsen

Sribent

Tall fra UNICEF viser at tre millioner jentebarn omskjæres i Afrika hvert år. Gambia leder an blant snart 20 afrikanske land i å få slutt på praksisen. Men hva med omskjæring av gutter? Har vi glemt det? Og hvorfor rygger partier som fronter menneskerettighetene for dette spørsmålet?

Gambia har nylig vedtatt en lov som gjør slutt på omskjæring, kan en lese på nettet. Årelang strid har endt i politisk kompromiss. Men dette er et betent spørsmål, og det er fortsatt farlig å mene sterkt om det, også i Norge. En kan raskt havne i antisemittisme eller islamofobiens pøl. Og hvem vil det? Det kan bety sosialt selvmord.

DE SVAKESTE. Sosialt uintelligent som jeg er, tilbød jeg for en tid siden Trønder-Avisa en kronikk om omskjæring av guttebarn. Besvarelsen fra den gang politisk redaktør i Trønder-Avisa, John Arne Moen, nå sjefredaktør, levnet ingen tvil: «Hei, både jeg og andre har lest kronikken din, og det rådet jeg har fått, er at vi «definitivt ikke trenger å trykke den». Du får derfor se om ikke andre vil ha den.»

Merkelig nok vil heller ikke Grunnlovspartiet Høyre, FrP eller AP og SV ta i denne saken. Til tross for at vi feiret 200 år med Grunnloven for kort tid siden, en radikal ordning som er til for

forstand knyttet til identitet, og sånn sett kan en forstå den jødiske minoriteten her til lands. Samtidig bryter rituell omskjæring med det hippokratiske prinsipp om ikke å gjøre skade – *primum nocere*.

I Paulus' brev til galatene argumenterer den intellektuelle, jødiske apostelen for at omskjæring ikke er nødvendig for paktens med Gud. «For han som med sin kraft gjorde Peter til apostel for de omskårne, han gjorde på samme måte meg til apostel for de uomskårne», sier Paulus. I den globale landsbyen heter det: Her er ikke jøde eller greker, her er ikke trell eller fri, her er ikke mann og kvinne. Dette budskapet er i tråd med liberale menneskerettskonvensjoner.

RELIGIØST MOTIVERT. I medisinsk-etisk forstand er det da også svært problematisk å åpne for å skjære i friske gutte- og jentebabyer. Det er heller ikke uten risiko for komplikasjoner. For bare noen år siden døde en 2 uker gammel guttebaby av komplikasjoner etter omskjæring. Fylkeslegen i Oslo ble koplet på saken. Omskjæring er altså ikke rasjonelt begrunnet. Omskjæring av friske guttebabyer, og jenter for den del, er utelukkende religiøst motivert.

Nåværende lov reiser spørsmålet rundt kravet om at samtykke skal ligge til grunn for medisinske inngrep. Det er opplagt at en baby ikke kan gi noe slikt informert samtykke. Et inngrep som omskjæring kan derfor forstås som et overgrep mot et ellers friskt barn. Det er i grunnen rart at man i 2016 diskuterte dette. Sjukkehistoriene om omfattende omskjæring av jenter fra WHO vakte enorm moralsk bestyrrelse i den liberale verden da den kom for noen år siden. Merkelig nok er sjokkbekrivelser fraværende når det kommer til guttebarn.

Alle norske politiske partier fordømte unisont praksisen med omskjæring av jentebarn. Ledere for Høyre presiserte at de reagerte med avsky på TV2s avsløringer om at norske jenter med somalisk og gambisk bakgrunn omskjæres med imamers velsignelse. «Avskyen forsterkes av at flere imamer (norske-TV2-avsløring-min anm.) offisielt tar avstand fra omskjæring, mens de i praksis råder jentene – og etter all sannsynlighet også foreldrene deres – til å gjennomføre omskjæringen. Dette

«Et inngrep som omskjæring kan forstås som et overgrep mot et ellers friskt barn.»

å beskytte de svakeste blant oss, i dette tilfellet barna. Angsten for å støte minoriteter gjør at ubehagelige spørsmål hysjes ned i de fleste partier.

MINORITETSFRYKT. Grupperinger innen den jødiske minoritet har hevdet med styrke at dersom det settes skranke mot rituell omskjæring av guttebabyer, vil det true den jødiske minoritets overlevelse. Tro og religion er i funksjonell

verken kan eller vil vi tolerere», skrev de i en pressemelding den gang. Hva er skjedd med Høyre siden da?

KJØNNSLEMLESTELSE. Senterpartiets Jenny Klinge utfordret den nye regjeringen og deres støttepartnere i KrF og Venstre i behandlingen av omskjæringssaken ved konsekvent å omtale både omskjæring av gutter og jenter som kjønnslemlestelse. Det vakte bestyrtelse fra Løvebakken til synagogen. KrF har klokelig valgt å holde en lav profil i denne saken av hensyn til sine Israel-vennlige velgere. Venstre med Abid Raja skjøt imidlertid nærmest i blindt raseri mot Jenny Klinge for hennes utspill. Raja hadde ikke i mente at omskjæring i spesialhelsetjenesten vil fortrenge annen livsviktig barnekirurgi.

De sterke reaksjonene rundt omskjæring av gutter henger naturligvis sammen med at spørsmålet vekker sterke følelser. Men det forteller også om et Høyre som var på vei bort fra sitt liberale grunnlag, til en dyrkelse av tradisjonelle verdier. Sånn sett driver Homse-Høyre og Kunnskaps-Høyre et dobbelt bokholderi. På den måten kan de hente støtte både fra sentrum og ytre høyre i posisjon. Men på sikt kan ikke helse- og omsorgsminister Bent Høie omfavne både tusenårige stammeritualer

«Omskjæring av friske guttebabyer, og jenter for den del, er utelukkende religiøst motivert.»

og moderniteten med vitenskap og krav til kunnskapsbaserte beslutninger, uten å bli tatt med buksene nede.

RELIGIØSE FØLELSER. Barneombudet, Rådet for legeetikk og Barnelegeforeningen har de facto den samme prinsipielle innvendinger mot omskjæring av guttebabyer som Jenny Klinge har. De ser samtidig at omskjæring vekker sterke religiøse følelser, og at et forbud mot omskjæring derved kan gjøre at dette foregår i det skjulte. De mener likevel at det offentlige ikke skal bære kostnadene for ikke-medisinske begrunnede inngrep. Det er jeg enig i.

Kanskje burde alle parter ha søkt en salomonisk avgjørelse på det vanskelige spørsmålet om omskjæring, heller enn å gå for den strategien som stortingsflertallet valgte og som vil rive barnet i stykker mellom tradisjon og modernitet. Den salomoniske løsningen kunne være at religiøse ritualer som innbefatter medisinske inngrep på friske personer, må utsettes til barnet har ervervet seg fornuftsmessig samtykkekompetanse, for eksempel ved 16 års alder. Det står ikke i veien for at religiøse grupperinger her til lands kan ha en form for religiøst rituale knyttet til fødselen, både for gutte- og jentebabyer. ●

Søknadsfrist 15. april



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

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



Avansert geriatrik sykepleie (master - 4 år deltid)

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



Sykepleievitenskap (master - 2 eller 3-4 år)

Vil du forme fremtidens helsetjeneste? Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i forskning og faglig utviklingsarbeid. Vi tilbyr tematiske fordypningskurs om pasientlæring, pasientsikkerhet, aldring og egenomsorg i et livsløpsperspektiv. Du lærer også om praksisutvikling og teknologi.

www.uio.no/sykepleievitenskap-master

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker
på sykepleien.no



Iren Luther

Hvorfor: Fordi hun har deltatt i debatten om oppgavefordelingen i eldreomsorgen.

Stilling: Nestleder i seksjon helse og sosial i Fagforbundet

Utdanning: Hjelpepleier og sykepleier. Holder på med master i ledelse.

Alder: 49 år

Havnet i brødskiye- debatten

Oppgaver. Skal sykepleiere også smøre brødskiver?
Ja, mener sykepleier Iren Luther i Fagforbundet.

● Tekst og foto **Marit Fonn**



Industri: Iren Luther er vokst opp like ved cellulosefabrikken på Tofte. – Arbeiderbakgrunnen har preget meg, sier hun. Bildet i Fagforbundet er malt av Magne Rygh.





Sykepleiere må også smøre brødsriver, sa Iren Luther til Aftenposten i februar. Derfor sitter vi her nå – på hennes kontor midt i Oslo.

Luther er sykepleier, en yrkesgruppe blant mange i Fagforbundet, der hun er nestleder i seksjon helse og sosial.

Nedi vestibylen har vi passert et svært maleri med heisekraner og arbeidere i oransje kjeledresser og gule hjelmer. Tett ved siden av Luther har informasjonsrådgiveren satt seg. Hun var landets første kvinnelige lokomotivfører.

Sløsing med kompetansen, sa leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Eli Gunhild By om det med brødsriverne. Sykepleiere skal ikke koke kaffe, la hun til.

Sykepleien tok opp tråden og spurte: Skal sykepleiere koke kaffe? Hundrevis av sykepleiere sa ja, nei og det kommer an på.

Utgangspunktet for Aftenpostens polarisering av forbundene var en ny undersøkelse som avdekker store kompetansehull i eldreomsorgen.

– **DE KAN STOLE PÅ HJELPEPLEIERNE.** – *Hva utløser dette engasjementet om arbeidsfordeling, tror du?*

– Misforståelser, sier Luther med dyp røst.

– Eli Gunhild og jeg sier akkurat det samme. Jeg mener heller ikke at sykepleierne hovedoppgave er å servere.

Hun fortsetter:

– Men hvis hjemmesykepleierne skal inn til pasienten for å gi medisiner og stelle sår, kan de også smøre noen brødsriver. I Danmark er arbeidsoppgavene mer delt. Der går først sykepleieren inn og gir medisiner, så kommer helsefagarbeideren

«Ingen i helsevesenet er ufaglært.»

eller pleieassistenten og steller. Det er å kaste bort en haug med tid. Er sykepleierne først inne hos pasienten, kan de gjøre alle arbeidsoppgavene.

– Så dere mener det samme?

– Jeg er for rett person på rett plass. Sykepleierne har det sykepleiefaglige ansvaret. De skal se til at jobben blir gjort, ikke nødvendigvis gjøre alle oppgavene selv. Helsefagarbeiderne bruker tiden slik at de kanskje blir bedre på den nære relasjonen i stellet.

Sengeleiets komplikasjoner handler blant annet om å hindre liggesår og passe på ernæringen. Unngå lungebetennelser og urinveisinfeksjoner.

– Sykepleiere trenger ikke konsentrere seg om det, de kan stole på at hjelpepleierne gjør jobben.

– Heter det hjelpepleier eller helsefagarbeider for tiden?

– Jeg sier begge deler. Omleggingen av den utdanningen er den største av alle.

Helsefagarbeider-utdanningen startet i 2006 og erstattet

hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene. Ifølge Luther er den viktigste forskjellen at helsefagarbeiderne nå lærer mye mer om helseforebygging.

Bruce Springsteen blander seg plutselig inn med «Spirit in the night». Luther sjekker mobilen, avviser samtalen og Bruce blir taus.

Selv ble hun hjelpepleier i 1989. Sykepleier ble hun i 2006.

SIER IKKE UFAGLÆRT. – Lisbeth Normann er flink, men hun er jævlig sta, fastslår Luther.

Normann er statssekretær i Helsedepartementet og tidligere NSF-leder.

– Hun mener at løsningen er flere sykepleiere med mastergrader. Jeg er fullstendig uenig, sier Luther.

– Vi trenger noen med mastergrad og, men det trengs kompetanseheving av alle. Assistentene utgjorde 34 prosent av de ansatte i eldreomsorgen i fjor.

– *Du mener de ufaglærte?*

– Jeg hører NSF sier det, vi kaller dem assistenter. Lisbeth Normann er en mester i å si ufaglært. Noen ganger gjør hun det kanskje for å irritere, ikke vet jeg. Men ingen i helsevesenet er ufaglærte. I det minuttet du går inn døren, så begynner den bedriftsinterne opplæringen, som gir realkompetanse.

– *Hvor går grensene for hva en sykepleier ikke skal gjøre?*

– Det er vanskelig å svare på.

Luther titter bort på lokførereren som trofast sitter ved hennes side. Luther får ingen drahjelp og tenker litt.

– De skal ikke bruke mye tid på å koke kaffe eller være portører. Det syns jeg andre skal gjøre. De skal heller ikke bruke tid på å bestille matvarer.

– *Mange sykepleiere okker seg over alle tidstyvene?*

– Det har jeg aldri gjort. Det viktigste er å samarbeide.

Da Luther var avdelingssykepleier, oppdaget hun sykepleiere som ikke kjente rutineene på skyllerommet, selv etter to år på avdelingen.

– Det er skikkelig pinlig. Det handler om det daglige arbeid og å vite hva andre gjør. En del av smittevernarbeidet er det også.

– **VILLE FJERNE HJELPEPLEIERNE.** Den manglende kunnskapen om andre yrkesgrupper mener hun skyldes at det er for lite om det i sykepleierutdanningen.

– Forresten har NSF vedtatt å fjerne hjelpepleiere fra sykehus, fordi de ikke hadde kompetanse nok.

Det skal ha skjedd på landsmøtet i Loen i 1989. Mange år senere sa LO-leder Roar Flåthen at «hvis Sykepleierforbundet arbeider med å skvise hjelpepleiere og helsearbeidere ut av sykehuset, så får vi ta en kamp med dem».

NSF svarte at «NSF kan ikke ta ansvar for at det er færre hjelpepleiere ved sykehusene».

– *Det er vel ingen som mener at det er for mange helsefagarbeidere?*



Katteglad: 18 år, treningsglad og på besøk hos venninne med katt. Foto: Privat



1998: Iren Luther er presseansvarlig i forflytningskomiteen på Diakonhjemmet sykehus. Foto: Kari-Sofie Jenssen



Legen og sykepleieren: Luther og mannen Pål Brenno i hennes favorittby Bergen. (Selfie)

– Jeg skal ikke legge ord i munnen på noen. Men man finner ikke mange NSF-tillitsvalgte som protesterer når hjelpepleierstillinger gjøres om til sykepleierstillinger. Jeg har vært med på mange slike saker. Det samme gjelder fysioterapeuter på ortopedisk. Det er galskap. Også helsesekretærene må ut for å gi plass til sykepleierne.

– Det handler vel om for få ressurser?

– Det fins mange fornuftige NSF-ere, men de skjønner ikke alltid hva som er tverrfaglighet. De trekker fram sykepleieren, helsefagarbeideren og legen. Men det er ikke tverrfaglighet.

– Nei vel?

– Det blir en for snever definisjon.

Luther trekker heller fram aktivtøren, fysioterapeuten, ergoterapeuten og ernæringsfysiologen.

– De ser problemstillingene fra et annet sted. Fysioterapeuten tenker på hvor mye pasienten kan belaste,

ergoterapeuten vurderer hvilke hjelpemidler som skal til for å klare daglige gjøremål. Og jeg savner sosionomene, de har blitt helt borte.

– Men mangelen på spesialsykepleiere er jo prekær?

– Ja, men de hadde greid seg med videreutdanning. Mange kvier seg for å utdanne seg videre, fordi det er blitt for teoretisk å ta mastergrad. Men kreftsykepleie er viktig. Videreutdanning i geriatri også.

«Jeg savner sosionomene.»

– Forventer hjelpepleierne av sykepleiere at de også skal koke kaffe, for å vise at de ikke er så fine på det?

– Det dreier seg ikke om det. Det er ikke så mye profesjonskamp der ute, ikke mellom sykepleiere og helsefagarbeidere.





Heller mellom tillitsvalgte enn yrkesgrupper. Det er bedre at de krangler i forbundene enn på golvet.

Majoriteten sykepleiere er organisert i NSF. Noen tusen er i Fagforbundet, LOs største forbund. Fagforbundet har 350 000 medlemmer i 162 yrker, alt fra feiere og frisører til renholdere, rådmenn og bussjåfører.

Fagforbundet er delt inn i fire seksjoner. Seksjon helse og sosial har 160 000 medlemmer i over 80 yrker. Helsefagarbeiderne er den største gruppen, over 50 000. Andre er assistenter, portører, NAV-ansatte, vernepleiere, sykepleiere ... Og noen er leger.

SLEKTER PÅ MARTIN. Luther er i slekt med den mer berømte Martin. Bestefar var tysk, men hun er vokst opp på Tofte i Hurum, en drøy time med bil fra Oslo.

På cellulosefabrikken der fikk far sin gullklokke. Han døde et år før det i 2013 ble vedtatt at fabrikken skulle legges ned. Datteren er glad han slapp å oppleve at alle arbeidsplassene nå har gått tapt.

Oppveksten i en arbeiderfamilie har preget henne.

– Ønsket om rettferdighet har gått som en rød tråd i livet mitt.

– Hva betyr rettferdighet?

– At alle skal ha de samme mulighetene, enten du er datter av en industriarbeider eller direktør. De med foreldre i Holmenkollen kan velge på øverste hylle. Kvinner blir altfor lite lytta til.

Hun var bare 13 da storebroren kalte henne for rødstrømpe. Hun digget SV-dronningen Hanna Kvanmo.

– Tenk, 13 år og opptatt av en som gikk i crimplenkjoler! Jeg syntes hun var så fresk. Hun parkerte alle. Jeg er forresten veldig glad i kongen også, det er nesten flaut å si.

Hun synes dagens kongefamilie bruker rollene klokt og viser vei for mange.

SV har hun gått inn og ut av siden hun ble tenårings. Ved forrige stortingsvalg sto hun på valglisten i Oslo.

– Flere forbilder?

– Nelson Mandela.

– Noen forbilder som lever?

– Det er mange bra damer som er tøffe. Shabana Rehman!

«Portørene er en flott gjeng.»

Hun er en stjerne. Ikke fordi hun løftet mulla Krekar, men fordi hun er så modig. Hun går imot det som ikke er bra i egen kultur.

Karrieren i helsesektoren startet på Rikshospitalet i Oslo som ufaglært – oops, assistent – og siden på diverse avdelinger på Ullevål og Radiumhospitalet.

– Men det var på Diakonhjemmet sykehus jeg fikk min tverrfaglige oppvåkning. På rehabiliteringsavdelingen så jeg hva de

som ikke driver med pleie, bidrar med. Portørene, for eksempel, en flott gjeng. De er lim i organisasjonen.

– Hva er egentlig identiteten din?

– Den er som helsearbeider.

– Liker du å være sykepleier?

– Det er fantastisk. Jeg liker å jobbe med pasienter. God ledelse er også viktig. Sykepleiere leder ofte mange, men de har lært lite om samhandling. I for stor grad ansettes gode fagpersoner som ledere. De er ikke nødvendigvis gode ledere.

Hun har vært med på å redusere sykefraværet fra 16 til 2,6 prosent på en avdeling. Resepten hennes er å ha tillit til og samarbeide med de ansatte.

Som leder fikk hun vite de rareste ting, for eksempel om de ansattes kjærlighetsliv.

– På Oslo-sykehusene er det så mange unge sykepleiere som kommer ut fra byen. Da jeg var ung, hadde jeg selv mange eldre pleiere som morstrøt. De er ikke der lenger.

– Hvor er de?

– De har sluttet, arbeidspresset er for stort.

– **NAVLEBESKUENDE.** Luther bader i sjøen fra tidlig vår til sein høst. Litt celluloseutslipp har aldri stoppet henne. Hun har motorsykkellappen og elsker å sy.

– Jeg går heller i demonstrasjonstog enn å vaske huset. Mannen min er en god husfar, heldigvis.

Han er bedriftslege på Oslo universitetssykehus.

SV-eren liker å kjøre langt i bil, gjerne akkompagnert av helten Springsteen. Hun er også fan av Audun Myskja, som Fagforbundet bruker for å forelese om musikk til demente.

– En tillitsvalgt NSF-sykepleier du kjenner sier at du mener at lønnsveksten skal være for de lavtlønte, ikke for kompetanse?

Hun ler.

– Det er ikke der jeg er. Men jeg ønsker jevne forskjeller. For eksempel: Er grunnlønnen for en fagarbeider 300 000, kan den være 350 000 for en sykepleier. Men vaktbelastningstilleggene bør være like, det vil si i kroner, ikke i prosent. Slitasjen på helsen er jo lik for alle. I årets lønnsoppgjør blir det viktig å lage gode pensjonsordninger.

– Du syns NSF er for selvcentrert?

– NSF er mer sentrert inn mot egen navle enn vi er. Det blir mye meg og mitt. Når andre yrkesgrupper har kamp, holder NSF seg i ro. Mange sykepleiere liker ikke det. Men som hovedtillitsvalgt har jeg hatt kjempegodt samarbeid lokalt.

Hun presiserer at det er viktig for Fagforbundet å ha et godt samarbeid med NSF.

– Men medlemmene deres vil du ha?

– Selvfølgelig mener jeg at Fagforbundet er den beste organisasjonen. Jeg gjør jo det. Det er ingen andre som tenker som oss. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 03 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Leikanger kommune

Leikanger kommune med 2300 innbyggjarar er Sogn og Fjordane sitt administrasjonssenter med høgkompetanse knytt til m.a. fylkeskommunen, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Statens vegvesen, NAV og DIFI. Regionsenteret Sogndal med sitt høgskule- og forskningsmiljø og direkte flysamband til m.a. Bergen og Oslo ligg 20 km unna. Leikanger er ellers kjend for frukt, reiseliv og unike friluftstilhøve knytt til isbrear, fjell og fjord

LEIANDE HELSESØSTER - 100% fast stilling

Leikanger kommune har ledig 100% fast stilling for leiande helsesøster frå 1.6.2016.

Tenesta er lokalisert i nye lokale ved Leikanger helsesenter som også omfattar legkontor, fysioterapi og pleie- og omsorgsteneste.

Meir informasjon - sjå heimesida vår – www.leikanger.kommune.no

Søknadsfrist 20. mars 2016.



Skjervøy kommune

- En trivelig kommune i
Nord-Troms

Skjervøy kommune med ca. 3 000 innbyggere hvorav 2.500 på tettstedet, er en øy kommune i Nord-Troms beliggende nær eksotiske havstrøk som Lopphavet og Fugløysbanken. Kommunen er ei naturperle med flott friluftsliv- og turterreng sommer som vinter, og er en livlig sjøretta småby med industri og handelsvirksomhet. Tettstedet har avgiftsfri fastlandsforbindelse via undersjøisk tunnel, daglig hurtigruteanløp, hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr. uke og småflyplass i nabokommunen. Fra år 2000 ble nytt helsesenter tatt i bruk med lege- og fysioterapiavdeling, sykestue, sykehjem, skjermet enhet, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

FERIEVIKARIATER FOR OFF. GODKJENTE SYKEPLEIERE

Pleie- og omsorgstjenesten har behov for ferievikarer i tidsrommet 20.juni til 14.august 2016:

- Skjervøy sykestue og sykehjem inkl. avdeling for personer med demenssykdom
- Hjemmetjenesten
- Psykiatritjenesten inkl. Omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser

Vi driver med **aktiv sykestue** slik:

- Akutt medisinsk behandling m/legevaktfunksjon
- Behandling av barn
- Avansert medisinsk behandling
- Videreledning til UNN
- Postoperativ behandling etter utskrivelse fra UNN

Hjemmetjenesten og institusjonen er samlokalisert i det nye helsesenteret.

Psykiatritjenesten er samlokalisert i Skoleveien 2.

Søkere til hjemmetjenesten og ROP tjenesten må ha førerkort for bil.

Lønn og arbeidsvilkår etter lov- og avtaleverk.

Vi tilbyr fri reise på billigste måte, og bolig for ferievikarer. I forhold til boliger kan flere dele på sammen i leilighet hvor boligen har flere soverom.

Ferievikarer som arbeider 4 uker og mer vil få et tilskudd med kr. 4.000 som stiger med 1.000 kr. pr. uke for inntil 8 uker. Det forutsettes at man jobber sammenhengende i tildelt stilling og ikke har fravær i perioden.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte leder ved Skjervøy sykestue og sykehjem tlf. 77 77 57 42, leder av hjemmetjenesten tlf. 77 77 57 32, leder i Skoleveien 2 tlf. 77 77 55 63 eller helse- og omsorgssjef tlf. 77 77 55 50

Søknad med kopi av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen **innen 30.mars 2016.**

Les mer om oss under helse- og sosialtjenestene på www.skjervoy.kommune.no



Halden kommune

ENHET SYKEHJEM - AVDELINGSLEDER

Ved Halden helsehus 3.avdeling

Fullstendig utlysningstekst med søknadsfrist og informasjon om hvordan du kan søke stillingen, finner du på Halden kommunes hjemmeside www.halden.kommune.no under «Ledige stillinger».



Er du sykepleier og har lyst til å arbeide på Gran Canaria i en periode?

Seksjon for Behandlingsreiser - Direktørens stab, Administrasjonen

Seksjon for Behandlingsreiser har en ledig engasjementsstilling som sykepleier ved behandlingsteden Valle Marina på Gran Canaria fra høsten 2016. Pasientgruppene er voksne med psoriasis som er på 3 ukers klimabehandling. Det arrangeres en barne og en ungdomsgruppe per år, ellers er pasientene i aldersgruppen 19 - ca 75 år. Gruppestørrelsen er på 34- 50 deltakere. Behandlingsreisens team består av en stedlig leder, 4 sykepleiere, hudlege og idrettspedagog. Engasjementet er fra ca 05.09 2016 - ca medio juni 2017 med mulighet for forlengelse høsten 2017.

Arbeidsoppgaver

- Sykepleier jobber turnus med dag / kveld + hver 3.helg. Det utføres sykepleiefaglige oppgaver, undervisning og veiledning i grupper samt individuell oppfølging av pasientene. Forberedelse og mottak av pasientgrupper, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselsskapende tiltak.

Kvalifikasjoner

- Vi ønsker sykepleiere med minimum 4 års erfaring etter endt grunnutdanning og oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen dermatologi å søke.
- Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC.
- Arbeidsspråk: norsk og noe engelsk. Fordel med spanskkunnskaper.

Personlige egenskaper

- Vi ønsker oss en person som er ansvarsbevisst, strukturert, målrettet, utadvent, servicinnstilt og som kan jobbe selvstendig. Jobben krever stor fleksibilitet. Det er viktig med gode kommunikasjon - og teamsamarbeid, samt være komfortabel med å undervise/snakke i plenum.
- Det er ønskelig at søkere har interesse for/ erfaring med gruppeundervisning/ veiledning.
- Personlig egnethet vektlegges.

Språk

Engelsk og norsk

Vi tilbyr

- Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig (m /1 soverom) og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke. Turnusarbeid. Lønn etter ansiennitet (Spekter). Ubekvem arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg. Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP.
- Det utbetales ikke kostgodtgjørelse.
- For mer informasjon om behandlingsreiser, se vår hjemmeside: www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser.
- Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingene vil skje via e-post og kun søkere som har søkt elektronisk via Webcruiter vil bli vurdert.

Kontaktinfo

Hilde Mogan, seksjonsleder, 922 41 811, hilde.mogan@ous-hf.no eller Marie H. Larsen, sykepleiefaglig rådgiver, 959 12 360, malarsen@ous-hf.no

Ref.nr. 2586998565

Søknadsfrist: 01.04.2016

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.





SYKEPLEIERE VED VLMS

Ved intermedieravdelingen har vi ledig 80 % fast stilling samt vikariater i stillingsstørrelser fra 50 % til 100 % med varighet ca. 1 år.

Ved intermedier og legevakt har vi behov for Sommervikarer i ulike stillingsstørrelser uke 25-34, fortrinnsvis autoriserte sykepleiere. Sykepleierstudenter med min. fullført 2 år på fulltid og legestudenter med dokumentert teori og praksis på nivå med sykepleiere vil også bli vurdert.

Vi søker etter positive, engasjerte, medmenneskelige, ansvarsbevisste, dyktige og fleksible sykepleiere som ønsker å være med å videreutvikle et spennende tilbud i Valdresregionen.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingene kontakt sykepleier 1 Elin Jensen Kråkenes, tlf. 61358923 eller e-post: elin.jensen.krakenes@nord-aurdal.kommune.no eller virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084 eller e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no ledig stilling. Her finner du også fullstendige kunngjøringstekster.

Søknadsfrist: 3.MARS 2016

NTNU – kunnskap for en bedre verden

Ved NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



Avdeling helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

Doktorgradsstipendiat i sykepleie

innen tema «Unge med psykisk uhelse i overgang fra barn til voksen»

Midlertidig 100 % stilling. Tilsetningen gjelder for 4 år med 75 % forskerutdanning og 25 % knyttet til undervisning og veiledning innen seksjonen og med starttidspunkt snarest mulig.

Spørsmål om stillingen kan rettes til førsteamanuensis og forskningsgruppeleder Øyfrid Larsen Moen telefon 928 46 356, e-post oyefrid.moen@ntnu.no, eller seksjonsleder for sykepleie Kristin Haugen telefon 951 10 312, e-post kristin.haugen@ntnu.no

Søknadsfrist 07.04.16.

Se fullstendig utlysning på NTNUs hjemmesider <http://www.ntnu.no/ledige-stillinger>

TRONDHEIM | GJØVIK | ÅLESUND



Jobbnorge.no



FEKJÆR PSYKIATRIKKE SENTER (FPS)

3528 HEDALEN I VALDRES

PSYKIATRISK SYKEPLEIER/VERNEPLEIER

Fekjær psykiatriske senter (FPS) består av døgnenhet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. FPS ligger naturskjønt til og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær sør i Valdres. Avstand til Oslo og Gardermoen er ca 12 mil.

Døgnenhetens målgruppe er ungdom i alder 18 – 35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser, ofte med tilleggssymptom rus. Behandlingstilbudet er individuelt tilrettelagt miljøterapi og fysisk aktivitet i kombinasjon med psykoterapeutisk tilnærming av både psykodynamisk, kognitiv og relasjonell inspirasjon. Institusjonen er tverrfaglig og godt bemannet med bla psykiater, psykologspesialist, spesialsykepleiere, sosionomer og idrettskonsulenter. FPS har gode lokaler og bygningsmasse/fysiske rammer som gir fleksible og gode behandlingsmuligheter.

Til vår døgnavdeling vil det bli ledig 100 % stilling for

**PSYKIATRISK SYKEPLEIER / VERNEPLEIER
(Sykepleier kan søke)**

Fullstendig utlysningstekst se www.fekjar.com
Kontaktperson: Tor Anders Perlestenbakken, tlf 91513484
e-post tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Skriftlig søknad sendes til Fekjær psykiatriske senter.

Det bes om minimum 2 referansepersoner.

Søknadsfrist: 7.april 2016.



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

ANESTESISYKEPLEIER

AIO Anestesi - Bærum sykehus

Referansenr. 2941009297 Søknadsfrist: 31.03.2016

Bærum sykehus søker anestesisykepleiere. Vi kan tilby både faste stillinger og vikariater (80% og 100%).

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Inger Lise Strid, avdelingssykepleier spesialavd., 67 80 96 38, lise.strid@vestreviken.no

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Klinikk Kirkenes

Diabetessykepleier

Medisinsk poliklinikk

Ledig 100% stilling som diabetessykepleier. Medisinsk poliklinikk gir tilbud om vurdering, undersøkelse og behandling av nyhenviste pasienter, samt kontroller og oppfølging.

Kontaktinfo: Wenche Kjølås, enhetsleder, tlf. 78 97 33 15

Søknadsfrist: 20. mars 2016

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVISSU



frantz.no

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.

Psykiatrisk sykepleier Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Tiltredelse: 1. mai 2016.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum, på tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 30. mars 2016

www.modum-bad.no



Nordre Land kommune

Nordre Land kommune har ca. 6.700 innbyggere og ligger sentralt i Oppland fylke, ca. 14 mil fra Oslo og kort vei til Lillehammer og Gjøvik. Administrasjonsstedet er Dokka. Stedet har et rikt forenings- og organisasjonsliv. Det er gode muligheter for friluftsliv med lett adkomst til fjell og innsjø.

2 FASTE 100 % STILLINGER I HJEMMETJENESTEN

Enhet omsorg og rehabilitering har ledig følgende stillinger ved Hjemmetjenesten Dokka:

Fast 100 % stilling som avdelingsleder.

Fast 100 % stilling som sykepleier.

Søknadsfrist: 31.03.2016

For fullstendig utlysningstekst, kontaktinformasjon og elektronisk søknad, se vår hjemmeside: www.nordre-land.kommune.no



Kvanangen kommune
naturperle på 70 grader nord

Adresse: 9161 Burfjord • tlf. 77 77 88 00 • faks 77 77 88 07

Leder Gargo sykehjem og sykestue Sykepleiere

Nærmere opplysninger om stillingene gis ved konsulent Gargo sykehjem og sykestue Rolf Bjarne Jørgensen, tlf. 77 77 90 26 / 977 14 592 eller kontorsjef Bjørn Ellefsæter, tlf. 77 77 88 12 / 971 44 188.

Søknadsfrist 31.03.16.

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.kvanangen.kommune.no

www.kvanangen.kommune.no

frantz.no



LHL-klinikkene
Feiring

TEORETISK HJERTEREHABILITERINGSSEMINAR VED LHL-KLINIKKENE FEIRING 07.04.2016

Ressursenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst og LHL-klinikkene Feiring arrangerer teoretisk hjerterehabiliteringsseminar torsdag 7. april 2016.

Hit kommer bl.a. spesialsykepleier Lene Markhus med foredraget "Ingen snakker med meg om sex", om seksualitet og kvinner med hjertesvikt.

Målgruppe: Tverrfaglig helsepersonell med interesse for hjertepasienter i en rehabiliteringsfase.

Se www.hjerterehab.no for program og påmelding.



Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Vurderer du en master?

Studentopptak høst 2016

Master i aktivitet og bevegelse

Er du interessert i å lære mer om hverdagsaktivitet, arbeid- og helse, fysisk aktivitet og bevegelse i et helsefremmende perspektiv? Da er Master i aktivitet og bevegelse et tidsaktuelt studium for deg. Master i aktivitet og bevegelse (120 sp) er et studium med tverrfaglig profil. Studiet gir mulighet for faglig fordypning for egen yrkesutøvelse og kvalifiserer til videre forskning og utdanning på PhD nivå.

Målgruppe:

Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt søkere fra andre helsefaglige og relaterte fagområder.

Opptakskrav:

Bachelor i ergoterapi, fysioterapi, sykepleie, vernepleie, idrettvitenskap, psykologi eller bevegelsesvitenskap. Søkere med annen utdanningsbakgrunn vurderes særskilt. Minstekrav for opptak er gjennomsnittskarakteren C eller 2,5.

Organisering:

Studiet er et samlingsbasert 2 års heltidsstudium. Etter opptak kan det søkes om individuell utdanningsplan slik at studiet kan tas over lengre tid.

Studiestart: 31. august 2016

Søknadsfrist: 15. april 2016

Mer informasjon finner du på siden:

<http://www.ntnu.no/studier/hsmab>

Faglig ansvarlig: ann-katrin.stensdotter@ntnu.no.

Fagadministrativ ansvarlig: jan.h.storksen@ntnu.no

Masteremnene

Aktivitetvitenskap (høst 2016), Bevegelsesvitenskap

(høst 2016) Skrivning av vitenskapelig artikkel (høst 2016)

Arbeid- og helse (vår 2017) og Fysisk aktivitet (vår 2017)

tilbys også som videreutdanning.

<https://www.ntnu.no/videre/videreutdanning-fra-bachelor-helse-og-omsorg>

#DØDEN

OM MODERNISERING AV DØDEN
OG RITUALER I ENDRING

Velkommen til Litteraturhuset
i Oslo 5. april kl. 19.00. Fri entré.

ORDSTYRER



ANNE GROSVD
Journalist

PANELDELTAGERE



ERLING LAE
Fylkesmann i Vestfold



MARLEN FERRER
Dr. philos og historiker



GUHLAM ABBAS
Daglig leder i begravelsesbyrået Al-Khidmat



IDA MARIE HØEG
Professor i religionssosiologi



ANE CHRISTINA WENDELSTIG
Pårørende



TORSTEIN LALIM
Prost i Den norske kirke

Begravelsesbyråkjeden

JØLSTAD

www.jolstad.no



NÅR DET IKKE ER EPILEPSI- HVA DA? psykogene, ikke-epileptiske anfall (PNES)

Sandvika 9. og 10.mai 2016

Kurset tar opp diagnostikk og ulike forklarings- og behandlingsmodeller ved psykogene, ikke – epileptiske anfall.

Sted:

Spesialsykehuset for epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 29, Sandvika.

Målgruppe:

psykologer, leger, psykiatere, sykepleiere og annet helsepersonell.

Pris: 2500,-

Bindende påmeldingen innen 1.mai

Kurset er godkjent av Norsk sykepleieforbund med 12 timer kurstimer.

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding

Telefon: 67 50 13 27 / 67 50 11 77.

E-post: undervisningAKE@ous-hf.no

Programmet ligger også på: www.oslo-universitetssykehus.no/sse og www.psykologtidsskriftet.no

PSYKOSOSIALT ARBEID MED BARN OG UNGE

Samlingsbasert deltidsstudium
over 2 år - 60 sp

MÅLGRUPPE

Studiet er tverrfaglig og målgruppen er fagfolk som arbeider med barn/unge (0 - 23 år).

OPPTAKSKRAV

Fullført bachelorgrad med relevant fagkrets, f. eks. sykepleier/ helsesøster. Studentene må være i minst 50% stilling med barn/unge. Det søkes om opptak direkte til HiL gjennom lokalt opptak.

Søknadsfrist: **15. april**

Mer informasjon: hil.no



Høgskolen
i Lillehammer
Lillehammer University College • hiL.no

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
+46 85 40 882 80



«Det gir en tyngde som sykepleier i å møte mennesker i dyp krise, og hjelpe alvorlig syke og pårørende til å finne håp i det håpløse.»

Camilla Ringsevjen

VIDEREUTDANNING
I SYKEPLEIE

Sykepleie til pasienter med KREFTSYKDOM

Studiet kan tas på heltid over ett år eller på deltid over to år. Hvert semester inneholder både ukesamlinger og praksisperioder.

Hvor: Høgskolen Diakonova, midt i Oslo

Når: Studiestart høsten 2016

Hvordan: Send søknad på diakonova.no/kreft

Les mer på www.diakonova.no/kreft



Høgskolen
DIAKONOVA

Høgskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diakonova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diakonova.no



MANGFOLD I SYKEPLEIEFAGET

Vi har mye faglig å lære av hverandre

13. april arrangerer Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontor i Oslo og Akershus gratis fagseminar for sine medlemmer i Høyres Hus.

Vi gjentar suksessen fra de siste årene og lar noen av NSF's 34 faggrupper sette fokus på ulike sider av sykepleiefaget. Sammensetningen av programmet er ut i fra faggruppene initiativ. I tillegg kommer filosof Einar Øverenget som vil reflektere rundt sykepleiens fag og virke.

Vi håper dette vil være inspirerende, lærerikt og med overføringsverdi for sykepleiere som jobber i ulike deler av helsetjenesten. Velkommen til et inspirerende fagseminar hvor sykepleiefaget løftes fram.

MELD DEG PÅ INNEN 30. MARS på nsf.no. Gå så inn på enten Oslo eller Akershus sine sider. Deretter finner du fagseminaret under «Kalender». Du vil få en bekreftelse på mail som kan brukes som vedlegg til søknad om permisjon. Forfall på seminardagen gjøres på e-post: oslo@nsf.no. Dersom du ikke melder forfall blir du belastet seminaravgift (lunsj/div. materiell) på kr 610,-



BIVIRKNINGER -

HVORDAN OPPDAGE, KOMMUNISERE OG HÅNDTERE

24.mai 2016

arrangeres av Diakonhjemmet Sykehusapotek og RELIS Sør-Øst

Legemidler spiller en viktig rolle i behandlingen av mange menneskers sykdommer. Alle legemidler kan imidlertid gi bivirkninger. Leger, sykepleiere og farmasøyter er ofte usikre på hvordan de skal håndtere, kommunisere og rapportere bivirkninger. Diakonhjemmet Sykehusapotek og RELIS Sør-Øst inviterer til bivirkningsseminar der disse temaene blir belyst og diskutert.

Målgruppe: Leger med eller under spesialisering i allmennmedisin, psykiatri, gynekologi, geriatri, generell indremedisin, kardiologi, nevrologi eller revmatologi, sykepleiere og farmasøyter

Læringsmål: Økt kunnskap om bivirkninger, interaksjoner og polyfarmasi.

Sted: Auditoriet, Diakonhjemmet Bibliotek og Læringscenter (DBL-bygget) i Diakonveien 18, Oslo

Tid: Tirsdag 24. mai 2016, kl. 9-16

Pris: kr 1500

Påmeldingsfrist: Tirsdag 3. mai 2016

Program og påmelding:

<http://www.diaconhjemmet.no/stiftelse/Diaconhjemmet/Sykehusapotek>

Kurset er godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 6 timer.



IGA

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) tilbyr **utdanning i gruppepsykoterapi** med ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammet har målsetting er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene legger vekt på integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk **teori, veiledning** på egen praksis og **egenerfaring** i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning er det mulighet for parallell fordypning i **mentaliseringsbasert** gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rus-/avhengighet og veiledning i gruppeterapeutisk kunst-/billedterapi samt to-åring påbygging i **gruppeanalyse** (diplom).

IGA starter høsten 2016 **nye ettårige grunnleggende trinn** på Voksenåsen kultur- og konferansehotell. Utdanningen består av 5 delkurs à 3 dager pr. år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2016.**

Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo

Tel: 466 11 630, E-post: iga@iga.no

Annonsør i Sykepleien

Sykepleien



Vi tilbyr produktannonser, kunngjøringsannonser, stillingsannonser og bilag i bladet. I tillegg kan du annonsere på våre nettsider.

Utgivelsesplan 2016

Nr	Utgivelse	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	6. januar	14. januar
2	Sykepleien	3. februar	11. februar
3	Sykepleien (Annonsetest)	2. mars	10. mars
4	Sykepleien	6. april	14. april
5	Sykepleien	9. mai	19. mai
6	Sykepleien	8. juni	16. juni
7	Sykepleien	3. august	11. august
8	Sykepleien	31. august	8. september
9	Sykepleien	28. september	6. oktober
10	Sykepleien	2. november	10. november
11	Sykepleien	30. november	8. desember

Master i diakoni

Er du opptatt av mennesker, frivillig engasjement og samfunnsforståelse?

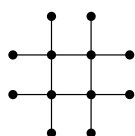
Få en meningsfull jobb med en master i diakoni!

Arbeidsmulighetene er mange både i menigheter, i frivillige organisasjoner og i diakonale institusjoner i inn- og utland.

Studiet er et samarbeid mellom
VID vitenskapelige høyskole og
Det teologiske Menighetsfakultet.

Søknadsfrist 15. april

Les mer og finn søkemetode på:
diakonhjemmet.no/diakoni og mf.no/diakoni



VID



DET TEOLOGISKE
MENIGHETSAKULTET



”Jeg vil bli diakon.
Jeg vil ha et menings-
fullt yrke der jeg kan
bruke tid på å møte
mennesker.
Dessuten synes jeg det
er verdifullt å ha en
jobb hvor jeg kan få
være med å gjøre en
forskjell i
menneskers liv.

*Anders Berg,
student*

ms-forbundet
MULTIPPEL SKLEROSE FORBUNDET



MS-konferansene 2016

Tema: MESTRING AV USYNLIGE SYMPTOMER

Målgruppe: Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS, pårørende og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS og pårørende.

Konferansesteder:

Onsdag 20. april Quality Hotel Grand, Kristiansund
Fredag 22. april Scandic Sunnfjord Hotel & Spa, Førde
Onsdag 8. juni Quality Hotel & Resort, Sarpsborg
Tirsdag 6. september Quality Hotel Grand Farris, Larvik
Onsdag 7. september Hotell Scandic, Hamar

Tirsdag 20. september First Hotel Ambassadeur, Drammen
Onsdag 12. oktober Hotell Scandic Lerkendal, Trondheim
Mandag 17. oktober Quality Hotel & Resort, Kristiansand
Torsdag 27. oktober Hotell Scandic Havet, Bodø

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90



Studietilbud 2016:

Campus Vestfold:

- Videreutdanning i Geriatrisk vurderingskompetanse **30 stp**
- Master i Jordmorfag **120 stp**

Campus Drammen:

- Videreutdanning i Sår **30 stp**
- Helse- og velferdsteknologi **15 stp**
- Master i Avansert klinisk sykepleie **120 stp**

Campus Kongsberg

- Master i synspedagogikk og synsrehabilitering **120 stp**
- Videreutdanning i øyesykepleie **60 stp**

usn.no/helse

Universitetet i Bergen tilbyr

MASTERPROGRAM I HELSEVITSKAP

Studieretning for

Sjukepleievitenskap

Genetisk rettleiing

Internasjonal helse

Desse masterprogramma bygger på bachelorgrad, og fører fram til mastergrad i helsevitenskap. Masterprogramma er organisert som heiltdsstudium over 2 år.

For sjukepleievitenskap er det også mogleg å ta mastergraden som et deltidsstudium over 4 år.

Søknadsfrist: 15. april

For nærare informasjon om innhald, opptakskrav og søknadsprosedyre for masterprogramma sjå: uib.no/igs/79126/masterprogram-ved-igs

Institutt for global helse og samfunnsmedisin,
tlf.: 55 58 61 00, e-post: studie@isf.uib.no

UNIVERSITETET I BERGEN



UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond, Pahles legat og Stortuens legat vil i år, 2016 etter søknad kunne gi økonomisk støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer.

Forskningsfondet kan delfinansiere prosjekter og bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn. Søkere kan i utgangspunktet ikke påregne fullfinansiering. Det er også et ønske å stimulere til forskning på effekt av fysioterapi, forskning på et brukerperspektiv, forskning på opplevd mestring og rehabilitering.

I tillegg har Forskningsfondet mottatt arvemidler som skal øremerkes til forskning innen følgende områder.

- Barn- og ungdomsrevmatisme
- Lupus.

Det gis ikke støtte til medikamentell behandling, informasjonstiltak eller reiser. Søknader bør primært gå ut på innhenting av ny kunnskap.

Der søker blir tildelt midler fra andre blir det ikke utbetalt midler fra NRFs fond.

Søknadsskjema ligger på www.revmatiker.no eller fås ved kontakt med NRF, tlf. 22 54 76 00. Der forskningsprosjektet omfatter lønnsmidler, vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som skal ha arbeidsgiveransvar. Søknaden sendes: Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo. E-post: post@revmatiker.no

FRIST 1. OKTOBER 2016.

www.revmatiker.no



NSFs FAGGRUPPE AV
SYKEPLEIERE I STOMIOMSORG

SYKEPLEIERE I STOMIOMSORG INVITERER TIL FAGSEMINAR 2016

14.-15. april 2016

Thon Hotel Arena, Lillestrøm

For program og påmelding:
www.stomisykepleier.no

Velkommen
til et
spennende
og lærerikt
faglig
seminar!

Med bl.a:

Inger Daae-
Quale, HiOA.

Angie Perrin,
stomisykepleier
fra England.

Brita Haugum,
klinisk
ernæringsfys.
ved Ahus.

Camilla
Tjessem: å leve
med to stomier

The logo for Fossbad, featuring a stylized blue graphic of five curved lines above the brand name "Fossbad" in a bold, blue, sans-serif font.

Fossbad

Uansett
hva du har
sans for.

tlf. 37 28 10 00 • foss-bad.no





Avreise Oslo 14/10 2016
12 dager **34 998 kr**

Den store Japanreisen

Unik kulturrundreise i Øst-Asias gamle keiserrike

Fra moderne popkultur i Tokyo til det tradisjonelle Japan i stemningsfulle Kyoto! Her venter storbyopplevelser i Tokyo og storslått natur i Hakone Nationalpark med det hellige Fuji-fjellet. I den gamle keiserbyen Kyoto møter du templer, sofistikerte geishaer og et raffinert kjøkken. I Hiroshima ser du minnesmerkene fra andre verdenskrig og får en båttur ut til tempeløya Miyajima med den verdensberømte orange torii-porten. I Kagoshima venter vulkanøya Sakurajima og fotbad i varme kilder. Rundt av i Osaka med tid til å gjøre de siste innkjøp. På reisen kjører vi med det verdensberømte ekspresstoget Shinkansen.

Dagsprogram

- Dag 1** Avreise fra Norge
- Dag 2** Ankomst til Tokyo, Japan. Fottur og velkomstmiddag
- Dag 3** Utflukt til Hakone Nasjonalpark
- Dag 4** Tokyo. Tsukiji fiskemarked, sushi, Ginza, Hibiya-parken, keiserpalasset, Shibuya, shintohelligdommen Meiji Jingu
- Dag 5** Shinkansen-toget til Kyoto. Tid på egen hånd
- Dag 6** Kyoto. Gullpaviljongen, sykkelturn i Arashiyama, Tenryu-ji, bambuslund og shintotempelet Fushimi Inari-taisha
- Dag 7** Kyoto. Nijo-borgen og utflukt til Nara



- Dag 8** Shinkansen-toget til Hiroshima. Atombombekuppelen, Fredsparken, Fredsminnemuseet og tempeløya Miyajima
- Dag 9** Shinkansen-toget til Kagoshima. Sengan-en-hagen
- Dag 10** Kagoshima. Vulkanøya Sakurajima med fotbad, kamikazemuseum og sandbad i Ubusaki
- Dag 11** Shinkansen-toget til Osaka. Shoppinggaten Dotonbori og avskjedsmiddag
- Dag 12** Osaka – Norge

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Tokyo og Osaka – Oslo med Finnair, togreise med Shinkansen fra Tokyo – Kyoto – Hiroshima – Kagoshima – Osaka, innkvartering på hotell i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom), frokost daglig, 6 lunsj samt velkomst- og avskjedsmiddag, separat bagasjebehandling i forbindelse med togreise, skatter og avgifter

Forleng reisen med strand og natur på Okinawa

5 dagers avslapping, strand og unik natur på en av Japans sørligste øyer

Du bor 4 netter på det 4-stjernede Sunmarina Hotel rett ut til stranden, cirka midt på Okinawa nordkyst. Hotellet er konstruert slik at alle rom har utsikt til havet, og det er basseng, 2 restauranter, en bar, spille- og underholdningsrom, spaavdeling med lokale produkter samt en liten handlegate og mulighet for mange vann- og strandaktiviteter. Værelsene har balkong, dobbeltseng, bad/toalett med hårtørker, skrivebord, kjøleskap, tekjele, sikkerhetsboks, tv, aircondition og trådløst internett.



Pris for 5 dager **7 998,-**
inkl. fly, hotell, frokost daglig, skatter og avgifter

NYTT VERKTØY FOR DEM SOM VIL GÅ OPP ELLER NED I VEKT

- BMI-kalkulator
- Beregning av kaloribehov
- Tilpassede dagsmenyer



Prøv verktøyet her:
www.melk.no/bmi



Verktøyet, som du finner på www.melk.no/bmi, beregner kroppsmasseindeks (BMI), kaloribehov og gir forslag til dagsmenyer tilpasset om vekt målet er å gå opp, ned eller holde vekten. Både alder, kjønn og aktivitetsnivå hensyntas.

Beregningene er basert på Helsedirektoratets råd for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. **Tjenesten er gratis.**