

04
2016

Sykepleien



Helse i fengsel

● **Hva skjer**
Skeptisk til tverrfaglighet. **36**

● **Sykepleie**
Lærer å avdekke sepsis. **50**

● **Påfyll**
Hva gjør Riksmekleren? **70**

● **Meninger**
Terapi for unge gutter. **80**



Avreise Oslo 27/9 2016
8 dager KUN **10 498 kr**



Grønne, grønne Irland – kelternes øy

Eventyrlig landskap og sprudlende irsk folkeliv

Det er vanskelig ikke å falle for Irland. Grønne enger med hvite flekker av gressende sauer, små landsbyhus med fargestrålende dører og livlige pubber med musikk og svart, skummende Guinness-øl – alt dette finner vi i Irland sammen med spektakulære naturopplevelser og fascinerende kultur. Vidstrakte steinørkener og øde myrer kombineres med spennende historie med storslåtte borger, kjempemessige steingravsteder og gamle kirker med keltiske høykors.

Vi bor midt i den trivelige storbyen Dublin og fortsetter ut til småbyer i vest. På hele reisen møter vi et vennlig og imøtekommende folkeferd. Her får vi både store severdigheter og den dramatiske Atlanterhavskysten der klippene går bratt ned i havet ved de 200 meter høye Cliffs of Moher.

Vi kjører gjennom lyngkledde heder som strekker seg gjennom landskapet og blir imponert over de irske sauegjeterens arbeid med de dyktige gjeterhundene sine. Og man kan ikke reise til Irland uten å dra innom et whiskeydestilleri, der vi får et innblikk i hvordan destilleringen foregår og ikke minst gleder smaksløkene med den grønne øyas gyldne dråper.

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo–Dublin t/r med Norwegian, utflukter og entreer ifølge program, innkvartering i delt dobbeltrom, frokost alle dager og 6 middager (dag 1–6), skatter og avgifter.



Avreise 18/8 & 26/8 2016
4 dager KUN **8 998 kr**

Opera i Verona med Aida og Carmen

Open air-opera i Veronas amfiteater samt utflukter til Borghetto og Gardasjøen. Opplev to forestillinger, Carmen og Aida, under åpen himmel

La drømmen om en operakveld i den berømte arenaen i Verona gå i oppfyllelse! Bli med på reisen vår til Verona, der vi i tillegg til å høre to fantastiske operaforestillinger, Carmen og Aida, også får tid til å besøke middelalderbyen Borghetto, spise lunsj i den hyggelige byen Sirmione ved Gardasjøen og til å nyte herlige Verona, Romeo og Julies by. Rundt Verona ligger det vingårder som lager nydelig amarone-vin, og du kan bestille en ekstra utflukt til en av dem der du både lærer om og smaker på den liflige drikken.



Avreise 12/9 & 19/10 2016
4 dager fra **5 298 kr**

Kulturreise til Budapest

Nyt de klassiske severdighetene, tradisjonelle ungarske restauranter og cruise på Donau

Budapest er en av Europas vakreste byer med majestetiske Donau som slynger seg gjennom byen, kantet av grandiose bygninger. Her flanerer vi på brede boulevarder og gjennom hyggelige smågater, ser alle de klassiske severdighetene og nyter naturligvis det gode ungarske kjøkkenet. Men ingen reise til Budapest er fullkommen uten et cruise på Donau og tid til å nyte de klassiske 1800-tallskafeene, som ånder av prakt og glans og historiske aner.

▼ Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifenatat) 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-bronkodilatator) 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 bronkodilatator 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. Astmarelaterte 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. 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 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 (forstet 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. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelpasmer, ryggsmertor, 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. 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 adenylsyklase 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-fluormetylkarbotioat-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 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.

Referanser:

1. Relvar preparatomtale (17.12.2015). 2. Bleeker ER, Lötvall 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)



RISSKOV **BIL** FERIE

- alltid et godt **reisetilbud!**

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Book
3 netter fra 669,-



Tett på
Skagen

Sjekk
prisen!

🇩🇰 Nordjylland | Dronninglund

Tilbud til Nordjylland

Dronninglund Hotel ★★★

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

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

SPAR OPP TIL 590,-

Fra kun

499,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 30/04 - 18/11-16 | Sesongtillegg fra 50 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Bare en time fra
København

Stor pakke til
SUPERPRIS!!



🇩🇰 Sjælland | Næstved

Sjællandsk kroferie

Hotel Menstrup Kro ★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 1.212,-

Fra kun

549,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 14/04 - 27/04-16 | Sesongtillegg 60 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Besøk
Århus

Shopping på
på strøget



🇩🇰 Midt og Østjylland | Brabrand

Krotilbud ved Århus

Hotel Årlev Kro ★★★

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

SPAR OPP TIL 357,-

Fra kun

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 14/04 - 19/12-16 | Sesongtillegg 120 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Opplev **København**

Besøk Tivoli
eller Nyhavn



🇩🇰 København | Kastrup

Miniferie i København

Copenhagen Go Hotel ★★

Dra på storbyferie i Danmarks spennende hovedstad København

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Gratis parkering
- I nærheten av offentlig transport

SPAR OPP TIL 193,-

Fra kun

639,-

Ank. 14/04 - 28/09-16 | Sesongtillegg 310 NOK

RISSKOV
BIL FERIE

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

EUROPA TIL LAV PRIS

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



4★★★★ luksus
på Norefjell



🇳🇴 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

Halvpensjon & SPA



SPAR ^{OPP}_{TIL} 850,-

Fra bare

1.449,-



Opplev Sveriges vestkyst



Spa-entré
inkludert



🇸🇪 Bohuslän | Uddevalla

SPA-luksus

Bohusgården ★★★★★

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

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

Ank. 14/04 - 30/05-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

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

Fra bare

1.049,-

Supertilbud!



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. 15/04 - 29/04-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 590,-

Fra bare

1.099,-

1 x 2-retters
meny inkludert



BOOK NÅ TIL
SUPERPRIS!!

🇸🇪 Värmland | Arvika

Nært skog og sjø

Comfort Hotel Bristol ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x lettere kveldsbuffé
- Gratis internett
- Adgang til fitness

Ank. 14/04 - 28/04-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

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

Fra bare

749,-

Besøk vakre
Värmland

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



VANDRING NORD-KYPROS

Vandring på Nord-Kypros gir deg mulighet til å komme nært både natur og det lokale livet på et sted der ikke alle andre ferdes. Nord-Kypros er selv i våre dager, et gjemt og forholdsvis uoppdaget stykke paradis i Europa. Tiden har stått stille, det ble trykket på pause etter Tyrkias invasjon sommeren 1974, og Nicosia er verdens eneste delte hovedstad.



METTE HELEN ØSTERHUS

drev inntil nylig Active Travel Norway, men er nå blitt en del av Escape-teamet. Mette er en erfaren turskredder, og hun har spesialisert seg på fot- og sykelturer for grupper, noe som det er stor etterspørsel etter.

En vandring på den nordlige og uoppdagede delen av Kypros.

- Dag 1 Fly fra Oslo til Nord-Kypros
- Dag 2 Vandring fra Görnec til Kalavec
- Dag 3 Vandring i fjellkjeden mellom havnebyen Kyrenia (Girne) og hovedstaden Nicosia
- Dag 4 Vandring i Krapazregionen
- Dag 5 Vandring fra Agirdag til Karmi. Besøk i Kyrenia
- Dag 6 Vandring Tatlisu
- Dag 7 Dagen til egen disposisjon.
- Dag 8 Hjemreise

Hver av vandreturene er cirka 3–4 timer.

8 dager/7 netter
Avreise 8. november 2016

Pr. person i delt dobbeltrom **kr 9 990**

Tillegg for enkeltrom **kr 900**

ALT DETTE ER INKLUDERT!

- Fly Oslo–Ercan t/r
- Flyskatter
- Transport flyplass–hotell t/r
- Syv netter på hotell med halvpensjon (frokost og middag)
- Fem vandredager med lokalguide og buss
- Tre lunsjpakker, en lunsj på restaurant og en lunsj i en landsby
- Norsk reiseleder



WWW.ESCAPE.NO/SYKEPLEIENKYPROS



ESCAPE
TRAVEL

/ tlf. 51 52 71 40
/ stavanger@escape.no

Innhold



04 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 14. april

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 16** Samspising har effekt
- 17** Nye regler for pensjon og ekstravakter
- 18** – Autorisasjonen min ble misbrukt
- 22** Tema: Helse i fengsel
- 32** Ikke lenger legens håndlanger
- 36** Ønsker seg tilbake til faget
- 38** Sjokk da sønnen ble født med Downs syndrom



Blandete følelser for Isaac. **38**



Sykepleie

- 44** Bidrar med sin brukererfaring
- 49** Min jobb: Sykepleie i skibakken
- 50** Forskerintervju: Lise Tuset Gustad
- 52** Bruker mindre tvang
- 56** Etik: Elisabeth Sveen Kjølsvrud
- 58** Trygt hjem fra sykehus
- 62** Sammendrag fra Sykepleien Forskning



Bruk av tvang må vurderes nøye. **52**



Påfyll

- 65** Liv laga
- 66** Forfatterintervju: Marie Aakre
- 68** Bokanmeldelser
- 69** Hva leser du nå, Angelika Mairin Kjærulf?
- 70** Fakta: Riksmekleren
- 72** Quiz og kryssord



Slår et slag for hverdags-etikken. **66**



Meninger

- 74** Forbundslederen om rekruttering
- 76** Frå sidelinja: Anders Folkestad
- 77** Innspill: Steffen Handal om forhandlinger
- 78** Kronikk: Tellef Raustøl om helsefremming
- 80** Tett på Melinda Ashley Meyer DeMott
- 85** Stillingsannonser og kunngjøringer



Terapi som hjelper unge flyktninger. **80**

Illustrasjon: Sissel Vetter

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





Soning. Å havne i fengsel kan fort utløse en eksistensiell krise som fengselet som institusjon ikke makter å finne tiltak mot.

Trengt opp i et hjørne



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Inntil for få år siden hadde jeg et ganske vagt bilde av hva et fengselsopphold egentlig innebærer. Jeg tok det for gitt at livet bak murene er ubehagelig. Logisk, tenkte jeg. Personer som har gjort noe galt, må oppleve fengsel som en reell straff. Men ikke så ille at straffen ødelegger livet for alltid. Fengslene i Norge er jo tuftet på et humant menneskesyn. Vi vil alle vel. Utover det ante jeg lite om hva frihetsberøvelse kan gjøre med et menneske.

Det endret seg da jeg en dag inviterte en venn på besøk. Det var en sånn kamerat jeg hadde spilt fotball med. Det hendte vi tok en tur på byen. Da vi begge fikk barn, dro vi på utflukter sammen, grillet pølser og feiret bursdager.

Jeg hadde laget god mat, og da vi kom til desserten la han plutselig ned skjeen og sa at han måtte fortelle meg noe. Han hadde begått en alvorlig forbrytelse og ventet på sin rettssak. Han fryktet å måtte sitte inne i flere år.

SMITTE. Hvordan reagere på en slik betroelse? Min befatning med kriminell virksomhet hadde inntil da vært begrenset til spenstige kinofilmer og avisenes rettsreferater. Nå satt jeg her og spiste jordbær og is med en venn som tilsto en alvorlig forbrytelse. Det var som om hans ugjerning på en irrasjonell måte smittet over på meg, bare ved at han gjorde meg delaktig i sin hemmelighet. Intuitivt strittet jeg imot.

Min venn forsto det selv også, det var lett å se. Han som hitil hadde levd som folk flest, sto nå plutselig foran stupet. Han hadde tråkket over en grense, og nå gikk det opp for ham at han, som en konsekvens, ville bli stående alene, ribbet for det meste. Det ventet tap av ære, fordømmelse, straff, ydmykelse og økonomisk katastrofe. Hele livet slik det hittil hadde vært var i ferd med å gå rett ned i dragsuget. Mer enn noensinne trengte han en venn – og den vennen var ... meg.

PIGGTRÅD. Det var slik jeg mer eller mindre ufrivillig ble kjent med livet bak murene. Da rettssaken endelig var overstått, dommen hadde falt og all venting på å kunne begynne soningen omsider var over, havnet han bak låste dører og piggtråd. Der besøkte jeg ham trofast en gang i måneden, gjerne

på lørdager, hele den lange tiden han satt inne. Hver gang parkerte jeg bilen på gjesteparkeringen foran fengselet, ringte på porten, meldte meg i vekten, fikk identiteten kontrollert, ble låst inn og ut av dører på vei til det stedet der han ventet på meg. Der snakket vi sammen en times tid, og det slo meg hver eneste gang: Her satt en mann som var trengt opp i et hjørne. Som forsøkte å skrape sammen sine siste ressurser for å komme gjennom dagene på det nitraste stedet der han holdt til. Det var en mann jeg ikke kunne svikte.

Uansett hvordan man vender eller snur kriminalomsorgens kloke visjoner, er fengsel en naturstridig og uhyggelig institusjon. Soning skal være et første steg på vei mot noe bedre, men frihetsberøvelse er i seg selv et steg mot noe verre. Ingen blir friskere av å bli sperret inn. Noen innsatte er kanskje gjengangere og vil kunne oppleve fengselsrutinene betryggende. Men for de fleste – og ikke minst for førstegangsforbrytere – vil et opphold i fengsel fortone seg som et personlig ragnarok. Psyken får et skudd for baugen, samme hvor motivert man eventuelt er til å komme ut av fengslet som en bedre utgave av seg selv.

SELMORD. Jeg var lenge oppriktig redd for hva som kunne skje med min venn der inne. Det var det solid belegg for. Hel-sepersonell som har fengselet som arbeidsplass, oppgir at de jobber mye med depresjoner, angst og andre psykiske lidelser hos de innsatte. Da Sykepleien spurte sykepleierne i tjenesten, hadde tre av fire opplevd innsatte som hadde gjort selvmordsforsøk de siste to årene. Dette stemmer godt overens med forskning. Siden 1990 er det blitt registrert nærmere hundre selvmord i norske fengsler. I 2013 alene tok elleve innsatte sitt eget liv. Særlig varetektsfanger er utsatt.

Forsker Yngve Hammerlin, som er ledende ekspert på området, mener at folk som havner i fengsel ofte opplever eksistensielle kriser. «Mange sliter med livet fra før, og livmatthet, håpløshet, sorg og skam over det de har gjort, blir en belastning» (VG, 2014).

VALG. Å forebygge selvmord og fremme psykisk helsearbeid har derfor høy prioritet, både hos kriminalomsorgen og



Illustrasjon: Marie Rundereim

helsepersonell i fengslet. Foruten for den innsatte selv, er et hvert selvmordsforsøk også en påkjenning for de ansatte i fengselet. Derfor er det viktig å øke kompetansen hos personalet slik at man i en tidligere fase kan sette i gang tiltak. Men å forebygge selvmord hos mennesker som føler at de har nådd bunnen, er i utgangspunktet vanskelig, særlig når fengselet i seg selv er et sted man lett kan bli syk av. Her tilbringer man dagene med å fordøye sine egne dårlige valg.

Sykepleien har spurt sykepleiere hos landets 45 fengsler om forholdene bak lås og slå. Svarene gir grunn til bekymring. Tallene varierer, men det er gjennomgående for få leger og sykepleiere per innsatt. Verre er det at utviklingen ikke har gått i riktig retning, til tross for politikernes løfter. Sykepleierne i vår undersøkelse gir uttrykk for at utfordringene er massive. De har for lite tid til å jobbe med grunnleggende helsetiltak.

NY START. Da tiden var omme, slapp min venn omsider ut. Man kan si at han kom ut av fengselet med helsen i behold. Litt hjelp bak porten og litt fra oss som besøkte han, bidro forhåpentligvis til det. Men veien tilbake til et ordinært liv var

«Hele livet slik det hadde vært, var i ferd med å gå ned i dragsuget.»

likevel lang og vond. Han hadde gjort opp for seg, men likevel ble ingenting som før. Heller ikke vårt vennskap. Da krisen var avverget, var energien borte. Han ønsket nok livet tilbake slik det en gang var. Det ønsket jeg også. Men det gikk bare ikke. Vi trengte, hver for oss, en ny start. ●

barth.tholens@sykepleien.no

XWEAR.NO

Sertifiserte støttestrømper fra 99 kr



Støttestrømper fra Xwear.no er testet og sertifisert.

Besøk oss på nett for stort utvalg og rask levering.

www.xwear.no

Velkommen til NSF's nasjonale lederkonferanse 2016

«FRAMOVERLENT LEDELSE»



Årets lederkonferanse vil ha fokus på innovativ og nyskapende ledelse.

Hvilke krav vil stadige endringer i helsetjenesten stille til sykepleielederne i fremtiden?

Er vi sykepleieledere nok framoverlent og åpne for fornyelse?

Vil vi løfte oss fra å drive forvaltning til å drive aktivt lederskap?

Tid og sted: Clarion Hotel & Kongress Oslo Airport, 26. september 2016

Meld deg på konferansen nå!

- program og påmeldingslink på www.nsf.no



Arrangør: NSF i samarbeid med NSF's landsgruppe av sykepleieledere og Sentralt fagforum i NSF.



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 04 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema

Selvstendig: – Mengde-
trening er nødvendig,
sier Birgit Frivoll
på bruddklinikken,
Drammen Sykehus,
som drives av sykeplei-
ere. Foto: Marit Fonn.



Gjør det selv

Avansert. Fraktursykepleier Birgit Frivoll
behandler brudd. Vanligvis en legeoppgave. **32**



Privat byrå.

– Autorisa-
sjonen min ble
misbrukt. **18**



«Jeg hadde ikke
noen følelser,
visste ikke hvem
han var.» Iben C.
R. Hansen. **38**



Tverrfaglig. Vil
tilbake til kjernen
i faget. **36**



Lønn: Spekter og NSF står langt fra hverandre før årets lønnsoppgjør. Foto Spekter

Spekter vil følge frontfaget

LØNN: Leder av Spekter, Anne Kari Bratten, mener alle tariffområder må holde seg til rammene på 2,5 prosent som ble satt i frontfagsoppgjøret.

Det er 0,1 prosent lavere enn hva Teknisk beregningsutvalg (TBU) anslår prisveksten å bli. I praksis betyr det at folk flest ikke vil få økt kjøpekraft.

– Med tanke på utfordringene vi

nå har i norsk økonomi, samfunns- og arbeidsliv, er det viktigere enn noen gang, sier Bratten til NRK.

Spekterlederens formaninger står i sterk kontrast til Sykepleierforbundets strategi «Det store sykepleierløftet», som er en kravliste med sju punkter. Ett av dem er kravet om at sykepleiere skal tjene mer enn 500 000 kroner etter 10 års ansenitet innen 2019.

Sykepleien spurte i et intervju med Eli Gunhild By hva NSF vil gjøre dersom forandringene uteblir?

– Da må vi revurdere måten vi jobber på. Jeg er forplikta av landsmøtet til å oppnå disse målene, så da må det bli opp til landsmøtet å vurdere hvordan vi eventuelt skal endre noe for å nå målene bedre, sa By.

sykepleien.no, spekter.no, nrk.no

Grådige helsetopper

Lønn. I løpet av fem år har Helse Nord-direktører økt lønna med 24 prosent i snitt. Én direktør har økt lønna med over 40 prosent. Norsk Sykepleierforbund mener det er uanstendig. NRK

Stafett mot kreft

Sykepleiestudenter ved Høgskolen i Molde arrangerer Fiolettstafett i Molde demarka 22. mai til støtte for Kreftforeningen.

– Vi tenkte at sykepleiestudentene på de tre årskullene gjorde for lite sammen, og at det var på tide med et alternativ til å møtes til fest, sier Julie Aarnold og Andreas Hagerup Mostervik. Panorama



Spania best på donor

Sykepleiere har en stor del av æren for at Spania for 24. gang på rad kan kalles verdensmester i organdonasjon og transplantasjon. I Spania sier kun 15,3 prosent nei til donasjon, mens det i Nord-Europa er mer enn dobbelt så mange negative svar. Omkring hver tiende spanjol har donorkort. sykepleien.no



Sykepleierløftet inspirerer

NSFs lansering av det store sykepleierløftet har inspirert politikerne. I Stortinget 30. mars ble det fremmet to nye forslag om videreutdanning av sykepleiere. Torgeir Micaelsen (Ap) og seks andre stortingsrepresentanter presser på for å få regjeringen til å følge opp sin lovte satsing på videreutdanning av sykepleiere. sykepleien.no



Fakta og tall. Donorer

39,7

I Spania er det 39,7 donorer per million innbygger

22,4

I Norge er 22,4 donorer per million innbygger (2014)

17,3

I Sverige er 17,3 donorer per million innbygger

14,3

I Danmark er 14,3 donorer per million innbygger

19,6

I EU er det 19,6 donorer per million innbygger

Kilder: ONT, Newsletter Transplant



Perfekt?: I 2014 fikk bare 5,5 prosent av klagegene sendt til Helsepersonellnemnda medhold.

Bekymret Legeforening

KLAGER: Legeforeningen er bekymret for kompetansen og uavhengigheten til Helsepersonellnemnda.

– Helsepersonellnemnda er ment å være en rettssikkerhetsgaranti og et korrektiv for tilsynsmyndighetene. Den behandler klagesaker med svært stor betydning for de personer vedtakene gjelder, sier avdelingsdirektør for jus og arbeidsliv Lars Du-

valand i Legeforeningen til Dagens Medisin.

1. januar ble det nye klageorganet Helseklage opprettet. Helsepersonellnemndas sekretariat er nå en del av det. Innen 1. januar 2019 skal organet etter planen samlokaliseres i Bergen.

Legeforeningen er også bekymret for at stadig færre klager på vedtak fra Helsetilsynet omgjøres av

Helsepersonellnemnda.

I 2012 fikk 12,5 prosent av klagegene medhold i Helsepersonellnemnda, mens det i 2014 var sunket til 5,5 prosent.

Omgjøringsprosenten kan være et tegn på at ankeinstansen ikke fungerer etter sin hensikt eller at organene ikke er tilstrekkelig uavhengig av hverandre, ifølge Legeforeningen.

Dagens Medisin

Ufaglærte vikarer

I Gran kommune dekkes tomme sykepleiervakter stort sett opp med ufaglærte. I tre uker kartla hovedtillitsvalgte Astrid Avtjern hvilke vikarer som ble satt inn. Av 86 sykepleiervakter som måtte dekkes inn med vikarer, ble 39 ufaglærte satt inn. 29 vakter ble besatt av hjelpepleiere, 12 med sykepleiere. 8 vakter sto ubesatte.

sykepleien.no

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Gunn Marie Sævareid

Samspiste med Arne

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Olav T. Hustad Wold/TV2**

Fakta

Aktuell som

Hjemmesykepleier i Hamar og intervjuobjekt i TV2

Alder: 33 år

Bakgrunn: «De trodde Arne (85) var dement, men da han fikk mat, skjedde et lite mirakel», meldte TV2 i påsken. Hjemmesykepleier Gunn Marie Sævareid dro hjem til enkemannen Arne etter en bekymringsmelding. Han veide 40 kilo og var glemsk. Klokken hang og slang på håndledet hans, og kjøleskapet var nesten tomt. Da han fikk mer å spise, viste det seg at han ikke var dement likevel. – En solskinshistorie, sa Sævareid på TV2.

Hva skjedde med Arne?

– Først fikk han ernæringshjelp. Vi tilberedte tre faste måltider per dag.

Og dere satt med ham når han spiste?

– Ja, vi har et begrep vi kaller samspising. Vi ser at enkelte ikke spiser når de er alene. Når vi er der, øker appetitten, og vi får også bedre oversikt over hva de faktisk spiser.

Har dere tid til det, da?

– Det må vi ta oss tid til. Vi prioriterer blant brukerne fortløpende. De med demens og kognitiv svikt er ekstra sårbare.

Det viste seg at Arne ikke var dement?

– Nei, når han fikk mer mat og næringstilskudd, kviknet han til. Han ble mer sjølhjulen, og mestringsfølelsen økte.

Det er 70 000 underernærte, ifølge Helsedirektoratet. Ser dere mange?

– Ja, det gjør vi. Risikogruppen er de over 75 år. Demente er utsatt.

Og enker og enkemenn?

– Helt klart. Depresjon henger en del sammen med dette.

Lett å overse underernæring?

– Det er gjerne pårørende og fastleger som varsler, med mindre de eldre er i hjemmesykepleien fra før. Vi kartlegger ernæringen og veier alle nye brukere. Hjemmesykepleiere i større stillinger har også primæransvar for cirka ti brukere hver. Da får brukerne tett oppfølging.

Arne veier nå 47 kilo, sa du på tv. Godt nok?

– Nei, etter intervjuet satte vi i gang enda mer tiltak for ham. Det er fortsatt en vei å gå. Men vi har et godt sentralkjøkken som lager næringsrik mat, blant annet energigrøt; havregrynsgrøt kokt på H-melk og med rapsolje. Den er et tilbud til alle brukere.

Hvordan fant TV2 deg?

– Journalisten ville lage noe om ernæring og kontaktet distriktslederen. Hun spurte om jeg visste om noen underernærte brukere. Da tenkte jeg på Arne.



Hvordan var det å være på tv?

– Jeg var ikke helt komfortabel. Men ernæring er et viktig tema å få belyst. Dette er jo noe ingen kan være uenig i. Lite rom for diskusjon.

Du går i hvit uniform – ikke så vanlig for hjemmesykepleiere?

– Nei, men i Hamar har vi hatt hvite overdelers i lang tid. Nylig begynte vi også med hvite bukser. For mange brukere, særlig demente, er det en trygghet at vi er kledd i hvitt, fordi vi er gjenkjennbare. Men hovedgrunnen til at vi er hvitkledd, har med smittevern og hygiene å gjøre.

Hvordan havnet du i hjemmesykepleien?

– Da jeg hadde praksis, oppdaget jeg at jeg trives på brukernes arena.

Men fra Hamar er du ikke?

– Nei, jeg er romsdaling. Fra Vestnes.

Noe du ellers vil si?

– Vi har ernæringsgrupper som har jevnlig møter med kjøkkensjefen. Vi har hatt stands på institusjonene for å øke oppmerksomheten om ernæring. Da har vi med smaksprøver på energigrøt og -drikker, så alle kan smake. Det er en fordel at vi kan stå inne for at det smaker godt når vi anbefaler noe for brukerne.

Noe mer?

– Det er fint for hjemmeboende å spise på dagsenter. Med folk rundt seg øker ofte matlysten. Noen er der to–tre dager i uken, Arne er der én dag. Det gir variasjon i uken. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sender pensjonister ut av arbeidslivet

● Tekst **Bjørn Arild Østby**

INNTEKTSKUTT: Alderspensionister som ønsker å jobbe som sykepleier ved siden av pensjonen har fått denne muligheten sterkt redusert. Fra 1. april vil flere deltidsansatte ha rett til pensjonsopptjening i KLP, mens dagens alderspensjonister vil ha redusert mulighet til å jobbe ved siden av pensjonen.

Bakgrunnen er Stortingets vedtak i desember i fjor om å senke minstegrensen for innmelding i pensjonsordningen for sykepleiere til 20 prosent av full stilling. I dag kan alderspensjonister jobbe inntil 14 timer per uke, som tilsvarende 35 til 37 prosent stilling.

NÅ ER DET SLUTT. Pensjonert jordmor Eirin Kristin Møllen har vært så heldig å få fortsette i sin faste stilling som jordmor på en føde-barselavdeling i 37 prosent stilling i 5 år. De nye reglene setter en stopper for det.

– Vi er fem pensjonister som har samme avtalen. Vi dekker hver 3. helg, og alle har lang erfaring og kompetanse. Jeg regner med at det er mange sykepleiere og spesialsykepleiere som jobber ved siden av sin pensjon i helseforetak, i kommunen og på sykehjem, og som utgjør en viktig ressurs og nødvendig arbeidskraft. Er det bedre med stadig nye, kostbare vikarer enn pensjonerte sykepleiere med lang erfaring på en arbeidsplass hvor man er godt kjent?

Hvis Møllen ønsker å beholde pensjonen uforandret, må hun jobbe mindre enn det som til sammen tilsvarer 20 prosent stilling.

VERDIFULL KOMPETANSE. Sykepleien har fått flere henvendelser fra pensjonerte sykepleiere som uttrykker misnøye med endringen, og at de har innrettet seg på å fortsette å jobbe inntil 14 timer per uke.

– Vi hører stadig vekk at pensjonister er en viktig ressurs og at man i framtiden må stå lenger i arbeidslivet. Hvordan kan det da ha seg at pensjonerte sykepleiere blir fratatt muligheten til å delta i yrkeslivet uten å tape store summer, undres Eirin Kristin Møllen.

– Begrunnelsen for lovendringen er i utgangspunktet god. Til nå har

«I praksis fratas vi muligheten til å jobbe.»

sykepleiere med lave stillingsprosent ikke blitt meldt inn i KLP fordi innmeldingsgrensen har vært på 40 prosent. Nå blir man meldt inn dersom man samlet har 20 prosent stilling. Dette er viktig for dem som skal opparbeide seg pensjonspeng. Problemet er bare at det slår feil ut for alderspensjonistene, som i praksis fratas muligheten til å jobbe, sier Møllen.

Med det nye regelverket får den pensjonerte jordmoren kun anledning til å jobbe omkring tre vakter i måneden uten å bli meldt inn i KLP. Med så lite arbeidstid mener Møllen det er umulig å holde seg faglig ajour. Konsekvensen er at arbeidsgiver mister arbeidstakere med lang erfaring og verdifull kompetanse. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Sa opp Orange Helse

Vikarbyrået Orange Helse har rotet med lønnsutbetalinger og brutt arbeids- og hviletidsbestemmelsene på norske sykehus. En rapport utarbeidet av Deloitte viser at byrået har brutt flere av kravene i rammeavtalen med Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS). Avtaler er derfor sagt opp fra utgangen av april i år.

Orange Helse AS er et bemanningsforetak som leverer helsepersonellvikarer til norske kommuner og sykehus. Mange av vikarene hentes inn fra de baltiske land, via Orange Helses filial i Litauen, Orange Baltic Group.

Fra september har Orange Helse hatt en prøvetid ved tre av landets fire helseregioner. Til 31. desember 2015 formidlet byrået ni vikarer som til sammen hadde 83 oppdrag og 93 vakter.

Karakteristikken fra HINAS er en tilnærmet slakt av Orange Helse som en seriøs aktør. Daglig leder hos Orange Helse, Nils Kristian Paulsen, kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen, men tar likevel kritikken alvorlig.

– De brudd på arbeidstidsbestemmelser som har funnet sted er vi enige i at er uakseptable. Våre egne, interne retningslinjer har ikke vært fulgt, og vi har allerede skjerpet dette inn, sier han. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Kunnskapspakken 37°C for sykepleierstudenter

Oppdatert faglitteratur i de naturvitenskapelige fagene særlig tilrettelagt bachelorutdanningen i sykepleie

Inkluderer digital arbeidsbok:

- Se video
- Hør på oppsummeringer
- Øv til eksamen

NY KUNNSKAP, HVER DAG!



Anmeldte. Det private hjemmehjelpsfirmaet hadde oppgitt sykepleier Ragnhild Ingebretsen som fagansvarlig – uten at hun jobbet der.

– Autorisasjonen min ble misbrukt

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Sykepleier Ragnhild Ingebretsen jobber på ankomstsenteret for asylsøkere på Råde og som nattevakt ved Norlandias bo- og service-senter i Moss. Før brant hun for fritt brukervalg og stemte Høyre. Men etter å ha startet opp og driftet flere private helsetjenesteleverandører både i Oslo og Moss, gjør hun ikke det lenger.

BRUKTE SYKEPLEIERAUTORISASJONEN. Høsten 2013 oppdaget Ingebretsen at hjemmehjelps-firmaet Seniorstøtten hadde brukt sykepleier-autorisasjonen hennes på en søknad om tjenestekonsepsjon i Moss kommune. Hun hevder at hun ikke visste det, og at hun derfor oppfatter det som misbruk av autorisasjonen hennes.

Dette stiller daglig leder i Seniorstøtten, Henning Aandal, seg uforstående til (se egen sak side 20).

– Seniorstøtten hadde oppført meg som fagansvarlig eller såkalt driftsansvarlig, slik at firmaet tilfredsstilte kravet Moss kommune setter til tjenesteleverandører innen praktisk bistand, sier Ingebretsen.

Hun hevder hun tidligere hadde jobbet for firmaet i Oslo og var der et par dager i begynnelsen av januar 2013 for å gi opplæring. Hun sier hun også deltok på et par møter med Moss kommune og Seniorstøtten før oppstart av ordningen, men

uten at søknaden ble gjennomgått.

– Jeg har ikke mottatt noen lønn eller honorar for det og var ikke lenger ansatt der da søknaden ble sendt til Moss kommune i februar 2013.

Daglig leder Aandal bekrefter at hun ikke var ansatt da søknaden ble sendt.

STRENGT KRAV. Kravet om en driftsansvarlig hos tjenesteleverandør er på papiret strengt fra kommunen. Det står at denne personen skal ha helsefaglig utdanning og minst to års yrkeserfaring.

– Som oftest er det sykepleiere som brukes til denne rollen, men noen steder brukes også hjelpepleiere og helsefagarbeidere. Denne personen skal blant annet være

«Jeg ble kraftig provosert. Hvis alt utenom dette skal henlegges, er det jo fritt fram for alle.»

Ragnhild Ingebretsen

den som hjemmehjelpen kan søke faglig råd og bistand fra dersom noe oppstår, forteller Ingebretsen.

Høsten 2013 ble hun oppringt av en ufaglært hjemmehjelp fra Seniorstøtten som trengte råd om en bruker som Seniorstøtten hadde den

praktiske bistanden for. Ragnhild Ingebretsen hadde også ansvaret for denne brukeren, siden hun da jobbet for Oransje Helse AS, som hun startet opp i Moss etter at hun sluttet for Seniorstøtten i Oslo. Oransje Helse hadde den helsefaglige oppfølgingen av denne brukeren.

FIKK IKKE VITE AV KOMMUNEN.

– Tjenestekontoret i Moss kommune hadde oppgitt meg som driftsansvarlig for Seniorstøtten til hjemmehjelpen, og da jeg ringte Moss kommune og spurte om dette, fikk jeg beskjed om at jeg ikke var driftsansvarlig. Da jeg spurte om hvem det var, fikk jeg til svar at det hadde jeg ikke rett til å vite.

– Hva synes du om det?

– Det var veldig spesielt. Det burde ikke være hemmelig hvem som er leder i en bedrift som gir kommunale tjenester.

EN SYKEPLEIER TIL. Cathrine Silseth er rådgiver for helse- og sosialtjenestene i Moss kommune. Hun vil ikke snakke med Sykepleien, men skriver at kommunen fikk opplyst fra Seniorstøtten at sykepleier Tine Kaland-Lavik var ny driftsansvarlig i august 2013, en måned før ordningen startet opp 1. september.

– Men Kaland-Lavik kjente jeg fra før, hun jobbet jo for Seniorstøtten i Bergen. Det viste seg at heller ikke hun ante at hun var oppført

Fakta ●●●●

Dette er saken

Februar 2013:

Hjemmehjelpsfirmaet Seniorstøtten søker Moss kommune om å få tilby hjemmehjelpstjenester. Sykepleier Ragnhild Ingebretsen er ført opp som driftsansvarlig uten at hun jobber der.

August 2013:

Kommunen får vite at ny driftsansvarlig er sykepleier Tine Kaland-Lavik, uten at hun vet det selv.

September 2013:

Seniorstøtten starter opp i Moss.

Januar 2014:

Moss kommune informeres om en tredje driftsansvarlig. De to sykepleierne anmelder saken

Mars 2015:

Saken henlagt av kapasitetsmessige hensyn.

som driftsansvarlig i Moss, sier Ingebretsen.

Hun anslår at de to sykepleierne sto som driftsansvarlige i et halvt års tid til sammen.

– Da Seniorstøtten ble gjort oppmerksom på at vi hadde fått greie på dette, byttet de til en tredje person, sier Ingebretsen.

– I januar 2014 opplyste Seniorstøtten kommunen om bytte av driftsansvarlig og at denne allerede har fungert en periode, skriver rådgiver Silseth.

– Jeg ble sjokkert da jeg fikk vite at jeg hadde stått som driftsansvarlig i Moss i nesten et halvt år uten at jeg visste det, sier Kaland-Lavik.

Hun er avdelingssykepleier ved Kolstihagen sykehjem i Bergen.

ADVOKATHJELP. De to sykepleierne søkte hjelp hos advokat og anmeldte så Seniorstøtten, dels for å ha misbrukt autorisasjonen deres og dels for bedrageri av offentlige midler.

I den prosessen hentet de ut søknaden fra Seniorsenteret til Moss kommune. Det har Sykepleien også gjort. Der er navnet på leder av avdeling Moss og den driftsansvarlige sladdet ut, uten henvisning til noen lovhjæmmel.

– Men fødselsdatoen og helsepersonellnummeret er ikke sladdet, og det kjenner jeg jo igjen, sier Ingebretsen.

Etter å ha purret på kommunen, får Sykepleien se en usladdet versjon av autorisasjonen som lå vedlagt søknaden. Der står Ingebretsens navn.

Rådgiver Silseth medgir at Ragnhild Ingebretsen var oppgitt som driftsansvarlig i Seniorstøttens søknad om tjenestekonsesjon i 2013, og beklager at Ingebretsen ikke fikk opplysninger om hvem som var oppført da hun henvendte seg.

BEDRAGERI. Saken ble henlagt av politiet. Sykepleierne anket, men også anken ble henlagt med begrunnelse i kapasitetsmessige hensyn. Det endelige avslaget kom i februar 2015.

Politiet la saken i bunken for bedrageri, men ramset opp ran,

Ille: – Jeg synes det er ille at ingen bryr seg, sier Ragnhild Ingebretsen, som hevder Seniorstøtten misbrukte autorisasjonen hennes for å få tjenestekonsesjon hos Moss kommune.



Enda en sykepleier: Tine Kaland-Lavik er sykepleier nummer to som hevder at hjemmehjelpsfirmaet Seniorstøtten misbrukte autorisasjonen hennes. Foto: Privat

vold, familievold og narkotika som områder som måtte komme foran dette.

– Jeg ble kraftig provosert. Hvis alt utenom dette skal henlegges, er det jo fritt fram for alle, sier Ingebretsen.

Advokaten til sykepleierne, Odd Ivar Grøn, synes det er problematisk at politiet bortprioriterer denne type sak siden det handler om bruk av offentlige skattekroner og faglig forsvarlighet av tilbudet til syke og eldre.

– At Seniorstøtten misbruker to sykepleieres autorisasjon forleder Moss kommune til å fatte beslutninger på feil grunnlag. Når kommunen krever en faglig ansvarlig, er det ikke bare formelle grunner til det. Så når et firma ikke har en faglig ansvarlig, vil det i verste fall kunne gi et uforsvarlig tilbud, sier Grøn.

KOMMUNEN INNDRO IKKE KONSESJONEN. Da Seniorstøtten i januar 2014 kom med et tredje navn som driftsansvarlig, ba de to sykepleierne kommunen undersøke dette nærmere.

– Da fikk vi til svar at kommunen ikke hadde grunn til å måtte sjekke denne personen, sier Ingebretsen.

– Hvorfor fikk det ikke følger for kommunens avtale med Seniorstøtten da det ble kjent at firmaet hadde oppgitt to driftsansvarlige uten deres skriftlige samtykke?

Rådgiver Cathrine Silseth i Moss kommune svarer ikke på spørsmålet, men sier:

– I januar 2014 hadde vi ikke noen grunn til å tro at det Seniorstøtten opplyste om var korrekt.

NY DRIFTSANSVARLIG. Vi spør advokat Grøn om hva han synes om at kommunen bare fortsetter avtalen med Seniorstøtten som om ingenting har hendt. Han tar forbehold om at han ikke kjenner alle detaljene i avtalen mellom Seniorstøtten og kommunen, eller de eventuelle undersøkelser som kommunen kan ha gjort.

– Men man må som et minimum forvente at kommunen forsikrer seg om at tilbudet er i tråd med de krav til forsvarlighet som kommunen har satt, sier advokaten.

– Hvem er driftsansvarlig i dag, Silseth?

– Leverandøren har oppgitt ny driftsansvarlig. I og med at dette gjelder en ansatt hos leverandøren, ber jeg deg om å ta kontakt med Seniorstøtten for ytterligere opplysninger, skriver rådgiveren hos Moss kommune.





GLIMT I ØYET. På nettsiden til Seniorstøtten står det ikke oppgitt hvem driftsansvarlig for de ulike lokalavdelingene er, men vi får vite at de har hyggelige ansatte med glimt i øyet. Firmaet har mer enn 130 hjemmehjelpere fordelt på ni lokalkontor. På siden hvor firmaet søker etter personell, står det to krav: Førerkort og gode norskkunnskaper.

Etter to henvendelser opplyser til slutt Henning Aandal om driftsansvarlig sykepleier for Moss. Hun er det for flere av Seniorstøttens lokalavdelinger, men vi får ikke vite hvor mange.

INGEN RESPONS. Ingebretsen sier hun og Kaland-Lavik henvendte seg til både den kommunale forvaltningen i Moss, til Fylkeslegen og til Helsetilsynet med saken, uten å få noen som helst støtte eller respons, til tross for at politiet i sitt henleggelsessvar oppfordrer å melde saken til helsemyndighetene som tilsynssak.

– Det strenge kravet til kommunen om å ha en faglig ansvarlig hos tjenesteleverandør er jo bare tull. Det er kun pro forma og har null verdi. Det vet lederne av de private firmaene og spekulerer i dette. Jeg tipper at vi ikke er de eneste to

sykepleierne i landet som firmaer har misbrukt autorisasjonen til, sier Ingebretsen.

HAR GITT OPP. Hun skulle ønske hun kunne få et varsel hvis noen misbruker autorisasjonen hennes:

– Jeg bør aller helst få være til stede og signere en kontrakt før jeg føres opp som faglig ansvarlig.

– *Hvor står saken nå?*

– Vi har i grunnen gitt opp for lenge siden. Vi var så naive at vi trodde kommunen tok affære. Vi var sikre på at dette ikke kunne stemme, men ingen bryr seg. Nå har lufta gått litt ut av oss i takt med høyere advokatregninger.

De to sykepleierne har brukt noen tusen kroner på saken så langt.

– **INGEN BRYR SEG.** – Jeg synes det er ille at ingen bryr seg. Dette angår de eldre i deres eget hjem, og de har krav på faglig forsvarlig hjelp. Det får de ikke fra ufaglærte uten erfaring, selv om de har «god fysikk og glimt i øyet». Så lenge de ikke har en fagansvarlig de kan få opplæring og råd fra, er dette ufor- svarlig, sier Ingebretsen.

Til våren planlegger Moss

kommune en ny invitasjon til å søke tjenestekonsesjon for drift av hjemmebaserte tjenester i Moss kommune.

– *Hvis Seniorstøtten søker da, vil de kunne få en ny tjenestekonsesjon etter det som har skjedd?*

– Dette er et hypotetisk spørsmål da Seniorstøtten har kontrakt med Moss kommune for praktisk bistand, skriver Cathrine Silseth i Moss kommune.

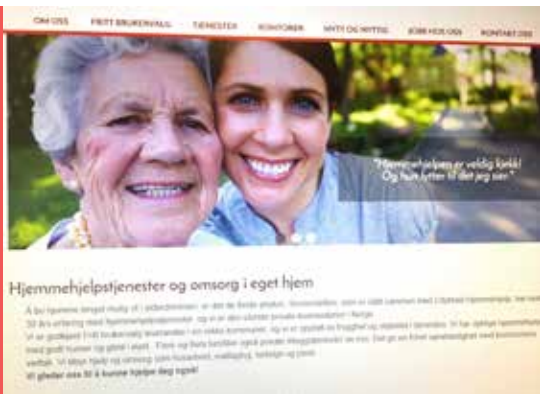
FAGLIGHETEN BLIR BORTE. Ved kommunevalget i høst ble det Ap for Ragnhild Ingebretsen.

– Å stille mennesker er et kommunalt ansvar og kan ikke overlates til private, sier hun og hevder at hun ser et mønster i måten kommersielle aktører innen velferdstjenester opererer:

– De ansetter ufaglærte hvor det eneste kravet er at de snakker godt norsk og har sertifikat. Fritt brukervalg har i realiteten gjort at fagligheten blir borte og kvaliteten på tjenestene forringes.

Hun har selv sett at da Oslo og Moss kommune innførte fritt brukervalg, flyttet de alt innen ernæring, stell og pleie

MARKEDSFØRINGEN: Seniorstøtten skriver de har ansatte med glimt i øyet, men hvem som er driftsansvarlig for de ulike lokalavdelingene, får vi ikke vite på nettsidene. Foto: Skjermdump fra Seniorstøttens nettside



Stiller seg uforstående til påstanden

SVARER: **Siviløkonom og lokfører Henning Aandal er daglig leder i Seniorstøtten. Han stiller seg uforstående til påstandene fra Ragnhild Ingebretsen. Men han beklager at han ikke fikk tid til å informere Tine Kaland-Lavik om at hun var driftsansvarlig.**

Han hevder at tidligere avdelingsleder Ragnhild Ingebretsen kontaktet firmaet i 2013 fordi hun igjen ønsket å jobbe for Seniorstøtten. Hun ville bygge opp en ny avdeling i Moss samtidig som kommunen innførte «Fritt Brukervalg» for hjemmetjenester.

INGEN KONTRAKT. «Vi takket ja til samarbeidet, og Ingebretsen

deltok på alle møtene med Moss kommune på vegne av Seniorstøtten. Ingebretsen deltok også på kontraktsmøtet, der søknaden ble gjennomgått. Vi stiller oss uforstående til Ingebretsens påstander om at hun ikke visste at hun skulle være avdelingsleder og driftsansvarlig», skriver Aandal til Sykepleien.

Han ønsker ikke å svare over telefon. Sykepleien har derfor sendt ham spørsmål på e-post og blant annet spurt om han har en kontrakt eller en signatur fra Ingebretsen som viser at hun hadde godtatt å være driftsansvarlig. Det svarer han ikke på.

– **OVERRASKENDE KRAV.** «Etter kontraktstildelingen viste deg seg

at Ingebretsen ikke ønsket å hjelpe de eldre ute, men kun ville ha kontorstilling. I tillegg krevde hun fulltidsstilling. For en nystartet av-

«På grunn av knapp tid ble ikke Kaland-Lavik varslet på forhånd.»
Henning Aandal

deling var dette overraskende krav som ikke kunne innfris. Vi varslet derfor Moss kommune før kontraktsoppstart i 2013 om at

Ingebretsen ikke skulle være vår avdelingsleder likevel», skriver han og legger til i en seinere e-post:

«Siden det var Ingebretsen som ba om å lede og bygge opp en avdeling, måtte hun nødvendigvis føres opp i søknaden. For øvrig var hun aldri driftsansvarlig for tjenesten.»

IKKE TID TIL Å VARSLE. I stedet førte Aandal opp Tine Kaland-Lavik uten å informere henne.

«Mens vi rekrutterte en annen leder, ble vår egen driftsansvarlig Tine Kaland-Lavik ført opp som driftsansvarlig også i Moss. Vikarrollen varte i fire uker i 2013 før permanent medarbeider var på plass. På grunn av knapp tid ble

til sekkebetegnelsen «praktisk bistand» som de i sin tur hyrer inn private hjemmehjelpsfirmaer til å ta seg av.

UFAGLÆRTE GJØR SYKEPLEIEROPPGAVER. – Da kommer det ufaglærte hjem til pasientene og skal observere tannstatus og ha ansvaret for ernæring og stell – noen av de viktigste primærsykepleieoppgavene som finnes. Jeg synes det er helt forferdelig, mange aner jo ikke hva de driver med, hevder Ingebreten.

Hun forteller at ufaglærte hjemmehjelpere i Oslo og Moss utfører toalettbesøk, skift av inkontinensutstyr, forflytning, stell og dusj, ernæring, tann/munnstell med mer.

– Noen av de praktiske oppgavene de utfører er faktisk helsetjenester. De krever en viss form for kompetanse i utførelse, observasjon, dokumentasjon og etikk, siden det dreier seg om syke eller alderssvkkete mennesker som har fått innvilget disse tjenestene på kommunalt vedtak, sier sykepleieren. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

For dårlig kapasitet: Politiet henla anmeldelsen fordi de hadde nok av andre ting å gjøre, som de ramser opp i svaret til Ingebreten.



ikke Kaland-Lavik varslet på forhånd, noe som vi beklaget overfor henne den gangen», skriver Aandal.

I Moss Avis har han tidligere uttalt at han glemte å informere Kaland-Lavik om vikarrollen hennes.

De to sykepleierne hevder det var snakk om et halvt års tid, ikke bare fire uker, så her er det ord mot ord.

Aandal reagerer også på en uttalelse til advokaten til de to sykepleierne:

«Advokaten later som om det har skjedd misbruk av autorisasjon. Seniorstøtten har flere autoriserte pleiere i sin organisasjon, slik at påstanden faller på sin egen urimelighet», skriver han. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Ikke tid: Daglig leder i Seniorstøtten, Henning Aandal, hevder han ikke fikk informert Tine Kaland-Lavik om at hun var driftsansvarlig på grunn av knapp tid. Foto: Skjerm-dump fra LinkedIn

Søker etter «voksen dame med god fysikk»

● Tekst **Eivor Hofstad**

REAGERER: Stillingsannonse fra hjemmehjelpsfirmaet Seniorstøtten får Likestillings- og diskrimineringsombudet til å reagere.

Det ligger en oppfordring på Seniorstøtten's LinkedIn-side om å søke på stilling som fagansvarlig i Oslo. Når vi klikker på linken kommer vi til en stillingsbeskrivelse som «hjemmehjelp med administrasjonsansvar» i Kristiansand med tiltredelse 1. april. Der står det at helsefaglig utdanning ikke er et krav til stillingen.

TEKNISK FEIL? Mulig det skyldes en teknisk feil – daglig leder Henning Aandal har ikke svart Sykepleien på skriftlig spørsmål



UKLARE KRAV: Jurist Iselin Huuse hos Likestillings- og diskrimineringsombudet lurte på hva Seniorstøtten egentlig legger i kravet om en «voksen dame med god fysikk». Foto: LDO

– **KAN VÆRE UHELDIGE KRAV.** Iselin Huuse er jurist og rådgiver hos LDO. Når Sykepleien viser annonsen til henne, får vi vite at hun vil rette en henvendelse til Seniorstøtten.

– Flere av kravene fremstår som uklare og kan være uheldige ut fra diskrimineringslovverket, sier hun.

– Hva ligger i kravet om å være voksen? Og hvorfor må det være en dame? Det er også uklart hva Seniorstøtten mener med god fysikk og lite fravær. Ved å kreve at søkerne må beherske norsk flytende, kan ellers godt kvalifiserte søkere utelukkes. Det er en selvfølge å stille krav til gode norskkunnskaper, men de må ikke være strengere enn nødvendig. For eksempel kan man stille strengere krav til en norsklærer enn til en hjemmehjelp. Uttalen trenger ikke være flytende for at en søker vil kunne kommunisere godt nok til å utføre jobben, sier juristen og legger til:

– Det er vanskelig å si om noe av dette er ulovlig før vi har snakket nærmere med Seniorstøtten. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

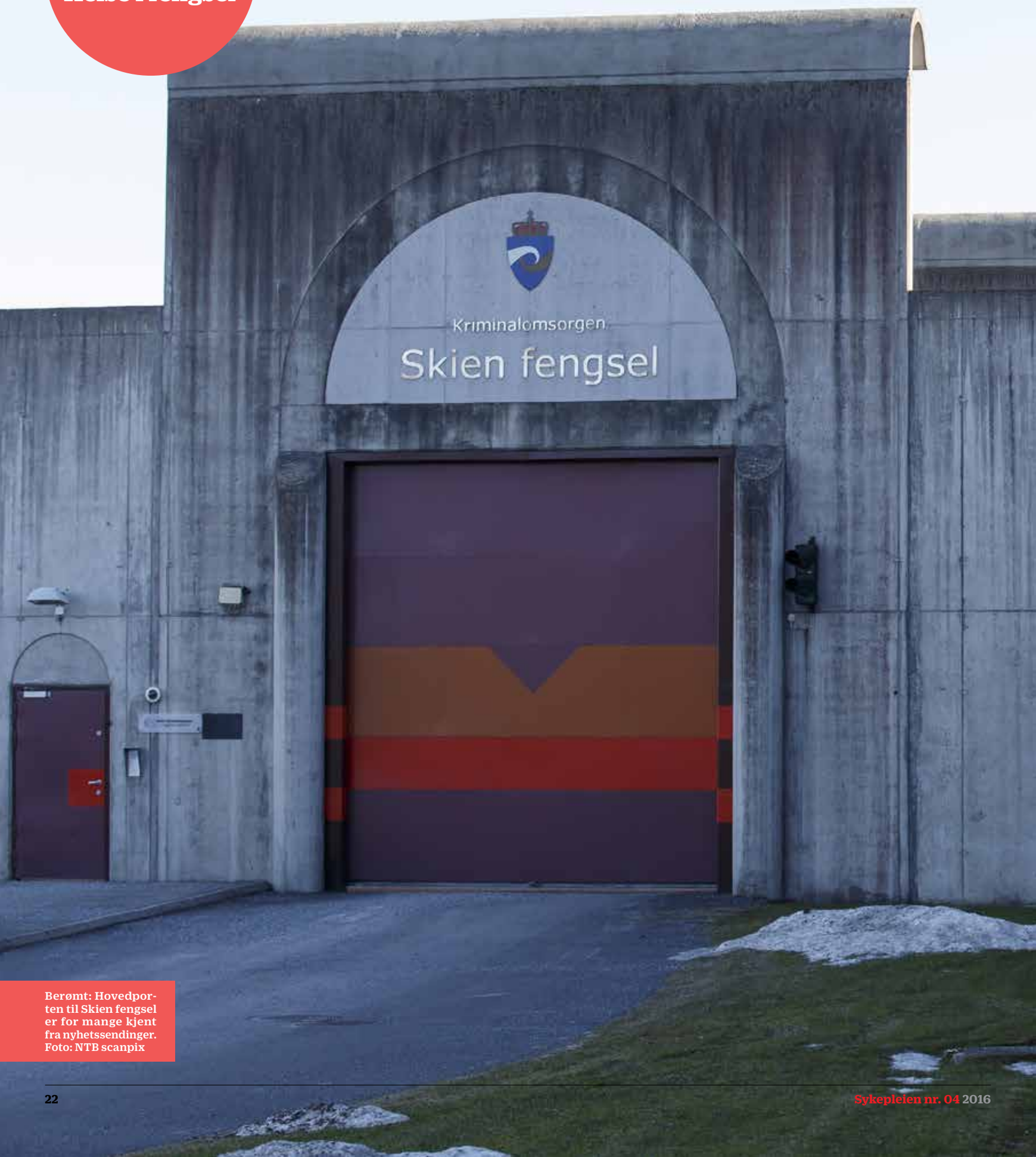
«Hva ligger i kravet om å være voksen? Og hvorfor må det være en dame?»

Iselin Huuse

om det. Men uansett er ordlyden i annonsen såpass spesiell at Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) reagerer.

«I utgangspunktet er vi på utkikk etter en voksen dame med god fysikk. Andre kandidater blir også vurdert på lik linje, men vi har ikke mulighet til å ansette noen som har mye fravær fra jobben», står det blant annet om kravene til søkeren. Det står også at søker «MÅ beherske norsk flytende, skriftlig og muntlig».

Tema.
Helse i fengsel



Berømt: Hovedporten til Skien fengsel er for mange kjent fra nyhetssendinger. Foto: NTB scanpix

Sykepleie bak lås og slå

Innelåst. Innsatte i fengsel har krav på samme helsetjeneste som oss utenfor. For sykepleierne som jobber her, byr det på utfordringer. I tillegg viser tall Sykepleien har hentet inn at det i flere år har blitt kuttet i helsetilbudet til innsatte.



● Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**



Ser mange syke.

– Det er ikke særlig helsefremmende å sitte i fengsel. Mette Walaker.

● Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**



Skien fengsel: Sikkerhetskontroll med metalldetektor, taushetserklæringer skal underskrives og fullmakter gis. Det er mange papirer som må ordnes før du slipper inn i bak disse murene.

På innsiden driver sykepleierne Mette Berg Walaker og Inger Kallevig Thorsteinsens sitt daglige virke. Bak den lett gjenkjennelige porten sitter 82 innsatte fra hele landet.

EGEN HELSEAVDELING. Skien fengsel har en egen helseavdeling i regi av kommunen. På lik linje med alle andre kommuner som har et fengsel, får det midler fra Helsedirektoratet for å drifte helsetjeneste til innsatte. I Skien fengsel er det fem spesialsykepleiere (3,5 årsverk), lege en dag per uke og fysioterapeut to dager i uka.

– Psykiater og psykolog er her hver uke. Vi samarbeider tett med dem, selv om de er tilknyttet spesialisthelsetjenesten og ansatt ved Sykehuset Telemark, forteller enhetsleder for fengselshelsetjenesten i Skien fengsel, Mette Berg Walaker.

Her har hun jobbet siden 1999.

Helseavdelingens korridor kunne ved første øyekast vært ved en hvilken som helst institusjon. Lyse vegger rammer inn gule dører som leder inn til helsepersonell og undersøkelsesrom. Den største forskjellen er «bua» nederst i korridoren. Der sitter en fengselsbetjent og sluser innsatte fra boenheten og inn til helseavdelingen. En annen forskjell er at alle dører lukkes og låses – hele tiden.

MOTORSYKKELULYKKE. Walaker gjør klart undersøkelsesrommet. En av de innsatte skal ha sårstell og fjerne noen sting. Han setter seg opp på undersøkelsesbenken, mens Walaker henter frem nødvendig utstyr.

– Ja, det var litt av en skade.

– Det var en motorsykkelulykke, sier den innsatte.

Han har vært igjennom flere operasjoner og skal nå få fjernet stingene etter den siste.

– Det er mulig jeg må inn en gang til for å få tømt den kula for væske, sier han.

Walaker konsentrerer seg om stingene som er sydd sammenhengende. Ikke ett og ett slik det vanligvis gjøres.

– Kommer du til å bli helt god igjen i foten?

– Ja, jeg håper da det, sier han.

Walaker stiller sårskorpene og legger bandasje der hvor stingene nå er fjernet.

Den innsatte takker for hjelpen, går ut i korridoren og sluses tilbake til fengselsdelen.

KUTTER I FENGSELHELSETJENESTEN. Sykepleiere utgjør den største yrkesgruppen i fengselshelsetjenesten. Tall fra Helsedirektoratet viser at antall timer i uka med både lege og sykepleier ble redusert i perioden 2012–2014. Sykepleiens egen kartlegging fra februar i år viser at trenden også holder stikk for 2015 (se tabell s.29).

I 2012 brukte legestanden nesten 547 timer i

Fakta

Om innsatte i norske fengsler

- Fengselkapasiteten i Norge er på 3823 plasser.
- I 2014 var det 8 925 innsatser i fengsel.
- 28 prosent av alle innsatte har utenlandsk statsborgerskap.
- Andelen kvinner i fengsel var i 2013 (8,6 prosent).
- 30 barn under 18 år ble satt i fengsel i 2014.

Kilde: Årsrapport 2014, «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel». Utgitt av Helsedirektoratet 31.08.2015.

uken for å hjelpe innsatte. Sykepleiere brukte 3 925 timer per uke.

Sykepleiens kartlegging viser at leger bruker 508 timer i uka i fengselshelsetjenesten, mens sykepleiere bruker 3 728 timer per uke. Altså har innsatte i norske fengsler fått 38 timer mindre lege i uka, og 196 timer mindre sykepleie per uke.

ENSOMT. Sykepleien gjennomførte også en spørreundersøkelse blant sykepleiere som jobber i fengselshelsetjenesten tidligere i år. De 37 fengselssykepleierne som deltok trakk frem rus, psykisk helse og for liten tid som store utfordringer for fengselshelsetjenesten (se tabell s. 27). Etter som tjenesten har få ansatte, er tallmaterialet for



Bua: De som skal ut eller inn i helseavdelingen, må forbi denne kontrollposten.

lite til å gi et fullstendig bilde av tjenesten. Det er også store forskjeller fengslene imellom. Noen er store, andre små. Noen har lav sikkerhet, andre høy.

«Fengselshelsetjenesten kan lett bli en isolert gruppe helsearbeidere, da et fengsel er en lukket institusjon. Dernest at man daglig får ønsker om å bidra til å lette ansvaret for helseproblemer – både fra den innsatte selv og fra betjenter. Når så den innsatte ikke evner (eller ikke har trening i) å ivareta sin helse/stå imot rusmidler, da er det en svært krevende jobb å være sykepleier. Det er også et ønske (har jeg inntrykk av) fra legene om at man som sykepleier skal mestre dette presset, sånn at ikke pasienter som egentlig bare vil ruse seg kommer

til lege for å kreve medisiner. Det er også vanskelig å bedømme hva som er abstinenser eller angst, og forsøk på å manipulere til seg rusframkallende medisiner.» (Kommentar fra fengselssykepleier i Sykepleiens spørreundersøkelse)

I mindre fengsler er det kanskje bare en eller to sykepleiere i uka som er innom. I Sykepleiens spørreundersøkelse er det flere som gir uttrykk for at de føler seg litt alene og savner et fagmiljø rundt seg.

Walaker har forståelse for det.

– Det er viktig å delta i de faglige fora som finnes. Vi deltar på konferanser som fengselssykepleierforeningen på Østlandet arrangerer. Vi drar på psykiatrisk sikkerhetskonferansen som

arrangeres av spesialisthelsetjenesten og fengselskonferansen i regi av Kriminalomsorgen.

Fengselssykepleierforeningen har også prøvd å opprette en egen faggruppe i NSF, men er for få, ifølge Walaker.

Sikkerheten er noe det ikke tas lett på. Skien fengsel er nemlig ett av tre fengsler her i landet som er definert som høyrisikofengsel fordi det har egne avdelinger med særlig høyt sikkerhetsnivå. Massemorderen Anders Behring Breivik er en av de høyprofilerte innsatte som for tiden soner i en slik avdeling i fengselet.

LOJALITETEN LIGGER HOS SKIEN KOMMUNE. Mens kriminalomsorgen





Somatikk: Mette Berg Walaker fjerner sting og gjør sårstell.



har ansvaret for at soningen skjer på en måte som er trygg for samfunnet og som motvirker straffbare handlinger, har Skien kommune ansvaret for at innsatte får den helshjelpen de har krav på.

– Det er Skien kommune som er vår arbeidsgiver, selv om vår arbeidsplass ligger inne i et fengsel, sier Walaker.

Likevel er det ikke til å stikke under en stol at det er Kriminalomsorgens regler som gjelder innenfor murene. Første hensyn er at de innsatte skal gjennomgå soning, mens sykepleierne er opptatt av helsen til de innsatte.

– Hvordan er det å jobbe bak låste dører?

– Det er ikke særlig helsefremmende å sitte i fengsel. Så fra vårt faglige ståsted er det en litt uvanlig situasjon. Likevel er det enkelte av de «gamle» traverser som kan føle det som en trygghet og som godt å sone. De får mat og rutiner som kan føles trygge, sier Walaker.

Men selv om arbeidslokalene er uvanlige, er begge sykepleierne klare på at lojaliteten ligger hos arbeidsgiver.

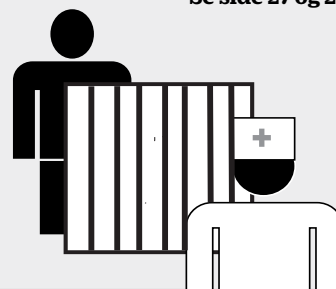
– Det er viktig for oss å ha en sterk bindingen til kommunen. Som enhetsleder har jeg blant annet regelmessige møter med fagsjefen for spesialiserte tjenester i kommunen. Å holde tett kontakt med arbeidsgiver er viktig slik at det er tydelig at vi er en helsetjeneste, ikke en del av kriminalomsorgen, sier Walaker.

DIABETES. Spesialsykepleier Thorsteinsen gjør seg klar til å ta imot en pasient som skal måle blodsukker. Det foregår på laboratoriet.

Den innsatte hilser og setter seg ned i stolen som

Sykepleien gjennomførte en spørreundersøkelse blant sykepleiere som jobber i fengselshelsetjenesten i januar. 37 fengselssykepleiere deltok.

Se side 27 og 28



Grafikk: Sissel Vetter

er beregnet til ham. Han strekker frem hånden og gjør seg klar for et lite stikk. Dette går han igjennom regelmessig.

– Det er viktig at blodsukkeret er godt regulert, sier han.

Thorsteinsen smiler, tar en liten bloddråpe med seg bort til måleren og venter på resultatet.

– Er det for høyt eller lavt, må vi sette inn tiltak, sier hun.

Både Thorsteinsen og den innsatte er fornøyd med resultatet, og også han sluses tilbake til fengselsdelen.

HØRER PÅ HVA VI SIER. Thorsteinsen og Walaker opplever samarbeidet med kriminalomsorgen som godt.

– De hører på hva vi sier og gjør det de kan for at våre anbefalinger blir gjennomført, sier Thorsteinsen.

Men mange sykepleiere opplever ifølge Sykepleiens spørreundersøkelse samarbeidet med kriminalomsorgen som utfordrende. 15 av 37 sykepleiere sier kriminalomsorgen har overprøvd behandling/tiltak som fengselshelsetjenesten har anbefalt. Av de 15 som har opplevd dette, sier 9 sykepleiere at det har skjedd mer enn 5 ganger de siste to årene.

En sykepleier som deltok i undersøkelsen sier det slik:

«Setter spørsmålstegn ved om det er behov for fremstilling til helsetjeneste utenfor fengselet og vil enkelte ganger ha en begrunnelse som vi som helsepersonell ikke kan gi på grunn av taushetsplikten».

– Det kan være frustrerende når en innsatt du har jobbet lenge med og lagt en plan for, plutselig

«Fengselshelsetjenesten kan lett bli en isolert gruppe helsearbeidere.»

Fra Sykepleiens spørreundersøkelse

overføres til et annet fengsel eller slippes ut tidligere enn antatt. Å se alt det habiliterende eller rehabiliterende arbeidet som er bygget opp rundt den innsatte med henhold til løslatelse falle sammen, er ikke lett, sier Walaker.

– *Hvordan ordner dere behandling til innsatte som har en kreftsykdom eller annen sykdom som må behandles på sykehus?*

– Det spørs litt hva det er som feiler dem og hvilken type behandling de skal ha. Alternativet er at de legges inn og soner under innleggelsen på paragraf 13 eller får soningsavbrudd dersom de må legges inn på sykehus for behandling. Enkelte gjennomfører soning i institusjon.

Benådning på grunn av sykdom skjer så å si aldri.

DÅRLIG PSYKE I FENGSEL. Over 90 prosent av de innsatte som var med i en kartleggingsundersøkelse fra Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, i Helseregion Sør-Øst, viste tegn på personlighetsforstyrrelse eller en psykisk lidelse. Undersøkelsen er den største som er gjort i Norge. 857 domfelte kvinner og menn av de rundt 3 650 innsatte, er med i undersøkelsen som ble

gjennomført i perioden 2011–2013.

Resultatene viser at:

- 73 prosent har symptomer forenlig med en eller flere personlighetsforstyrrelser
- 65 prosent var rusmiddelavhengige før innsettelse i fengsel
- 42 prosent har symptomer på pågående angstlidelse
- 23 prosent har symptomer på pågående stemningslidelse
- 18 prosent har symptomer forenlig med ADHD
- 4,1 prosent har symptomer forenlig med pågående psykose
- Det var ingen vesentlige forskjeller mellom kvinner og menn.

En sykepleier i Sykepleiens spørreundersøkelse svarer dette om psykisk helsearbeid innenfor murene:

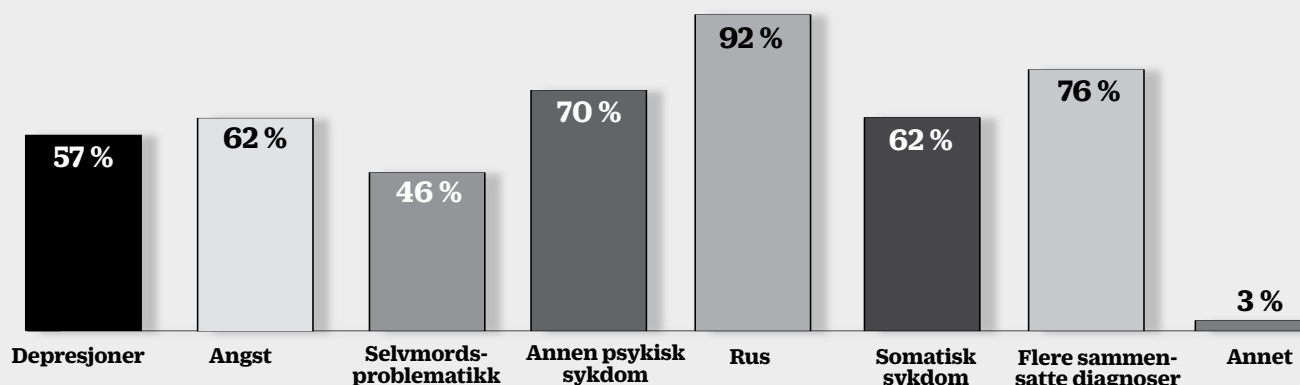
«Det er svært vanskelig å få lagt inn alvorlig psykisk syke innsatte fordi psykisk helsevern tenker de får dekket behovene bak murene. Mange av disse soner under totalt uverdige forhold. Det sier seg selv med 2 sykepleiere på 400 innsatte på kveldsvakt. Betjentene har ikke kompetanse eller forutsetninger til å drive nødvendig behandling/miljøterapi.»

De 37 fengselssykepleierne som deltok i Sykepleiens spørreundersøkelse trekker frem rus, psykisk helse og for liten tid som store utfordringer for fengselshelsetjenesten.

«Det sies ofte fra spesialisthelsetjenesten at innsatte får god nok helsehjelp i fengselet. Samt at det er vanskelig å få etablert støtteapparat som er til stede når innsatte løslates. Der ved løslates innsatte ofte til «ingenting»,



Hvilke sykdommer/lidelser jobber dere mest med i fengselshelsetjenesten der du er (Flere kryss mulig)?





og veien til rus/nye lovbrudd er kort». (Kommentar fra sykepleier i Sykepleiens spørreundersøkelse)

KARTLEGGER VED INNKOMST. Helseavdelingen i Skien fengsel får beskjed med en gang det kommer nye innsatte.

– Vi prøver å gjennomføre en innsatstsamtale første dagen. Målet er i første omgang en kort prat eller undersøkelse med tanke på om det er noe som må tas der og da. Vi gjennomfører også en omfattende helsekartlegging, sier Walaker.

– Vi skal ikke foreta medisinske vurderinger, men vi har fått kursing slik at vi kan oppdage røde flagg. For eksempel ved selvmordsfare. Vi jobber tett med både lege, psykolog og psykiater, sier Thorsteinsen.

Ved behov for øyeblikkelig hjelp eller halv-øyeblikkelig hjelp, kan pasientene fremstilles til legevakten for vurdering av sin helsetilstand.

– Har dere mange selvmordsforsøk?

– Vi har noen av mindre eller mer alvorlig art i løpet av et år, sier Walaker.

28 av 37 sykepleierne i Sykepleiens spørreundersøkelse sier de har opplevd at innsatte har gjort selvmordsforsøk. 11 sykepleiere sier det har skjedd med mer enn fem ganger de siste to årene. 13 sykepleiere sier at selvmordsforsøket ble med ett forsøk. 10 sykepleiere sier at ett av selvmordsforsøkene endte med dødsfall, fire sykepleiere sier at to selvmordsforsøk endte i dødsfall og en sykepleier sier mer enn fem selvmordsforsøk endte med dødsfall.

Walaker sier at de er ekstra oppmerksomme på innsatte som skal sone første gang og varetektsinnsatte som er i en sårbar posisjon.

– Hvis de i tillegg er veldig unge, passer vi ekstra på.

«Vanskelig rolle som helsepersonell med tanke på taushetsplikt – at vi ikke skal inn i straffegjennomføringsavgjørelser som avgjøres i råds-møter samt problematikk rundt sikkerhetscelle og vurderinger rundt det. Utfordringer rundt de som er alvorlig personlighetsforstyrret: mange engasjerer seg og ønsker mye rundt disse innsatte



«Enkelte av de «gamle» traverne kan føle det som en trygghet og som godt å sone.» Mette Berg Walaker

som ikke alltid helsepersonell kan eller skal innfri». (Kommentar fra sykepleier fra Sykepleiens spørreundersøkelse).

ISOLASJON. De to sykepleierne vil ikke uttale seg om deres mest kjente innsatte, Anders Behring Breivik, på grunn av taushetsplikten. Det de kan si noe om, er innsatte generelt som sitter på isolasjon.

– Vi har egne prosedyrer for dem som sitter på isolasjon. Noen velger å selvisolere seg. Det vil si at de velger å sitte på en korttidsavdeling fremfor å overflyttes til en boenhetsavdeling hvor man

sitter mindre innelåst på cella. Andre sitter på isolasjon etter krav fra politiet. Vi passer ekstra godt på dem som sitter på isolasjon. Det gjør vi både gjennom samtaler og observasjon for å sjekke om det skjer endringer i atferd. Også andre tjenester som for eksempel prestetjenesten er ekstra oppmerksomme på denne gruppen innsatte, sier Walaker.

Fra sykepleiernes faglige ståsted er det ønskelig at de innsatte så fort som mulig overflyttes fra korttidsavdelingen til boenhetsavdelingene hvor soningsforholdene er bedre. Det at de innsatte må sitte isolert er fengselet eller politiets ansvarsområde.

Det gjelder imidlertid ikke dem som sitter på høyrisiko. For dem gjelder et eget lovverk. Men alle som soner i Skien fengsel får tilbud om helsetjeneste fra helseavdelingen.

Alle innsatte får også tilbud om sysselsetting eller utdanning. Det gjelder også dem på isolat.

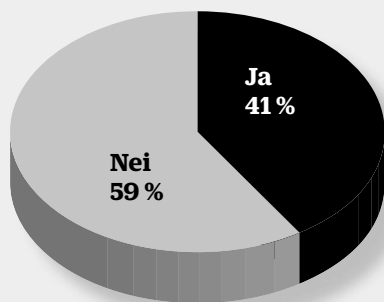
– Det er dårlig med utdanning av de innsatte, sier Walaker og viser til Fafos rapport fra 2004 og SSBs rapport fra 2015.

Der kommer det frem at det generelt er et lavt utdanningsnivå blant de innsatte i norske fengsler. Videregående utdanning i kommunen har ansvaret for å legge forholdene til rette slik at de innsatte ikke går direkte herfra og ut i samfunnet, men at soningsforholdene forbereder dem på livet utenfor murene.

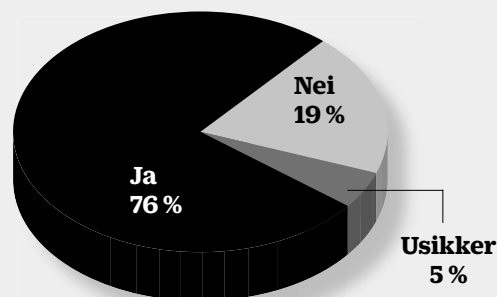
Sykepleierne prøver å få til et godt samarbeid med den innsattes hjemkommune med tanke på videre oppfølging rundt helsemessige utfordringer.

– Det gjør vi for å sikre god kontinuitet i planarbeid etter løslatelsen, sier Walaker.

I løpet av de to siste årene: Har du opplevd at kriminalomsorgen har overprøvd behandling/tiltak som fengselshelsetjenesten har anbefalt?



Har du opplevd at innsatte har gjort selvmordsforsøk de siste to årene?



– Det kan for eksempel være tiltak som sørger for at de får en jobb å gå til, eller fortsetter skolegang, sier Thorsteinsen.

TØFFE SAKER. De to sykepleierne prøver å være objektive i møte med innsatte uansett hva de har gjort.

– Det kan være en ekstra belastning for oss helsepersonell når media omtaler innsatte i spesielle saker. Særlig når det dreier seg om profilerte og alvorlige vold- og overgrepssaker, sier Thorsteinsen.

– Vårt mål er å møte de innsatte på en profesjonell måte som helsepersonell. I noen tilfeller kan kjemi også virke inn i relasjonen mellom ansatte og innsatte, sier Walaker.

Sykepleierne får regelmessig veiledning i gruppe, noe de opplever som både viktig og nyttig. Ikke minst fordi de er et lite miljø.

– Vi går igjennom etiske refleksjoner. Det er viktig med veiledning for å kunne ta opp ting som er vanskelige å snakke om, sier Thorsteinsen.

– Det er også viktig at vi får faglige impulser utenifra. På den måten holder vi oss oppdatert og arbeider i tråd med nasjonale retningslinjer og faglige anbefalinger. Vi kan ikke bare konsentrere oss om hva som foregår i vår egen lille «boble» utenfor resten av samfunnet, sier Walaker.

KONTAKT. Innsatte kan ta kontakt med helseavdelingen ved behov.

– De kan sende brev eller beskjed direkte til helseavdelingen i en lukket konvolutt, uavhengig av betjentene. På den måten er det bare vi som kan lese beskjeden.

Sivilombudsmannen har tidligere gitt påpakning til et fengsel som videresendte innsattes post

fra helseinstitusjoner til helseavdelingen. Grunnen er at innsatte ikke skal vite når det har timeavtale på grunn av rømningsfare.

– Åpner dere post fra helseinstitusjoner som er til innsatte?

– Vi ber sykehus om ikke å sende timeavtaler til innsatte, men å adressere slik informasjon direkte til oss.

Som tidligere nevnt huser Skien fengsel noen av



«Er det innsatte vi er utrygge på, går vi ofte to stykker inn.» Inger Kallevig Thorsteinsen

Norges mest kjente innsatte. Taushetsplikt og sikkerhet står høyt på dagsorden.

– Vi får mange henvendelser fra advokater, presse og andre som vil ha informasjon om innsatte. Det er derfor viktig at vi er solide på regelverket slik at ikke personopplysninger spres til feil folk.

TRYGG PÅ JOBB. – Har noen av dere opplevd truende situasjoner på jobb?

– Vi går med alarmer, sier Walaker og viser frem en liten «dings» hun har festet på hofta.

– Med denne føler jeg meg helt trygg. Hvis noe skulle skje, trekker jeg ut snoren og flere

betjenter kommer raskt til unnsetning.

– Har det skjedd?

– Det er sjelden. Jeg har jobbet her siden 1999, så noen episoder har det vært, men ingen alvorlige. Jeg har også jobbet i sikkerhetspsykiatrien før jeg begynte her. Der skjedde det vel så mye, sier Walaker.

– Er det innsatte vi er utrygge på, går vi ofte to stykker inn. I sjeldne tilfeller kan vi ha en betjent med inn i samtalen. Det kan gi noen utfordringer med tanke på taushetsplikten og er dermed noe vi helst unngår, sier Thorsteinsen.

GLAD I JOBBEN. Begge sykepleierne liker jobben bak låste dører.

– Det er lærerikt og byr på nye utfordringer som skal løses nesten hver dag. Ingen tilfeller er helt like, sier Thorsteinsen.

De liker begge to selvstendigheten jobben gir, og at de får brukt et stort spekter av sin fagkunnskap.

– Det er en myte at de innsattes helseproblemer «bare» er rus og psykiatri. Det er mye somatisk, vi gjør både sårstell, deler ut medisiner og tar blodprøver. Smittevern rundt for eksempel tuberkulose er et område vi har egne prosedyrer rundt, sier Walaker.

MANIPULERING. Det er en stor andel av de innsatte som har personlighetsforstyrrelser.

– Er det riktig at innsatte gjør det de kan for å manipulere for å få tak i medisiner?

– Vi har tatt våre forholdsregler. Vi har blant annet organisert oss slik at en av oss har ansvaret for en innsatt. På den måten unngår vi at de innsatte kan si at «den» og «den» lovte meg det. I tillegg dokumenterer vi alt vi gjør og skanner inn både lapper og beskjeder. Da er det lett å gå tilbake og sjekke opplysninger, sier Thorsteinsen.

– Selv om vi sykepleiere får forespørsel om medisiner, er det legens ansvar å forordne alle typer medisiner til innsatte, legger Walaker til.

Det sitter en ny innsatt på venterommet. Thorsteinsen går for å gjøre klart undersøkelsesrommet for en ny pasient. Populasjonen bak murene er ikke som den utenfor.

– Mange har en tøff bakgrunn, og de har høyere sykkelighet enn ellers i befolkningen. Innsatte kan komme med abscesser, bruddskader eller andre skader etter ulykker. Mange er preget av at de har levd et hardt liv, sier Walaker.

Noen ting synes hun er tøft å se.

– Vi har generasjoner av innsatte. Du ser noen gjengangere som går inn og ut av fengselsporten, for så etter noen år å se sønnen dukke opp. Det er trist, sier Walaker. ●

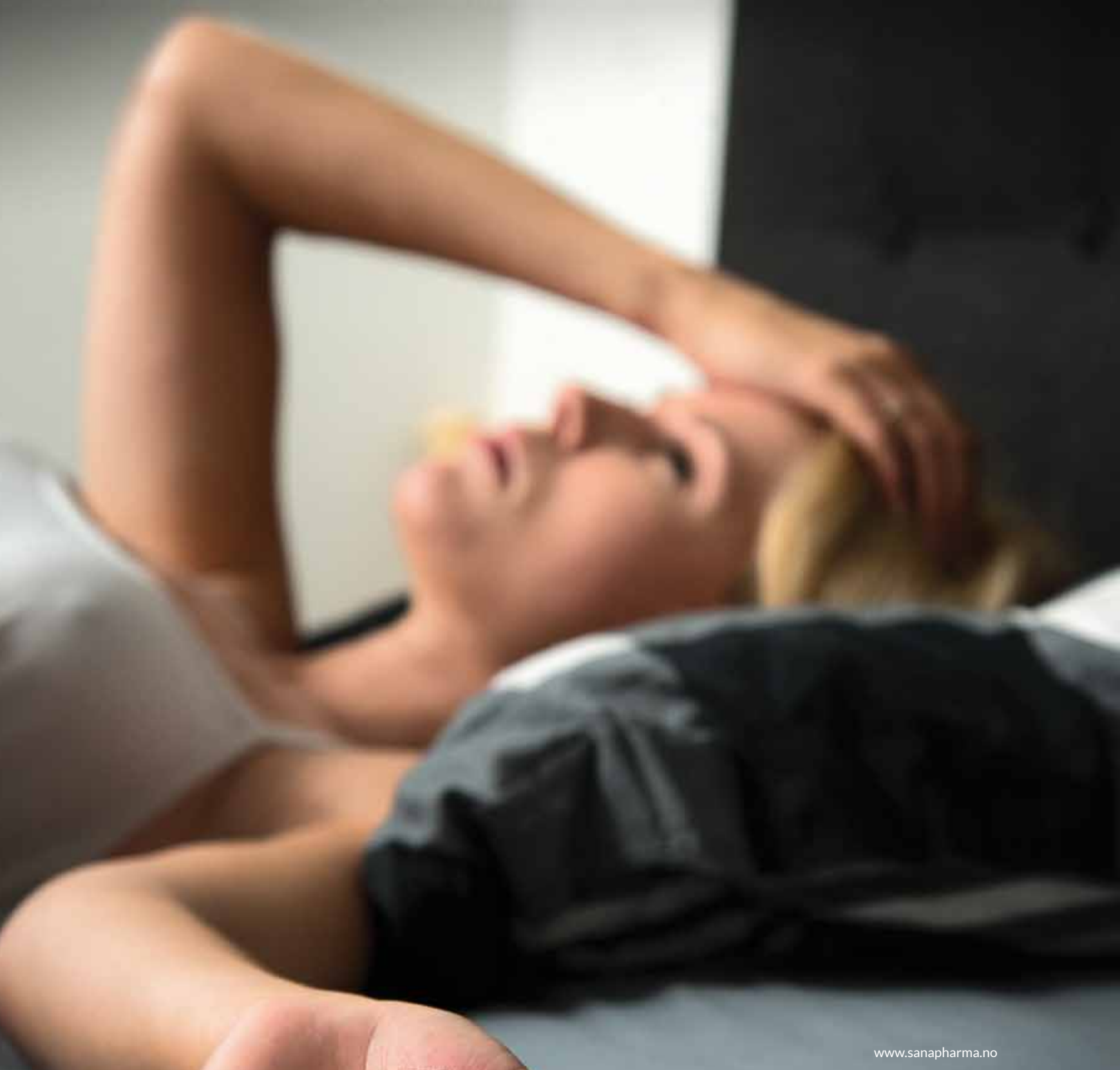
Kilder: Sykepleiens spørreundersøkelse sendt til sykepleiere som jobber i fengsel. Rapport: «Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler». Årsrapport 2014, «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel». Utgitt av Helsedirektoratet 31.08.2015.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

10 største fengsel i landet

Kommune	Fengsel	Totalt antall innsatte	Sykepleier t/per uke	Lege t/per uke	Tilskudd fra Helsedirektoratet
Oslo	Oslo fengsel	415	475,28	56,25	20 014 000
Halden	Halden fengsel	258	313	26,5	9 150 000
Ullensaker	Ullersmo fengsel	255	216,55	37,5	7 375 000
Bergen	Bergen fengsel	252	308	22,5	10 500 000
Trondheim	Trondheim fengsel	210	150	33,75	5 600 000
Hå	Åna fengsel	178	150	22,5	5 735 000
Ringerike	Ringerike fengsel	160	149	13,5	5 578 500
Bærum	Ila fengsel	124	177,5	21	7 150 000
Kongsvinger	Kongsvinger fengsel	117	8	7,5	3 307 100
Horten	Bastøy fengsel	115	45	4,5	1 610 000

For fullstendig landsoversikt, se sykepleien.no



www.sanapharma.no

Sedix «Tilman»

ATC-nr.: N05CM

Plantebasert sedativum. Beroligende.

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, filmdrasjerte, 200 mg. Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Voksne og barn >12 år: Til bruk for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. **Dosering:** Kan brukes sporadisk eller over kortere perioder, eller som langtidsbehandling under regelmessig vurdering av lege. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, ½ time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Interaksjoner:** Ingen data. **Fertilitet, graviditet og amming:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ukjent frekvens: 1 tilfelle av overfølsomhet (vaskulitt) og 1 tilfelle av kvalme og takykardi. **Overdosering/forgiftninger:** Ingen tilfeller rapportert. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. Pakning: 28 stk. blisterpakning. (SPC 21.10.2015)

**NYHET**

Behandling for uro og søvnproblemer

Omtrent en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnproblemer¹, og riktig og trygg behandling kan være utfordrende å finne. SedixTM er et legemiddel som letter innsovning og lindrer uro uten påvist avhengighet^{2,3}.

Toleranseutvikling eller abstinens etter seponering er ikke rapportert som bivirkninger ved bruk av Sedix^{TM2,3}. Det er heller ikke rapportert sløvhets eller residualeffekter (hangover)³. Dette gjør at pasienter som behandles med SedixTM også kan fungere godt på dagtid. Legemidlet selges i flere europeiske land.



- ✓ Demper uro – letter innsovning
- ✓ Ikke påvist avhengighet^{2,3}
- ✓ Ingen sløvende effekt³

Kan brukes av barn over 12 år

¹Folkehelseinstituttet, Om søvn og søvnvansker, 12.12.2013/14.03.2015; ²Sedix, pakningsvedlegg, godkjent 21.10.2015; ³European database of suspected adverse drug reaction reports, www.adrreports.eu



Ikke lenger legens håndlanger

Drammen. På akuttmottaket gjør sykepleierne oppgaver som legene pleier å gjøre: Behandler brudd og lindrer smerte med blokade.

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Klipp, klipp. Brekk, brekk. Sykepleier Birgit Frivoll vrenger av gipsen på beinet til Mona Legernes. En blålig fot og tre sydde sår kommer til syne. Det er en uke siden hun ble operert for ankelbrudd. Forleden kjente hun at det ble klissete inni gipsen, og det begynte å svi. Derfor fant hun veien hit til frakturklinikken. Og ganske riktig, undersiden av hælen er dekket av rødsvarmt blod.

– Sårene ser helt fine ut. Og det blør ikke lenger, konstaterer sykepleier Frivoll.

Hun renser, sjekker sirkulasjonen og gjør klar ny gips.

Den sykepleierdrevne bruddklinikken startet opp sist høst på akuttmottaket på Drammen sykehus. Frivoll er en av ti sykepleiere som behandler brudd. Flere er på vei.

Noen rom lenger borte, på observasjonsposten,

har sykepleierne lært å sette blokade, det vil si lokal anestesi, blant annet på hoftebruddpasienter. Sykepleierne avlaster dermed de travle anestesilegene, og pasientene blir raskere smertelindret.

SKLEI PÅ EN ISSVULL. Mona Legernes er klar for ny gips. Det var da hun sto på miniski at hun sklei på en issvull. Skien forsvant så altfor langt til høyre, og foten sto plutselig ut i en rar vinkel. Ankelbruddet krevde operasjon.

«Det er ikke gjort over natta å lære dette.» Birgit Frivoll, fraktursykepleier

Å bli behandlet av sykepleiere har Legernes ingenting imot:

– De er kjempeflinke og tar godt vare på oss, sier hun.

Inspirasjonen kom fra Skottland, forteller Birgit Frivoll, som er klar med den fuktige kalkgipsen:

– Vi reiste til Glasgow for å se på frakturklinikken der, drevet av sykepleiere. Vi så hvor effektivt det var.

KVALITETSSJEKK HOS OVERLEGEN. Et viktig mål var å få ned ventetiden for pasientene. I september satte sykepleierne i gang etter å ha lært seg både å tolke røntgenbilder og gipse. Nå kommer pasientene rett på bruddklinikken via fastlege eller legevakt.

– Kommer de uten henvisning, rekvirerer vi røntgenbilder. Om vi finner brudd, setter vi i gang



Selvstendig: – Mengde-
trening er nødvendig,
sier Birgit Frivoll, som
behandler knekte og
skadde knokler og bein.
Mona Legernes har
brukket ankel og skal
få ny gips.

Fakta

I Drammen

Fraktursykepleierne har behandlet om lag 2 500 pasienter siden september i 2015. En av tre hoftebruddpasienter får blokad av sykepleier innen 30 minutter etter ankomst.

Kilde: Akuttmottaket, Drammen sykehus

behandling, som gipsing og avlastning med fatle eller krykker, sier Frivoll.

Alt de gjør med pasienten noterer de i en god, gammeldags skrivebok. Dagen etter tar de med

seg boken til morgenmøtet med overlegen i ortopedi. Der blir hver pasient diskutert: Vurderte de rett dagen før? Slik kvalitetssikres behandlingen.

– Blir det ofte feil?

– Det er det det ikke gjør. Overlegen er så fornøyd, sier Frivoll.

Føles gipsen for stram eller smertene for sterke, kan pasientene ringe dem på en egen vakttelefon – hele døgnet.

BEIN OG KNOKLER. Typiske brudd sykepleierne behandler er i kragebein, albue og skulder.

– Og greenstick-fraktur på barn.

– ?

– Det er som å prøve å knekke en kvist full av sevje. Den knekker ikke tvert, slik en tørr gjør, forklarer Frivoll.

Det er mye som kan brette i en kropp: Håndledd og tær. Overarmer, underarmer. Skinnebein, håndrotsknokler og fingerknokler. Fingre skades, men det er ikke alltid brudd. Droppfinger, for eksempel, vil si at første leddet henger.

– Det stabiliserer vi.

– Hva behandler dere ikke?

– Luksasjon. Skuldre, albuer eller knær som er ute av ledd. De pasientene er ikke her. Og hvis håndleddet er feilstilt etter et brudd, må det dras på plass. Det tar turnuslegen – foreløpig.

Fraktursykepleierne spesialiserer seg på hver sine felt.

– Jeg har håndledd, opplyser Frivoll.

TRYKKER PÅ NEGLESENGENE. Anamnese og detaljer om hvordan skaden





På kurs: – Vi lærer det på en dag, mens legene trenger sju år, tuller sykepleierne som har gipsekurs i dag. Hilde Torp har for anledningen fått på kamgips for metakarp-fraktur, altså brudd i mellomhåndsbena. Trine Haugsmark (t.h.) og Ingvild Pettersen Grande over. Barbro Getz underviser.



→ skjedde er viktig for behandlingen. I tillegg til å tolke røntgenbildene, vurderer de også skaden klinisk.

– Vi ser på sensibilitet, stabilitet og sirkulasjon. Sjekker om begge hendene er like varme.

Frivoll viser hvordan hun trykker på neglesengene for å sjekke kapillærfyllningene. Når hun presser på fingerne, tømmes de små blodårene for blod, og huden under neglen blir hvit. Det bør ta maks to sekunder for kapillærene å fylles. Tar det lengre tid før huden får normal farge, indikerer det dårlig blodsirkulasjon.

Er beinet hovent? Det påvirker i så fall stabiliteten i leddet og kan øke faren for senskader.

– Det er ikke gjort over natta å lære dette her. Vi trenger mengdetrening.

Pasienten reiser seg med nygipset fot.

– Bare ring hvis det er noe, sier Frivoll til avskjed.

NY GIPSTYPE. Siste nytt i gipsing er at kalk skal erstattes av trematerialet «woodcast». Det mykner når det varmes og kan formes som man vil. Den nye gipsen er giftfri og støver ikke.

– Vi slipper å bruke hansker, og materialet kan brukes på nytt. Se hvor denne kalken støver! Vi må ha rundvask flere ganger i året.

– Er det krevende å følge med?

– Noen trenger mer tid enn andre. Vi har stort ansvar. Du er nødt til å tørre å stå i det og presse deg sjøl, ta avgjørelser du kanskje ikke er trygg på.

«Vi har satt blokkade ti minutter etter ankomst.» Erik A. Stokke, sykepleier

Men vi er ikke håndlangere lenger. Vi jobber selvstendig, rett og slett.

Det kommer stadig nye turnusleger til mottaket.

– Fordi vi har bistått så lenge med gipsing, er vi en god læringskilde for turnuslegene, sier Birgit Frivoll.

HOFTEBRUDD RETT PÅ POST. Det er rolig på akuttmottakets observasjonspost for øyeblikket. Ingen hoftepasienter er i sikte. Sykepleier Erik A. Stokke er dagansvarlig, men har ellers også turnus i mottaket.

Posten har fått tre såkalte «fast track-sløyfer» – for hoftebrudd, hjernerystelse og fremre skulderluksasjon.

– Her har sykepleierne bedre tid til å observere, og lokalene er tilrettelagt for det, sier Stokke.

Pasientene må ha klare kliniske tegn på hoftebrudd for å komme direkte til observasjonsposten,

som har 12 senger. De kan ha blitt vurdert av hjemmesykepleien eller av ambulansepersonell.

– Pasientene her er ofte eldre og kan ha flere tilleggsskader. De trenger dermed hyppigere tilsyn, sier Stokke.

– Er dere opptatt av å unngå delir?

– Ønsket med fast track-sløyfene er å gjøre det bedre for pasientene. Å bruke lokal smertelindring framfor opiater er også med på å forebygge delir. De store vinduene her gir godt innsyn til pasienten så vi tidlig kan fange opp delirtilstander.

Observasjonsposten behandler cirka ett hoftebrudd i døgnet. De fleste hoftebrudd skjer inne og er mindre sesongbetont enn andre brudd. Håndledds- og ankelbrudd øker derimot om vinteren. Det skjer gjerne på handlesenteret eller på veien ned til postkassen, forteller Stokke.

BEDØVER LOKALT. 18 sykepleiere kan nå sette blokade i lysken. Åtte av dem kan også sette i skulder.

Den lokale anestesi – blokaden – settes slik: Huden penetreres først med en spiss nål. Så bytter man til en butt nål, for å kunne kjenne at den går gjennom to hinner – fascia lata og fascia iliaca. Da vet man at man er på riktig sted, og bedøvelsesblandingen kan injiseres.

Stokke begynte å utdanne seg i dette for et år siden og har satt over 20 blokader.

– Før kunne pasientene vente på anestesi legen i to timer før de fikk blokade. Nå har vi satt blokade ti minutter etter pasientens ankomst. Sykepleierne er jo alltid til stede. Det er en stor gevinst. Pasientene slutter å spenne seg når de blir smertelindret, og det blir mer skånsomt for dem når vi flytter på dem og utfører prosedyrer. Vi bestiller også røntgen for legen og slipper unødig ventetid, sier han.

Blokade krever beredskap i tilfelle allergisk reaksjon. Foreløpig har ingen reagert.

– Dere har overtatt etter anestesi legen?

– Å tenke nytt i helsevesenet kan være vanskelig. Man møter fort holdningen: «Sånn er det bare.» Men har man avdelingsledere som ser muligheter, kan man få til mye, sier Stokke.

LIKER IKKE ORDET OPPGAVEGLIDNING. Aslaug Henneseid, avdelingssykepleier på akutt-mottaket, liker å få til ting og få flokken med seg. Det har ikke vært vanskelig:

– Sykepleierne jobber hardt og er kompetansesugne. De er glade i jobben sin.

Planen er også at sykepleierne skal lære å suturere.

– Så kan de sy kuttskader. Vi må begynne i det små. De skal også lære å reponere skulder. Da må de gi blokade.

Hun berømmer avdelingssjefen Lukas Månsson, som i høyt tempo kommer inn på kontoret hennes. Han er ortoped og ikke redd for at

sykepleierne får ansvar.

– Så når sykepleiere tar over legenes oppgaver, så er alt er tipp topp?

– Hva som er sykepleieroppgaver og hva som er legeoppgaver er jo ikke definert noe sted. Det viktigste er å hjelpe pasienten best mulig og finne ut hvor vi finner kompetansen, sier Månsson.

Før var det anestesi legenes ansvar å sette blokade.



«Det er en bonus at sykepleierne får en mer interessant arbeidsdag» Lukas Månsson, avdelingssjef

– Som vakthavende skal de serve fødeavdelingen, de må ut preshospitalet og de må følge intensivpasienten til Oslo. Da må andre pasienter vente. Det er enkel analyse: Vi må bruke kompetansen best mulig. Målet er ikke oppgaveglidning. Det er et stygt ord, som antyder at noen er ute etter å stjele oppgaver fra andre: «Nå skal radiografene stjele oppgaver fra røntgenlegene.» Det skaper bare konflikt. Her er vi opptatt av hvordan løse problemet her og nå, sier Månsson.

MOTSTAND BLANT LEGENE. Lukas Månsson legger ikke skjul på at det var motstand blant legene i forkant: «Kan sykepleierne virkelig

håndtere en hofteblokade? Hva hvis det blir komplikasjoner?»

– Man må ta det rasjonelt, ta vekk følelsene. Det er jo likevel sykepleierne som observerer om det oppstår komplikasjoner.

Den nye ordningen med fraktursykepleiere har ført til en mer standardisert skadebehandling.

– Det minsker risiko for feil. Vi driver ikke med cowboyvirksomhet. Vi er sikre på at det er riktig for pasientene. Og det er en bonus at sykepleierne får en mer interessant arbeidsdag. Vi bygger stein på stein, sier avdelingssjef Månsson.

De to lederne er enige om at man ikke må gape for høyt:

– Vi må ta det vi vet vi kan gjennomføre. Vi er ikke ute etter å lage konflikt. Ting kan strande hvis budskapet er at «nå skal vi lage den nye supersykepleieren» uten at endringen er forankret hos legene.

Henneseid bekrefter at de er avhengig av legeledelsens velsignelse for å få til endring:

– Månsson er en lege som jobber for sykepleierne. Uten ham hadde det ikke gått, sier hun.

Så langt har fraktursykepleierne behandlet om lag 2 500 pasienter selvstendig.

– Ingen avvik eller pasientklager er mottatt så langt, sier Henneseid. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleien APP
og sykepleien.no

Se video:

Se hvordan Birgit Frivoll gipser en pasient med ankelbrudd. Du finner videoen på Sykepleiens app for lesebrett og sykepleien.no



Setter anestesi: Sykepleier Erik A. Stokke har satt over 20 blokader på observasjonsposten.



Tilbake til kjernen

– Sykepleieforskning bør handle om sykepleie

● Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**

Kritisk. – Krav om tverrfaglig forskning gjør at sykepleie som sådan taper terreng, hevder Åshild Fause, som vil ha forskningen tilbake til kjernen i faget.

Å tenke tverrfaglig blir gjerne trukket frem som et tegn på soliditet. Det kan stilles krav når forskningsmidler skal fordeles, grupper settes sammen og prosjekter utformes.

Alle er derimot ikke like begeistret for tverrfaglig forskning og for hvordan det virker inn på sykepleierfagets posisjon.

– Faren er at sykepleiefokuset lett blir borte, sukker Åshild Fause, som er førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag på Universitetet i Tromsø.

– Problemet med mye av dagens «sykepleieforskning» blir at den rett og slett ikke handler om sykepleie.

OBSERVERE OG GJØRE. Som forsker har Fause vært opptatt av å vise sykepleiens betydning for hvordan pasienten blir ivaretatt, og historiske perspektiver går som en rød tråd gjennom mye av hennes virke. Selv om hennes eget virke må

kunne defineres som nettopp tverrfaglig, er Fause langt ifra tilfreds med hvordan tverrfaglighet kommer til uttrykk i dagens sykepleieforskning.

– Sykepleie handler om å observere og å gjøre, og det er det sykepleieforskning primært bør være opptatt av, understreker hun.

– Selvsagt må man samarbeide med andre, og sykepleiere har alltid samarbeidet med andre yrkesgrupper, men for å få til et godt samarbeid, er det viktig at man har en tydelig yrkesprofil og faglig trygghet på sitt felt.

Selv blir hun bare mer og mer bevisst på at et vesentlig bidrag til sykepleiens kunnskapsgrunnlaget er å finne i sykepleiens tradisjon og historie.

– Gjennom empiriske nærstudier av sykepleieutøvelse over tid ser vi at fag og utøvelse har endret og utviklet seg. Noe har aktualitet fortsatt, mens andre forhold er borte. Fordi dagens kunnskapsgrunnlag og sykepleieutøvelse også bygger på tidligere praksis, er sykepleiekunnskap et historisk produkt.

MISFORSTÅTTE MÅLESTUDIER. Fause understreker at sykepleiere selvsagt innhenter sin kunnskap fra en rekke fagfelt og mener reelt tverrfaglig samarbeid mellom for eksempel sykepleiere og leger er essensielt for god utøvelse av faget.

– Uten det tette og nære samarbeidet med legene, hadde verken sykepleie eller medisin kunnet utviklet sine fag. Men om man skal kalle noe for sykepleieforskning, bør det i større grad dreie seg om selve faget vårt.

«Sykepleie handler om å observere og å gjøre.» Åshild Fause

Dersom sykepleieforskere bruker tiden sin på rene målestudier som andre fagpersoner like godt kunne gjort, er dette ifølge Fause en misforstått prioritering.

– Overalt er det i dag et krav om tverrfaglighet for å få støtte til forskningsprosjekter, og vi ser at sykepleiere som gjør målestudier ofte er tatt opp i forskningsgrupper der leger dominerer. I slike miljøer taper sykepleierne terreng og posisjon.

UENIG. Den erfarne forskeren Anners Lerdal er ikke entydig enig i Fauses konklusjoner.

– På noen områder trenger sykepleievitenskapen å drive egen forskning, men min erfaring fra tverrfaglig forskning på kliniske problemstillinger er at resultatene herfra ofte gir en mer helhetlig forståelse av pasientens situasjon enn om de blir studert kun ut fra én profesjonsperspektiv.

Lerdal, som er sykepleier, professor II ved UiO og forskningsleder ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, mener løsningene ofte blir mer sammensatte, bedre for pasientene og lettere anvendt når et tverrfaglig forskerteam diskuterer konsekvenser av funn.

– Deltakere i et tverrfaglig team lærer dessuten mye om hverandres profesjoner og tenkemåter. Dette kan bidra til bedre samarbeid i pasientbehandlingen i tilfeller der forskerne også er klinikere.

Lerdal kan gå med på at en del av forskningen sykepleiere driver med nok kunne vært utført av andre faggrupper, men er ikke enig i at dette nødvendigvis er problematisk.

– Vi behøver ikke være så engstelige for at forskning sykepleiere driver også bidrar til andre fag og profesjoner. God forskning bidrar til anerkjennelse, og det er viktig at vi «snakker opp» god forskning som gjøres av sykepleiere.



Historisk orientert: Åshild Fause ved UiT mener mye av kunnskapsgrunnlaget for sykepleie er å finne i tradisjon og historie.

MINDRE SYNLIGE. Åshild Fause er på sin side opptatt av at sykepleiere som bedriver forskning, i større grad bør være opptatt av hva det er som gjør faget unikt.

– Muligheten for å kunne utøve god sykepleie blir stadig mer begrenset. Det handler da gjerne om organisering, ledelse og ressurser. Derfor er det viktig å tydeliggjøre faget og hva vi gjør, understreker hun.

Ifølge Fause er nemlig sykepleiere og deres bidrag blitt langt mindre synlig i samfunnet i dag enn tidligere.

– Jeg mener sykepleie er det faget som i dag er mest utsatt innen helsevesenet. Det eneste stedet der du for eksempel ser ordet «pleie» på universitetssykehuset her i Tromsø i dag, er på skiltene som blir satt opp med «Her utføres gultpleie».

«Det er viktig at vi «snakker opp» god forskning som gjøres av sykepleiere»

Annars Lerdal

EN UTSATT POSISJON. Fause påpeker blant annet at sykepleieutdanningen i dag har tatt opp i seg så mye annet at det går på bekostning av det rent sykepleiefaglige.

– Utdanningen har ikke gjennomgått noen reel utvidelse siden 1948 da den første sykepleieloven kom. Utdanningen som den gangen krevdes for å

bli NSF-medlem var treårig, og det er den fremdeles, samtidig som det i dag er mange ulike fag som skal inkluderes. Og når mer skal inn i utdanningen, må det jo gå på bekostning av noe annet, påpeker Fause.

– Jeg kritiseres for å være gammeldags i min tilnærming og for ikke å følge med i tiden. Men jeg tror at min brede historiske kunnskap gjør meg i stand til å se utviklingstrekk, brudd og endring i faget. Og det jeg ser, er at faget sykepleie nå er i en utsatt posisjon der det stadig taper terreng.

Fause minner om at sykepleiere fortsatt er den største yrkesgruppa i det norske helsevesenet.

– Men forskningsmessig står vi svakt. Det er ikke mange forskningsgrupper som løfter fram sykepleiefaglige problemstillinger. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



De forbudte følelsene

Sjokk. I dag er det idyll hos Isaac (20 mnd) og mamma Iben, men for halvannet år siden så alt bare mørkt og håpløst ut.

● Tekst og foto **Kjersti Veel Krauss**

Det er en kald, grå og mørk novemberdag for snart ett og et halvt år siden. Iben Carøe René Hansen og mannen hennes Alexis er nettopp kommet til Telemark Sykehus til det de tror skal bli en rimelig normal fødsel. Deres andre sønn skal snart bli født med planlagt igangsettelse.

De vet at det vil bli en litt tøffere opplevelse denne gang. Babyen deres har dårlig tilførsel av mat og blod gjennom navlestrengen, og de trenger å få ham ut før tiden. Legene og jordmødrene har også nettopp informert dem om at de kommer til å måtte ta med gutten direkte til nyfødtintensiven etter fødselen. De vil dermed ikke få holde babyen med en gang. Alt dette er de forberedt på.

– Da han var ute, forsvant pleierne med ham som forventet, men jeg fikk ikke ut morkaken og

ble lagt i narkose for å operere den ut. Mens jeg lå i narkose, skjedde det mye, forteller Iben.

KAMERAET KLART. Det viser seg at babyen deres har navlestrengbrokk, en ganske sjelden misdannelse. Den må opereres så fort som overhodet mulig for at den nyfødte skal overleve. Alexis får beskjeden samtidig med en mistanke om at

«Det gjør så vondt å tenke på at han fikk beskjeden sånn.»

Iben Carøe René Hansen, mor

sønnen deres har Downs syndrom. Han står ved siden av undersøkelsesbenken med den nyfødte og opptil flere pleiere og leger. Kameraet er klart.

– Det gjør så vondt å tenke på at han fikk beskjeden sånn. Tenk for et press han følte. På å ta bilder, på å smile. Han stivnet helt, fikk ikke tatt bilder og var helt alene om nyheten.

Imens blir Iben trillet opp på nyfødtintensiven. Hun er på vei ut av narkosen, men er fortsatt omtåket og full av medikamenter. I rommet der Isaac ligger, er det mange mennesker. Leger, sykepleiere og ambulansepersonale. Vakthavende lege gir henne beskjeden hun aldri hadde drømt om å få:

– Ditt barn har navlestrengbrokk og må transporteres til Rikshospitalet øyeblikkelig. Vi har også mistanke om Downs syndrom.



Glede: Isaac er en frisk og aktiv fyr nå, og han elsker å leke.

Iben har fortsatt ikke fått holde barnet sitt eller se den nyfødte babyen. Ingen hadde oppdaget noe på ultralyd eller på rutineundersøkelser i løpet av svangerskapet. Alt går i svart. Hun hylskriker og sparker i sengen og slår hendene for ansiktet i et fortvilet forsøk på å skjule seg for alle som står rundt.

– Jeg fikk diagnosen før jeg fikk babyen min, sier hun stille og en tåre dirrer i øyekroken.

De legger Isaac på brystet hennes rett etter den beskjeden. Alle menneskene står fortsatt rundt den nybakte moren. De vil prate. Iben klarer ikke annet enn å pøse ut alle sine innerste tanker.

– Jeg husker jeg tenkte: «Hva vet egentlig du om meg?» «Hva gjør du her?» «Hvem er du?» «Hvorfor snakker du til meg?» I 30 sekunder lå han der på brystet mitt og jeg var helt i sjokk. Jeg så ham ikke

som en baby, jeg så ham som... jeg vet ikke ... noe annet. Ikke min.

DE FORBUDTE TANKENE. – Jeg var så full av fordommer, og det var som om verden raste sammen rundt meg. Det er få ganger i livet hvor man er helt irrasjonell, men jeg vet at jeg var det den natten, sukker hun.

Iben blir kjørt til Oslo i ambulanse og innlagt på barsel, mens Isaac ligger på operasjonsbordet på barnekirurgisk på Rikshospitalet. Hun sitter helt alene i en ny by, på et nytt sykehus og med nye mennesker rundt seg. I hodet hennes er det tusen tanker.

– Jeg håper han ikke kommer tilbake, tenkte jeg da de trillet ham bortover korridoren på Rikshospitalet morgenen etter.

I hagen utenfor huset i Skien sitter Isaac på et teppe foran Iben. Han har fått tenner nå. Han kryper bortover gresset som en racer. Han elsker med hele sitt hjerte. Han elsker mamma. Han elsker pappa. Han elsker storebror. Han har en spontan kjærlighet til alle menneskene rundt seg og til alt han ser. Øynene hans er varme og med en herlig glød.

Ibens øyne fylles med tårer mens hun ser på ham. Det er vondt å kjenne på de fortsatt ganske nye minnene fra de novemberdagene.

Rundt henne sprang fedre med bilseter og fårete smil om munnen. Mødre ga hverandre komplimenter for de søte små nurkene som ble trillet rundt i små plastikksenger.

– All denne gleden ble en ekstra byrde for meg. Jeg var så langt unna der de var, disse lykkelige menneskene med





Veslas koffert: Iben pakker individuelle gaver i hver av koffertene som skal ut til sykehus rundt i hele Norge.



Følelseskaos: Det var et sjokk å få beskjeden om at barnet de hadde fått kanskje hadde Downs syndrom.



Nært: Det er ikke sånn at barn med Downs viser kjærlighet til hele verden, men kjærligheten til dem som fortjener det er uendelig stor.

→ sine små perfekte babyer. Jeg hørte ikke hjemme.

Iben går i organisering-, logistikk- og overlevelsesmodus. Hun smyer seg gjennom gangene som en skygge. I skytteltrafikk mellom nyfødtintensiven og barselavdelingen. Fra kuvøser, slanger og steriliseringsvæsker til en rosa drømmeverden fylt av hoppende glade foreldre. Hun må møte opp til måltidene sammen med de andre på barsel hver dag.

– Alle var der, dag etter dag. De samme menneskene med babyene sine. Bare babyen min var ikke der ...

SORGEN. I tiden før operasjonen satt Iben og våket over Lillemann, som hun kalte ham. Navlestrengen hans hang i en pose og var festet i taket

på kuvøsen. Han veide ikke stort mer enn en melkekartong. Han var svært svak.

– Jeg ble sittende og se på babyen min i flere timer, eller, jeg satt ved siden av ham og gråt. Én gang puttet jeg en steril hånd inn i kuvøsen til ham. Jeg hadde ikke noen følelser, visste ikke hvem han var. Jeg følte ingenting annet enn sorg over babyen jeg ikke fikk, men han var mitt ansvar, min oppgave. Ut over det var jeg helt tom.

«Jeg hadde ikke noen følelser, visste ikke hvem han var.» Iben Carøe René Hansen, mor

Isaac kom seg fort av respiratoren og ble flyttet over til kirurgisk barnepost. Der ble han overvåket hele døgnet. Snart kom også Alexis og Timothy til Oslo og den lille familien forsøkte å kose seg litt også. Etter en uke var lille Isaac stabil nok til at de kunne sende ham tilbake til Telemark.

– Da vi kom til sykehuset husker jeg en sykepleier som kom og ønsket oss velkommen tilbake. Hun ga meg en stor klem. Jeg stivna helt for jeg ante ikke hvem det var.

– Er det ikke godt å komme hjem, spurte hun etter at hun hadde fortalt at hun var tilstede natten da Isaac og Iben ble kjørt av sted.

– Jeg kunne ikke svare ja. Jeg sa nei for jeg følte meg ikke lenger trygg. Graden av overvåking av Isaac var en helt annen. Det virket hårreisende at sykepleier ikke var tilstede i rommet hvor han lå



Vennskap: Det er ren og skjær idyll i hagen hos Iben og Isaac når den lille venninnen Maya og mamma Nina kommer på besøk.

for eksempel. I tillegg var jeg så nært hjemme og alle ville ha svar. Jeg visste også at det var mange av dem som jobbet der som hadde vært publikum da jeg fikk beskjeden den natta. Det var rett og slett nedverdiggende å vite at de hadde sett meg på mitt aller verste. Og jeg visste ikke hvem de var engang.

VENDEPUNKTET. To måneder til skal det ta før Isaac er klar for å komme hjem til det grå huset på Gulset i Skien. Han har fått navn, og han er blitt sterkere, men han har utviklet trakeomalasi (en tilstand hvor bruskringer i luftrøret (trakea) blir delvis ødelagt eller mykere enn vanlig. red. anm.).

Før de kan reise hjem, må de få på plass masker og rutiner. Det blir et nytt kort opphold i Oslo

«Jeg tror ikke hun har sagt dette til noen.»

Nina, barselvenninne

for å tilpasse og lage maske til ham.

– Vi fikk enerom, og jeg husker at det var første gang jeg stelte ham uten publikum. Plutselig begynte det å skje noe mellom oss.

En dag sitter Iben i sofaen på avdelingens fellesrom. Hun har begynt å åpne seg *litt* mer. Hun sier takk, bare hyggelig og hei til pleiere og andre pasienter. Hun begynner å prate med to andre mødre som sitter der sammen med henne. De heter Nina og Elisabeth.

I hagen på Gulset, har Nina og datteren Maya

nettopp kommet på besøk. De har satt seg ned sammen med oss på pleddet på plenen.

– Nina fortalte meg der hun satt i sofakroken på sykehuset at Maya har en hjertefeil og at hun nettopp var operert. I en bisetning sa hun også at hun har Downs syndrom. Da stoppet det helt opp for meg.

– Hun trakk pusten helt brått og slapp den ikke ut igjen. Jeg husker jeg tenkte at det var en rar måte å reagere på, supplerer Nina.

– Jeg må bare si det, tenkte jeg, men samtalen var gått videre. Jeg måtte finne en måte å føre samtalen tilbake til Downs. Jeg klarte det, og sa: Isaac har jo også det.

De tre mødre ser på hverandre i sofaene på sykehuset. Det var som om alt falt på plass. Båndet mellom dem ble knyttet





der og da, og har siden ikke blitt brutt.

– Iben tok liksom sats da hun sa det, og da hun gikk ut, sa jeg til Elisabeth at: Jeg tror ikke hun har sagt dette til noen.

De to mødrene hadde bodd vegg i vegg med Iben i seks uker, men den sjokkskadede og deprimerte Iben hadde ikke hatt krefter eller ønske om å snakke med noen. Hun var fast bestemt på at hun ikke hadde noe til felles med foreldre som kun ventet på at barna deres skulle bli friske mens hennes lille gutt aldri skulle bli «frisk». Dette signalet sendte hun tydelig ut til omgivelsene

sine. Nå skulle Iben og Isaac snart hjem.

– Jeg var så sinna etter at Iben dro. Maya var så dårlig, og vi kunne ha pratet mer. Jeg kunne ha vært der for henne og hun for meg.

VENNSKAP. Nina og Iben kunne ønske at pleierne hadde funnet en måte å si fra på uten å bryte taushetsplikten slik at de to kunne ha kommet sammen på et tidligere tidspunkt. Men etter at de begge var kommet hjem fra sykehuset med Maya og Isaac ble vennskapet mellom Nina og Iben helt naturlig. De ble begge knyttet til

foreningen Ups and Downs i Telemark og var aktive på facebookgruppen.

Nå sitter de to halvannetåringene på et pledd i hagen og stjeler hverandres knekkebrød.

– Vi har allerede en ekteskapsplan arrangert for de to her, sier Iben og ler.

Vennskapet er tuftet på så mye mer enn et syndrom. Det de har vært igjennom har styrket dem både som mødre og som personer. Nå kjemper mødrene for foreldrene og barna som kommer etter dem. ●

redaksjonen@sykepleien.no

Den nye motivasjonen

KLAGET: Fylkesmannen og Sykehuset i Telemark mottok i etterkant av dramaet de novemberdagene for halvannet år siden en klage fra Iben og mannen om måten den tøffe beskjeden ble formidlet på.

– Vi fikk svar fra både Sykehuset i Telemark og Fylkesmannen, men så lenge det ikke foreligger en medisinsk feil er det lite man blir hørt i slike ting, forteller hun.

Pasient- og brukerombud i Telemark, Else Jorunn Saga, forteller at ombudene i Norge mottok 475 henvendelser i 2015 der oppførsel hos helse- eller tjenstepersonell var årsak. Flere av henvendelsene handler om at helsepersonell ikke har vært på høyde med oppgavene og at det etter pasientens mening er vist liten empati og forståelse i en følsom situasjon. Det kan for eksempel være vanskelige beskjeder som alvorlig sykdom, nedslående prøvesvar eller i verste fall dødsfall.

– Vi ser at dårlig oppførsel hos helsepersonell gjerne kommer på toppen av en ellers krevende situasjon med sykdom eller skade og at pasientene først og fremst blir oppgitte og lei seg. Som ombud oppfordrer jeg alle med dårlige opplevelser til å melde fra. Det er helsepersonellens ansvar at kommunikasjonen er god og tilpasset den enkelte situasjon og pasient.

Ombudene gir tilbakemeldinger til sykehusene der det er rom for forbedringer, blant annet på oppførsel, sier Saga.

Iben fant en ny kampsak etter opplevelsen sin. Gjennom det hun kaller facebookfamilien sin – den lukkede facebookgruppen til Norsk Nettverk for Downs syndrom – fant hun fem andre mødre. Basert på opplevelsene de hadde hatt rundt sine fødsler, startet de Veslas koffert på frivillig basis. Mødregruppens mål er å gi nybakte DS-foreldre en positiv opplevelse i tiden etter fødselen. De vil feire den nye verdensborgeren selv om foreldrene kanskje ikke føler for å feire. De vil også bidra til å informere jordmødre om hvordan det

oppleves å få et barn med DS og gi dem mer kunnskap om hvordan de kan takle situasjonen til det beste for foreldrene.

– Det vi har til felles alle sammen, er at vi ønsker at andre skal få en bedre opplevelse av å få et DS-barn enn det vi gjorde. Veslas koffert er blitt min motivasjon og min måte å bearbeide alt dette på.

Det er lenge siden hun har tenkt noe på den første tiden på sykehuset og de forbudte følelsene.

– Sykehuset vet at de håndterte Nina og meg på to forskjellige måter. Det positive var at de var det første sykehuset som sa ja til å bli med i Veslas koffert-prosjektet. Nå har vi et veldig godt forhold til sykehuset, forteller Iben.

Liv Hynes Åsstad er leder for nyfødttintensivavdelingen ved Sykehuset i Telemark og sier at de mottar få klager som dette og hun kan ikke kommentere denne spesielle saken.

– Det er barnelegene som gir selve beskjeden til foreldrene hvis vi har mistanke om Downs syndrom. Vi følger foreldrene opp i etterkant og passer på at de faktisk har fått med seg informasjonen og at de har forstått alt i budskapet som ble gitt, forteller hun.

– Hver fødsel er jo unik, og på generell basis kan jeg si at det ikke er lett å avgjøre hva som blir riktig og ikke riktig i de ulike situasjonene.

Fakta

Veslas koffert

Veslas koffert er basert på frivillig arbeid, private donasjoner og sponsorinntekter fra næringsliv. Prosjektet er inspirert av Jack's Basket, et liknende initiativ i USA. Ved å gi informasjon om Downs syndrom og å avkrefte myter ønsker organisasjonen å drive holdningsskapende arbeid. Samarbeider med Norsk Nettverk for Downs syndrom og Ups&Downs-foreningene i Norge. Leverer kofferter til 13 sykehus rundt i hele Norge.

Vi må uansett følge prosedyrene våre og basert på erfaring og intuisjon løse hver situasjon på best mulig måte. Blir ikke slike ting informert om, kan det også fort bli galt, utdyper hun.

Samarbeidet med Veslas koffert, og Iben og Isaacs sak har ikke ført til noen endringer av rutinene på sykehuset, men de er glad for at de nå har muligheten til å dele kofferten ut til nybakte DS-foreldre.

– Slike foreldredrevne grupper er med på styrke tilbudet til nybakte foreldre og er til god hjelp både for dem som danner gruppene og dem som kommer etterpå. ●

redaksjonen@sykepleien.no

«Dårlig oppførsel hos helsepersonell kommer ofte på toppen av en ellers krevende situasjon.»

Else Jorunn Saga, pasient- og brukerombud i Telemark



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 04 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Alvorlig. Bruk av tvang er et stort inngrep i menneskers liv og må vurderes nøye. Arkivfoto: Bo Mathisen

Mindre tvang

Positivt. Færre tvangstiltak ga bedre behandlingstilbud til pasienter ved psykiatrisk avdeling. **52**



Prosjekt. Får verktøy til å avsløre sepsis. **50**



«Her på Norefjell skisenter går det mye i bruddskader.» Erik Berg Raaen. **49**



Psykatri. Ansatt med bruker-erfaring ga nye perspektiver. **44**



BIDRAR MED SIN BRUKERERFARING

Psykatri. Medarbeider med brukererfaring i en akuttpsykiatrisk døgnavdeling ga håp til pasientene.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57099



Espen Gade Rolland, sykepleier, MNSc, Fagutviklingsansvarlig ved Drammen DPS, Vestre Viken



ansette en medarbeider med brukererfaring i en akuttpsykiatrisk døgnseksjon kan være positivt, både for pasientene og det øvrige personalet. Økt bevissthet om brukermedvirkning ved seksjonen og hos personalet er en av gevinstene.

BAKGRUNN. Artikkelen er skrevet på bakgrunn av et prosjekt gjennomført ved en akuttpsykiatrisk døgnseksjon i Norge og belyser erfaringer knyttet til engasjement av en medarbeider med brukererfaring. Artikkelen vil belyse eventuelle utfordringer og anbefalinger til andre som ønsker å gjøre noe tilsvarende. Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om i større grad å benytte seg av erfaringskompetanse i pasienttilbudet for å styrke brukerperspektivet i tjenesten (1).

Det ble satt av lønnsmidler for tre måneder. Seksjonen var en åpen akuttseksjon med femten sengeplasser og tok i hovedsak imot pasienter fra en motaksseksjon. Målgruppen for seksjonen var pasienter med angstproblematikk, kriser, traumer, personlighetsproblematikk, depresjonslidelser og avhengighetsproblematikk. Behandlingen er basert på samtaler, en til en og i gruppe, undervisning,

miljørettede tiltak, fysisk aktivitet og psykososiale forhold. Vi fokuserte på stabilisering, utredning og behandling. Liggetiden varierer fra noen dager til mer enn 30 dager. Mål og behandlingsplan ble utviklet i begynnelsen av oppholdet i nært samarbeid mellom pasienten og fagpersonene.

BRUKERINVOLVERING. Aktiv involvering av brukerne i egen behandling og i tjenesteutvikling er nedfelt både i norsk lovgivning (2) og i politiske dokumenter nasjonalt og internasjonalt (3,4). I planlegging og utvikling av tjenester innebærer brukerinvolvering å aktivt engasjere personer som har erfaring med bruk av helsetjenester. Det brukes ulike betegnelser som «erfaringskonsulent», «medarbeider med brukererfaring» og «brukeransatt» for tilsvarende funksjoner. Vi bruker «medarbeider med brukererfaring». En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har egen erfaring med psykisk helse- og/eller rusvaner og erfaring med hjelpeapparatet (5). I tillegg har en medarbeider med brukererfaringen ettårig utdanning som innebærer både undervisning og praksisperioder (6,7).

I denne artikkelen bruker vi Funksjonshemmedes fellesorganisasjons definisjon av

brukermidvirkning: «Brukermidvirkning er når en bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og/eller tjenesteytere og på like fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og /eller andres erfaringer – for å løse ulike samfunnsoppgaver» (8).

PASIENTENS BLIKK. Ideen bak prosjektet var at en medarbeider med brukererfaring skulle bidra til økt brukermidvirkning i direkte kontakt med pasientene. Vi ønsket derfor å prøve ut å ansette en medarbeider med brukererfaring i et engasjement i en tilpasset klinisk stilling.

Medarbeideren skulle ha definerte innsatsområder i direkte kontakt med innlagte pasienter. En medarbeider med brukererfaring har spisskompetanse i kraft av egenerfaring kombinert med utdanningskompetanse. I tillegg ønsket vi å finne ut hvordan rollen skulle utformes og utvikle brukerperspektivet i seksjonen i direkte klinisk arbeid. Vi håpet at personen kunne se virksomheten med «pasientens blick» og gi tilbakemeldinger fra dette perspektivet. Med utgangspunkt i dette håpet vi å kunne endre og forbedre tilbudet til pasientene.

Engasjementet varte i tre og en halv måned, med to til tre

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen formidler ansatte og pasienters erfaringer med et prøveprosjekt der en medarbeider med brukererfaring ble ansatt i en akuttpsykiatrisk døgnseksjon. Målet var å styrke tilbudet til pasientene ved å øke bevisstheten på brukerperspektivet hos personalet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Psykisk helse
- Psykisk lidelse
- Brukererfaring



Tillit: Pasientene tok opp andre temaer med medarbeideren med brukererfaring enn med de øvrige ansatte. Illustrasjonsfoto: Colourbox

arbeidsdager per uke. Dette innebar både dagvakter og kveldsvakter hver uke. Medarbeideren skulle jobbe i tillegg til de øvrige ansatte ved seksjonen og ikke erstatte manglende ressurser. En viktig oppgave for medarbeideren med brukererfaring var å være til stede der pasientene oppholdt seg.

TEMAER. Medarbeideren skulle, i møte med innlagte pasienter, særlig fokusere på følgende temaer: Håp og bedringsprosessen, pasientenes interesser og mål. Hvordan det er å være innlagt. Behandle

informasjon fremfor å gi mer informasjon. Veilede til relevant brosjyremateriell. Overblikk over tilbud og muligheter i kommunen. Medarbeideren skulle også undervise pasientene og personalet hver fjerde uke i temaet bedringsprosessen og formidling av håp.

ERFARINGER. Erfaringen som beskrives i denne delen av artikkelen er basert på tre ulike kilder: Medarbeiderens egne refleksjonsnotater, tilbakemeldinger fra pasientene og tilbakemeldinger fra de ansatte gjennom evalueringsmøter.

«Normale følelser og reaksjoner hos pasientene ble vektlagt i samtalen.»

Kildene er både skriftlige og muntlige og er sammenfattet i viktige erfaringer som beskrives nedenfor.

HÅP OG BEDRINGSPROSESSEN.

I samtaler med pasientene har medarbeideren fokusert på bedring og positive ting og ofte stilt følgende spørsmål: Hvilke interesser har du? Hva har du tidligere mestret og interessert deg for? Hva kan du gjøre hjemme i hverdagen din? Hva kan en gjøre på tur? Nye ideer? Hvordan opplever du å være pasient her?

Medarbeideren hadde opparbeidet seg kompetanse på disse områdene ut ifra sine egne opplevelser og gjennom utdanningen. Erfaringene viser at psykisk helse kan styrkes





gjennom blant annet kosthold og fysisk aktivitet. Medarbeideren veiledet pasientene i tilrettelegging av hverdagen og livsstilsendringer. Pasientenes nysgjerrighet ble vekket, og de stilte medarbeideren spørsmål som: «Hva gjør du her? Har du opplevd det? Er det riktig at du har vært syk?»

Medarbeideren oppnådde troverdighet og motiverte pasientenes ønske om å ta imot behandling og formidlet håp om at det går an å bli frisk og leve et bra liv. De fikk også tro på at god psykisk helse er forenlig med å oppleve psykiske vansker.

Normale følelser og reaksjoner hos pasientene ble vektlagt i samtalen. Dette har pasientene gitt gode tilbakemeldinger på. Pasientene har ofte reflektert rundt og vært nysgjerrige på medarbeiderens rolle. Hun har oppnådd en annen form for kontakt, og pasientene har tatt en mer aktiv rolle enn de gjør med annet personale.

INFORMASJON OG VEILEDNING. Medarbeideren erfarte at pasienter som åpnet seg spesielt for henne satte pris på at viktige momenter ble brakt videre. Det var ikke et uttrykt behov fra pasientene om hemmeligholdelse. Medarbeideren hjalp til med å oversette fagspråket for pasientene og forenkle det.

Medarbeideren var også et bindeledd i behandlingen. Pasientene drøftet ting med henne som de i utgangspunktet ikke hadde tenkt å ta opp med behandler. Ofte var dette temaer som betydde mye for pasienten og behandlingen. Medarbeiderens tilstedeværelse åpnet for spontane samtaler og aktiviteter. Dette ga også rom for samtaler eller turer når pasienten selv hadde ønske og behov for det. Medarbeideren var en støtte for flere av pasientene og hjalp til med å sortere vanskelige ting; hva som er viktig nå og hva som kan vente. Hun veiledet med utgangspunkt i ulike brosjyrer og nettsider om sykdommer eller symptomer, og så på disse sammen med pasientene. Medarbeideren med brukererfaring

hjalp pasientene med å finne nettsider som gir informasjon om psykiske lidelser og ulike utfordringer med dette. Hun informerte blant annet om Mental helse og LPP og om hva disse organisasjonene arbeider med, samt om utdanningen hun selv hadde tatt.

I MØTE MED PASIENTENE. Medarbeideren med brukererfaring inntok en spørrende rolle ovenfor pasientene med utgangspunkt i at hun selv hadde vært i liknende situasjon og hatt rollen som pasient. Dette ga en annen respons enn om fagutdannet helsepersonell hadde stilt de samme spørsmålene. I lys av sin egen erfaring stilte hun også andre spørsmål enn fagpersonene. Hun kunne se utfordringer ved behandlingen knyttet til hvordan det oppleves å være pasient, og hvordan det oppleves å slite. Og hun fokuserte ikke bare på symptomer og diagnoser. Fordi hun ikke var fagperson og heller ikke ble sett på som en behandler, var hun mer «ufarlig». Medarbeideren ble oppfattet som et medmenneske og fikk en annen posisjon som gjorde at pasientene deltok mer aktivt.

PASIENTENES ERFARINGER. Pasientene tok ofte initiativ til aktivitet, noe som ledet til en samtale om positive, hverdagslige temaer. Spørsmål som «Tror du jeg kan få det bra igjen?» ble reist. Responsen fra medarbeideren på slike spørsmål handlet ofte om følelser knyttet til det å være pasient og til å være innlagt. Pasientene ga uttrykk for at det er godt å snakke med medarbeideren med brukererfaring om dette. Noen pasienter ga uttrykk for at medarbeideren forsto dem bedre: «Du forstår, du. Ingen andre gjør det».

Medarbeideren opplevde ofte å få god kontakt med pasienter med tilsvarende vansker som hun selv hadde hatt, uten at pasientene kjente hennes sykdomshistorie. Noen pasienter syntes det var lettere å stole på henne. Det var lettere å oppnå en allianse med enkelte pasienter enn med andre.

Noen pasienter fikk håp om at det fantes muligheter for dem etter innleggelsen; om arbeid, forholdet til familien, gjenoppta tidligere interesser og å få tilbake en god fysisk helse. Dette håpet baserte seg på medarbeiderens erfaring, som vanskelig kunne blitt formidlet av fagpersonell.

KOLLEGAERS ERFARINGER. Mange av kollegaene var nysgjerrige på pasientenes reaksjoner og tilbakemeldinger på medarbeiderens tilstedeværelse, og spurte:

«Hvordan har de tatt deg imot?»

Medarbeideren fikk kun positive tilbakemeldinger fra kollegaer som syntes det var godt å ha henne der. De ønsket seg lengre tid til å prøve ut en-

gasjementet og opplevde at tiden var for kort. Kollegaene var også nysgjerrige, og spurte om de trives. I en samtale med behandler kom det frem at pasienten hadde luftet tankene sine med medarbeideren omkring et tema. Dette temaet hadde nok ikke pasienten tatt opp med behandleren uten å ha blitt oppfordret av medarbeideren med brukererfaring.

UTDANNINGENS BETYDNING. I løpet av engasjementet fikk medarbeideren praktisert flere elementer fra utdanningen. I utdanningen hadde hun lært prinsipper for og verdier i psykisk helsearbeid. Øvelser i å bruke egne erfaringer og tilnærmingmetoder i relasjonsbygging, teamjobbing, samt øvelser i samtale og kommunikasjonsverktøy, inngikk som en del av utdanningen. Øvelsene var prosessorienterte og gjorde det mulig for medarbeideren med brukererfaring å utøve rollen som profesjonell i en akuttseksjon. Utdanningen ga en bevissthet rundt profesjonalitet, involvering og engasjement i hjelperollen. Kjennskap til ulike tilnærminger til helsefremming, bedringsprosesser og endringsprosesser, var nyttig i

«Medarbeideren var også et bindeledd i behandlingen.»

møte med pasienter og ga trygghet i arbeidet. Øvelse i krisehåndtering var spesielt nyttig i enkelte møter med pasienter som har vært nyinnlagt.

Sykdomslære, oversikt og innblikk i helsesystemet, norsk psykiatrihistorie, forskning og faglige hovedlinjer, ulike behandlingsmetoder samt lovverk om psykisk helse og yrkesutøvelsen er viktig å ha kjennskap til og kunnskap om. Dette var en del av kontakten med medarbeideren med brukererfaring jobbet i sammen med kollegaer og pasienter.

DISKUSJON. I det følgende vil vi diskutere forhold omkring ansettelse, kompetanse, forventninger og eventuelle hensyn man må ta i et prosjekt som dette.

Det var en utfordring å være tydelig nok på medarbeiderens rolle både overfor pasienter og kollegaer. Det er viktig å være trygg på hva slags mandat og hvilket spillerom rollen innebærer. Hva har medarbeideren med brukererfaring lov til? Skulle hun lage sin egen stilling? Vi erfarte at man i størst mulig grad bør definere på forhånd hvilke arbeidsoppgaver

som inngår i stillingen, også overfor kollegaene. Medarbeider med brukererfaring er en ny type helsearbeider, og arbeidssituasjonen vil være ny både for arbeidsstedet og for medarbeideren. Det krever åpenhet å lære av hverandre, og man høster erfaringer underveis.

SÆRSKILT POSISJON. Medarbeidere med brukererfaring har begrenset kompetanse og vil oppleve å få spørsmål fra pasienter som må henvises videre til andre fagpersoner. Det er viktig å skape en situasjon der medarbeideren med brukererfaring kan være direkte med personalet og gi tilbakemeldinger. Medarbeideren med brukererfaring bør være klar over hva det innebærer å være profesjonell, for å unngå å ta med seg jobben hjem eller bli overvældet av følelser. Det bør avklares med pasientene på forhånd at viktige momenter fra samtaler bringes videre. Det er viktig å beholde brukerperspektivet og ikke å bli farget av behandlingsapparatet, slik at medarbeideren med brukererfaring kan beholde sin særskilte posisjon.

TID. Det var viktig at medarbeideren med brukererfaring hadde tid, kunne være på tilbudssiden og til hjelp for pasientene der og da. En medarbeider med brukererfaring bør være fritatt fra rutineoppgaver som de faste ansatte har. Dette gir en annen rolle og kontakt med pasientene. Han eller hun bør ikke tillegges oppgaver som hindrer at de er tilgjengelige eller oppgaver som fastlåser arbeidet deres. En medarbeider med brukererfaring kan og bør gi tilbakemeldinger fra brukerperspektivet til personalet. Det bør gjøres på en strukturert måte og inngå i arbeidsoppgavene. De ansatte bør også i større grad etterspørre tilbakemeldinger fra medarbeideren. Det er positivt hvis medarbeideren med brukererfaring kan ta både dag og kveldsvakter, for å gi et mer variert tilbud til pasientene.

KONKLUSJON. Våre erfaringer med å ansette en medarbeider med brukererfaring var at det ga en positiv effekt for flere av pasientene innlagt ved denne seksjonen. Mange av pasientene fikk formidlet et håp på en mer realistisk

måte, og de fikk tilpasset informasjon basert på et brukerperspektiv. I tillegg fører det til økt bevissthet omkring brukermedvirkning og erfaringskompetanse ved seksjonen og hos fagpersonene. ●

REFERANSER:

1. Brukermedvirkning. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning2015>. (Nedlastet 13.05.15).
2. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 1. januar 2001 (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Nedlastet 13.05.15).
3. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne: World Health Organization, 2005.
4. Helsedirektoratet. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. 2014 IS-2076.
5. Helsedirektoratet. Medarbeider med brukererfaring – en ressurs. 01.06.2011 ed2011.
6. Blong S, Fugletveit R, Lofthus AM. Utdanningen medarbeider med brukererfaring i Nedre Buskerud, 2012.
7. Bjørnson R. Medarbeidere med brukererfaring – en systematisk utdanning av brukerkompetanse. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2008; 5 ER (04).

FAGARTIKLER:

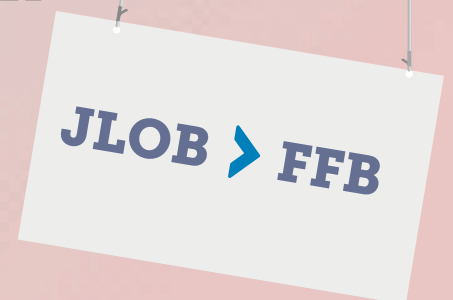
Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Ja til lindrende enhet og omsorg for barn **skifter navn til** **Foreningen for barnepalliasjon**

Vi har skiftet navn og fått ny hjemmeside hvor du kan melde deg på vårt nyhetsbrev. Besøk www.barnepalliasjon.no



Foreningen for barnepalliasjon
- omsorg for døende barn og unge
barnepalliasjon.no





Les Sykepleien i vår brukervennlige app for nettbrett!

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 er laget for nettbrett. Du laster den ned fra App Store om du har iPad, eller Google Play ved å søke på Sykepleien.

God lesning!

Sykepleien



Erik Berg Raaen

Blir god på brudd

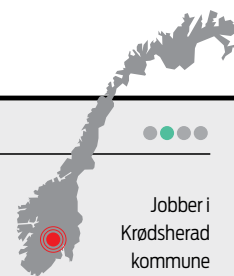
Fortalt til **Ellen Morland** • Foto **Privat**

Fakta

**Sykepleier-
student fra
2015**

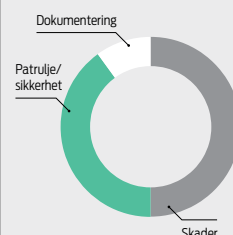
CV

2013–2014: Medic i
førstegangstjenesten,
Forsvaret
2010–2016: Skipatroljen,
Norefjell skisenter, heltid
eller deltid
2015–: Sykepleierstudent
ved NTNU, Gjøvik



Jobber i
Krødsherad
kommune
60,1 °N

Når jeg jobber driver jeg med ...



I denne jobben får jeg være ute hele tiden, får jobbe med folk og har en veldig variert arbeidsdag.

Her på Norefjell skisenter går det mye i bruddskader, og forstuinger av håndledd, armer og bein. Folk som faller eller prøver seg på spektakulære hopp eller rails kan også lett få kutt- eller hodeskader. Men det hender også at vi opplever andre akutte tilstander som hjerteinfarkt. Det er imidlertid mer sjeldent da de fleste som står på ski her er i relativt god form.

Vi har noe utstyr på senteret, så vi kan lappe sår, spjelke ved brudd og sette i gang hjerte- og lungeredning.

Skadene kan av og til være ganske alvorlige, hvis for eksempel lårbeinet bryter. Vår oppgave blir da å tilkalle ambulanse og få fraktet personen ut av bakken. Det kan være en utfordring å få lagt en skadet person over på en pulk i et veldig bratt heng, og så frakte personen trygt av gårde med snøskuteren. Særlig hvis det er snakk om en stor, tung person. Da må man bruke huet, være våken og tenke litt utenfor boksen.

Spesielt inntrykk gjør det når barn har skadet seg. Da gjelder det å få barnet til å føle seg trygt samtidig som man vurderer hvor alvorlig skaden er.

Jeg liker at jobben er selvstendig og at jeg må ta mange avgjørelser selv. Nå går jeg første året på sykepleierutdanningen. Jeg liker godt akuttsykepleien og planlegger å videreutdanne meg til anestesisykepleier. I denne jobber treffer jeg mennesker i alle aldre. Det synes jeg er interessant. Det å bli kastet uti situasjoner og jobbe under stressende forhold der jeg må pushe meg sjøl, er noe jeg trives med.

Hvor hektisk en dag blir avhenger av været og hvor mange som er i bakken. Som regel blir det flest skader på slutten av dagen når folk begynner å bli litt slitne.

Vi er et team som jobber her oppe som også inkluderer en lege. Vi samarbeider veldig godt. Som regel er vi i hvert fall to stykker ute i løypa samtidig.

Alle er godt utdannet i førstehjelp med HLR-kurs. •

ellen.morland@sykepleien.no



Se flere historier
i Sykepleiens
APP



Ski: Erik Berg Raaen jobber i skipatroljen på Norefjell skisenter og studerer sykepleie.



Lise Tuset Gustad

Gir postsykepleiere verktøy til å avsløre sepsis

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Lena Johnsen**

Sengepost. Et eget sepsis-forløp og triage-system ser ut til å gi bedre overlevelse.

Sepsis er en alvorlig følgetilstand fra en kropp utsatt for infeksjon. «Except on few occasions, the patients appears to die from the body's response to infection rather from it», kommenterte legen William Osler allerede i 1902.

I 2016, i den helt nye og internasjonale definisjonen av sepsis, slås det fast at sepsis er hovedårsak til dødsfall som skyldes infeksjon. Og at det er akutt behov for mer oppmerksomhet for å avdekke sepsis tidlig i forløpet.

HØY DØDELIGHET. Ingen vet akkurat hvor mange som dør på grunn av sepsis, men det anslås at sepsis er en av hovedårsakene til alvorlig sykdom og død i verden. I Norge anslås det at hver tiende innleggelse i sykehus skyldes sepsis. En av ti med sepsis dør.

LITE KUNNSKAP. I 2002 ble sepsis satt på den internasjonale dagsorden med «Surviving sepsis campaign». Hensikten var blant annet å forbedre diagnostikk og behandling.

– Sykepleiere i akuttmottak og intensivavdelinger har fått gode rutiner for å observere tegn på sepsis, sier Lise Tuset Gustad, fag- og forskningssykepleier ved sykehuset i Levanger og forsker på NTNU.

– Men sykepleiere på post har hatt lite kunnskap. Derfor ville vi utstyre dem med verktøy slik at de kan gjøre gode observasjoner for å

avdekke sepsis, forklarer hun.

– Da vi startet prosjektet i 2010, visste vi at pasienter med sepsis, eller mistenkt sepsis, ikke ble fulgt godt nok opp på sykehuset.

VANSKELIG Å OPPDAGE. Utfordringen med sepsis er at den kan være vanskelig å oppdage tidlig. Og når pasienten har tydelige symptomer på organsvikt, kan det være for sent. Nøkkelen er gode observasjoner.

– Vi må ha objektive, enkle målinger som må implementeres på en god måte i praksis, forklarer Gustad.

Derfor utarbeidet de et eget sepsisforløp med triage-system for sykepleiere på post. Det skal brukes på alle pasienter med mistenkt infeksjon. Sykepleierne skal telle respirasjon og puls og måle temperatur. Det er standardisert hvilke observasjoner de skal gjøre videre og når de skal kontakte lege.

Sykepleierne får opplæring i hvordan triage-systemet skal brukes og hvorfor det er så viktig å identifisere sepsis tidlig.

Gustad og kolleger er ferdige med observasjonsstudien som ser på om systematisk undervisning av sykepleiere og sykepleierstudenter har ført til at sepsis under utvikling blir oppdaget og behandlet raskere.

OBJEKTIVT. Det var Malvin Torsvik, anestesisykepleier og førstelektor ved Nord universitet, som sammen med Gustad fikk ideen til å forske på sykepleieres observasjoner og sepsis.

– Jeg er opptatt av nøyaktighet i observasjoner, sier han.

– Sykepleiere har ofte et litt vagt språk, og det kan være en utfordring når vi kommuniserer med andre profesjoner. «Pasienten er i dårlig form» er

Fakta

Sepsis

- Sepsis er en alvorlig følgetilstand som kan oppstå ved infeksjon dersom kroppen reagerer med en dysfunksjonell betennelsesprosess. Sepsis kan føre til organsvikt og død.
- Noen vanlige utgangspunkt: Lungebetennelse, urinveisinfeksjon, infeksjon i mage.
- Noen vanlige bakterier: Gule stafylokokker, pneumokokker, meningokokker og E-coli. Sopp og parasitter kan forårsake sepsis, virus gjør det sjelden.
- «Standardisert observasjon og tidlig intervensjon ved sepsis» er et forskningsprosjekt ved Sykehuset Levanger. Hensikten er å undersøke om systematisk undervisning av sykepleiere og sykepleierstudenter gjør at de blir bedre til å følge prosedyrene for å oppdage tegn på sepsis, om det gir bedre overvåkning og raskere behandling.
- Studien drives av forskere og klinikere ved Sykehuset Levanger, Nord Universitet Trøndelag og NTNU.

lite informativt og veldig subjektivt. En erfaren sykepleier vil se det kliniske bildet og handle ut fra det, og vil nok også bli lyttet til av lege. Men en uerfaren sykepleier får kanskje ikke samme respons. Oppfølgingen av pasienten kan bli tilfeldig. Med et triage-system sørger vi for å snakke samme språk, på tvers av fagdisipliner.

Resultatene av forskningsprosjektet skal snart sendes inn til et vitenskapelig tidsskrift, men Gustad kan allerede si at intervensjonen har ført til bedre observasjon av sepsispasienter og at hun ser antydning til bedret overlevelse.

En begrensning ved studien er at det er en



Kliniker og forsker: Lise Tuset Gustad er fag- og forskningssykepleier i klinikken og forsker på universitetet.

observasjonsstudie og ikke en randomisert kontrollert undersøkelse. Det kan føre til at gruppene som sammenliknes ikke er helt like.

– Heldigvis har infeksjonsoverlege Arne Mehl invitert oss inn i den midtnorske sepsisstudien, slik at vi kan kontrollere for kjente ulikheter mellom gruppene før og etter intervensjonen, sier Gustad.

SER NYTTEN. Hun sier at sepsisforløpet er noe av det letteste hun har vært med på å implementere.

– Jeg opplever en forståelse, sier hun.

– En forståelse for at dette er viktig for faget. Sykepleiere ser nytten. «Nå skjønner jeg betydningen av respirasjon», var det en som sa. «Før har vi hatt prosedyren, men ikke kulturen».

«Jeg opplever en forståelse for at dette er nyttig.»

Lise Tuset Gustad

Sepsisforløpet og triage-systemet er i bruk på alle poster som kan ha pasienter med mistenkt infeksjon. Som ledd i implementeringen er det også pekt ut veiledere og superbrukere.

Som en gren av studien undersøker Inger Lise Bangstad hvilke erfaringer sykepleiere og leger har med slik systematisk observasjon. Bangstad er kreftsykepleier på Sykehuset Levanger og masterstudent.

– Jeg ser om det har ført til endringer i

hverdagen på sengepostene, forklarer hun, som planlegger å levere oppgave til sommeren.

POTENSIAL. Lise Tuset Gustad forteller at hun har vært på konferanser med fagfolk fra utviklingsland.

– De sier dette er noe de virkelig trenger. I hel-sevesen uten store intensivressurser er det essensielt å iverksette tiltak som kan stoppe sepsis tidlig i forløpet. Da slipper pasienten å bli så dårlig at han eller hun trenger intensivbehandling. Det er hva dette handler om: Å hindre unødig lidelse og spare ressurser. ●

Kilder: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), publisert i JAMA 2016;315(8): 801–810 (Alle som er autorisert som helsepersonell i Norge har gratis adgang til JAMA via Helsebiblioteket.)

nina.hernes@sykepleien.no



BRUKER MINDRE TVANG

Psykatri. Reduksjon i tvangsbruk og varighet i slike tiltak kan gi et bedre behandlingstilbud.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

60 % praksis

40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57137



Martin C. Veland,
Klinikkssjef,
Psykiatrisk
klinikk
Lovisenberg
Diagonale
Sykehus

I vår artikkel «Jobber for mindre tvang» i Sykepleien nr. 9–2014 (1), presenterte vi et overordnet mål om å redusere bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt på psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg Diagonale Sykehus. Vi har hatt særlig vekt på å redusere mekaniske tvangsmidler i form av belter.

PROSJEKTER. Flere lignende prosjekter har vært gjennomført i Norge, og mange ser ut til å være preget av mye logistikk og har krevd mye ressurser. Prosjektene har også vist begrenset evne til å produsere varige resultater. I en rapport fra Sintef Helse (2) vises det til norske prosjekter hvor man har vektlagt å redusere bruk av tvangsmidler. Det framgår av litteraturgjennomgangen at en generell plan vil ha liten spesifikk effekt på bruk av tvangsmidler. Det som synes å være nødvendig er et bredt spekter av tiltak på flere nivåer, som offentlige retningslinjer, tydelig ledelse, og aktivitet rettet mot både institusjons- og enhetsnivået. Man bør også involvere pasienter og personalet i utvikling og gjennomføring av nye rutiner.

RESULTATER. Vår artikkel skisserte en filosofi og et rammeverk for hvordan avdelingen ønsket å gå frem for å redusere unødvendig bruk av

tvang. Psykoedukasjon og preventiv kommunikasjon, brukermedvirkning samt holdningsendringer i personalgruppen har hatt en sentral plass i dette arbeidet.

Vårt pilotprosjekt varte fra november 2013 til november 2014. Når vi sammenlikner tall fra prosjektperioden med tall fra samme avdeling to år tilbake, er bruk av mekaniske tvangsmidler i form av belter redusert med over 85 prosent. Dette vil si tre vedtak i perioden. Administrering av korttidsvirkende legemidler fremstår i hovedsak uendret, mens kortvarig fastholding er vesentlig økt. Det var 839 innleggelser i prosjektperioden.

VOLDSRISIKO. I prosjektet ble pasienter innlagt på tvangsparagraf rutinemessig voldsrisikovurdert. Etter vurdering ble de tilbudt aggresjonsforebyggende samtale og «Intervju om Vold» (se figur 1, neste side). Statistiske risikofaktorer og klinisk vurdering ble lagt til grunn for tiltakene (1). Alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fattet i prosjektperioden ble systematisk gjennomgått med personalet som var involvert.

I de tre situasjonene hvor det ble besluttet å legge pasienter i belter, ble dette vurdert å være den beste løsningen for å forhindre alvorlig skade på personalet eller pasienten. Samtidig åpnet den rutinemessige gjennomgangen for refleksjoner

om hva som kunne blitt gjort annerledes. En av våre hypoteser er at de episodene som tidligere ville resultert i et vedtak om bruk av belter, trolig er erstattet med kortvarig fastholding.

VURDERING. Våre rutiner for forebygging av aggressiv atferd sier at dersom man vurderer en inneliggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, skal det gjennomføres en kontinuert voldsrisikovurdering innen tre døgn. I denne vurderingen inngår innhenting av informasjon fra politi, pårørende og andre behandlingsinstitusjoner ved behov. Hvor farlig miljøpersonalet opplever pasienten, er ofte avgjørende for hvor grundig vurderingen gjøres.

«Intervju om Vold» er utarbeidet som del av dette prosjektet og tematiserer ulike aspekter ved aggresjon. Intervjuet skal bidra til at pasienten reflekterer over egen atferd og reaksjonsmønstre i en stressende situasjon. For mange er en tvangsinngjelse nettopp en slik situasjon. Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen for å få frem refleksjoner rundt egen atferd (1).

DIALOG. I tilfeller hvor man ikke har gjennomført «Intervju om Vold», har likevel de generelle strukturelle endringene i posten ført til at dialog omkring uønsket atferd har blitt en større del av den miljøterapeutiske

Fakta ●●●●

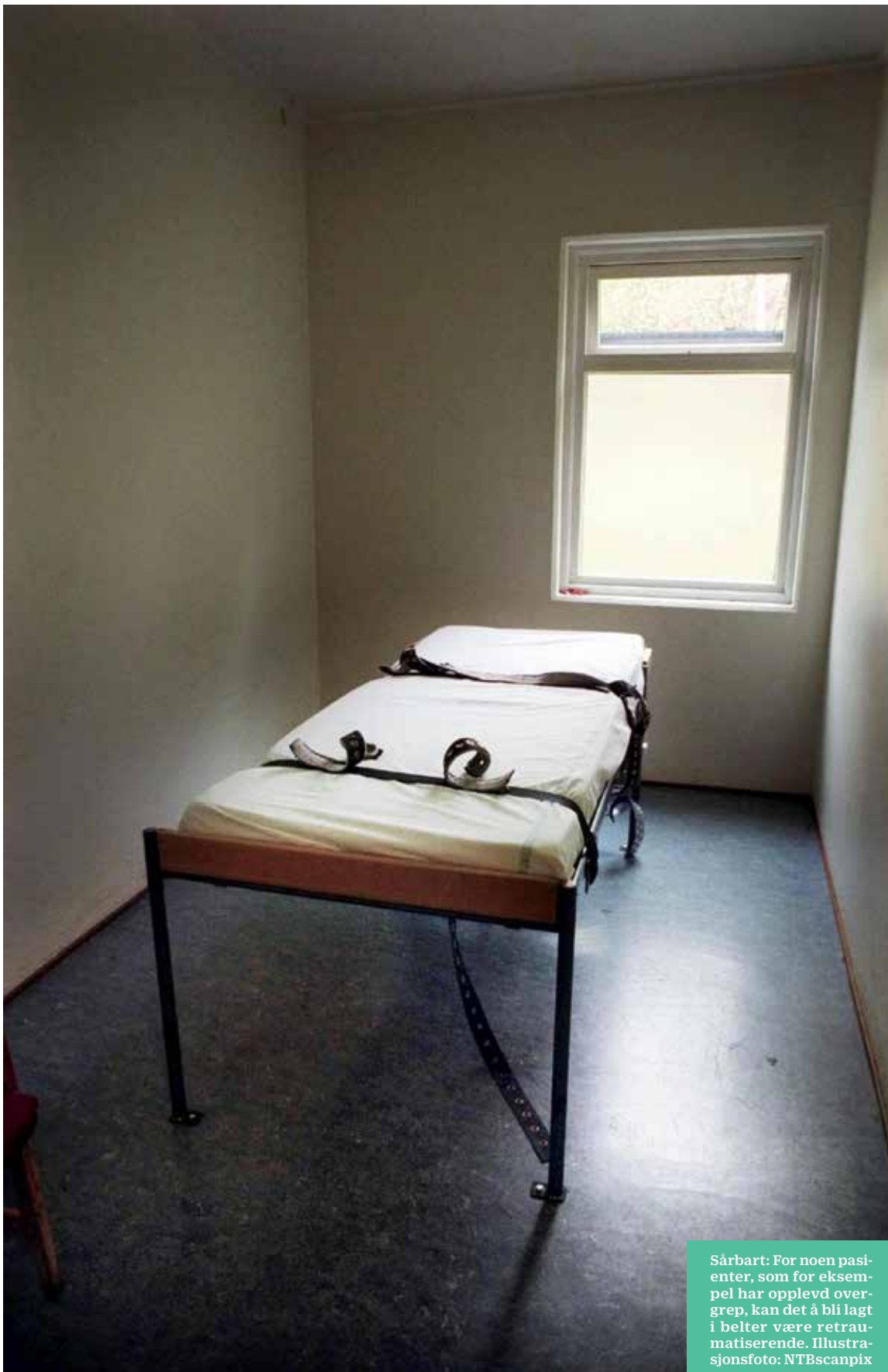
Hovedbudskap

Inntaksposten ved Lovisenberg Diagonale Sykehus har jobbet med holdninger, kultur og struktur for å få ned unødvendig bruk av tvangsmidler. Hvis dette er hovedgrunnen til at bruk av mekaniske tvangsmidler ble redusert med over 85 prosent, er det stor sannsynlighet for at slike resultater kan oppnås ved andre psykiatriske avdelinger i Norge. Er det fornuftig at det er opp til den enkelte avdeling å definere riktig bruk av tvang, eller burde vedtak om tvangsmidler få strengere tilgangskriterier i lovverket?

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Psykiatri
- Psykisk lidelse
- Tvang



Sårbart: For noen pasienter, som for eksempel har opplevd overgrep, kan det å bli lagt i belter være retraumatiserende. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix

kommunikasjonen. Fjerning av belteseng og kontinuert voldsriskovurdering er eksempler på slike endringer. Dette er terapeutiske intervensjoner som er vanskelige å kvantifisere, men blir betraktet som en sterkt medvirkende årsak til at bruk av mekanisk tvang og tvangsmiddelets varighet er kraftig redusert.

GJENNOMGANG. I etterkant av tvangsepisoder på posten har vi innført rutinemessig gjennomgang av hver enkelt episode. Den som er ansvarlig for gjennomføring av vedtak fyller ut en protokoll som kartlegger

«Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen.»

aktuelle aspekter ved situasjonen. Hensikten med rutinemessig gjennomgang av tvangsepisoder er å sikre at personalet får gjennomgått tvangsepisoder i etterkant. Slik får man samlet inn informasjon som hele tiden kan brukes til å forbedre arbeidet knyttet til reduksjon av tvang.

IVERKSETTING. 72 prosent av tvangsvedtakene ble iverksatt innen seks timer etter innkommst i avdelingen, og understreker verdien av å iverksette preventive tiltak tidlig i forløpet. Vi har vektlagt at en eventuell nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler ikke skal gå på bekostning av behandlingskvalitet eller pasientens eller personalets sikkerhet. Det er ikke levert flere skademeldinger på ansatte i prosjektperioden enn foregående år. Pasientperspektivet er ikke formelt undersøkt i denne piloten, men en undersøkelse av pasienters opplevelse av tvang er nylig gjennomført på samme post. Vårt prosjekt er ikke en randomisert kontrollert studie som tillater at vi kan si noe om årsakssammenhenger. Vi har likevel grunn til å tro at de endringene vi innførte i prosjektperioden kan forklare deler av reduksjonen i tvangsbruk.





Figur 1.

Intervju om VOLD, LDS

Kartlegging av faktorer som øker fare for aggressive adferd

1) OPPLEVER DU STRESS I HVERDAGEN DIN? (Følelsen av å være stresset eller mye press fra omgivelsene)			
Nei	Moderat	Høyt stressnivå	
Opplevelse av impulskontroll i stressende situasjoner: Full kontroll Redusert kontroll Mister kontrollen			
2) OPPLEVER DU IRRITASJON I HVERDAGEN DIN? (Følelse av uforløst negativ energi)			
Nei	Moderat	Mye irritasjon	
Hva er irritasjonen relatert til: _____			
3) HAR DU NYLIG OPPLEVD Å BLI KRENKET? (Opplevelse av å bli behandlet respektløst eller uten verdi)			
Nei	Moderat	Alvorlig krenket	
Hva ble du krenket av: _____			
4) OPPLEVER DU DEG TRUET. (Følelse av å bli forfulgt, organisert overvåking. Opplevelse av at livet står i fare)			
Nei	Moderat	Alvorlig truet	
Hva er trusselen: _____			

5) Har du hatt foreldre eller andre relasjoner som har vært fysisk voldelig mot deg gjennom oppveksten? **Ja** **Nei**

6) Har du noen gang blitt utsatt for trusler om å bli skadet? **Ja** **Nei**

7) Har du noen gang blitt utsatt for fysisk angrep fra andre? **Ja** **Nei**

8) Har du i løpet av det siste året:

- påført en annen person skade? **Ja** **Nei** (Ja = gå til spm 10)

- truet med å påføre en annen person skade? **Ja** **Nei**

9) Har du etter at du fylte 16 år påført noen fysisk skade? **Ja** **Nei** (Nei = gå til spm 17)

10) Dersom du har påført andre skade, var det da i selvforsvar?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>BÅDE JA OG NEI</u>
11) Hadde du inntatt rusmiddel i forkant av den voldelige handlingen?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>BÅDE JA OG NEI</u>
12) Har du har påført andre fysisk skade uten at du var påvirket av rus?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	
13) Var det gjennomtenkt eller en impulsiv handling?	<u>GJENNOMTENKT</u>		<u>IMPULSIV</u>
14) Har du noen gang fått en behagelig følelse etter å ha utøvd vold?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>KANSKJE</u>
15) Kan du tenke deg å jobbe for å finne alternativer til vold?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>KANSKJE</u>

17) Har du tanker om å påføre andre skade? **Aldri** **Noen ganger** **Ofte**

FINNES DET FREMTIDIGE SITUASJONER SOM KAN FØRE TIL VOLDELIG ADFERD?

18) Vurder sannsynligheten for voldelig adferd mens du er innlagt i avdeling: **Lite sannsynlig** **1** **2** **3** **4** **5** **Meget sannsynlig**

(2012) Copyright Martin C Veland



FASTHOLDING. Det kan se ut som bruk av mekaniske tvangsmidler i stor grad ble erstattet av kortvarig fastholding, på under 30 minutter, i prosjektperioden. Under fastholdingen forsøker personalet å opprettholde en løsningsorientert dialog med pasienten. I tilfellene hvor man brukte kortvarig fastholding ble dette gjennomført til pasienten ble vurdert å ha tilfredsstillende grad av kontroll over egen atferd. Estimert gjennomsnittlig varighet på fastholding var åtte minutter for kvinner (N=13), og 13 minutter for menn (N=11). En undersøkelse av Knutzen et al. (3) viser til at medianen for liggetid i belter er 5,6 timer i norske akuttpsykiatriske avdelinger.

UTSATT GRUPPE. Et tema som har kommet opp i prosjektperioden er om fastholding er mer belastende for enkelte pasientgrupper enn andre. For eksempel kan overgrepssatte retraumatiseres av denne type fysisk kontakt. Denne etiske problemstillingen både var og er aktuell, men vi har foreløpig ikke kunnskap som tilsier at det ene alternativet er bedre enn det andre. På et generelt grunnlag vil vi derimot hevde at det

er mindre belastende for utagerende pasienter å bli holdt fast en kort periode, enn å bli fastspennet i en seng over et betydelig lengre tidsrom. En systematisk undersøkelse av pasientens opplevelse av tvangsmiddelbruk vil kunne gi oss et bredere perspektiv på dette.

HOLDNINGER. I vår artikkel i *Sykepleien* (1), vektla vi arbeid med struktur- og holdningsendringer. Målet var å forankre slike prosjekter i ledelse, personale og pasienter i lokale enheter. Vi har gjort en stor innsats for å endre holdninger og kulturen på avdelingen vår. Dette anser vi som en god tilnærming for å redusere tvangsbruk. Foreløpig ser vi at endring i struktur og behandlingsfilosofi vedvarer utover prosjektperioden, og det er flere etablerte faktorer som vi antar at medvirker til dette. De viktigste faktorene er:

- Fjerning av belteseng fra miljøet
- Deeskalerende kommunikasjon
- Fleksibilitet, individuell behandling og lite rigide regler eller krav
- Involvering av pasienten
- Innføring av «Intervju om vold» og aggresjonsforebyggende samtaler
- Kontinuert voldsrisikovurdering
- Fokus på å styrke terapeutiske

ferdigheter

- Forankring av prosjektet i ledelsen
- Stabil personalgruppe

ANSVAR. Ansvar for hvordan situasjoner løses er lagt til miljøpersonalet, som avgjør om en situasjon er under kontroll eller ikke. Dersom de opplever å ha kontroll over en situasjon, blir det ikke fattet vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. I motsatt fall må man be faglig ansvarlig om å fatte vedtak. Å skille uakseptabel fra akseptabel atferd er en sammensatt oppgave. Vi mener at en psykiatrisk akuttavdeling bør ha større takhøyde for avvikende atferd enn samfunnet ellers. Derimot må man ha en god og kvalitetssikret plan for hvordan denne atferden kan forstås og endres. Det kan hende at vi har større forventninger til pasientens evne til å «ta seg sammen» enn det pasienten kan innfri der og da. Forventning blir da fort til krav; krav blir til regler, og brudd på regler kan ende med tvangsmiddelvedtak. Definisjonsmakten for hva som er uakseptabel atferd ligger altså hos den enkelte institusjon, og påvirkes gjennom kultur, holdninger og kunnskap.

OPPSUMMERING. Bruk av tvangsmidler er en stor inngripen i menneskers liv, og vi må vise respekt for dette gjennom våre holdninger. Ut fra erfaringer vi har gjort oss i prosjektet tror vi at unødvendig bruk av tvang i stor grad handler om kulturer med lite ønske om endring. Inntaksposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har gjort en innsats, men skal fremdeles jobbe for å finne flere alternativer til tvangsmiddelbruk. Vi ønsker fortsatt å jobbe målrettet for å forbedre pasientens opplevelse av psykisk helsevern og bidra til å utvikle et bedre behandlingstilbud som innebærer mindre grad av tvang. ●

REFERANSER:

1. Veland M, Jacob A. Jobber for mindre tvang. *Sykepleien* 2014; 102 (09): 50–51. DOI: 10.4220/sykepleien.2014.0102
2. Pedersen PB, Hatling T, Røhne K. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller? Oslo: Sintef, 2007.
3. Knutzen M, Lorentzen S, Bjørkly S, Mjøsund NH, Eidhammer, G, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint – A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research* dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Lønn, turnus, tidspress, ny forskning

Hold deg oppdatert!

Nå kan du få **nyhetsbrev** fra Sykepleien to ganger pr. uke

Sykepleien

Nederst på forsiden til sykepleien.no kan du melde deg på. Eller send epost til info@sykepleien.no



Nærhetsetikk. Moderne etikk er blitt så opptatt av å ivareta rettigheter og økonomi at den langt på vei har mistet det profesjonelle sinnelaget av syne.

Har vi ikke lenger tid til barmhjertighet?



Fakta

**Elisabeth
Sveen
Kjølrsrud**

Leder i Rådet for
sykepleieetikk

Da jeg for mange år siden begynte å jobbe som psykiatrisk sykepleier, var jeg på jakt etter gode forbilder – sykepleiere og leger som hadde egenskaper jeg selv synes var viktige i møte med pasientene. Jeg fant mine forbilder, og jeg så at mange av disse hadde noen fellestrekk. Pasientene kunne være dønn deprimerte før en samtale. Etter samtalen kunne jeg ofte se merkelig endring. Pasienten hadde fått en hvilepause, fått håp og nytt livsmot.

Så hva var det de gjorde, disse sykepleierne og legene, som var så spesielt? De hadde gode kunnskaper, og de kunne alt om rådende teorier. De siterte Otto Kernberg, Donald W. Winnicott, Margaret Mahler, Freud, Eriksons faser, William James og George Herbert Mead. De kjente til det nyeste innen teorier om styrking av selvbildet og det nyeste innen psykoselæring. Vi lærte om begrepet overføring og motoverføring og at vårt møte med den enkelte pasient var av stor betydning. Vi kunne «vår» Hummelvoll, ikke minst var boken «Helt – ikke stykkevis og delt» av stor interesse. Vi så til foregangsfylket Rogaland, hvor blant annet psykiatrisk sykeleier og forfatter Helga Robberstad var en av pionerene innen psykisk helsevern.

VÅGE Å VÆRE NÆR. Sykepleietiltakene var både generelle og spesielle, nettopp tilpasset den enkelte pasient og situasjon. Jeg så ofte hvordan pasientene opplevde økt egenverd, fordi akkurat den sykepleieren brydde seg og ga anerkjennelse. De våget å gå inn i et møte hvor følelser oppsto på både godt og

den andre har på hjertet, uten å ha bestemt på forhånd hva som skal sies og gjøres; å «tone inn» den andre.

UNDER PRESS. Nærhetsetikken har trange kår i vår tid, og den har lenge stått under sterkt press. Den har periodevis blitt møtt med massiv kritikk, og har noen ganger med rette, blitt kalt nærsynt. Noen hevder man gjennom den utøver makt og at den medfører favorisering av den ene pasienten fremfor de mange.

Nærhetsetikken utfordrer oss. Tidligere prioriterte sykepleiere, slik jeg beskrev i forrige avsnitt, å være tilgjengelige og fleksible. I dag er praksis i dag styrt av andre hensyn. Det er for øvrig verdt å merke seg at mange sykepleiere forteller at de er mer opptatt av etikk i dag enn tidligere. Det kan ha sammenheng med den økte vektleggingen på pasientens rettigheter, noe som selvfølgelig er veldig bra. Slagord som «Pasienten i sentrum» og «Pasientens helsetjeneste» illustrerer dette.

Pliktetikken får mer oppmerksomhet. Sykepleiere har alltid handlet i tråd med pliktetiske idealer, så det er i og for seg ikke noe nytt. Det som er nytt er en sterkere styring og kontroll med sykepleiernes autonomi og skjønnsutøvelse.

De pliktetiske idealene er også i endring. Plikten til å følge interne regler og kontrollrutiner er dominerende og tar mye tid. Dilemmaet, og det helt sentrale spørsmålet for sykepleierne ute i praksis, er stadig hvilke pliktetiske hensyn som skal veie tyngst. Plikter man å prioritere interne rutiner hvor effektivitet står sentralt hvis dette tidsmessig går på bekostning av presserende pasientoppgaver?

«Som nyutdannet sykepleier var jeg på jakt etter forbilder.»

vondt. Dessuten, og kanskje derfor, hadde de en spesiell evne og interesse for å se den enkelte pasient. Jeg kunne mange ganger være forundret over hvilken kraft det var i en slik væremåte. For vi var jo mange som kunne datidens rådende teorier på feltet. Jeg lærte raskt at det relasjonelle, det å bli sett som menneske, var essensielt og avgjørende. Det er viktig å høre hva

MANGLER FORBILDENE? Jeg ønsker at vi ser oss litt tilbake til tiden jeg beskrev innledningsvis. Selv om jeg, som sekstiåring og leder av Rådet for sykepleieetikk, kan bli oppfattet som bakstreversk. Tiden da nærhetsidealene, fleksibilitet og tilgjengelighet var idealene. Jeg mener selvfølgelig ikke at alt var bedre før!

Jeg skrev at jeg som nyutdannet sykepleier var på jakt etter forbilder. Det fant jeg i «håndverket» hos mine kolleger fordi individuelle pasienthensyn ble ivaretatt. Det hjalp ikke om vi bare kunne teoriene og nyeste forskning. Standardiseringen i

helsevesenet i dag kan bidra til å begrense de individuelle hensyn. «Håndverket» får liten plass når alle skal gjøre det samme. Kan dette ha en sammenheng med at det ikke er så lett å finne forbilder i dag, tro?

OMSORGSFULL HELSEHJELP. Det er ingen grunn til å tro at menneskenaturen, våre grunnleggende behov for å bli sett og hørt, er i endring. Det er fremdeles selve grunnlaget i all helbredelse og lindring. For noen år siden hørte jeg et radioprogram hvor en pasient fortalte om sitt møte med en sykepleier. Mannen hadde akkurat fått konstatert alvorlig sykdom. Han var langt nede og hadde gitt opp alt håp da denne spesielle sykepleieren en dag kom på jobb og nærmest pustet liv i ham. Hva var det hun gjorde som ga ham livsmot? Mannen fortalte at hun viste omsorg og nestekjærighet, og hun hjalp ham i å håndtere sykdommen på en bedre måte.

Det finnes mange slike historier, og det skal ikke stor fantasi til for å forstå at det er en slik måte vi ønsker å bli ivaretatt på alle sammen om vi skulle bli alvorlig syke. Jeg ønsker å møte et menneske som ser meg, som kan gi nærhet og som har gode kunnskaper om min sykdom. Men jeg trenger også en som ser meg der jeg er som aller mest sårbar og hjelpeløs, og som gir meg omsorg.

Når det er sagt: pliktetiske hensyn, å følge regler og rutiner og ivareta pasientens rettigheter er selvfølgelig helt sentralt! Men hva skal vi med slagordene «Pasienten i sentrum» og «Pasientens helsetjeneste» hvis vi ikke har tid til pasienten? ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



TRYGT HJEM FRA SYKEHUS

Samhandling. Kartlegging av pasientens behov og et felles datasystem kan bedre samarbeidet om pasienter som overføres fra sykehus til hjemmesykepleien.

KARTLEGGINGSTUDIE:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57143



Inger Tjøstølvsen, Førstelektor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for Helse og sosialfag.

De siste årenes helse-reformer har endret ansvarsfordeling og økt kravene til samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen (1) og Helseforetaksloven (2) er eksempler på dette, og konsekvensene av reformene innebærer blant annet kortere liggetid på sykehus og vekt på helhetlige pasientforløp. Statistikk viser at gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus i Norge har gått ned 1,6 døgn fra 2002 til 2012 (3). Veksten i antall mottakere av hjemmesykepleie har vært større i årene etter samhandlingsreformen enn årene før reformen (4).

MÅL. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (5), Lov om folkehelsearbeid (6) og retningslinjer (7) er de statlige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål, og viser at det er en plikt for kommuner og sykehus å utarbeide avtaler og samarbeid for å nå målene. Pasienter skal få et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen.

STUDIEN. Denne studien hadde som mål å undersøke hvordan en lokal samarbeidsavtale mellom ett sykehus og tilhørende kommuner fungerte i praksis. I avtalen ble det vektlagt at begge parter var

forpliktet til å følge opp rutiner og prosedyrer for hvordan man samhandler til det beste for pasientene. Studenter som deltok i prosjektet i 2010 og 2011, benyttet prosjektets spørreskjema på sine praksissteder i henholdsvis kommunen og på sykehuset. Data fra studentene og prosjektet inngår i datamaterialet i denne artikkelen.

Hensikten med studien er å kartlegge noen sentrale faktorer i samhandlingen mellom sykehuset og kommunen i forbindelse med utskrivningsklare pasienter; informasjon om pasientens omsorgsbehov ved utskriving, avtalen som inngås mellom helseforetakene og kommunen, kommunikasjon og samarbeid mellom sykehusets og kommunens ansatte.

SAMARBEID. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse for å identifisere sentrale faktorer i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien. Prosjektet var et samarbeid mellom høyskole, sykehus og kommune. Studenter i femte semester i sykepleierutdanningen som deltok i prosjektet, presenterte sine data i prosjektoppgaver med meg som veileder. Datainnsamling i samarbeidsprosjektet og studentenes datainnsamling ble gjennomført i 2010 og 2011. Artikkelen er basert på deler av spørreskjemaet

som rettet seg mot tre forhold; informasjon om pasientens omsorgsbehov ved utskriving, kjennskap til prosedyren om samhandling og kommunikasjon og samarbeid mellom hjemmesykepleien og sykehuset.

DELTAKERE. Inklusjonskriterier for utvelgelsen av respondenter var: Sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien og sykepleiere ansatt i sykehus som var direkte involvert i pasienters utskriving fra sykehus. Med utgangspunkt i kriteriene ble det gjort et tilfeldig utvalg av ansatte på sykehusets medisinske avdelinger og i hjemmesykepleien. Studentene gjorde også et tilfeldig utvalg av ansatte på sine praksissteder. Respondentene fra samarbeidsprosjektet og studentenes prosjekter utgjorde et utvalg på 40 respondenter fra kommunene i 2010 (2010 N= 40) og 60 respondenter fra sykehus i 2011 (2011 N=60). Respondentene ble i spørreskjemaet bedt om å oppgi stillingsbrøk. De fleste respondenter i kommunen (90 prosent) var ansatt i mer enn halv stilling. Av respondentene i sykehus var også de fleste (85 prosent) ansatt i mer enn halvstilling. Det betyr at de fleste respondentene fra hjemmesykepleien og fra sykehuset ville være direkte involvert i pasienters utskriving fra sykehus.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Studien oppsummerer følgende utfordringer i samhandlingen mellom sykehuset og kommunen i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleie: Kartleggingen av pasientens behov kan bli bedre. Kommunikasjon som fremmer helhetstenkning rundt pasienten kan bli bedre. Forskning bør rette seg mot den pasientnære virksomheten og systemet som gjør vedtak som påvirker pasientsikkerheten.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Samhandling
- Spesialisthelsetjeneste
- Kommunehelsetjeneste
- Spørreundersøkelse



Dialog. Kommunikasjon og samarbeid ved overføring av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien kan bli bedre. Arkivfoto: Erik M. Sundt

UTILSTREKKELIG. I vår undersøkelse uttrykte de fleste respondentene i kommunen (52,5 prosent) seg helt eller delvis uenig i at sykehuset gir en helhetlig kartlegging av pasientenes behov i meldeskjemaet til kommunen. Nesten halvparten av respondentene fra kommunen sa seg også helt eller delvis uenig i at informasjonen i meldeskjemaene samsvarer med det kommunen mener er pasientens reelle hjelpebehov og funksjonsnivå. Dette samsvarer også med andres beskrivelse av samhandlingen ved utskrivning av pasienter fra

sykehuset til kommunehelsetjenestene (8). Informasjonen om pasientens omsorgsbehov var utilstrekkelig, og kommunen måtte i de fleste tilfeller gjøre egne vurderinger (8). Sykepleierne på de to nivåene anerkjente vurderingene fra den andre parten, men kommunen gjorde likevel egne vurderinger av pasientens behov for tilbud (8). At kommunen gjør egne vurderinger er også et funn i vår undersøkelse.

ULIKE MÅL. Ulikheter i kartlegging og vurdering av pasientens behov kan trolig forklares ut fra ulike

«Det er forskjellige forventninger i kommune og sykehus til når pasienter er utskrivningsklare.»

mål, ulik ideologi og forskjellige rammer for sykehus og kommune (8,9). De organisatoriske rammene

for sykehus og kommune kan forstås som uttrykk for faglige ulikheter mellom sykehuset og hjemmesykepleien. Sykehuset har et «diagnoseorientert behandlingsregime» mens kommunene har et «langtids omsorgsregime» (9). Funn fra min egen og andres undersøkelser kan trolig forstås som uttrykk for at sykehus og kommune har ulike syn på hva som er viktig å vektlegge av opplysninger i meldeskjemaer. Oppmerksomheten under sykehusoppholdet har vært rettet mot diagnostikk og gjennomføring av





adekvat behandling. Fra sykehusets side var det kanskje derfor heller ikke meningen å gi en helhetlig kartlegging av pasienten, som samsvarte med det kommunen mente var pasientens behov.

STANDARD. Samhandlingsreformen (1) fremhever at bedre samhandling forutsetter kunnskap om hvilken informasjon de ulike helsepersonellgruppene trenger. Man må forstå hverandres kultur og utarbeide standarder i de elektroniske systemene som gir klare føringer for hva innholdet skal være (1). Standardisering av informasjonsutvekslingen kan fremme kvalitet og sikkerhet under pasientoverføringer (9,10). Likevel etterlyser respondentene fra kommunene i min undersøkelse en standard, og en respondent uttrykker det slik: «Det er forskjellige forventninger i kommune og sykehus til når pasienter er utskrivningsklare. Dette skaper ofte store problemer, spesielt for pasientene. Kan det lages en slags standard som både sykehus og kommune kan enes om?»

Sykepleiere i sykehus implementerte egen praksis for å kompensere for det de opplevde som svakhet i standarden (10). Fenomenet er beskrevet som uttrykt teori og bruksteori (11). Misforhold mellom uttrykt teori og bruksteori kan hemme vellykket informasjonsutveksling mellom sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleien (10).

INFORMASJON. Flere respondenter fra sykehuset og kommunen i min undersøkelse etterlyser et felles elektronisk datasystem, og en respondent fra sykehuset uttrykker det slik: «Et felles elektronisk datasystem med kommunene vil bedre utveksling av informasjon.»

En sammenlikning av papirbaserte utskrivningsrapporter med elektroniske rapporter viste at selv om de elektronisk overførte rapportene inneholdt flere ord, var det fortsatt mangler og unøyaktigheter i pasientinformasjonen (12). Man forventer at elektronisk utveksling av informasjon skal ha en positiv effekt på kommunikasjonen

mellom nivåene, og at tilgjengelighet til informasjon har blitt bedre (12). Sykepleiere i primærhelsetjenesten har gitt uttrykk for at det å kunne motta informasjon før pasienten kommer hjem etter utskrivning har bidratt til forutsigbarhet og gjort det lettere å planlegge omsorgen for pasienten (12).

DIALOG. I vår undersøkelse uttrykte litt over halvparten av respondentene i sykehus og kommune seg helt eller delvis enig i at det var et godt samarbeid mellom sykehus og kommunene. De øvrige funnene kan trolig belyse noe av bakgrunnen for dette funnet: De fleste respondentene fra kommunen (60 prosent) var helt eller delvis enig i at sykehuset tok kontakt tidlig nok, og 45 prosent var helt eller delvis enig i at det var lett å få tak i en ansvarlig sykepleier på sykehuset.

Men et mindretall (32,5 prosent) var helt eller delvis enig i at sykehuset holder saksbehandlere i kommunen løpende orienterte om utskrivningsklare pasienter. Betydningen av tidlig involvering med kommunen for å fremme god samhandling om gode pasientforløp, var funn i dybdeintervjuer med sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten (13). Jeg fant også betydningen av tidlig involvering i min egen undersøkelse. En respondent fra sykehuset uttrykker seg slik: «Vi må få ut informasjon raskere for å sikre god videre oppfølging.» En respondent fra kommunen sier det ganske enkelt slik: «Vi må ha hyppigere dialog mellom sykehus og kommunen.»

TID. Det kan synes som om sykehuset bruker mye tid på å lete seg frem til riktig person. Respondentene fra sykehuset uttrykte at de brukte mye tid på å få meldt pasientene til kommunen – mer enn 60 prosent uttrykte at de brukte én time eller mer i løpet av en dagvakt, og noen respondenter fra sykehuset uttrykker: «Det er ønskelig med bedre tilgjengelighet til hjemmesykepleien, man bruker mye tid i telefon for å få tak i sykepleiere i kommunen.»

Noe liknende finner man i fokusgruppeintervju med sykepleierne

fra sykehus og kommune (10). De uttrykte liten tilgjengelighet ved sykehuset og i hjemmesykepleien som en årsak til inadekvat informasjonsutveksling. Av og til ender beskjeder hos noen som ikke kjenner pasienten godt nok til å stille oppfølgingsspørsmål som er viktig for kontinuiteten (10).

HELHET. Kulturen i helsevesenet bør handle mer om fellesskaps-tenkning og helhetstenkning rundt pasienten (14). Forståelse for hva som foregår i andre deler av helse- tjenesten vil fremme samarbeidet. Det dreier seg om å opparbeide samhandlingskompetanse som øker evnen til å organisere pasientforløp (14). Respondenter i min undersøkelse hadde betraktninger rundt det å forstå hverandres kultur, og fremme helhetstenkning rundt pasienten. Respondenter fra sykehuset uttrykte det slik: «Bør ha økt kjennskap til og kunnskap om hverandres kompetanse.» En respondent fra kommunen uttrykker seg slik: «Det bør jobbes mer med en bevissthet rundt hva kommunen kan tilby av tjenester, slik at det gis riktige forventninger til pasienter som utskrives og har behov for kommunale tjenester.»

REINNLEGGELSER. Andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter har økt fra 18,4 til 19,8 prosent fra 2012 til 2014 (4). I avtalen som inngås mellom helseforetak og kommune i forbindelse med samhandlingsreformen, må det være en felles målsetting å forhindre at pasienter blir «svingdørspasienter» (15). Det er med andre ord all grunn til å følge med.

OPPSUMMERING. utfordringer forbundet med utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien før samhandlingsreformen synes å være noen av de samme som etter. Dette viser både mine funn som jeg diskuterer her, og annen relevant forskning. Studien oppsummerer følgende utfordringer som svar på forskningsspørsmålet: Hvordan kan sykepleiere i sykehus og kommune

«Vi må ha hyppigere dialog mellom sykehus og kommunen.»

styrke samarbeidet slik at pasientene mottar et godt planlagt tilbud når de kommer hjem?

- Informasjon om pasientens omsorgsbehov kan bli bedre, det vil si kartleggingen av pasientens behov, standardisering av informasjonen og et felles elektronisk datasystem.
- Kommunikasjon og samarbeid ved overføring av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien kan bli bedre, det vil si løpende orientering og tidlig involvering av kommunen, tilgjengelighet, og kommunikasjon som fremmer helhetstenkning rundt pasienten.

PASIENTSIKKERHET. Samhandling og kommunikasjon mellom aktører som er involvert i pasienters tilbud i forbindelse med utskriving fra sykehus, kan sette pasientsikkerheten i fare (16).

Pasientsikkerhetsspørsmål har hittil vært rettet mot den pasientnære virksomheten og mindre mot systemet som fatter vedtak som påvirker pasientsikkerheten (16). Begrepet sikkerhetskultur omfatter et syn på sikkerhet som noe mer enn det tradisjonelt har blitt definert som, nemlig mangel på sikkerhet (16). Forskning bør rette seg mot den pasientnære virksomheten og systemet som gjør vedtak som påvirker pasientsikkerheten (16). Forskningsområder som dekker både den pasientnære virksomheten og systemet som fatter vedtak som påvirker pasientsikkerheten kan være: Kommunikasjon og samhandling mellom aktører som bidrar til pasientsikkerhet ved overføring av pasienter fra sykehus til hjemmesykepleien. Avtalen mellom sykehus og kommune som utgjør rammen for kommunikasjon og samhandling mellom aktørene. ●

REFERANSER:

1. St.meld. 47. Samhandlingsreformen (2008-2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2009.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2002. Lovdata.
3. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93> (06.09.2015)
4. Statistisk årbok. Døgnoophold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2013. Norsk pasientregister/Pasientstatistikk. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-134.html> (28.07.2015).
5. Huseby BM. Samhandlingsstatistikk 2013–2014. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. Rapport IS-2245. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/Samhandlingsstatistikk-publikasjon.aspx> (28.07.2015).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Lovdata.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke/id650125/> (30.07.15.)
8. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning 2010; 5(1): 28–34.
9. Paulsen B, Grimsø A. God vilje – dårlig verktøy: om

samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrengende eldre. Oslo: Sintef Helse, 2008. Rapportnr. A7877.

10. Olsen R.M. Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. [Doktoravhandling]. Sundsvall: Mittuniversitetet (MID) Sweden university Sundsvall, 2013.
11. Argyris C, Schön DA. Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass 1974.
12. Melby L, Hellesø R, Wibe T. Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. Tidsskrift for Den norske legeforsning. [Elektronisk artikkel]. 2010; 130 (10): 1001–1008. doi: 10.4045/tidsskr.09.0130.
13. Ivarsson LI. Hvilke tiltak fremmer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene? [Masteroppgave i helsefag]. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet Universitetet i Tromsø, 2012.
14. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid. 1. utgave. Oslo: Cappelen Forlag a.s. 2004.
15. Blakstad KT. Eldreomsorgen – ett år etter oppstart av samhandlingsreformen. Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. 2013;(2):9–12.
16. Ødegård S. Patientsikkerhet. I: Leksell J, Lepp M, red. Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber AB, 2013: 253–94.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no



Bjørg Marit Andersen

Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus PRAKSIS OG TEORI.

695 sider

Kr. 480,-

Forlag: Elefantus Forlag, 2016

ISBN nr. 788293274643

Bestilling: www.elefantus.no
eller e-post: kontakt@elefantus.no



Vitenskapelige artikler på sykepleien.no



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

Sammendrag:



Kvinner og menns vurdering av helse og funksjonsevne i HUNT 3 etter hjerneslag

Bakgrunn: I Norge er det årlig cirka 15 000 sykehusinnleggelser på grunn av hjerneslag. Utenlandske studier har vist at flere kvinner enn menn rapporterer dårligere helse og funksjonsevne etter hjerneslag, men dette er lite undersøkt i Norge.

Hensikt: Undersøke om det er forskjell i kvinner og menns vurdering av helse, funksjonsevne, evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter, og bruk av helsetjenester etter hjerneslag.

Metode: Tverrsnittstudie fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) innsamlet fra 2006–2008. Studien inkluderer 1190 personer som har hatt hjerneslag, 572 (48,1 prosent) kvinner og 618 (51,9 prosent) menn.

Resultat: 71,5 prosent kvinner og 73 prosent menn hadde kommet seg helt etter siste hjerneslag. Kun 6,2 prosent hadde svært alvorlig, alvorlig eller moderat funksjonssvikt. Kvinner ble sjeldnere innlagt på sykehus enn menn ($p < 0,001$). Signifikant flere menn vurderte helsen som god etter hjerneslaget. Flere kvinner over 70 år brukte hjemmehjelp og hjemmesykepleie det siste året ($p < 0,001$). Færre kvinner hadde venner som kan hjelpe dem ($p = 0,001$).

Konklusjon: Det er ingen forskjell i funksjonssvikt mellom kvinner og menn etter hjerneslag. De fleste klarer seg uten hjelp til å vaske seg, dusje, kle på seg, legge seg, stå opp og spise. Flere kvinner vasker klær og lager mat, mens flere menn kjører bil. Kvinnene bor oftere alene, bruker hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En viktig implikasjon for sykepleiepraksis er å tilrettelegge individuell tilpasset behandling og opptrening.

Forfattere:

Borghild Løyland, Line Todal og Randi Andenæs



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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



Sammendrag:



Stell og bruk av sentralt venekateter i intensivavdeling

Bakgrunn: Intensivpasienter med sentralt venekateter (SVK) er utsatt for å få mikroorganismer i blodbanen ved daglig stell og bruk av SVK. Blodbaneinfeksjoner kan gi forlenget opphold i intensivavdeling, med påfølgende økt mortalitet. Med de personlige belastninger og samfunnsmessige kostnadene dette kan gi, er det et område som bør kvalitetssikres.

Hensikt: Studien har til hensikt å kartlegge intensivsykepleiers praksis tilknyttet stell og bruk av SVK, med vekt på forebygging av blodbaneinfeksjoner. Selvrappor-tert praksis vil sammenliknes med Center for Disease Control's (CDC) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.

Metode: En kvantitativ tverrsnitt studie med deskriptivt design ble benyttet. Data ble innsamlet ved hjelp av et strukturert spørreskjema som ble sendt ut til 390 sykepleiere ved seks intensivavdelinger i Norge. Svarresponsen ble 52,4 prosent. Resultat: Det var to områder som i stor grad viste seg å være i tråd med CDC's retningslinje; frekvens på bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon av parenteral ernæring og type bandasje som benyttes på SVK's innstikkssted. Utover dette viste selvrapportert praksis seg å være sprikende.

Konklusjon: Studien viste at praksis tilknyttet stell og bruk av SVK er uensartet og i varierende grad i tråd med CDC's retningslinje.

Forfattere:

Wenche Mentzoni og Inger Schou Bredal



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

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





Påfyll

Del 3 Sykepleien 04 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



1980: «Vi har ikke råd til å være sykepleiere». Sykepleierne streiker, og snart er det mekling. Foto: NTB / SCANPIX

Prat før kamp

Riksmekleren. Partene må mekle før arbeidskampen kan bryte løs. Slik har det vært i 100 år. **70**



Liv laga.

Marsipankake og taushet. **65**



«Jeg mener vi snakker for lite om hverdags-etikken.»

Marie Aakre. **66**



Quiz. Er labium fissum en laber promp? **72**



Dikt



eg har døyppt om
hjartet
til kjøttklokka
fjern all
romanse
hjartet bankar ikkje
for nokon
det tel ned

Kjersti Wøien
Håland: Panikk,
Flamme forlag, 2015

Om forfatteren



Kjersti Høien Håland

Kjersti Høien Håland debuterte i 2013 med diktsamlingen *Kjersti er ein fiktiv person, helsing Kjersti*. I 2014 kom romanen *Dommedøgn*. I hennes siste bok, diktsamlingen *Panikk* skriver hun presist, bearbeidende og tidvis humoristisk om panikkangst, lengsler og annet vanskelig.



SYKEPLEIER: Jan-Erik Vik på jobb i Aktiv fritid. Foto: Ole G. Sørensen/Kristiansand Avis

Sykepleier med grøss og gru

KRIMFORFATTER: Jan-Erik Vik lar gjerne uhyggen holde til på sykehjem.

– Jeg har en forkjærlighet for eldre mennesker, sier han og smiler litt.

– De ser så snille ut, men er kanskje ikke det.

Mer vil han ikke si. For historier med en egen twist er Jan-Erik Viks varemerke. Mannen som er sykepleier på dagtid, krimforfatter på kvelds-

tid, med nesten 140 noveller på samvittigheten. Nå har han samlet 23 av dem i boken *En god natts søvn*.

Skrivingen begynte han med i voksen alder. Det ble raskt krim.

– Jeg har vel en ganske velutviklet fantasi, og jeg synes det er gøyere med grøss enn kjærlighetsfilm, sier han.

«Tenk at snille Jan-Erik kan skrive disse historiene», har en bekjent

skrevet på Facebook.

– Jeg har vel kanskje en mørk person langt, langt inne. Men alt jeg skriver er fiksjon, jeg har ikke hentet historier fra meg selv.

Novellene er, i tillegg til å ha blitt samlet i bøker, trykket i Vi menn, Allers og Hjemmet. Noen noveller kaller han snille, andre mer grusomme.

– Kanskje ikke så mye blod, men mye psykologisk terror.

Helsesøstre med sex-app

I Drammen har helsestasjonen og kommunen gått sammen om å lage en egen sex-app for ungdom.

Helsesøstre erfarer at kunnskapsnivået er lavt og har i appen samlet fakta og lenker til troverdige nettsteder. Appen er gratis for alle og heter Helsestasjon for ungdom i Drammen. Kilde: NRK

Podkast fra Universitetsforlaget

Fagfolk formidler ved hjelp av stemmen sin i Universitetsforlagets podkast. Den ligger på deres nettsider eller kan abonneres på i iTunes.

Ulik forskning formidles, både helsefaglig og annen. For eksempel snakker Jon Martin Sundet om intelligens.

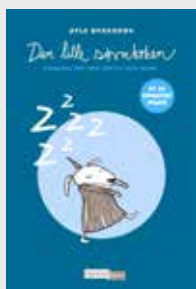
Faglitterært forfatterstipend

Cappelen Damm Akademisk lover 100 000 til det beste konseptet for en lærebok til høyere utdanning. Det kan også deles ut to stimuleringsstipend på 25 000 kroner hver. Søknad må inneholde prosjektbeskrivelse og minst ett prøvekapittel. Frist er 27. september 2016.

Bøker. Tre om søvn

Håndbok for søvnløse

OPPDATERT KLASSIKER: Psykolog Atle Dyregrovs *Den lille søvnboken* er en liten bok som effektivt og lettlest formidler søvnteori, grunnleggende søvnhygiene, spesielle innsovningsteknikker og en liten oversikt over sykdommer som påvirker søvnen. Boka er myntet på søvnløse. Den nye utgaven er oppdatert med ny forskning om medikamentbruk og innsovningsteknikker.



De trøtte ungdommene

FAGBOK: Ungdom er svært utsatt for dårlig søvn og forstyrret døgnrytme. Bjørn Brovatn er leder av Senter for søvnmedisin på Haukeland og har skrevet boka *Ungdomssøvn* for å øke kunnskapsnivået om hvordan søvnlidelser hos ungdom kan utredes og behandles. Boka er rette mot helsepersonell, men kan også være nyttig for foreldre, lærere og andre som har med disse ungdommene å gjøre.



De våkne barna

ATFERDSPSYKOLOGI: Legging av småbarn er en kilde til frustrasjon i mange hjem. Atferdsforsker Carl-Johan Forssén Ehrlin har brukt sine kunnskaper om psykologi og kommunikasjonsteknikker for å lage en bok som skal gjøre småbarna søvnige. Den lille kaninen som så gjerne ville sove er utstyrt med leserinstrukser til foreldrene og skal visstnok være en svært effektiv sovemedisin for barn fra to år.



Påfyll. Petit



Liv laga

Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevromuskulær sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.



Vi leker butikk

Det er personalmøte, og vi har fått kake av ledelsen. Den utsendte rådgiveren forteller oss at bakgrunnen for kakeinnkjøpet er at etter flere år med røde tall er regnskap og budsjett i balanse og avdelingens tall er grønne. «Å ja», sier vi og forsyner oss med marsipankake.

I stillheten som oppstår der applausen var forventet å fylle rommet forsøker rådgiveren å forklare hva det er vi har gjort som har bidratt til denne gunstige økonomiske situasjonen som har rettfærdiggjort kakekjøpet. Men applausen uteblir fortsatt. Da skyter fagutviklingssykepleieren inn, som en mediator mellom oss hvitkledde og sivilistene fra ledelsen: «De bryr seg ikke i det hele tatt. Men de er glade i kake, altså.»

Og det er helt sant; vi bryr oss ikke. Kanskje burde vi bry oss, men jeg kjenner en dyp glede over at jeg, i new public managements tidsalder, er i en posisjon der jeg ikke er pålagt å tenke på tallenes farge. For mens legene skal telle DRG-poeng, kode og rapportere, kirurgene skal hake inn de lønnsomme pasientene og hjemmesykepleierne må operere med stoppeklokker og pleie etter vedtak, føler vi pleiere på min avdeling oss fortsatt frie til å yte omsorg etter egne faglige vurderinger uten å leke butikk-leken eller stå til ansvar overfor et regneark.

New public managements styringsprinsipper ble innført for å effektivisere offentlig sektor. Ved å etterlikne forholdene i privat sektor tenkte man at driften

automatisk ville bli mer kostnadseffektiv. Dermed skapte man konkurranseleiknende forhold ved å privatisere, konkurranseutsette, stykkprisfinansiere og innføre bestiller-utførermodeller. Det ble lagt et økt press på ledere til å drifte kostnadseffektivt, og kravene til budsjett disiplin og lojalitet oppover ble økt. Grønne tall skulle være et mål i seg selv.

Ingenting tyder på at vi har spart noen penger på dette. Derimot har byråkratiet vokst; de som skulle bruke tid på å behandle pasienter, bruker stadig mer tid på å rapportere, dokumentere og kode. I styrene har økonomene erstattet legene, og økonomiske vurderinger legger premisser der det før var fagligheten som rådde grunnen. Operasjonsbenkene ryddes for de lønnsomme kneoperasjonene, mens de som kanskje burde ha ligget der må vente, for vi trenger jo pengene ...

Alle andre enn økonomene skjønner inderlig vel at vi leker butikk. Å drive helse og omsorg i en velferdsstat kommer aldri til å lønne seg. Det er ingen inntekter. Vi driver ikke et helsevesen for å tjene penger, vi gjør det fordi det er noe vi må. Vi konkurrerer ikke, vi spiser alle fra det samme budsjettet. Det er bare monopol-penger som flyttes fra pult til pult.

Vi spiser kaka i ro og mak enn så lenge. Men vi skal ikke glemme hvilken verden den kommer fra. For vi forsøker å redde liv og helse styrt av en gjeng som tror de spiller monopol, og det er ikke sikkert vi burde finne oss i det i lengden. Vi burde faktisk bry oss. ●



Marie Aakre

Jakter på etikken

Tekst **Susanne Dietrichson** • Foto **Lena Knutli**

Bekymret. Marie Aakre lurer på om sykepleiere er moralsk sjenerte.

Jeg er i en livsfase hvor jeg snur meg. Marie Aakre kan kunsten å ordlegge seg, både muntlig og skriftlig. Nå er hun aktuell med *Jakten på dømmekraft*, en ny bok om etikk i helsetjenesten.

URO. Den baserer seg på Aakres mangeårige erfaringer fra praksis, som leder av Rådet for sykepleieetikk og forfatter i Sykepleiens etikkspalte.

– Tanken var å skrive en bok basert på mine bidrag til etikkspalten, men tekstene ga meg ingen kraft lenger, forteller hun.

– Jeg måtte legge dem fra meg og begynne helt på nytt.

Aakre hadde et sterkt personlig behov for å skrive og en moralsk uro som drivkraft i arbeidet med boka.

– Uroen bunner både i egne og andres erfaringer og fortellinger fra praksis om etikkens trange vilkår. Vi lever i en tid hvor tilstedeværelse og helhetstenkning er knapphetsverdier og hvor det er lite åpen tenkning og refleksjon rundt hvordan vi jobber etisk til hverdags.

ERFARINGSKLOK. Aakre mener dette i stor grad skyldes at ledere i helsevesenet ikke prioriterer etisk arbeid i avdelingene.

– Tidspress på de ansatte, sterke markedskrefter og manglende verdibasert styring truer humanistiske verdier. Jeg lytter til voldsomt mye erfaringsbekymring, som jeg også deler, sier hun.

– Du beskriver deg selv som erfaringsklok. Hva legger du i det?

– Jeg har ledet og deltatt i mange etikkprosjekter og har solid ledererfaring. Jeg er veldig klar over at jeg ikke har en teoretisk og akademisk bakgrunn for å skrive om etikk. Men det er der tjenesten utøves, praksisnærheten, som er mitt anliggende og bakgrunnen for det jeg skriver. Jeg mener vi snakker for lite om hverdagsetikken i det praksisnære og at vi ikke arbeider systematisk med kompetanseutvikling av de ansattes dømmekraft.

MANGLER SPRÅK. – Hvorfor snakker sykepleiere for lite om etikk?

– Kanskje fordi vi er moralsk sjenerte? I tillegg mangler vi trening i etisk språk og kritisk analytisk refleksjonskompetanse. Vi er ikke vant til å snakke frimodig og åpent om verdiene faget vårt er tuftet på. Når vi for eksempel sier «likeverd», så skjer det noe som åpner andre dører i oss enn «standardisering» og «rutiner», som tvert imot stenger for kreative samtaler.

Aakre mener jakten på oppskrifter i møte med syke mennesker er et regnestykke som aldri vil gå opp.

– Standardiseringer fører til det motsatte av å være kritisk, undrende og spørrende, og kan bli farlig både for ansatte og brukere.

– Betyr det at du er imot all standardisering, også av prosedyrer?

– Nei, for all del. Men det dreier seg hele veien om en balansegang. Det er viktig at rutiner og

standardiseringer ikke hemmer oss i å møte pasientens individuelle behov.

KREVER ERFARING. Aakre mener lederen som kulturbygger er den viktigste faktoren for å fremme etikkens vilkår i praksis.

– Systematisk etisk refleksjon med kolleger bør være en selvfølgelig del av fagansvaret. Jeg spør meg om det bør være anledning til å arbeide med sårbare andre uten å sikre egne vurderinger gjennom slik refleksjon.

Her mener hun lederen spiller en avgjørende rolle. Og sier at sykepleiere lærer mye om etikk i grunnutdanningen, men at gapet mellom teori og praksis gjør at de ikke gjenkjenner verktøyene de trenger for å bruke etikken i praksis.

– Dømmekraft og praktisk klokskap forutsetter reflektert erfaring. Alle som arbeider med mennesker må få hjelp til å opparbeide en personlig moralsk kjøll, som man kan navigere med i komplekse handlingsvalg.

REFLEKSJONSKULTUR. Hun synes ikke etisk refleksjon mellom kolleger i praksis skal være frivillig.

– Etisk refleksjon må være et lederansvar. Vi som arbeider i pleie- og omsorgstjenester er ofte for milde og tilpasser oss altfor trange handlingsrom. Tid til etisk refleksjon er nødvendig for å styrke vår etiske kompetanse og fremme moralsk praksis.

Tittelen på boken spiller på dette.

– Den heter *Jakten på dømmekraften* fordi jeg vil at alle som arbeider med mennesker skal jakte på etisk kompetanse. Vi jobber pasientnært og ser lidelsen og det uverdige på nært hold. Det gjør vondt, og det må vi tørre å snakke om.

NÆR DØDEN. Aakres engasjement øker – om mulig – når vi kommer inn på hennes hjertesak:

«Jeg mener vi
snakker for lite om
hverdagsetikken.»



Fakta

Marie Aakre

Aktuell med:
Jakten på dømmekraften

pasienter som er nær døden.

– I møte med døden blir de etiske utfordringene ekstra tydelige. Kanskje fordi tiden er tilmålt, spør hun.

– Det er vondt å se hvordan man stjeler verdifull tid fra den døende og de nærmeste med blodprøver og smertefull behandling i stedet for å lindre eksistensiell og åndelig smerte. Vi må tørre å skuffe, etterspørre hva som er verdighet her og nå, og hegne om denne.

ETIKK OG MORAL. – *Hvor går grensen mellom å være etisk og moraliserende?*

– Etikken er teorien og moralen er praksis. Kunsten er å sette språk på moralen uten å moralisere. Derfor er jeg opptatt av å dele fortellinger fra praksis. Moralene er alltid til stede i det vi gjør, og nettopp derfor er det viktig – og ofte ubehagelig – å snakke om.

Aakre har selv fått høre at hun kan virke moraliserende med sine spørsmål.

– Denne type tilbakemeldinger blir jeg glad for. Frykten for å være moraliserende kan gjøre at vi lar være å stille kritiske etiske spørsmål. Vi må hjelpe hverandre til å danne frimodig motstand til det bestående. Skal vi fremme moralsk praksis, må vi legge vårt tankegodt åpent frem for kolleger og ledere, og tørre å dele våre fortellinger.

Aakre mener mange sykepleiere tradisjonelt har vært gode på å dele fortellinger, men at mulighetene svikter på grunn av økt tempo og krav om effektivisering.

– Vi vet at etisk refleksjon fremmer arbeidsglede og kvalitet, og kan redusere sykefravær. Og motsatt, at mange sykepleiere lever med skam over sine handlingsvalg fordi de går på akkord med seg selv og sin profesjonsetikk i arbeidet sitt. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fakta

Det går for sakte

Av Bengt Karlsson (red.)
ISBN 978-82-05-49112-0
Gyldendal Akademisk,
2016

Anmelder: Kjetil Skotte,
sykepleier og Rosenterapeut

Berettiget utålmodighet; en vekker fra psykiatrien

ANMELDELSE: Formålet redaktør Bengt Karlsson har hatt med denne essaysamlingen er å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske helseplager og rusproblemer. Han har invitert 15 ulike forfattere, fra behandlere til mennesker med brukererfaring fra behandlingsapparatet, som med hvert sitt essay belyser temaet fra ulike ståsteder.

Og for noen essays det har blitt! De spenner fra dypt personlige beretninger om overgrep utført av helsepersonell i forbindelse med beltelegging og bruk av tvang, til refleksjon rundt den gode og den dårlige

samtalen eller begrepet «psykisk helsefeltet». Andre handler om helsepersonells posisjon som maktpersoner, betraktninger rundt det å føle skam, å se seg selv i sammenheng med andre og å ta i bruk sine egne ressurser. Flere av forfatterne er kritiske til sitt eget arbeidsfelt og roper et varsko om at psykisk helsefeltet har utfordringer når det gjelder menneskesyn og «vedtatte sannheter» om bruk av medikamenter, og om nevnte bruk av tvang. Redaktørens eget essay diskuterer noe så viktig som når behandlingen av pasienter og deres pårørende går over i ondskap. Noen av bidragsytterne har over 40 års erfaring fra

arbeidet med psykisk helse, og den respekten og ydmykheten de viser overfor pasienten og sitt eget fag bør leses av alle som arbeider med pasienter i psykisk helsefeltet.

Etter å ha lest de personlige beretningene slås jeg av enkelte helsepersonells manglende medfølelse og dårlig utviklede innsikt i sin maktposisjon, og mangel på evnen til å si «unnskyld, vi behandlet deg eller din datter feil». Frykt for å tape ansikt kan for noen være viktigere enn å granske seg selv og sin utøvelse av yrket. Boka bør leses! Jeg håper den vil lyse opp det enkelte sinn og det psykiske helsefeltet så det gjør vondt. ●



Fakta

Diffusitas

Av Dag Gundersen
Storia (red)
Forlag:
Fagbokforlaget, 2016
222 sider
ISBN 978-82-450-1872-1

Anmelder: Liv Bjørnhaug
Johansen, sykepleier og
MA i kulturhistorie

Navigasjon i vanskelig farvann

ANMELDELSE: De kommer igjen og igjen. De er svimle, de har smerter, de har feber uten kjent årsak, de har fordøyelsesproblemer og er utmattede. Undersøkelser røper ingenting, og frustrasjonen stiger. Etter å ha lest denne boka kan jeg slå dette fast: Det er ikke lett å være fastlege. Boka er ment som en hjelp på veien i møte med vanskelig diagnostiserbare pasienter med diffuse lidelser, og den er absolutt lesverdig for oss andre som også treffer disse pasientene gjennom den ene utredningen etter den andre.

Ni spesialister drøfter mulige diagnoser og tiltak i hvert sitt fagfelt. Mens

enkelte av kapitlene i hovedsak tar oss igjennom de sannsynlige diagnosene på typisk legebokvis, viser kapitler som de om viscerale smerter, fordøyelse og brystmerter en helhetlig forståelse av pasienten, og et kontinuum mellom psyke og soma som bringer optimisme. Jørgen Valeur skriver om fordøyelsesproblemer: Det er mer hensiktsmessig å utforske samspillet mellom hjernen og magen enn å diskutere hvor den løse skruen sitter. I kapittelet om psyke og soma gjøres noen fine overordnede refleksjoner over legens møte med pasienter med psykosomatiske symptomer. Hvor langt skal man gå i somatisk utredning?

Dette er en bok som foruten at den er et godt diagnostisk verktøy også gjør gode refleksjoner over en rekke problemstillinger som oppstår rundt disse pasientene. Jeg liker godt når legene også reflekterer over sin egen opplevelse av makteløshet, og tidvis irritasjon. Jeg savner likevel en ordentlig drøfting av risiko for polyfarmasi og overforbruk av vanedannende medikamenter. Det er en egen drøftelse av møtet med barn, men boken hadde styrket seg på å drøfte symptomer og diagnostiseringsvaner hos eldre, og ikke minst hos innvandrere fra kulturer som uttrykker både fysiske og psykiske symptomer ganske annerledes enn nordmenn. ●

Hva
leser du
nå?

Angelika Mairin
Kjærulf

Periodeleser i påskemodus

LITTERATUR: – Akkurat nå er jeg i påskemodus, krim og grøssere er en tradisjon for meg i påsken, forteller Angelika Mairin Kjærulf. – Jeg leste nylig *Doctor sleep* av Stephen King, så da har jeg fortsatt i samme sjanger med *The stand* fra samme forfatter.

Hun har veldig varierende lesevaner.

– Jeg leser mye i perioder for så å gå lenge uten å lese noe. Jeg har en forkjærlighet for fantasy, men kan bli like oppslukt av en velskrevet samtidsroman, diktsamling eller biografi. Når jeg først finner noe jeg liker, kan jeg lese flere bøker på noen uker. Er jeg litt mindre begeistret, kan jeg bruke måneder på å komme meg gjennom en liten bok og ender ofte med å ikke lese den ferdig.

Faglig er det Sykepleien som gir henne lesestoff.

– Jeg setter stor pris på Sykepleien og liker å lese forskning og fagartikler. Føler det har gitt meg mer som sykepleier enn en bestemt bok har gjort. *Liv Bjørnhaug. Johansen@sykepleien.no*



Stilling: Sykepleier på Medisin 3,
Drammen sykehus
Alder: 28

Solid og innsiktsfullt om norsk rettspsykiatri

ANMELDELSE: Det er en nødvendig og høyst leseverdig bok leseren her kan ta fatt på. Vi får en oversiktlig gjennomgang av styrke og svakheter ved norsk rettspsykiatri. Psykologspesialist og forsker Pål Grøndahl og professor Ulf Stridbeck ved det juridiske fakultet, UiO, har redigert hele 22 bidrag. Samtlige virker så trygge på sin faglige integritet at det aldri blir nødvendig å ty til et oppstyltet akademisk språk. For meg oppklarte boken mange spørsmål rundt rettspsykiatriske avgjørelser.

Grøndahl hevder at man må være både tålmodig og glad i å lese for å påta seg rettspsykiatriske oppdrag. Det kan være vedlagt journalutskrifter på hundrevis av sider som sjelden er en stor faglig eller litterær opplevelse. Rettsoppnevnte sakkyndige verken kan eller skal snu kappen etter vinden i sine vurderinger. Dette begrunnes godt, til tross for undersøkelser som viser at man ikke skal kimse av sunt bondevett. Flere av undersøkelsene viser nokså nedslående resultater, der faggruppene skårer marginalt bedre enn gjennomsnittet av den norske befolkning. I kapittel 8 vises det til et konkret eksempel der det faktisk er grasrota som er på linje med forskningen.

Mest fengende under lesningen var for meg eksempler fra virkeligheten og den rettspsykiatriske drøfting

i etterkant. Det gjelder blant annet Paulhus-saken som pågikk i en årrekke under første halvdel av 1900-tallet. Et hjerteskjærende justismord som trekkes frem til skrekk og advarsel.

Et eksempel i motsatt ytterkant vil mange lesere av den eldre garde personlig huske, nemlig Hollekim-saken fra 60-tallet som gjorde salige Alf Nordhus landskjent. Hollekim ble frikjent for mord mot sin vilje etter å ha tilstått. I ettertid ble Nordhus en ettertraktet forsvarer for drapstiltalte.

Norge er det eneste land som har tviholdt på det medisinske prinsipp fremfor det psykologiske. Sistnevnte fordrer at det må være en sammenheng mellom bevissthetsforstyrrelsen og den straffbare gjerningen. Vi får en god oversikt over hvorfor og hvordan det medisinske prinsipp ble innført, og hvorfor mange fagfolk – også blant jurister – ønsker å beholde det. I siste del av boken får rettens ulike aktører uttale seg om rettspsykiatriske vurderinger. Her er det representantene for forsvaret og tiltalte selv som gir det klart strengeste skussmål.

Psykiater Bjørn Gunby – den opplagte nestor i norsk rettspsykiatri – får som det seg hør og bør det avsluttende kapittel. Her får vi innsyn i hans selvopplevde historikk innen feltet. Og den førstehåndskilden tror jeg ingen leser ville vært foruten. Vi har å gjøre med en bok til å bli klokere av. ●



Fakta

Retts- psykiatriske beretninger

Av Pål Grøndahl Og Ulf
Stridbeck (red.)
410 sider
Gyldendal
Akademisk, 2015
ISBN 978-82-05-
48459-7

Anmelder: Inger Frogg
Jørgensen, psykiatrisk
sykepleier

«Det store spørsmålet innenfor utilregnelighets-
jussen i over 200 år har nemlig vært hvem som skal
ha det siste ordet; lege eller dommer?» Bent Gran



Riksmekleren. Det store kompromisset i norsk arbeidsliv kan feire 100 år og er tilsynelatende like sprek.

«Ingenting er klart før alt er klart»

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Tirsdag 15. mars ble det brudd i årets forhandlinger i frontfagsoppgjøret mellom Fellesforbundet (LO) og Norsk Industri (NHO). Krav og tilbud lot seg ikke forene. Partene måtte ha hjelp fra det 100 år gamle statlige embedet Riksmekleren for å komme videre. Døra for de videre forhandlinger ble lukket for offentligheten. All informasjon skjer kun gjennom Riksmekleren. Nå gjelder utsagnet: «Ingenting er klart før alt er klart.»

Partene ble til slutt enige etter 12 timers meklings på overtid.

Det er ikke første gang det 100 år gamle meklarinstituttet må bistå partene i arbeidslivet. I løpet av de siste 20 åra er rundt 90 prosent av tvistene løst gjennom meklings hos Riksmekleren. Og de åra det har vært hovedoppgjør har Riksmekleren behandlet godt over 100 meklingsaker i snitt.

Bak det høye antallet meklings skjuler det seg også en bekymringsfull utvikling. For det skal i utgangspunktet være arbeidslivets parter som tar ansvaret for lønnsdannelsen og reforhandling av tariffavtalene.

ARBEIDSTVISTLOVEN. Åra etter forrige århundreskiftet var svært turbulente. Streik og lockout utviklet seg til å bli arbeidstakernes og arbeidsgivernes viktigste kampmidler. De samfunnsmessige konsekvensene av arbeidskonfliktene var betydelige, og flere og flere mente at bruken av kampmidler måtte reguleres. Bare i 1911 gikk en million arbeidsdager tapt på grunn av streik eller lockout.

Men utfordringene var mange: Hvordan skal eieres og ansattes makt avveies mot hverandre? Hvilke kampmidler er tillatt – og hvor stor må konflikten være før det er legitimt å ramme

en uskyldig tredjepart? Hvordan legge til rette for at partene skal komme til enighet uten arbeidskamp?

Arbeidstvistloven av 1915 ga svarene som senere har stått seg i 100 år. Løsningen ble en modell med en statlig meklingsinstans og tvungen meklings før arbeidskamp ble tillatt, samt tvungen voldgift i interessetvister (i dag Rikslønnsnemnda). Disse grunnprinsippene har i realiteten vært uendret, og ble sist stadfestet i revisjonen av arbeidstvistloven i 2012.

RIKSMEKLEREN. Publikum kjenner Riksmekleren hovedsakelig gjennom nyhetssendinger når lønnsoppgjør har «gått til meklings». Det er Riksmekleren og korpsset av meklere som får oppgaven med å finne ut av uløselige floker som har oppstått i forhandlingene mellom partene i arbeidslivet.

Det bemerkelsesverdige er at institusjonen har stått seg i 100 år, nærmest uforandret og uberørt av verdenskriger, økonomisk og teknologisk utvikling, globalisering og økende innslag av internasjonal rett.

Riksmekleren har utvilsomt avverget mange konflikter. Men ikke alle forhandlinger ender med enighet. Og ikke alle konflikter handler om kroner og øre. Vel så viktig er det å markere respekten for inngåtte avtaler, respekten for styringsretten og respekten for organisasjonsretten. Eller som arbeidsminister Anniken Hauglie uttalte under

«Suksessfaktoren vår er ikke at streiker skal forsvinne.»

Nils Daleide, riksmekler

markeringen av 100-årsjubileet i januar:

– I praksis er det en like viktig oppgave for Riksmekleren å sørge for at partene kan gå ut med æra i behold, som å bidra til den tekniske løsningen.

BRA ELLER DÅRLIG LØSNING? Noen argumenter med at påbudt meklings vil føre til at partene legger større vekt på å komme fram til enighet, mens andre mener muligheten for å komme i meklings gjør det mer krevende å bli enige gjennom forhandlinger.

– Så vel partene som meklingsmannen bekla-ger seg over at de faktiske forhandlingene mister sin betydning når begge parter vet at påbud om meklings vil være neste steg, gitt at man ikke blir enige, oppsummerer Kristine Nergaard i jubileumboka «Fred er dog det beste» i forbindelse med 100 års markeringen.

MEKLING. Ifølge arbeidstvistloven skal det sendes melding til Riksmekleren når organisasjonene går til plassoppsigelse. Det er opptil Riksmekleren å beslutte om det skal nedlegges forbud mot arbeidsstans og kalle partene inn til meklings. Hvis meklings ikke har gitt resultater innen ti dager, kan partene begjære meklings brutt. Riksmekleren har da fire dager på å forhindre en konflikt.

Før selve meklings henter Riksmekleren inn oversikt over partenes siste krav og tilbud under forhandlingene. Straks meklings saken er forsvarlig belyst, vil meklings foreta en grovvurdering av hvordan meklings bør gripes an. Den endelige vurderingen tas etter at felles oppstartsmøte og særsmøter er avholdt. I særsmøter får alle medlemmene i delegasjonen mulighet til å snakke direkte med meklings, og det gir meklings viktig

Fakta

JUBILEUM: Arbeidstvistloven ble vedtatt i Stortinget 6. august 1915 og trådte i kraft 1916. Det tok 13 år fra det første lovforslaget om offentlig mekling ble fremmet, til det ble en del av arbeidstvistloven.

RIKSMEKLERE: Jens Michael Lie var landets første riksmekler. Det var totalt 39 meklinger det første året. Til sammen femten personer har vært riksmeklere. I dag er Nils Dalseide landets riksmekler.

KRISETIDER: Den store styrkeprøven kom med arbeidskonflikten i 1931, den største i norgeshistorien, der 7,5 millioner arbeidssdager gikk tapt uten at det ble iverksatt tvungen voldgift.

ARBEIDSRETEN: Sammen med arbeidslivsloven og riksmekler kan Arbeidsretten i år feire 100 års jubileum.

Kilde: Nils Dalseide (red.): «Fred er dog det beste» (Pax 2016).



1980: «Vi har ikke råd til å være sykepleiere». Sykepleierne streiker, og snart er det mekling. Foto: NTB/SCANPIX



Fra 2013: Nils Dalseide er nå Riksmekler. Foto: Fredrik Varfjell/NTB scanpix



2014: Riksmekler Nils Dalseide møtte pressen for å informere om meklingen. Foto: Audun Braastad/NTB scanpix

informasjon om situasjonen i delegasjonen.

Mekleren har en lovpålagt plikt til å gjøre det som er mulig for at utfallet skal føre til et rimelig forlik, men det er partene som til sist avgjør hvordan meklingsakens utfall skal bli. Om de skal godta, avslå, anbefale eller ikke anbefale forslaget til uravstemning. Noe ganger kan det være forløsende med en nøytral tredjepart som man kan «skylde» på seinere.

Det er lite forskning på hvilke betydning meklingen har hatt for å bevare arbeidsfreden, men i løpet av hundre år er det ingen av partene som har foreslått at den skal fjernes og i stedet overlate forhandlingene til partene selv.

Hva er så en god mekling? Nåværende riksmekler Nils Daleide oppsummerer på følgende måte:

– En mekling der vi kan være helt sikre på at alle meklingsfaglige grep har vært gjort for å finne fram til en minnelig løsning. Det kan også være en god mekling som ender med en streik, hvis partene er mest tjent med en streik. Suksessfaktoren vår er ikke at streiker skal forsvinne, for streiker og streikevåpenet har en viktig funksjon og plass. Men vi bør ikke ha unødvendige konflikter, slike som kunne vært løst i minnelighet.

FRONTFAGET. Et enstemmig Holden III-utvalg (2013) tillegger frontfaget, frontfagsmodellen og

det inntektspolitiske samarbeidet mye av æren for den gode utviklingen i Norge.

Bærekraften i frontfaget er avhengig av at Riksmekleren holder fast ved de økonomiske rammer og eventuelle prinsipppløsninger i de etterfølgende meklinger, både i privat og offentlig sektor.

En av Riksmeklers vanskeligste oppgaver er å finne fram til løsninger i offentlig sektor som alle kan godta. Her mekles det parallelt i tre tariffområder; staten, KS og Oslo kommune. Ikke bare er det tre tariffområder, det er i tillegg fire hovedsammenslutninger/-organisasjoner i hvert område. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva kan hjelpe mens pasienten venter på behandling for netthinnelesjon?

- A Å være i bevegelse
- B Å ligge ned
- C Å ta smertestillende

2 Hva er det tryggeste valget av reseptfrie smertestillende hos gravide og ammende?

- A Paracetamol
- B Ibuprofen
- C Acetylsalisylsyre

3 Hva er det latinske ordet for kreps?

- A Saggiarius
- B Pisces
- C Cancer

4 Hva er det svenske ordet for kreps?

- A Kräfta
- B Färskvatten-räka
- C Mini-hummer

5 Hva er det norske ordet for sykdommen cancer?

- A Tumor
- B Kreft
- C Svulst

6 Hva skyldes brennkopper?

- A Virus
- B Parasitter
- C Bakterier

7 Hva er labium fissum?

- A En middels stor promp
- B Hareskår
- C Kjønnsleppe

8 Hva er organa oculi accessoria?

- A Øyets hjelpeorgan
- B Overdreven sans for okkult tilbehør
- C Når en pasient har fler organer fra donorer

9 Hva er en zygot?

- A En befrukta eggcelle
- B En feil i DNA som kan gi arvelig sykdom
- C En godartet svulst

10 Hva var «pox» i eldre tid?

- A Vannkopper
- B Syfilis
- C Spedalskhet



Middels stinkbombe: Har han sluppet en labium fissum, eller?

- 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: 1B, 2A, 3C, 4A, 5B, 6C, 7B, 8A, 9A, 10B

Randis hypokonderkryssord

😊	KLIS-TERET PSYK- LIDELSE	▼	MÅL	▼	KAN ORG.	▼	KUNST DYR	▼	UMOR- ALSKE	FAG	FOT- TØY	YTTER- LIGERE	FRYS- NE	SLITEN- HET GUD	▼	ÆRE PLATE	▼	NOR- MAL ATOM	▼	PRON.	LUFT- IGE
MOS- KITO	▼		▼	▼		▼		▼		▼		▼	▼	▼		▼		▼		▼	
DIARE- EN POL.	▼																				
▼				ORG.			DYR	▼						RØVERI		SAMDE FORF. (OMV.)					
BIBEL- DEL	▼		TALL	FORF.	▼							TIRRE	▼							NED- BØR	
OMGI		TID	▼	HUN- GER	UT- PEKE		PLATE ULEM- PER	▼				KVINNE	ION REKKE	▼				NEKT- ELSE	▼		
▼		▼		▼	▼		VAN- LIGE	▼				▼	▼					SKINN BYRDE	▼		
PREP.	▼		HYL INTERJ.	▼			INSEKT	▼			REKKE			REDSK. PREP.	▼			ÅTSEL RI	▼		
VE		OVER- FØL- SOM	▼										ELV	▼		HYLE	▼				
▼		BORTE	▼				3 VOK.	▼			SØT	▼						HØNE- PRO- DUKT	▼		😊

Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 04 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Egen erfaring: Melinda A. M. DeMott kom til Norge som 8-åring.

Beveger unge liv

Unge på flukt. Melinda A. M. DeMott bruker kunst og bevegelse for å få unge asylsøkere til å føle seg hjemme. **80**



Tariffoppgjør.

LO og NHO ønsker å legge premissene. **77**



Passord. – Ein kan bli paranoid av mindre. **76**



«Helsefremming skjer tilfeldig og er avhengig av om sykepleieren har tid.»

Tellef Raustøl. **78**



Sykepleiermangel.

– Politikerne må også forstå hvorfor. **74**



Sykepleiermangel. At deler av Helse-Norge i dag sliter med å få rekruttert sykepleiere visste vi. Politikerne må også forstå hvorfor.

Det er alvor nå



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Vi vet også at situasjonen vil bli mer alvorlig om noen år hvis det ikke tas noen grep nå. Denne våren har mediene og politikerne begynt å få øynene opp for det som skjer.

Skal vi komme de store utfordringene i møte, trenger vi tall og fakta, og vi trenger at det lyttes til sykepleiere som jobber ute i tjenestene. Forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus har tatt på seg oppdraget med å fremskaffe oppdatert fakta om situasjonen. I Dagsrevyen i påsken ble hovedfunnene i en kartlegging av sykepleiermangelen i kommunene presentert.

Funnene overrasker ikke oss sykepleiere, men saken har fått stor oppmerksomhet både i riksmidlene og lokalmediene. «Noe drastisk må gjøres for å unngå sykepleierkrise i Namdalen», heter det i Namdalsavisa. «Mangel på kompetanse kombinert med minimumsbemanning er en trussel mot pasientsikkerheten», sier de hovedtillitsvalgte for NSF i Gran til Avisen Hadeland. «Det er ikke yrket i seg selv det er noe problem med, men arbeidsvilkårene», sier sykepleier Rita Landro i Gulen til Firda.

STATISTIKKENS TALE. SSB anslår at det vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035 hvis det ikke tas grep. Men situasjonen er allerede alvorlig, særlig for rekruttering til sykehjem og hjemme-sykepleien. Arbeidskraftundersøkelsen til NAV viser at sykepleiere utgjør den yrkesgruppen der det er størst mangel på

samhandlingsreformen. Sykere pasienter skal få behandling hjemme. Eldre brukere betyr flere pasienter med mer enn en diagnose, og det stilles større faglige krav til den som kommer på døra i hjemmesykepleien. Derfor er det viktig at politikerne går fra å snakke om problemet til å handle.

Onsdag etter påske tok Torgeir Micaelsen (Ap) og seks andre representanter sykepleierløftet inn i Stortinget. De ber regjeringen utarbeide en nasjonal oversikt og en forpliktende opptrappingsplan for utdanning av spesialsykepleiere. Denne må være på plass før neste års statsbudsjett. I tillegg ba de om at regjeringen så raskt som mulig gjennomgår videreutdanningstilbudene for sykepleiere, for å sikre at utdanningsmøter behovene i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

MÅ LOKKES TILBAKE. Samtidig som politikerne begynner å få øynene opp for situasjonen, vet vi at vi har en stor arbeidskraftreserve. Samfunnet har utdannet sykepleiere, men gjennomsnittlig avgangsalder for en sykepleier er 57 år. I tillegg jobber mer enn 10 000 sykepleiere innenfor andre områder. Og på toppen av dette er det veldig mange som går i deltidsstillinger. Over halvparten av medlemmene våre sier at de går i deltidsstillinger.

Det er ikke mulig å gjøre noe med denne situasjonen uten å se på lønns- og arbeidsvilkår. Hvis lønnen er god nok og arbeidsvilkårene tilfredsstillende, vil flere sykepleiere kunne jobbe heltid og stå løpet helt frem til avgangsalder. Og sykepleiere vil komme tilbake fra andre sektorer.

Situasjonen for dem som ikke får tak i kvalifiserte sykepleiere, er alvorlig i dag, og den kommer til å bli verre. Hvis ikke politikerne forstår at tiden for å handle er nå. ●

«Med god nok lønn og bedre arbeidsvilkår vil sykepleiere komme tilbake fra andre sektorer.»

arbeidskraft i Norge. I fjor var det mangel på 2 350 sykepleiere og 200 spesialsykepleiere.

Sykepleiermangelen i kommunene blir enda mer alvorlig når vi kjenner de store oppgavene kommunene er pålagt etter



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Hvor digital er du?

Vi ser på lesertallene at bladet leses av mange, men mange leser det også digitalt. Lesertallene på nett har nesten doblet seg på ett år!

Våre nettsider fungerer bra på både desktop, brett og mobil. Og på Sykepleienjobb er det enkelt å følge med på ledige stillinger. Vi bruker nyhetsbrev og Facebook for å holde sykepleierne oppdaterte om hva som skjer. De som ønsker å lese bladet digitalt kan bruke vår app for nettbrett. Her er det enkelt å finne frem til eldre utgaver og spesialutgavene etikk, yrke og tema.

Har du blitt digital og ikke lenger leser papirutgaven kan du stanse bladet ved å logge deg inn på min side på NSF.no. Du kan når som helst starte abonnementet igjen.

Vi skal uavhengig av kanal fortsette å lage saker som gir deg god innsikt, faglig påfyll og som engasjerer.

Hilsen redaksjonen

Har du blitt digital? Du kan si opp leveringen av papirutgaven ved å logge inn på Mine sider på www.nsf.no.

Sykepleien



Kople av. Det var klart for påskeferie.

Til ein plass utan internett og wi-fi.

Passordtyranniet



Fakta

**Anders
Folkestad**

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

S spørsmålet var: Skulle eg ta med den mobile dingsen som eg framleis har i beredskap, eller berre slappe av, fri for e-post og nettsurfing i påsken? Fred og ro tapte.

Vel framme var det å kople til. Då begynte det: Jakta på passordet. Det enda i nederlag. Nettbrettet var skifta ut sidan sist, så passordet var ikkje automatisk lagra. Eg prøvde og prøvde. Ikkje tale om. Det kribla i fingrane. Men trass i stadige forsøk, var det stopp. Kundeservice var stengt. Pust ut og slapp av! Det er påske. Lettare sagt enn gjort.

RESTART. Jaudå, det ordna seg til slutt. Kontakt med kundeservice dagen etter, restart, ny profil, og nytt passord. Men irritasjonsnivået var høgt under vegg. Sikkert fordi eg hadde med meg ikkje så reint lite oppsamla aggresjon. Eg har nemleg nyleg flytta. Ny e-post adresse har eg også. Då må diverse abonnement, kontaktar, adresser og dess like endrast og oppdaterast. Men alt slikt er jo så enkelt i vår digitaliserte kvardag, eller?

Stadig vekk er meldinga på skjermen: «Det er ikkje samsvor mellom brukarnamn og passord. Har du gløymt passordet? Trykk her og få nytt.» (Forresten oftare på engelsk enn på nynorsk).

Javisst har eg gløymt passorda, særleg slike eg ikkje bruker dagleg. Dei er lagra «på nettet». Så er det å klikke, få eit nytt, som er både usamanhengande og uleseleg, og i alle fall ikkje til å hugse. Men eg kan jo lage eit nytt. Viss eg kjem gjennom quizen med skamferte bokstavar eller tal ein må transkribere for

i strid med råd og reglar. Men viss nokon finn ut av det, og les e-avisene mine gratis, får det berre vere. Og viss fleire kan sjå fotballkampene eg betaler altfor dyrt for, er det ei sann glede å lure fotballkommersenen.

Men det er ikkje bere desse forbaska passorda. I tillegg kjem ein haug med pinkodar. Enten eg skal fylle bensin, handle på butikken eller ha kontakt med offentlege tenester, eller bestille flybilletter. Somme av pinkodane har eg mottatt i strengt forsegle konvoluttar. Med melding om å pugge passordet, destruer brevet, og aldri gi opp passordet, verken til avsendaren eller til politiet.

TYRANNI. Eg er neppe åleine om å plagast med passordtyranniet og pinkodetvangen? Men det er pinleg å vedgå det: At vi ikkje er heilt digitalsosialiserte. Særleg for oss eit stykke opp i åra. Som av og til lengtar attende til brevposten og det trykte ordet. Den gongen vi meinte at vi hadde kontroll og oversikt.

Dette er kanskje ikkje eit av dei store eksistensielle spørsmåla. Men det er nokon som har tatt kontroll over kvardagen. Og kven styrer alle desse passorda og kodane? Ein kan bli paranoid av mindre. Kanskje eg skal rapportere om gryande helseskade på journalen under «Mi Helse»? Men har eg bankID eller andre innloggingsdata klare? Nei.

Digitalisering er ikkje berre effektivisering, tenker eg, når eg får ei påminning til mi snart avdanka e-post adresse. Det er staten som er avsendar, og som reklamerer med kor nødvendig og kor lettvinnt det er, og blir, med digital post – digipost.

Det er då eg kjenner at eg ikkje er ferdig med trassalderen. Ikkje tale om. Her tyr eg til sivil ulydnad. I alle fall heilt til postomberinga er lagt ned. Og det er neppe lenge til. ●

«Ein kan bli paranoid av mindre.»

ta seg vidare. Viss nok for at mottakaren skal vere sikker på at det nettopp er eg som strevar.

HEMMELEG. Passord skal som kjent vere passe lange, og helst kombinere store og små bokstavar, og gjerne nokre tal. Og det skal ikkje kunne sporast tilbake til deg.

For ei stund sidan laga eg meg eit passe langt passord. Som eg hugsar nokolunde, og som eg har brukt nesten over alt. Stikk



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Tariffoppgjøret. Spørsmålet er hvordan Unio bør opptre for å styrke vår egen posisjon som premisslegger.

Mindre matematikk – mer retorikk

Det er store endringer på gang innenfor arbeidslivet og arbeidslivspolitikken. Elementer er nedgang i oljeaktiviteten og leverandøriindustrien, stigende arbeidsledighet og press mot etablerte rettigheter. Vi ser presset på pensjonsordninger, lønnsnivå, ansettelsesforhold, både gjennom kommersialisering av tjenester og ved direkte angrep på kollektive avtaler. Et ferskt eksempel er at Expertgruppen i mars sa opp tariffavtalen med Handel og Kontor. Tjenesteproduksjon gjennom såkalt delingsøkonomi bidrar til utviklingen. Og vi ser omfattende endringer som en følge av automatisering og ny teknologi. Da OECD la fram sin siste landrapport for Norge, handlet deres anbefalinger stort sett om å forsterke ovennevnte tendenser.

MODERATE RAMMER. Med dette som en viktig del av bakteppet skal vi snart ha et hovedtariffoppgjør. De som fikk med seg lederne i NHO og LO sin fellesopptreden under NHOs årskonferanse, kan ikke være i tvil om at dette vil bli et oppgjør med svært moderate rammer. En særegen utfordring for oss, som nettopp denne fellesopptreden illustrerte, er at LO og NHO har et gjensidig ønske om å ha en posisjon som de eneste vesentlige premissleggerne for arbeidslivspolitikken i

Norge. Det bør vi ikke tillate dem. Spørsmålet er hvordan Unio bør opptre for å styrke vår egen posisjon som premisslegger.

På Unios tariffpolitiske konferanse i mars hevdet Roger Bjørnstad fra Samfunnsøkonomisk analyse at frontfagsmodellen trolig er årsaken til små lønnsforskjeller og prioritering av lavlønnsgupper. Så la han til at frontfagsmodellen likevel ikke står i veien for å rette opp skjevheter dersom det er vilje til det. Etter Bjørnstads oppfatning blir da årsaken til at Unios krav ikke fører fram, enten at kravene mangler legitimitet eller at forhandlingsmakten er svak (kanskje på grunn av manglende streikevåpen, antydte han).

FORHANDLINGSMAKT. Disse konklusjonene mener jeg det er grunn til å ta på alvor i Uniofelleskapet. Og det var dette som fikk meg til å hevde at vi kanskje trenger mindre matematikk og mer retorikk i våre tariffpolitiske budskap

«Det må skapes tilstrekkelig erkjennelse for å løfte utdanningsgruppene.»

framover. Fordi det etter mitt syn er den veien vi må gå om vi skal ta mål av oss til å skape den nødvendige legitimitet for våre krav.

Vi har den forhandlingsmakten vi har. Og vi vil, i overskuelig framtid, operere i et system der frontfagsmodellen er sentral premisslegger. Dersom våre krav skal vinne fram, må det da skapes tilstrekkelig politisk erkjennelse av at det er nødvendig å løfte utdanningsgruppene og med det vilje til å ta særskilte grep for å rette opp skjevheter.

MYE STÅR PÅ SPILL. I dag er det ikke tilstrekkelig erkjennelse, verken i befolkningen eller i politiske kretser, av hva som står på spill dersom våre grupper fortsetter å tape terreng lønsmessig. Det må vi erkjenne. Jeg tror ikke vi klarer å endre på dette ved tall og dokumentasjon alene. Og spesielt ikke i en tid der økonomien blir trangere.

Vi trenger å utvikle tydeligere og sterkere budskap rundt verdien av det arbeidet våre profesjoner utfører og hvor mye det faktisk betyr for hele samfunnsutviklingen – og ikke minst i krevende tider – at det rekrutteres dedikerte og kloke hoder til våre yrker. Ingen vet dette bedre enn oss. Denne innsikten er en potensiell maktfaktor. Men det er opp til oss å ta den i bruk. ●



Fakta

Steffen Handal

Leder Utdanningsforbundet og forhandlingsleder Unio KS



Helsefremmende arbeid. Har ansatte i dagens sykehjem tid, anledning og tilstrekkelige forutsetninger for å jobbe helsefremmende?

Vi trenger nytt perspektiv i dagens sykehjem



Fakta

**Tellef
Raustøl**

Sykepleier/
organisasjonssosiolog

Både skolehelsetjenesten, psykisk helse, rus og ulike utdanninger er sterkt opptatt av den helsefremmende tilnærmingen. Hvilken plass har dette i dagens sykehjem og korttidsplasser?

Har ansatte i dagens sykehjem og korttidsplasser tid, anledning og tilstrekkelige forutsetninger for å jobbe helsefremmende? Slikt arbeid krever tid, kunnskap og metodikk. Hvordan gjør man det? Hvordan forstås helsefremming? Hvilken innsikt har ansatte i dag, og hvilken kunnskap trengs? Har ansatte tilgang til relevante metoder? Hvordan planlegge, utvikle og implementere helsefremmende sykehjem og korttidsplasser? Er det mulig å lage et miljø i de ulike avdelingene som støtter opp om nødvendige atferdsendringer hos brukere/beboere som samarbeider med dem til daglig?

I dag er det tydelige nasjonale føringer om at nye aktører skal inn i tjenesteproduksjonen i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan utfordres det tradisjonelle faglige skjønnet når brukere, pårørende og frivillige skal være samarbeidspartnere? I de nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet for 2015 ber Helsedirektoratet kommunene om å etablere rutiner for samarbeid med brukere, pårørende og frivillige. Kan slike rutiner utvikles og iverksettes? Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet legger stor vekt på mobilisering av frivillige. Økt integrering av pårørende og frivillige krever ny innsikt, gode rutiner, kreative løsninger, klokskap, sunn fornuft og dømmekraft.

«Helsefremming skjer tilfeldig og er avhengig av om sykepleieren har tid.»

Det foreligger lite forskning om helsefremming i sykepleie i norsk sammenheng. Når dette beskrives, tas det ofte utgangspunkt i sykdom og problemer. Helsefremming skjer tilfeldig og er avhengig av om sykepleieren har tid, ifølge Åse Gammervik og Torill Larsen i boken *Helsefremmende sykepleie*.

IDE OG KUNNSKAPSFELT. Helsefremmende arbeid forutsetter at ansatte har relevant kunnskap om helsefremming og innsikt i arbeidsmetoder til å endre helseatferd. Arbeidet skjer ut fra salutogenese, som er læren om hva som gir god helse. Mestringsressurser er et sentralt element. Læren ble utviklet av Aaron Antonovsky (1923–1994) som en motsats til patologien som vektlegger årsaker til sykdom.

Et annet element er at helse defineres og forstås som et kontinuum hvor ytterpunktene er «utmerket helse/total helse» og «dårlig helse/uhelse». Målet er å bevege mot økt helse og velvære. Antonovsky så på helse mer som en prosess enn en tilstand. Patogenesen ser på mennesket som sykt eller frisk. Salutogenesen ser på mennesket i et historisk og kulturelt perspektiv. Menneskets livshistorie og erfaringer er svært sentralt. Antonovsky vektlegger de positive sidene av helse og faktorer som kan skape bevegelse mot en komplett og tilfredsstillende helsesituasjon.

TRE NIVÅER. Arbeidet må gjøres både på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Mestringsressurser må identifisere og utvikles på hvert nivå. Mestring er opplevelse av å ha kontroll over eget liv og ressurser til å møte de utfordringer som arbeids- og hverdagslivet gir.

På individnivå er ansattes oppgave å få beboerne til å endre helseatferd. De bør inviteres til en utviklings- og læringsprosess hvor de kan få innsikt i kunnskap og helsefremmende arbeidsformer slik at de kan takle det som skjer i eget liv og leve det livet de ønsker å leve. Mulighetsrom må identifiseres. Nære relasjoner og frivillige involveres.

Forskning viser at menneskers valg og atferd kan påvirkes gjennom enkle virkemidler, såkalte «nudges» eller «dult», beskrevet av Richard H. Thaler og Cass R. Sunstein i 1998. Hensikten er å påvirke folk. Gjøre det lettere å velge. Virkemidlene innbyr til endring. Små gjennomtenkte grep kan ha stor effekt. Nudging eller dult er når en gir folk et dytt, et puff i riktig retning når vedkommende skal ta et valg som påvirker helse, økonomi eller miljø. Det handler om å legge forholdene til rette for at folk handler mer fornuftig. Det er viktig å dulte

i riktig retning uten at noen valgmuligheter fjernes eller forbud innføres. Menneskets frihet må bevares. Det er også viktig at den som dulter er opptatt av den andre parts helse og at den som dultes, er mottakelig for slik påvirkning.

Et nøkkelbegrep i salutogenesen er opplevelse av sammenheng. Begrepet knytter seg til hvordan personer og grupper erfarer og forstår verden som begripelig, håndterbar og meningsfull. Det skjer gjennom hverdagshendelser og situasjoner på sykehjemmet, korttidsavdelingene, i eget hjem eller i mer lokale virksomheter.

Det begripelige handler om at vi har mulighetene til å vurdere og bedømme virkeligheten på en relevant og adekvat måte.

Når hverdagslivet er håndterbart, har man tilstrekkelig mestringsressurser til rådighet. Utfordringen er om de er tilstrekkelige til at man klarer å forholde seg til krav en stilles overfor eller selv definerer.

Meningsfullhet er motivasjonskomponenten som skaper forutsetninger for handling. Opplever vi at det vi gjør ikke har noen mening, blir vi mindre interessert i å begripe og lære og dermed også mindre motivert til å håndtere dagens utfordringer.

Organisasjonsnivå kan være både på teamnivå, avdelingsnivå eller på institusjonsnivå.

Verdier som gir brukerne, ansatte og ledere ansvar, delaktighet, mestring og kontroll over egne situasjoner, må utformes og settes ut i livet.

Det må etableres miljøer og sammenhenger hvor beboerne kan få støtte og motivasjon til å gjennomføre ønskede atferdsendringer.

Det bør også være mulig å utvikle seg personlig og faglig på arbeidsplassen. Avdelingen ledes av personer som er opptatt av å skape atferdsendringer og oppnå avtalte gevinster. Faktorer som korte beslutningsveier, tydelige retningslinjer og balanse mellom krav og ressurser er noen viktige forutsetninger for at ansatte skal fungere optimalt og for at arbeidsplassen skal være helsefremmende.

Erfaringene viser hvor viktig det er å se på korttidsplasser som en integrert del av pasientforløpene. Her må ledene før og etter korttidsplasser også vurderes både i forhold til kvalitet, struktur og samhandling. Dette kommer frem i en modellrapport fra Knutepunktet Sørlandet.

RELEVANS. Pleie- og omsorgstjenestene vil i årene som kommer få en økning i antall eldre med påfølgende økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Nye oppgaver som kommunen har fått ansvaret for, endrer utskrivningspraksis, ifølge Helsedirektoratet. En viktig motor i arbeidet med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og de som bor hjemme, er korttidsavdelinger. En korttidsavdeling er et viktig ledd (en brobygger) i verdikjeden/pasientforløpet for et helhetlig eldretilbud, ifølge regjeringens plan for omsorgsfeltet. Et overordnet mål er at brukerne, gjennom å styrke sin fysiske, psykiske og sosiale funksjon, skal komme tilbake til eget hjem og mestre hverdagens aktiviteter.

Etter innføringen av samhandlingsreformen har både antall korttidsplasser samt mottakere av tilbudet økt betydelig. Økningen har særlig vært sterk blant eldre mottakere, og for korttidsopphold for utredning og behandling, ifølge

Helsedirektoratet. Det er et økende press på korttidsavdelingene med flere ressurskrevende brukere, og ofte kommer de direkte fra sykehus til en korttids plass, noe som krever god fagdekning og faglig oppdatering ved avdelingen.

STRATEGI. Jeg etterlyser en dokumentasjon av hvilken plass det helsefremmende perspektiv har i dagens sykehjem/kort-

«Hvordan utfordres det tradisjonelle faglige skjønnet når andre skal være samarbeidspartnere?»

tidsplasser. På den bakgrunn, og ut fra de perspektiver jeg her har antydnet, bør det utvikles og etableres mekanismer, mønstre og egenskaper som kan skape faktiske forandringer og operative kriterier for helsefremmende sykehjem/korttidsplasser.

Jeg ønsker også å få etablert et nasjonalt nettverk av helsefremmende sykehjem og korttidsplasser. Hvem ønsker å være med på en slik reise? ●

Rettelse til nr. 3 2016

FORFATTER MANGLET: I Sykepleien nummer 3-2016 manglet fagartikkelen «Tverrfagleg praksis gjev auka innsikt» 5.-forfatter Tina Taule, som jobber på ergoterapiavdelinga, Haukeland universitetssjukehus (HUS). Feilen er rettet på sykepleien.no og i Sykepleiens nettbrettversjon.

Sykepleien beklager

Redaksjonen

Løsning på kryssord i nr. 04/2016 (se side 76)





Melindas metode

Innvandrer. Når Melinda Ashley Meyer DeMott i dag hjelper mindreårige flyktninger med å finne fotfeste, kan hun bruke erfaringer fra sin egen barndom.

• Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**



Terapeutisk: Med kunst- og uttrykksterapi ønsker Melinda Ashley Meyer DeMott å gi enslige, mindreårige flyktninger verktøy som kan hjelpe dem videre i livet.



Melinda Ashley Meyer DeMott

Alder: 61 år

Hvorfor: Har ledet Exit-prosjektet, som er et gruppeintervensjonsprogram for nyankomne, enslige, mindreårige asylsøkere.

Stilling: Leder for Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon, prosjektleder ved Høgskolen i Sørøst-Norge og professor ved European Graduate School i Sveits

Utdanning: Psykiatrisk sykepleier, MA og PhD i Expressive Arts og psykodrama-regissør



Dagens flyktningsituasjon har gjort Melinda Ashley Meyer DeMott etterspurt som aldri før. Brått vil «alle» ha en bit av henne. Høre hvordan kunst- og uttrykksterapi kan hjelpe unge flyktninger.

– Folk innser at det kommer lite godt ut av å la traumatiserte unggutter sitte og koke på norske asylmottak i årevis.

Meyer DeMott virker både oppgitt og optimistisk på vegne av de enslige, mindreårige flyktingene.

– Det går opp for stadig flere at man faktisk må gjøre noe med disse gutta. Om de ikke får noe tilbud, kan de fort falle inn i det mønsteret alle frykter – psykiske lidelser, verving til gjenger, kriminalitet og radikaliserings.

VIKTIG FOR LEGITIMERING. Hjemme i Oslo er Meyer DeMott så vidt innom. Hun kommer fra Tromsø og skal videre til Tenerife.

Nordpå har hun holdt nok et foredrag om sitt Exit-prosjekt, om enslige mindreårige flyktninger i Norge og om kunst- og uttrykksterapi (KUT); faget hun har lært seg, utviklet, undervist i, forsket på og praktisert gjennom det meste av sitt yrkesaktive liv.

«De som jobber med flyktninger, vil ha noe som faktisk fungerer»

I en leilighet på den spanske øya skal hun jobbe med vitenskapelige artikler om Exit-prosjektet, noe hun håper og tror vil kunne løfte den faglige anerkjennelsen av KUT enda noen hakk.

– Vi har gjennomført mye god kvalitativ forskning om KUT, men Exit-prosjektet er en større kvantitativ og kontrollert studie. Den er ekstremt viktig for legitimering av faget.

HÅP OG TRYGGHET. Exit – en forkortelse av Expressive Arts In Transit – er både en modell for bruk av kunst- og uttrykks-terapi på nyankomne, enslige, mindreårige asylsøkere og en vitenskapelig studie av effekten.

– Målet er å gi gutta, for det er gutter dette først og fremst dreier seg om, et verktøy for å håndtere sin egen situasjon og gjenkjenne egne reaksjoner, forteller Meyer DeMott, som er leder for prosjektet.

Gjennom gruppe-workshops forankret i ulike kunstneriske og kroppslige uttrykk, lærer deltakerne seg metoder for å takle det de går gjennom. De lærer om det å være i en ny kultur og får en arena der de kan øve seg i trygge omgivelser.

– Som utdannet sykepleier vet jeg at man må tenke på de grunnleggende behovene først. Man må komme seg på beina, ikke bli liggende i senga og gruble. Det er viktig at de får rutiner, kjenner trygghet og får fysikken i gang. Exit hjelper gutta til å kjenne seg hjemme i egen kropp.

TERAPEUTISKE TRENDER. Samtidig som resultatene av Exit-studien analyseres, tolkes og formidles, brer selve metoden seg stadig videre utover.

Den er tatt i bruk ved flere asylmottak for mindreårige, enslige flyktninger rundt om i landet. Psykologer fra Bufetat, samt miljøarbeidere, helsesøstre og andre sykepleiere er blant dem som har fått opplæring.

Det jobbes også flere steder med å få Exit inn i skolen, noe Meyer DeMott håper kan gi et mer varig tilbud og kan bidra til integrering. En dokumentarfilm om prosjektet, regissert av Melindas mann Sølve Skagen, ble vist på NRK i fjor høst.

Om interessen vil vare, er hun derimot noe usikker på.

– På grunn av flyktnings situasjonen har kunst- og uttrykks-terapi høy status akkurat i dag, men det kan fort endre seg. Nå passer det behovet samfunnet har. De som jobber med flyktninger, vil ha noe som faktisk fungerer, som er relativt rimelig og enkelt å implementere.

Sist det var like stor åpenhet om denne typen terapi, var ifølge Meyer DeMott på 80-tallet. Da hun selv begynte å utdanne kunst- og uttrykksterapeuter, var søkerkøen lang.

– På 90-tallet ble det tyngre. Psykiatrien tok en dreining. Den gikk fra å være opptatt av samfunnet og «rommene» vi bebodde, til å søke årsaker i genetikken. Det ble mer medisinerings, og vi fikk en bevegelse fra miljø til arv, for å si det veldig enkelt.

Etter over 40 år i bransjen har Meyer DeMott sett terapeutiske trender komme og gå.

Selv har hun derimot vært urokkelig i troen på kunst- og uttrykksterapiens sentrale antakelser, deriblant at det finnes en grunnleggende forbindelse mellom skapende uttrykk og psykiske prosesser og at alle har en konstruktiv, skapende kraft i seg.

UTEDO MED TRE HULL. KUT baserer seg dessuten på at erfaringer fra barndommen påvirker hvordan vi uttrykker oss som voksne. Det er Meyer DeMott selv et levende eksempel på.

– Da vi flyttet til Norge fra USA, var jeg åtte år, og det var hele tiden småting storesøsteren min og jeg ikke forsto i dette fremmede landet.

Overgangen var stor fra millionbyen Los Angeles til en tilværelse med utedo på Nesodden. Meyer DeMott forteller hvordan hun tolket alt ut ifra virkeligheten hun kom fra og at alt ble tolket litt feil.

– Hvorfor var det for eksempel hjerte på dodøra? Hjerter var jo noe som hørte Valentinsdagen og kjærligheten til. Og hvorfor hadde den tre hull ved siden av hverandre? Merkelig. Og ikke minst pinlig.

BLE INTEGRERT I SKOLEGÅRDEN. Snart flyttet familien til noe mer urbane strøk, og i skolegården på Marienlyst skole i Oslo gjorde jenta en oppdagelse som fortsatt preger henne.



Kultursjokk: Forvirrende møter med utedo, tv-fisker og lørdagsgodt var med på å forme unge Melinda, her bak en flaggpinne 17. mai på Marienlyst skole. Foto: Privat

Tidsriktig: På 70-tallet tok Meyer DeMott sykepleierutdanning, men slo seg ikke til ro med det. Foto: Privat



Internasjonal. Melinda i aksjon ved EGS i Sveits der hun er professor og leder av et masterprogram. Foto: Privat

– Noe av det som har påvirket meg mest, har nok vært leken i frikvarterene. I starten, da jeg ikke snakket norsk, var dette det viktigste for meg. Det var der jeg ble integrert. Språket kom gjennom sport, bevegelse og handling. Dette ble så viktig for å være glad.

Meyer DeMott tror en viktig årsak til at hun primært har jobbet med flyktninger de siste 25 årene, er at hun selv er immigrant og har kjent på spørsmålet «hvor er hjem?»

– Den andre årsaken til at jeg gjør det jeg gjør handler om hvordan jeg opplevde lekens og den fysiske utfoldelsens betydning for å kjenne glede.

Enda en årsak kan nok søkes blant barndommens opplevelser hos en fargerik bestemor i Santa Barbara, California. Hennes hus var fylt av snakkesalige møbler, humørsyke stålamper og puter med individuell personlighet.

– Det gjaldt å oppføre seg pent, så man fikk den kosete puta med seg i senga.

Bestemoren var ikke kunstner. Hun bare kjedet seg, ifølge Meyer DeMott.

– Hennes animasjon av tilværelsen gjorde nok sitt til at jeg i dag opplever det kreative som en kraft for forandring.

BOIKOTTET LØRDAGSSKOLEN. Meyer DeMott understreker at det selvsagt er enorme forskjeller mellom hennes egen innvandringshistorie og bagasjen dagens flyktninger bærer på.

«Vi tok oss friheter som ville vært utenkelige i dag»

– Noe som likevel er likt er opplevelsen av tap av venner, familie og kultur.

Faren til Melinda døde da hun var fem.



– Voksne lengter hjem, mens barna fester seg. Som innvandrere blir du dessuten del av to kulturer, og skolen har sjelden ressurser til å lage en bro mellom disse.

Moren til Melinda synes for eksempel lørdagsskole, som da ble praktisert her i landet, var dumt. Hun var ensom, og holdt Melinda hjemme på lørdagene for å spille kort.

– Jeg la merke til at en venninne som skulket ble utvist, mens det for meg ikke fikk noen konsekvenser. Det var en åpenbar forskjellsbehandling. Noen vil si til min fordel, men jeg tolket det som at ingen brydde seg.

Det ble til at hun ville teste hvor langt hun kunne gå, og det viste seg at hun kunne gå langt.

– Først på ungdomsskolen ble jeg spurt om hvorfor jeg ikke kom på lørdager. Hadde jeg kanskje en religion som forbød det?

KAFFE OG RØYK. Etter hvert skulle lekeerfaringene fra skolegården komme til nytte også i Meyer DeMotts profesjonelle liv. Det startet i 1973 med en sommerjobb på Lier sykehus rett etter gymnaset. Sykehuset hadde kun pasienter med psykiske lidelser.

– Det var ikke mye til terapeutiske tilbud der den gang. Pasientene satt stort sett og røykte og drakk kaffe, minnes Meyer DeMott.

På sykehuset var de det hun kaller «en gjeng med omnipotente ungdommer som trodde vi kunne forandre verden».

– Vi tok oss friheter som ville vært utenkelige i dag. Det var en kreativ tid, også på institusjoner. Mitt første spede forsøk på kunst- og uttrykksterapi var kanskje et potteband der på Lier sykehus.

Kontrasten var stor da hun kort tid etter jobbet med barnepsykiatri i Sveits og fikk se bruk av både video-, drama- og bildeterapi i praksis.

«Jeg er opptatt av at disse gutta skal bli all righte»

Siden, da hun jobbet med psykiatriske pasienter på Ullevål sykehus, ble hun del av det som må kunne kalles en norsk pionertid på feltet.

– Det var der, i kjelleren på Avdeling 16, at alle elementene av kunst- og uttrykksterapi i Norge ble født; Ruth Eckhoff drev med musikkterapi, Åse Minde med kunstpsykoterapi og Eva Røine med psykodrama, minnes Meyer DeMott.

MASTER I MASSACHUSETTS. For å få litt mer struktur og retning, tok Meyer DeMott sykepleierutdanning i Lørenskog, men som en søkende sjel, måtte hun ut og lufte seg litt. Hun trengte tid for å finne ut hva hun skulle bli i livet.

Ett år med ryggsekk gjennom Sør-, Mellom- og Nord-Amerika

førte henne etter hvert til det som den gang het Lesley College i Cambridge, Massachusetts, selve arnestedet for kunst- og uttrykksterapi som fagdisiplin.

– Jeg var opptatt av alle kunstneriske uttrykksformer og av selve den skapende prosessen, heller enn det fysiske resultatet. Noen fortalte meg at på Lesley kunne man jobbe med alt dette.

På den tiden var det én annen norsk student der, nemlig Tone Bjørneboe, og møtet med henne skulle resultere i både en mastergrad i KUT og et livslangt samarbeid.

I 1987 etablerte de to kvinnene det første utdanningstilbudet innen KUT i Norge, og i 1991 så Norsk institutt for kunst- og uttrykksterapi (senere Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon) dagens lys.

FOTFESTE FOR FLYKTNINGER. KUT er ikke utviklet for noen bestemt gruppe, men etter at hun tidlig på 1990-tallet jobbet med flyktninger fra Bosnia, er det hos opprevne, traumatiserte og hjemløse barn og unge Meyer DeMott har hatt hjertet sitt.

– Dersom du mister familien din, hjemmet ditt og samfunnet du var en del av, så kan ikke første steg videre være samtaleterapi der du blir bedt om å fortelle en fremmed terapeut om det verste som noensinne har skjedd deg, understreker hun.

– Først må man etablere trygghet, og ofte er kroppen det siste «huset» du har igjen. Det er her man må finne feste. Først da kan du komme deg inn i neste «hus», som kan være familie og venner. Deretter kan du gå ut i samfunnet.

For Meyer DeMott har det derfor vært viktig å lære barna og ungdommen at «hjem» ikke er avhengig av eksterne faktorer, men noe de først og fremst må finne i seg selv.

– Det er her du først kan etablere en grunnleggende form for frihet og trygghet.

MØTER MYE FORTVILELSE. Hvordan vi i Norge skal ta vare på de mange enslige mindreårige asylsøkere, er et mye omdiskutert og vanskelig spørsmål. Det kommer mange advarsler mot å la de unge og ofte traumatiserte flyktingene seile sin egen sjø på asylmottakene.

– Jeg møter mye fortvilelse, blant annet hos helsesøstre som har svært begrensede ressurser til å følge opp disse barna, sier Meyer DeMott.

– Dette er veldig sårbare mennesker. De har mistet alt som var trygt rundt dem og vet ikke hva som venter dem. De kan bli rasende og frustrerte om de ikke raskt hjelpes til å finne trygghet og håp i seg selv.

Meyer DeMott ser hvordan unge, enslige asylsøkere på desperat jakt etter tilhørighet risikerer å bli sugd inn i gjenger, vervet til kriminalitet og radikalisert. Enten i Norge eller i drift et annet sted Europa.

– Jeg er opptatt av at disse gutta skal bli all righte. At også de skal få sjansen til å finne en plass her i verden. ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 04 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no

NORLANDIA CARE GROUP AS driver barnehager, pasienthotell og sykehjem. Vi er til stede i Norge, Sverige, Finland og Nederland. Vi har 5500 ansatte og en omsetning på 2,8 milliarder kroner. Vi ser på våre ansatte som vår viktigste ressurs og investerer systematisk i de ansattes kompetanse. Vi arbeider for et godt liv, hver dag. Foruten Oppsalhjemmet drifter vi Tåsen helsehus og Madserud i Oslo, Gullhaug i Bærum, samt Orkerød og Skoggata i Moss. Vi har også omfattende eldreomsorgsvirksomhet i Sverige.

Sykepleier

OPPSALHJEMMET – AVDELING STOVNER



Vi søker en faglig dyktig og ambisiøs sykepleier som skal inngå i vårt team.

Vi tilbyr en spennende arbeidsplass for deg som er faglig ambisiøs. Sykepleiefaget ved sykehjem har endret seg betydelig de senere årene. Samhandlingsreformen gir i økende grad komplekse problemstillinger hos beboere som krever sterk faglighet. Du vil inngå i et team og oppleve et sterkt fellesskap og engasjement, du er aldri alene som sykepleier. Vi har en stimulerende arbeidsorganisering med tverrfaglig team bestående av flere leger, fysioterapeuter, ergoterapeut, og musikkterapeut. Som sykepleier vil du også ha tid til å delta i det sosiale livet sammen med beboerne og bidra til deltagelse i Oppsalhjemmets brede kulturtilbud. Du vil erfare et faglig berikende samarbeid med andre sykepleiere ved andre sykehjem innen Norlandia. Også samarbeidsmøter med andre sykepleiere i regi av Sykehjemsetaten gir impulser og jevnlig fornyelse. Vi jobber systematisk med kvalitet og kompetanseutvikling. Vi har ukentlig internundervisning og deltar i relevante prosjekter.

Stillingen innebærer todelt turnus med arbeid hver 3. helg.

Norlandia er en stor virksomhet med varierte karrieremuligheter for de som ønsker det.

Oppsalhjemmet sine lokaler på Stovner er nyoppusset og moderne med lyse trivelege lokaler.

Mer informasjon

Se mer om betingelser, personalgoder og krav til kvalifikasjoner på sykepleiejobb.no eller på finn.no. Eller ta kontakt med daglig leder Elin Haug Nygård på 483 10 101.

norlandia

www.norlandiacare.no



MHH Martina Hansens Hospital
1936

MHH er et ideelt sykehus, en privat stiftelse, som har driftsavtale med Helse Sør-Øst, men mottar pasienter fra hele landet. Vi er et spesialsykehus innen ortopedisk kirurgi, revmatologi og revmakirurgi. All kirurgi er elektiv. Sykehuset ligger like ved Bærum Sykehus i rolige, landlige omgivelser og er inne i spennende utvikling. For mer informasjon se vår hjemmeside: www.mhh.no

Anestesisykepleier

Ved anesthesiavdelingen har vi ledig fast 100 % stilling som anestesisykepleier. Snarlig tiltredelse.

Anesthesiavdelingen:

Består av 6 anesthesioverleger, 15 anestesisykepleiere og en tekniker. Vi setter faget i høysete, følger med på utviklingen innen ortopedisk anestesi og deltar jevnlig på kurs/kongresser. Avdelingen er preget av et godt arbeidsmiljø. I 2015 ble det gitt ca. 10.000 anestasier

Se hele utlysningen på www.mhh.no

Søknadsfrist: 30.april 2016

KAJALUND SYKEHJEM

Kajalund sykehjem har 27 beboere fordelt på 3 grupper og har avtale med Oslo kommune.

Vi er kjent for høy kvalitet og å ha alle fagstillinger besatt.

Vi søker

- 48 % SYKEPLEIER NATT – 4 hver helg
- 50-100 % SYKEPLEIER - turnus 3. hver helg

Vi ønsker oss dyktige medarbeidere som har

- kompetanse og erfaring fra fagfeltet geriatri
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- humor og evne til å arbeide i et miljø med omstilling

Vi kan tilby

- spennende og godt arbeidsmiljø
- gode kollegaer og utviklingsmuligheter
- lønns- og arbeidsvilkår

Nærmere opplysninger fås fra daglig leder Geir Karlsen 22510155

Søknad med CV sendes Kajalund sykehjem Sollerudveien 35 0283 Oslo innen 25.04.16. Geir.Karlsen@kajalund.no



ANESTESISYKEPLEIER

Sommeren på Svalbard?

Fra og med uke 23 til og med uke 35 trenger vi vikar for anestesisykepleier. Arbeidet er variert hvor anestesi kun utgjør en liten del av arbeidet. Søkere må være i god fysisk form, ha bilsertifikat og kunne delta i helikoptertjeneste. Helikoptererfaring er en fordel.

Vi ønsker sykepleiere med lang erfaring og som arbeider aktivt med anestesi. Vi ønsker søkere så raskt som mulig.

Send søknad med cv på e-post til: ottar.svensen@unn.no

For informasjon, kontakt Kontorsjef Ottar Svensen 79 02 42 05/(00)

Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus, har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7500 ansatte er vi en av regionens største arbeidsgivere. Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning er våre hovedoppgaver.

Avdeling for blod og kreftsykdommer, Hematologi, 2K søker

Onkologisk sykepleier 100% fast st.

Kontakt: Konst. avd.sykepleier Marie Røkenes Dyrøy, tlf.: 51 51 90 52
Søknadsfrist: 08.05.2016

For å lese mer og søke på stillingen se www.helse-stavanger.no.



HER BEGYNNER NORGES FRAMTID

Universitetet i Stavanger (UiS) har om lag 10.100 studenter og 1.530 ansatte. Universitetet ligger i Norges tredje største byregion, med et dynamisk arbeidsmarked og spennende kultur- og fritidsaktiviteter. Vi er eneste norske medlem i European Consortium of Innovative Universities. Universitetet har store ambisjoner. Vi skal være en drivkraft i regionens kunnskapsutvikling og et internasjonalt forskningsuniversitet med vekt på nyskapning og innovasjon. Sammen med våre ansatte og studenter vil vi løfte blikket, og våge å tenke stort og nytt. Vi trenger nå nye medarbeidere som vil utfordre det velkjente og utforske det ukjente.

Doktorgradsstipendiat i helsevitenskap

Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag

Dette er en utdanningsstilling som i hovedsak skal gi lovende forskere anledning til faglig utvikling. Stillingen har forskerutdanning fram til doktorgrad som mål.

Stipendiaten ansettes for en periode på fire år med forskerutdanning og 25 % pliktarbeid. Stillingen er ledig fra høsten 2016.

Stipendiatstillingen kan tiltres når kandidaten er tatt opp på doktorgradsprogrammet i samfunnsvitenskap med avtale om å gjennomføre doktorgraden i løpet av stipendperioden.



Utforsk jobbmulighetene
på www.uis.no

UTFORDRER. UTFORSKER.





FAST 100% STILLING SOM LEIANDE HELSESØSTER

Surnadal kommune har ledig fast 100% stilling som leiande helsesøster frå 01.07.2016.

Surnadal ligg på Nordmøre i Møre og Romsdal. Administrasjonssentrumet heiter Skei. Surnadal kommune har ca. 6000 innbyggjarar. Vi har eit variert næringsliv og eit godt utbygd skuletilbod. Kulturlivet er rikt, og naturen er flott med Trollheimen, fiskevatn, fjordar og lakseelver.

Tenesta er lokalisert i Familiens hus saman med IK Barnevern, PP-tenesta og andre førebyggjande tenester. Jordmor og førebyggingsrådgjevar/ psykolog er organisert under helsestasjonstenesta. Helse- og omsorgstenestene samarbeider på tvers av einingane og vi ønskjer tilsette som er fleksible og ser verdien av samarbeid internt og eksternt.

Arbeidsområde:

Leiande helsesøster har både administrative og helsefaglege oppgåver. Dei administrative oppgåvene utgjer om lag 30 % stilling. Leiande helsesøster er fagleg leiav helsesøstertenenestene. Dei administrative oppgåvene går elles ut på å leie og koordinere heile tenestetilbodet ved Helsestasjonstenesta slik at ein fyller dei oppgåvene som følgjer av lovverk og politiske vedtak. Planlegge i tråd med framtidige brukarbehov og organisasjonen si overordna målsetting.

Kvalifikasjonar

- Offentleg godkjent helsesøsterutdanning.
- Det er ønskeleg med leiarutdanning.
- Erfaring med flyktningar og/eller fleirkulturelt arbeid er ønskeleg.

Vi legg vekt på

- Evne til å arbeide sjølvstendig og målretta, men også samarbeide godt med andre.
- Ha evne til å prioritere.
- Gode framstillingsevner både skriftleg og munnleg.
- Datakunnskapar.
- Personlege eigenskaper.
- Politiattest ikkje eldre enn 3 månader må leggjast fram før tiltreding.
- Søkjar må disponere bil.

For stillinga gjeld vanlege kommunale tilsettingsvilkår og lønn etter avtale. Kommunen har nynorsk som administrasjonsspråk. Det er full bamehagedekning i kommunen.

Surnadal kommune tek i mot elektronisk søknad på stilling: www.surnadal.kommune.no, ledige stillingar.

Kopiar av autorisasjon, vitnemål og attestar skal leggjast fram ved innkalling til intervju.

Nærare opplysningar om stillinga kan ein få hos einingsleiar Gunn Bredesen tlf. 48122549 eller leiande helsesøster Eli Husby Moen, tlf. 71655923.

Søknadsfrist: 04.05.2016



Anestesiavdelingen Postoperativ seksjon

Intensivsykepleier/ sykepleier

Postoperativ er preget av et dynamisk miljø hvor vi jobber selvstendig, samtidig som vi er et team. Høres dette spennende ut for deg? Vi har ledig 2 100 % faste stillinger.

Referansenr: 2998798710

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Tjøme kommune

Tjøme er en øykommune, og ligger ytterst i Oslofjorden. Med flotte rekreasjonsområder, naturstier, friluftsområder, skog, glattskurte svaberg og fine strender er Tjøme et fascinerende sted å bo.

4 FASTE SYKEPLEIER STILLINGER TJØME SYKEHJEM

Vi søker

- Avdelingssykepleier 100 % fast demens avdeling. Lønn direkte plassert 525.000 NOK
- Sykepleier 100 % fast, somatisk avdeling. Lønn direkte plassert 426.400 NOK
- Sykepleier natt 75 % fast Lønn 426.400 + 18.000 i tillegg i 100 % stilling
- Sykepleier natt 42,25 % fast Lønn 426.000 + 18.000 i tillegg i 100 % stilling

Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse:

Høisæther, Sissel Irene tlf: 33 06 79 02, e-post: sho@tjome.kommune.no Tjøme kommune har elektronisk søknadsskjema for stilling ledig, og vi oppfordrer våre søkere til å søke ledige stillinger hos oss elektronisk.

Vi gjør oppmerksom på at opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort, selv om søkeren har anmodet om ikke å bli oppført på offentlig søkerliste.

Les utfyllende søknadstekst på www.tjome.kommune.no/

Søknadsfrist: 30.04.2016

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





KANDIDATER TIL OLAFPRISEN 2016

Olafprisen er etablert i 2011 og deles ut av *Olafstiftelsen - forebygging av selvmord blant unge*. Prisen tildeles som en anerkjennelse til en person som har bidratt med fremragende vitenskapelig arbeid eller kunnskapsformidling innenfor feltet selvmordsforebygging blant barn og ungdom. Prisen deles ut hvert år og består av en bronseskulptur laget av den danske billedhuggeren Peter Hesk Møller og et håndlaget diplom.

Et fagutvalg ledet av professor dr med Lars Mehlum, leder av NSSF, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, forestår innstillingsarbeidet av kandidater til prisen. Forslag til kandidater kan sendes på epost til js@legale.no innen 30. mai, 2016.

Olafstiftelsen
forebygging av selvmord blant unge
www.olafstiftelsen.org



VIDEREUTDANNING I KLINISK SYKEPLEIE 60 STUDIEPOENG

Høsten 2016 starter Videreutdanninger i klinisk sykepleie med ferdypning i: Gastrosykepleie - infeksjonssykepleie og smittevern - lungesykepleie - nevrosykepleie - stomisykepleie - uroterapi.

SØKNADSRIST: 15. MAI

For mer om studietilbudene: www.hib.no/evu

OPPTAKSKONTORET
☎ + 47 55 58 75 04
✉ opptak@hib.no



HØGSKOLEN
I BERGEN
BERGEN UNIVERSITY COLLEGE



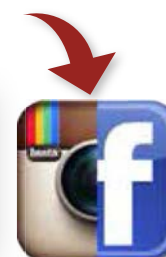
VAKTROMMET AS LANSELERER www.vt-medical.com

Gå inn å design ditt eget skilt i
nettbutikken!



Besøk oss på instagram og face-
book og vær med på spennende
konkurranser!

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





RELIS

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 Læringsenter (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/Diakonhjemmet/Sykehusapotek>

Kurset er godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 6 timer.



BODIES OF
EXPERIENCE

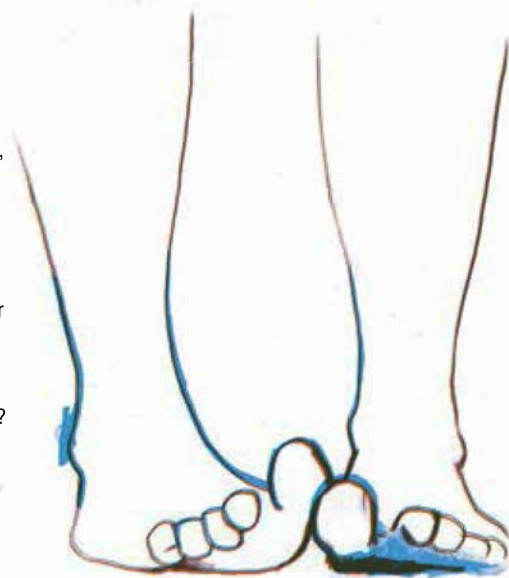
Schizofrenidagene 2016 vil kaste lys på kroppens rolle i psykisk helsevern.

Kroppen er selvets åsted; en arena for lyst og smerte, og også våre historier og opplevelser.

Hvordan opplever vi kroppen vår? Hvordan gir kroppen vår uttrykk for våre opplevelser? Hvilken betydning har kropp for identitet og selvforståelse i det moderne samfunnet?

Og hva er kroppen sin rolle i nyere terapiretninger og psykisk helsevern?

Vi inviterer til KROPPLEVELSE. Blir du med?



Velkommen til Schizofrenidagene 2016
7. – 11. november i Stavanger Forum

Sykepleien vant pris for markedsføring av stillingsportalen Sykepleienjobb.no

Juryen sier om årets vinner:

«Det er lett å forstå hvem som er målgruppen, budskapet er krystallklart og kampanjen er lett gjenkjennelig med enhetlig design i alle kanaler, inkludert app for bedre brukeropplevelse på nettbrett og mobil. Her treffer de hele målgruppen på ett sted».

- Sykepleien har lagt vekt på å lage en møteplass der arbeidsgiverne treffer arbeidstakerne. Stillingsmarkedet er stort innen sykepleierstillinger og annonsørene i kommunen treffer målgruppen hos Sykepleien, spesielt nå som tidsskriftet gjør det så bra digitalt i tillegg til trykk, sier markedssjef Ingunn Roald.

Det er Kommunal Rapport som deler ut prisen til annonsører i det kommunale markedet. Prisen kalles Det offentlige gullegget, og 8 virksomheter med hele 16 markedsaktiviteter kjempet om førsteprisen.



Markedssjef Ingunn Roald

Sykepleien

VID
vitenskapelige
høgskole

Skreddersydde studier for deg som er sykepleier!

1. januar 2016 slo høgskolene Haraldsplass, Betanien, Diakonhjemmet og Misjonshøgskolen seg sammen og ble til VID vitenskapelige høgskole. Nytt navn – samme høye kvalitet.

Videreutdanninger

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Legevaktsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rusproblematikk
- Veiledning
- Livsstyrketrening

Master

- Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Fortløpende opptak frem til
studiestart august/september.

For mer informasjon
om studiene besøk oss på vid.no



VID



28. APRIL -
16. JUNI

Få med deg din arbeidsplass på

Norges store aktivitetsutfordring!

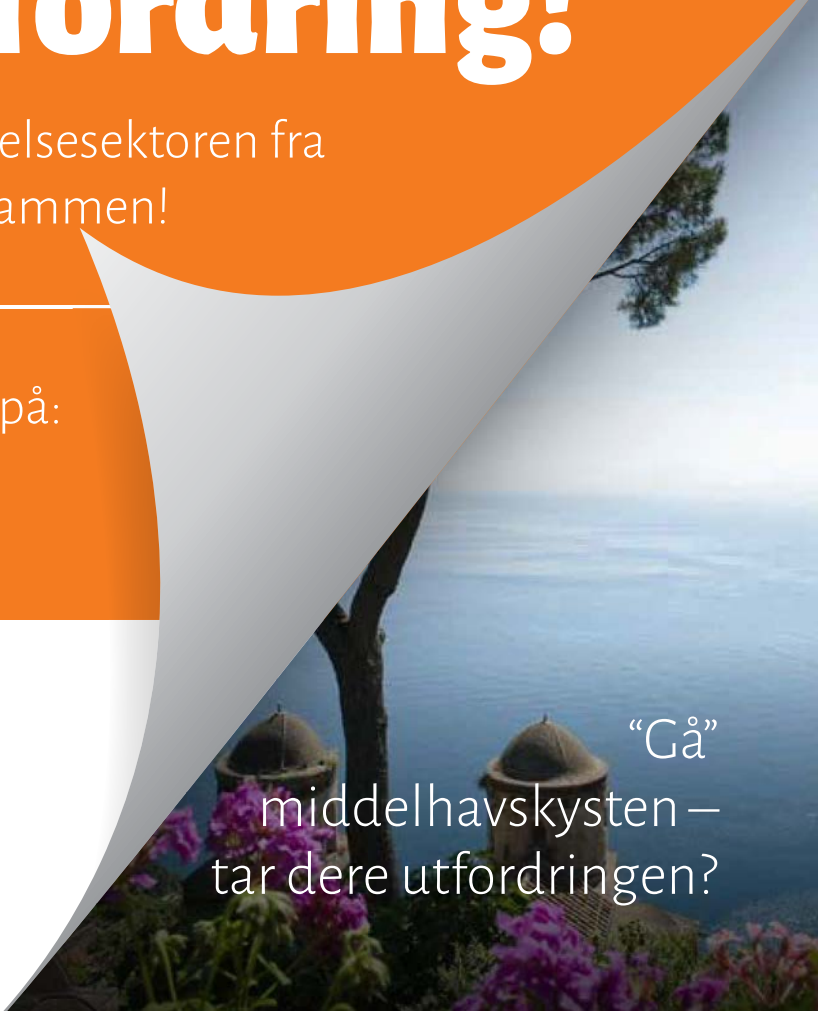
Utfordre hverandre og andre innenfor helsesektoren fra hele landet - kom i form og ha det gøy sammen!

Les mer og meld dere på innen 25. april på:

www.dytt.no/var



Friskere og Gladere medarbeidere



“Gå”
middelhavskysten –
tar dere utfordringen?

Antibac AS er hovedleverandør av desinfeksjonsprodukter til det norske helsevesenet. Vi har et bredt sortiment og leverer enkle og effektive løsninger innen desinfeksjon, skincare og førstehjelp.



Helsevesenets foretrukne desinfeksjon.

Nå også
enkeltpakkede
overflatedesinfeksjon
servietter



Se www.antibac.no for mer informasjon om vårt produktsortiment.

Vi tar renhet på alvor.

Antibac AS, tel. 66 77 11 70 / post@antibac.no / www.antibac.no



facebook.com/antibacNorge